

**Liliane de Lourdes Teixeira Silva**

**ATITUDES E PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES E PROFESSORES DE  
ENFERMAGEM FRENTE AO SUICÍDIO DE ADOLESCENTES**

Universidade Federal de Minas Gerais  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e  
do adolescente

Belo Horizonte - MG

2014

**LILIANE DE LOURDES TEIXEIRA SILVA**

**ATITUDES E PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES E PROFESSORES DE  
ENFERMAGEM FRENTE AO SUICÍDIO DE ADOLESCENTES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde, área de concentração em Saúde da Criança e do Adolescente, da Faculdade de Medicina da UFMG.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Cristina Gonçalves Alvim

**BELO HORIZONTE**

**2014**

S586a Silva, Liliâne de Lourdes Teixeira.  
Atitudes e percepções de estudantes e professores de enfermagem frente ao suicídio de adolescentes [manuscrito]. /Liliane de Lourdes Teixeira Silva. - Belo Horizonte: 2014.  
130f.  
Orientador: Cristina Gonçalves Alvim.  
Área de concentração: Saúde da criança e do Adolescente.  
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Enfermagem. 2. Suicídio. 3. Adolescente. 4. Atitude do Pessoal de Saúde. 5. Atitude Frente a Morte. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Alvim, Cristina Gonçalves. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título

NLM: WM 165

**REITOR**

Professor Jairo Arturo Ramírez

**VICE-REITORA**

Professora Sandra Regina Goulart Almeida

**PRÓ-REITOR DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Professor Rodrigo Antonio de Paiva Duarte

**PRÓ-REITOR DE PESQUISA**

Professor Renato de Lima dos Santos

**DIRETOR DA FACULDADE DE MEDICINA**

Professor Tarcizo Afonso Nunes

**VICE-DIRETOR**

Professor Humberto José Alves

**COORDENADOR DO CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Professor Manoel Otávio da Costa Rocha

**SUBCOORDENADORA DO CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Professora Teresa Cristina de Abreu Ferrari

**CHEFE DO DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA**

Professora Benigna Maria de Oliveira

**COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA  
SAÚDE - SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

Professora Ana Cristina Simões e Silva

**SUBCOORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA  
SAÚDE - SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

Professor Eduardo Araújo Oliveira

**COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE-  
SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

Alexandre Rodrigues Ferreira – Titular

Débora Márques de Miranda - Suplente

Ana Cristina Simões e Silva - Titular

Benigna Maria de Oliveira - Suplente

Eduardo Araújo de Oliveira - Titular

Sérgio Veloso Brant Pinheiro - Suplente

Ivani Novato Silva – Titular

Juliana Gurgel - Suplente

Jorge Andrade Pinto – Titular

Helena Maria Gonçalves Becker - Suplente

Marcos José Burle de Aguiar – Titular

Roberta Maia de Castro Romanelli - Suplente

Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana – Titular

Cláudia Regina Lindgren - Suplente  
Suelen Rosa de Oliveira – Discente Titular  
Izabel Vasconcelos Barros Poggiali – Discente Suplente

## AGRADECIMENTOS

Sempre e primeiramente a Deus, pela condução do meu caminho, pela proteção, força e cuidado.

Aos meus pais, as maiores bênçãos concedidas a mim nesta existência, agradeço por tudo o que sou. A minha gratidão será eterna.

À Prof.<sup>a</sup> Cristina Alvim, por ter me acolhido, me conduzido e acreditado neste projeto.

Ao Igor por estar sempre presente no meu caminhar, nos momentos bons e nos ruins, nos fáceis e nos difíceis.

Aos meus irmãos, tios, avô e à família Santos Neves pelas orações e torcida.

À Prof.<sup>a</sup> Eliana Villa, mestre sempre, pela escuta, pelo apoio e colaborações.

Aos alunos Thiago, Elberty e Cássia por me auxiliarem nesta empreitada, e colaborado para que ela acontecesse.

Às queridas amigas Cristiane, Patrícia e Luciana, por todo carinho e cuidado a mim dispensados.

Às colegas do GAD Saúde do adulto e idoso pela compreensão e colaboração neste período de doutoramento.

Aos alunos e professores que colaboraram para realização desta pesquisa.

Ao Prof. Nery José Botega ,pelo auxílio na pesquisa.

Aos funcionários da Pós-graduação da Faculdade de Medicina em especial ao Wilton e Tiago, sempre dispostos a auxiliar.

Por fim agradeço a todos que de alguma maneira contribuíram para que este sonho pudesse ser realizado.

“Minha alma tem o peso da luz. Tem o peso da música. Tem o peso da palavra nunca dita, prestes, quem sabe, a ser dita. Tem o peso de uma lembrança. Tem o peso de uma saudade. Tem o peso de um olhar. Pesa como pesa uma ausência. E a lágrima que não se chorou. Tem o imaterial peso da solidão no meio de outros.”

Clarice Lispector

## RESUMO

O suicídio configura-se como uma das principais causas de morte entre jovens e adolescentes em diversos países ao redor do mundo. Portanto, é necessário ampliar e aprofundar os estudos sobre o problema, procurando soluções e melhoria da assistência prestada à população adolescente. Desta maneira este estudo teve como objetivo conhecer as atitudes e percepções de estudantes e professores de enfermagem frente ao suicídio de adolescentes. O presente estudo foi realizado em duas etapas, a primeira por meio de abordagem quantitativa e a segunda com abordagem qualitativa. Na primeira etapa do estudo buscou-se conhecer as atitudes de estudantes e professores de enfermagem em relação ao comportamento suicida e avaliar se ocorrem mudanças nas atitudes dos alunos ao longo do curso. Para isso foi aplicado o Questionário de Atitude frente ao Comportamento Suicida (QUACS) validado por Botega (2005). Participaram da primeira etapa da pesquisa 92 alunos dos períodos iniciais e finais de um curso de graduação em enfermagem e 26 docentes. Os resultados demonstraram que a graduação em enfermagem não modificou as atitudes dos alunos frente ao suicídio. Além disso, foram encontrados baixos escores para capacidade profissional indicando que alunos e professores sentem-se inseguros para assistir o paciente em risco para suicídio. Foi identificado ainda que os alunos possuem postura mais moralista frente ao suicídio que os professores, o que pode influenciar a qualidade do cuidado ofertado. Na segunda etapa da pesquisa, objetivou-se buscar compreender a percepção dos docentes e discentes de um curso de graduação em enfermagem frente ao suicídio na adolescência. Para tanto foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 15 discentes dos períodos finais da graduação em enfermagem e 14 docentes enfermeiros. Para análise das entrevistas, optou-se pelo referencial teórico de Bardin. Os dados foram agrupados em três categorias de análise: 1- A construção social/cultural do suicídio na adolescência – crenças, valores e percepções; 2- A adolescência na formação curricular do enfermeiro (desafios, fragilidades, ausências); 3- O suicídio na adolescência na formação curricular do enfermeiro (desafios, fragilidades, ausências). Os resultados demonstraram que professores e alunos fazem uma correlação entre a crise da adolescência e o suicídio. Além disso, foi identificada a ausência da abordagem da temática suicídio na adolescência no currículo da graduação em enfermagem e, em consequência, a insegurança profissional enfrentadas por alunos e professores para lidar com adolescente em risco para o suicídio. Conclui-se que o suicídio apesar de um problema de saúde pública, ainda é velado nos bancos da universidade, sendo necessária uma nova visão sobre a inclusão deste tema na formação do enfermeiro, de maneira a oferecer subsídios para as ações de cuidado e prevenção ao suicídio na adolescência.

Palavras-chave: Suicídio. Adolescência. Enfermagem.



## ABSTRACT

Suicide appears as a major cause of death among adolescents and young people in many countries around the world. Therefore, it is necessary to broaden and deepen the studies on the problem, seeking solutions and improving assistance to the adolescent population. Thus this study aimed to understand the attitudes and perceptions of students and teachers of nursing against teen suicide. This study was conducted in two stages, the first by quantitative approach and the second with a qualitative approach. In the first stage of the study aimed to investigate the attitudes of students and teachers of nursing in relation to suicidal behavior and assess whether changes occur in the attitudes of students throughout the course. For this we applied the Questionnaire Attitude to Suicidal Behavior (QUACS) validated by Botega (2005). Participated in the first phase of the study 92 students of the initial and final periods of an undergraduate degree in nursing and 26 teachers. The results showed that undergraduate nursing did not change the attitudes of students against suicide. Moreover, low scores for professional competence were found indicating that students and teachers feel insecure to attend the patient at risk for suicide. It was also identified that students have more moralistic stance against suicide than what teachers can influence the quality of care offered. In the second stage of the research aimed to seek to understand the perceptions of teachers and students of an undergraduate degree in nursing against suicide in adolescence. For both semi-structured interviews with 15 students of final periods of undergraduate nursing and 14 nursing teachers were held. For analysis of the interviews we opted for the theoretical framework of Bardin. The data were grouped into three categories for analysis: 1 - The social / cultural construction of suicide in adolescence - beliefs, values and perceptions; 2 Adolescence in nursing education curriculum (challenges, weaknesses, absences) 3 - The teenage suicide in nursing education curriculum (challenges, weaknesses, absences). The results showed that teachers and students make a correlation between the crisis of adolescence and suicide. Furthermore, we identified the absence of the thematic approach teenage suicide in the curriculum of undergraduate nursing and consequently professional insecurity faced by students and teachers to deal with teen at risk for suicide. We conclude that suicide despite a public health problem, is still veiled in the banks of the university, a new view on the inclusion of this issue in nursing education in order to provide insight to the actions of prevention and care is needed suicide in adolescence.

Key words: Suicide. Teens. Nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Resultados da pesquisa nas bases de dados MEDLINE, LILACS, SCIELO, RevEnf, BDENF. Belo Horizonte, 2014 .....	43
Quadro 2 - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa. Belo Horizonte, 2014.....	44
Fluxograma 1– Processo de seleção dos discentes participantes do estudo .....	61
Fluxograma 2 – Processo de seleção dos docentes participantes do estudo.....	62
Fluxograma 3 – Processo de seleção dos discentes participantes do estudo .....	65
Fluxograma 4 – Processo de seleção dos docentes participantes do estudo.....	67

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra de alunos (n = 92).....	76
Tabela 2 - Caracterização da amostra de professores (n = 26) .....	77
Tabela 3 - Análise descritiva dos fatores do Questionário de atitudes em relação ao comportamento suicida, aplicado aos alunos.....	78
Tabela 4 - Análise descritiva dos três fatores de avaliação da “Escala de Atitudes em relação ao comportamento suicida” entre os alunos.....	79
Tabela 5 - Comparação dos três fatores do Questionário de atitudes em relação ao comportamento suicida e variáveis sociodemográficas – Alunos .....	80
Tabela 6 - Análise descritiva das questões avaliadas no Questionário de atitudes em relação ao comportamento suicida, aplicado aos professores .....	81
Tabela 7 - Análise descritiva dos três fatores de avaliação do Questionário de atitudes em relação ao comportamento suicida, aplicado aos professores.....	82
Tabela 8 - Comparação dos três fatores do Questionário de atitudes em relação ao comportamento suicida e variáveis sociodemográficas– Professores .....	83
Tabela 9 - Comparação dos resultados dos três fatores do Questionário de atitudes em relação ao comportamento suicida entre professores e alunos .....	84

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

PAD – Programa de Aprimoramento Discente

EEUFMG - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

FMUFMG - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

OMS - Organização Mundial da Saúde

MS - Ministério da Saúde

PROSAD - Programa de Saúde do Adolescente

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

HIAA - hidroxindol-acético

LCR - Líquido Cefalorraquidiano

SUPRE- Suicide prevention program

CID - Classificação Internacional de Doenças

CVV - Centro de Valorização à Vida

ESF - Estratégia de Saúde da Família

ACS - Agentes comunitários de saúde

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

SCIELO - Scientific Eletronic Library Online

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

BDENF - Base de Dados em Enfermagem

RevEnf - Portal de Revistas de Enfermagem

REben - Periódicos como a Revista brasileira de enfermagem

SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas

CAPs - Centro de Atenção Psicossocial

QUACS - Questionário sobre a Atitude Frente ao Comportamento Suicida

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	13
1.1	REFERÊNCIAS .....	17
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
2.1	A ADOLESCÊNCIA .....	18
2.2	O SUICÍDIO .....	23
2.2.1	O COMPORTAMENTO SUICIDA NAS PERSPECTIVAS HISTÓRICA, RELIGIOSA E SOCIAL.....	23
2.2.2	AS TEORIAS PSICOLÓGICAS DO SUICÍDIO.....	26
2.2.3	O SUICÍDIO E A ABORDAGEM MÉDICA. ....	27
2.2.4	O IMPACTO DO SUICÍDIO NA POPULAÇÃO - DADOS EPIDEMIOLÓGICOS .....	28
2.2.5	FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO.....	29
2.2.6	POLÍTICAS PÚBLICAS E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO .....	30
2.2.7	O SUICÍDIO E A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE/ENFERMEIRO.....	31
2.3	REFERÊNCIAS .....	34
3	ARTIGO 1 (Revisão Integrativa).....	39
3.1	INTRODUÇÃO.....	40
3.2	METODOLOGIA .....	42
3.3	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	43
3.3.1	QUEM É O ADOLESCENTE QUE TENTA O SUICÍDIO E QUAIS OS MEIOS UTILIZADOS?.....	45
3.3.2	OS MOTIVOS QUE LEVAM O ADOLESCENTE AO SUICÍDIO .....	47
3.3.3	A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA RECUPERAÇÃO DO ADOLESCENTE QUE TENTA SUICÍDIO .....	49
3.4	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	50
3.5	REFERÊNCIAS .....	51
4	OBJETIVOS DO ESTUDO.....	55
4.1	OBJETIVO GERAL.....	55
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	55
5	METODOLOGIA .....	56
5.1	METODOLOGIA .....	56
5.2	O LOCAL DO ESTUDO.....	56
5.2.1	O MUNICÍPIO DE DIVINÓPOLIS .....	56
5.2.2	A UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI – CAMPUS CENTRO OESTE DONA LINDU .....	57
5.3	PRIMEIRA ETAPA - A PESQUISA QUANTITATIVA.....	58
5.3.1	OS SUJEITOS DA PESQUISA – PRIMEIRA ETAPA QUANTITATIVA .....	60
5.3.1.1	Estudantes de enfermagem .....	60
5.3.1.2	Docentes de enfermagem .....	61
5.4	SEGUNDA ETAPA - A PESQUISA QUALITATIVA.....	62
5.4.1	OS SUJEITOS DO ESTUDO – SEGUNDA ETAPA .....	65
5.4.1.1	Estudantes de enfermagem .....	65
5.4.1.2	Docentes de enfermagem .....	66

5.5	OS ASPECTOS ÉTICOS .....	67
5.6	REFERÊNCIAS .....	68
6	ARTIGO 2.....	70
6.1	INTRODUÇÃO.....	71
6.2	METODOLOGIA .....	73
6.3	RESULTADOS .....	75
6.3.1	DISCUSSÃO .....	84
6.3.2	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
6.3.3	REFERÊNCIAS.....	89
7	ARTIGO 3.....	92
7.1	INTRODUÇÃO.....	93
7.2	METODOLOGIA .....	95
7.3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	97
7.3.1	CATEGORIA 1- A CONSTRUÇÃO SOCIAL/CULTURAL DO SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA – CRENÇAS, VALORES E PERCEPÇÕES .....	97
7.3.1.1	O suicídio na adolescência: um tabu a ser enfrentado .....	97
7.3.1.2	Fatores intrínsecos e extrínsecos da adolescência e sua relação com o suicídio 99	
7.3.1.3	A prevenção do suicídio na adolescência .....	106
7.3.1.4	Categoria 2- A adolescência na formação curricular do enfermeiro – desafios, fragilidades e ausências.....	108
7.3.1.5	Categoria 3- O suicídio na adolescência na formação curricular do enfermeiro (desafios, fragilidades, ausências). .....	110
7.3.1.5.1	A formação do enfermeiro para o atendimento ao adolescente que busca o suicídio .....	110
7.3.1.5.2	A insegurança profissional.....	112
7.3.2	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
7.3.3	REFERÊNCIAS.....	117
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
9	APÊNDICES.....	124
10	ANEXOS.....	128

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho com o adolescente esteve presente em minha jornada profissional desde a graduação no curso de enfermagem. Por dois anos, participei do Programa de Aprimoramento Discente (PAD) em um projeto voltado para discussão da sexualidade na adolescência e semanalmente realizava oficinas com alunos de uma Escola Pública de Belo Horizonte. Nos períodos finais da graduação, continuei o trabalho com adolescentes, porém em uma perspectiva diferente. Aqueles adolescentes, que anteriormente representavam um porvir cheio de possibilidades, começaram a cruzar meu caminho durante um ato extremo de angústia, a tentativa de suicídio.

No ano de 2008, ingressei no curso de Mestrado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EEUFMG e realizei a pesquisa intitulada: “Tentativa de autoextermínio entre adolescentes e jovens: uma análise compreensiva”. A partir desta pesquisa, pude compreender o universo dos adolescentes suicidas e identificar o significado deste ato em suas vidas. Identifiquei que inúmeros fatores contribuíram para que os adolescentes buscassem o morrer, em detrimento do viver. Dentre estes destaco: a falta de diálogo entre os membros da família, a impulsividade e o pensamento mágico característicos do adolescente, a falta de perspectivas pessoais e profissionais. Ressalto também como achados relevantes: o preconceito vivenciado pelo adolescente durante o atendimento de urgência e a necessidade de acompanhamento profissional para que este sujeito não cometa novas tentativas. A pesquisa realizada no programa de Mestrado apontou caminhos para a necessidade de capacitar os profissionais de saúde em especial os enfermeiros para o cuidado a este adolescente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS o suicídio é um problema de Saúde Pública em âmbito mundial, conforme dados publicados no *Informe mundial sobre La violencia y La salud para las Américas*. No prólogo do documento em questão, Nelson Mandela descreve que o suicídio surge em uma escala nunca vista e nunca pensada na história da humanidade.<sup>1</sup>

Alguns dados apresentados pela OMS estimam que aproximadamente 1 milhão de pessoas morrem por ano em decorrência do suicídio.<sup>2</sup> Destaca-se ainda que em indivíduos entre 15 e 44 anos, o suicídio ocupa a sexta posição nas causas de incapacitação. No ano de 2002, 1,4% do ônus global ocasionado por doenças foi devido à tentativa de autoextermínio e prevê-se que em 2020 este número chegará a 2,4%.<sup>3</sup>

A taxa oficial de mortalidade por suicídio no Brasil encontra-se em níveis de 4 a 5 óbitos para cada 100 mil habitantes.<sup>4, 5</sup> Entre os anos de 2005 a 2009, ocorreram mais de 44.000 óbitos em decorrência do suicídio. Os adolescentes representam 8,15% desse percentual, totalizando 3.590 jovens mortos decorrente de uma causa evitável.<sup>6</sup> Em Minas Gerais, entre os anos de 2005 a 2009, as mortes por lesões autoprovocadas (suicídios) em adolescentes representaram 4,1% da mortalidade geral desta faixa etária.<sup>7</sup>

O indivíduo que tenta o autoextermínio nem sempre quer morrer, ele pode desejar, na verdade, uma nova vida sem problemas ou angústias, assim uma atitude de ajuda pode mudar a escolha de um sujeito. Por esse motivo, faz-se necessária a criação de políticas públicas voltadas para a prevenção do autoextermínio. Em 2006, foram publicadas, no Brasil, as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio. Dentre as diretrizes propostas, destaca-se a oitava, na qual surge a proposta de promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, dos serviços de saúde mental e das unidades de urgência e emergência. Portanto, faz-se necessário capacitar os profissionais de saúde que estão em contato direto com a população para que aprendam a tratar com humanidade o paciente com ideias suicidas, saibam identificar os fatores de risco para tentativa de autoextermínio e promovam escuta cuidadosa dos usuários do sistema de saúde.

A atuação da Equipe de Saúde da Família é importante meio de prevenção do suicídio em geral, tendo em vista que, aproximadamente, 70% dos pacientes que tentam suicídio procuram um serviço de saúde até três meses antes do ato. Porém, a falta de preparo dos profissionais e o preconceito existente com indivíduos queixosos, impedem a identificação dos casos e, conseqüentemente, sua prevenção.<sup>8</sup> Tratando-se de adolescentes agrava-se esta questão, tendo em vista a dificuldade experienciada pelos profissionais no atendimento a esta população. A mesma falta de preparo impede e dificulta a notificação dos casos de suicídio, o que leva a uma subnotificação e falsa dimensão de tal problema em nossa sociedade.

Na Estratégia de Saúde da Família, o enfermeiro ocupa lugar de destaque no atendimento ao paciente, além de ser responsável pela educação permanente da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde. Por meio de ações intersetoriais, pode-se atingir a população adolescente, realizando programas educativos nas escolas e nos espaços de convívio destes, além de promover a consulta de enfermagem ao adolescente, já que estes são indivíduos em formação e que possuem demandas diferentes do restante da população. Importante descrever



que o suicídio é uma das condutas mais significativas da adolescência, pois representa um espelho dos conflitos vivenciados pelos jovens.<sup>9</sup>

Pesquisas demonstram que os profissionais de enfermagem possuem preconceitos frente aos adolescentes que tentam suicídio, e tal postura negativa dificulta o tratamento e acompanhamento adequados. Assim, é fundamental que a formação dos enfermeiros seja capaz de desfazer mitos e tabus acerca do cuidado ao adolescente principalmente em relação à atenção ao adolescente suicida.<sup>10, 11, 12</sup>

Os dados discutidos até o momento corroboram os caminhos apontados na pesquisa realizada durante o Programa de Mestrado da EEUFMG. Assim, ao ingressar no Programa de Doutorado em Ciências da Saúde - com ênfase em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, FMUFMG, optei por dar continuidade ao estudo da temática suicídio na adolescência, porém, desta vez, dando voz ao sujeito que cuida, ao enfermeiro que assiste o adolescente que tenta suicídio.

A princípio trabalharia com enfermeiros e técnicos de enfermagem inseridos na atenção básica e na atenção terciária de saúde. Contudo, no ano de 2011, quando já cursava o Doutorado na FMUFMG, ingressei na carreira docente em uma Instituição Pública de Ensino Superior, e durante a minha atuação pude perceber empiricamente o pouco conhecimento dos alunos acerca da temática suicídio na adolescência. Essa percepção me levou a questionar sobre a formação do enfermeiro para cuidar do adolescente que tenta o suicídio e quais suas atitudes e percepções frente a este sujeito. Desta maneira, desejei desenvolver um estudo que permitisse conhecer com rigor metodológico as atitudes dos estudantes e professores de enfermagem de uma instituição pública frente à tentativa de autoextermínio de adolescentes e compreender a percepção dos mesmos acerca desta ação. Conhecer as atitudes e percepções dos estudantes de enfermagem e seus respectivos professores, responsáveis pela formação em saúde, é importante para identificar as lacunas existentes nessa relação e propor ações que visem otimizar o atendimento às pessoas que tentaram suicídio.

Inicialmente buscou-se embasamento teórico junto à literatura existente para ampliar os conhecimentos acerca dos temas que serão discutidos, adolescência, suicídio, suicídio na adolescência, formação e atuação do profissional de enfermagem.

Os resultados serão apresentados em forma de artigo obedecendo à Norma nº 3 /2010 que regulamenta o formato de teses e dissertações do programa de Pós-graduação em Ciências da

Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Serão apresentados três artigos:

- A abordagem do suicídio na adolescência nas publicações da enfermagem brasileira: uma revisão integrativa da literatura;
- As atitudes dos estudantes e professores de enfermagem de uma universidade pública frente ao suicídio de adolescentes;
- As percepções dos estudantes e professores de enfermagem de uma universidade pública frente ao suicídio de adolescentes.

## 1.1 REFERÊNCIAS

1. OMS. Organização Mundial de Saúde. Organización Panamericana de la salud. Informe mundial sobre la violència y la salud para las Américas. Washington: OMS; 2003.
2. Banza, APL. Cultural influence in suicidal behavior: a reflexive approach. Rev. Enferm UFPE on line. [internet]. 2012 [cited 2013 nov 18]; 6(6): 1459-67 Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/2753>
3. Organização Mundial da Saúde, Suicide Prevention. 2009 Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html).
4. Bertolote, L M. Revista Psiquiatria Hoje - Debates. Suicídio. 2010; 2(6); 15-17.
5. Brzozowski, FS, Soares GB, Benedet J, Boing, AF, Peres MA. Tendência temporal do suicídio no Brasil no período 1980-2005. Cad Saúde Pública. 2010; 26(7):1293-302.
6. Ministério da Saúde (BR). Base de dados do Sistema Único de Saúde (Datasus). Informações de Saúde. Estatísticas Vitais. Sistema de informação em mortalidade. [internet]: Brasília: Ministério da Saúde. 2013. [acesso 22 set 2013]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>
7. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (Br). Análise da situação de saúde de Minas Gerais – 2010. [Internet]. [citado em 21 set 2011]. Belo Horizonte (MG) Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/estatistica-e-informacao-em-saude/analises-de-situacao-de-saude/analise%20situacao%20saude%2020.pdf>
8. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. Am J Psychiatry. 2002;159(6):909-16
9. Resmini E. Tentativa de suicídio: um prisma para a compreensão da adolescência. 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. 146 p.
10. Aguiar, M.A.F Tentativas de suicídio por meio de medicamento: as percepções dos adolescentes [Tese]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade federal de Minas Gerais UFMG; 2011.
11. Silva VP, Boemer MR. O suicídio em seu mostrar-se a profissionais da saúde. Rev Eletrôn Enferm [Internet]. 2004 [citado 2013 nov 21];6(2). Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista6\\_2/pdf/Orig1\\_suicidio.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/Orig1_suicidio.pdf)
12. Avanci RC, Pedrão LJ, Costa Junior 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. (Ed. port.) [Internet]. 2005 [cited 2011 abr 30];1(1). Available from: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/smad/v1n1/v1n1a07.pdf>

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A presente fundamentação teórica pretende fazer uma aproximação com a literatura existente sobre suicídio e adolescência, permitindo uma ampliação da visão sobre o tema. A apresentação das diferentes abordagens que estudam e buscam compreender/explicar o suicídio na adolescência teve como objetivo apresentar a complexidade e a polissemia deste fenômeno. Reconhece-se, entretanto, a limitação quanto à profundidade e à impossibilidade de se esgotar todos os temas aqui expostos.

### 2.1 A ADOLESCÊNCIA

O termo adolescência deriva do verbo latim (ad = para e olescere = crescer), apontando para uma fase de crescimento e amadurecimento, na qual ocorrem mudanças físicas e também sociais. Essa fase inicia-se com os sinais da puberdade e tem fim quando as responsabilidades adultas são amplamente assumidas pelos jovens.<sup>1</sup>

Na adolescência ocorre a maturação sexual do indivíduo e as características sexuais secundárias tornam-se visíveis aos olhos do adolescente, de sua família e sociedade. Constitui-se, portanto, etapa fundamental da formação humana tanto no campo físico quanto no desenvolvimento da personalidade. Porém, as inúmeras mudanças vivenciadas por estes sujeitos tornam esta fase confusa, e as contradições permeiam toda a existência do adolescente, o que afeta a busca de sua identidade e autoestima.<sup>2</sup>

Os adolescentes representam 11% da população brasileira, o que significa um contingente de 21.083.635 meninos e meninas que necessitam de educação, esporte, cultura, lazer e assistência saúde. A queda da fecundidade, a diminuição da mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida ao nascer contribuíram para o alargamento da pirâmide populacional nesta faixa etária.<sup>3,4</sup>

Os estudos acerca da adolescência tiveram início na antiga Grécia com filósofos como Sócrates e Platão que teceram reflexões sobre essa fase do desenvolvimento, considerada a época sem grande importância, uma vez que os jovens eram considerados adultos em miniatura.<sup>5</sup> O conceito de adolescência é relativamente novo datado do início do século XX, é, portanto, um signo da modernidade. A emergência desta fase só foi possível após a implantação do sentimento de infância no século XIX.<sup>6</sup>

A revolução industrial tem papel importante na definição do conceito de adolescência, devido às mudanças provocadas no seio da família pela sociedade industrial. A industrialização levou à progressiva urbanização da sociedade, ao surgimento da família nuclear e, também, do ensino obrigatório, dos meios de comunicação em massa, do progresso científico tecnológico, dentre outros. O adolescente antes considerado força de trabalho passou a ocupar função diferenciada, emotiva, e a adolescência foi entendida como um momento importante do desenvolvimento humano. No século XX, os jovens passam seu tempo cada vez mais juntos, em escolas e grupos, o que leva a um incremento dessa cultura e a um delineamento do espaço adolescente na sociedade.<sup>5,7</sup>

A definição cronológica da adolescência é feita de diferentes maneiras. Segundo a OMS e o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD) do Ministério da Saúde, o adolecer é dividido em duas etapas: a pré-adolescência representada pelos indivíduos na faixa etária de 10 a 14 anos e a adolescência propriamente dita, que constitui a faixa etária de 15 a 19 anos. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define como adolescentes os indivíduos que estão na faixa etária de 12 a 18 anos, quando os mesmos atingem a maioridade pelo código penal brasileiro.<sup>8</sup>

Socialmente, a definição de adolescência ultrapassa os rigores cronológicos. Dentro de cada estrutura social, a transição para o mundo adulto ocorre de maneira diferenciada e pode ser observada quando o indivíduo adquire maior independência e autonomia em diversos campos da vida, adquire e consolida valores pessoais, é capaz de estabelecer uma identidade sexual e manter relações afetivas estáveis, sejam com seus familiares quanto com outros membros da sociedade.<sup>9</sup>

As palavras adolescência e puberdade são muitas vezes utilizadas como sinônimos, contudo puberdade relaciona-se ao conjunto de transformações fisiológicas ligadas à maturação sexual, enquanto a adolescência compreende aspectos sociais, filosóficos e culturais. Limitar a adolescência à puberdade é uma atitude equivocada, pois significa priorizar apenas os aspectos fisiológicos desta fase e não considerar as adaptações emocionais e sociais a que estes indivíduos são expostos.

Do ponto de vista biomédico, as transformações ocorridas na adolescência são tidas como elementares na vida dos indivíduos e os desafios enfrentados pelos adolescentes são considerados próprios do desenvolvimento, incluindo adaptação às mudanças fisiológicas e

anatômicas em relação à integração de uma maturidade sexual em um modelo especial de comportamento.<sup>10</sup>

Os conflitos vivenciados pelos adolescentes, seus desejos e necessidades são influenciados pelo contexto social, definindo-se e modificando-se na interação com seus diversos componentes, sejam econômicos, institucionais, políticos, éticos, culturais e físico-ambientais. É no concreto da vida, na construção/reconstrução de identidades e valores materiais e culturais, na interação destes com processos somáticos, genéticos e físico-ambientais, que se definem os diversos modos de vida do adolescente.<sup>11</sup>

Adolescer é romper com o mundo da criança e adentrar no mundo desconhecido dos adultos, o que gera lutos, angústias e crises emocionais. Do ponto de vista psicológico, a busca da identidade é marcada pela elaboração dos processos de luto, não sendo possível que o adolescente alcance a identidade adulta antes da conscientização das três perdas fundamentais desse período.<sup>12</sup>

- Perda do corpo infantil: O corpo em transformação é desconhecido do adolescente. O crescimento e o desenvolvimento das gônadas e caracteres sexuais, dos membros superiores e inferiores, a mudança da voz, dentre outras alterações causadas pela puberdade fazem com que o adolescente desconheça aquele corpo que agora o acompanha.
- Perda dos pais da infância: Os adolescentes questionam as atitudes dos pais e começam a enxergar suas falhas e defeitos. Os pais são alvos de duras e profundas críticas por parte dos adolescentes, uma vez que a percepção de pais infalíveis é quebrada. Nesse momento, os adolescentes buscam novas identificações, e esta busca ocorre na maioria das vezes fora do âmbito familiar.
- Perda da identidade e do papel sócio-familiar infantil: O adolescente experimenta vários papéis, quando em alguns momentos é considerado adulto pela sociedade e em outros, criança.

O adolescente também passa pela chamada Síndrome da Adolescência Normal, descrita por Aberastuty e Knobel (2005).<sup>12</sup> Segundo esses autores, esta é composta pelos seguintes processos: busca de si mesmo e da identidade, tendência grupal, necessidade de intelectualizar-se e de fantasiar, crises religiosas, deslocalização temporal, evolução sexual, atitude social reivindicatória, contradições sucessivas em todas as manifestações e condutas,

separação progressiva dos pais da infância, constantes flutuações do humor e do estado de ânimo.<sup>12</sup>

Dentre os processos acima citados, destacam-se a tendência e necessidade grupal, a agressividade, a sexualidade e as constantes flutuações de humor que serão discutidas mais detalhadamente, por representarem risco para comportamento e conduta dos adolescentes.

Para o adolescente, estar inserido em grupos de pares é fundamental e saudável. É no processo grupal que este sujeito define e desenha sua identidade adulta, é neste espaço que ele se reconhece e compartilha as vivências, ganhos e desafios desta fase. Não pertencer a um grupo pode gerar nos adolescentes sentimentos de exclusão e menos valia, além de contribuir para a geração de processos depressivos. Os grupos podem servir como fator protetor ou fator de risco aos adolescentes. Os colegas de grupo são a nova família do adolescente, sendo sempre preferidos em relação aos pais. Esse processo gera forte sofrimento e sentimento de insegurança aos pais, que se sentem rejeitados e desconfiam das influências que os pares exercem sobre seus filhos. Quando os encontros grupais são formados nas casas dos próprios adolescentes, este é um bom sinal para as famílias, pois significa boa aceitação de ambas as partes e proteção contra violência das ruas. A família permanece próxima ao adolescente, sem impor padrões de comportamento.<sup>10</sup>

A sexualidade está em pleno desenvolvimento na adolescência, o estímulo biológico aliado à transformação de valores e padrões culturais exercem forte influência para que o adolescente inicie precocemente sua vida sexual. A análise da situação da saúde do adolescente no Brasil, publicada em 2010, demonstrou que no ano 2006, 33% das mulheres com até 15 anos já haviam tido relações sexuais, o triplo das relações ocorridas em 1996, na mesma faixa etária. A maior parte das meninas inicia sua vida sexual com namorados mais velhos e mais experientes. Este dado muda drasticamente quando se refere aos adolescentes do sexo masculino, apenas 45% iniciam sua atividade sexual com a namorada, 50% com parceira eventual e 5% com profissionais do sexo.<sup>13</sup>

Quando o adolescente sente-se pressionado a iniciar sua vida sexual, as relações costumam trazer mais angústias do que prazer. Além disso, destaca-se que o início de uma vida sexual precoce deixa os adolescentes expostos a riscos como doenças sexualmente transmissíveis e uma gravidez indesejada.<sup>14</sup> A gravidez na adolescência leva à sobrecarga física e psíquica aumentando a vulnerabilidade aos agravos materno-fetais e psicossociais, como abandono

escolar e diminuição da perspectiva de vida.<sup>15</sup> A gravidez precoce também está relacionada a elevado de risco de suicídio.<sup>16</sup>

A impulsividade e o sentimento de onipotência são características básicas de todo adolescente, a ação está para o adolescente, assim como a palavra está para o poeta. Existe uma dificuldade por parte deste sujeito em comunicar suas ideias e pensamentos, de exteriorizá-las para o universo adulto, assim, muitas vezes, utiliza a ação como meio de demonstrar seus sentimentos. O sentimento de onipotência próprio do adolescente faz com que este se sinta imune aos riscos da sociedade. As meninas acreditam que jamais irão engravidar e os rapazes sentem-se protegidos de acidentes. Esse padrão comportamental amplia os riscos de tentativa de suicídio nesta faixa etária, pois a vivência do pensamento mágico, característica desta fase, associada à onipotência pode permitir que o adolescente acredite que nada de mal lhe acontecerá. Assim, quando algo acontece ele sente-se frustrado e pode buscar o suicídio como uma solução.<sup>17</sup>

A agressividade e o sentimento de onipotência expõem nossos jovens diariamente à violência e amplia o número de mortes nesta faixa etária em decorrência de causas externas. No ano de 2008, as agressões foram a principal causa de morte para adolescentes de 15 a 19 anos de idade (58,7%), seguidas de acidentes de transporte (24%), afogamentos (6,6%) e lesões autoprovocadas (4,8%). Para adolescentes de 10 a 14 anos, a primeira causa foram os acidentes de transporte (35,9%), vindo em seguida as agressões (22,4%), afogamentos e submersões (21,8%) e em quarto as lesões autoprovocadas (4,8%).<sup>13</sup>

Neste sentido, faz-se necessário o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para esta faixa etária e uma assistência de saúde integral que respeite suas particularidades. No Brasil, as normas de assistência à saúde voltadas a essa população datam das décadas de 80 e 90 quando foram lançados o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA e o Programa Integral de Saúde do Adolescente – PROSAD.

Nos serviços de saúde, a incorporação da assistência a esta população ainda é incipiente. Os adolescentes não frequentam os centros de saúde e só buscam auxílio médico quando estão com algum problema de saúde. As atividades de prevenção e de promoção da saúde ainda são escassas nas comunidades e frequentes são os relatos dos profissionais de saúde, como enfermeiros, acerca das dificuldades em lidar com esta população.<sup>18, 19</sup> Estudo demonstrou que os profissionais de saúde relataram não saber lidar com os adolescentes, considerando-os



permissivos e mal-educados, impondo assim barreiras na relação e interação com esses jovens. As atividades, quando realizadas voltam-se para a questão da sexualidade e as outras áreas de desenvolvimento do adolescente permanecem veladas.<sup>20</sup>

Trabalhar com adolescentes e jovens requer, dos profissionais de saúde, além de disposição e interesse, uma capacidade de escuta e diálogo. Os profissionais de saúde não sabem o que fazer com esses adolescentes, postergando atividades com esse grupo, ou limitando-as aos aspectos reprodutivos dessa fase da vida.<sup>9</sup>

Os adolescentes acreditam que os outros prestem tanta atenção neles quanto eles próprios o fazem, sendo seus problemas os únicos e os mais importantes. Nessa crença, deduzem que ninguém, além deles próprios, é capaz de compreendê-los. Além disso, os profissionais de saúde são adultos, assim como seus pais com quem estão travando uma luta por autonomia.<sup>17</sup>

Assim, é preciso que a formação do profissional de saúde, com destaque para o enfermeiro, um dos focos deste estudo, amplie a visão destes profissionais acerca do processo de adolecer. O enfermeiro deve ser capaz de proporcionar aos adolescentes um ambiente confortável e confiável, no qual se sintam acolhidos e à vontade para falar de seus planos, medos, angústias e desejos. Além disso, os adolescentes devem sentir-se protagonistas e responsáveis por seu cuidado, reconhecendo o profissional de saúde como um alicerce e não como uma pessoa detentora do saber e da verdade.

## **2.2 O SUICÍDIO**

### **2.2.1 O COMPORTAMENTO SUICIDA NAS PERSPECTIVAS HISTÓRICA, RELIGIOSA E SOCIAL**

A palavra suicídio deriva da expressão latina “*sui caedere*” que significa “matar-se”. Na Língua Portuguesa, suicídio significa o ato deliberado pelo qual um indivíduo possui a intenção de provocar a própria morte.<sup>21</sup> Trata-se de um tabu na sociedade contemporânea apesar dos crescentes e alarmantes índices de morte pela violência autoinfligida. Falar sobre suicídio, discutir esta temática contempla caminhos percorridos por poucos.

O comportamento suicida sempre existiu e foi historicamente abordado de diferentes maneiras. O relato mais antigo de suicídio é datado de 2.500 a.C, quando um grupo de 12 pessoas na cidade de Ur, na Mesopotâmia, ingeriu voluntariamente uma bebida envenenada e

se deitaram para aguardar seu efeito.<sup>22</sup> Na antiga Grécia, no arquipélago da Ilha de Ceos, o suicídio era realizado com a finalidade de subsistência. Os mais velhos buscavam o autoextermínio para que os mais jovens pudessem se alimentar. Posteriormente, quando a escassez de comida deixou de ser um problema, foi necessário o desenvolvimento de leis que interrompessem tal prática.<sup>23</sup>

Ainda na Grécia, em tempos menos remotos, um indivíduo não podia se matar sem prévio consenso da comunidade, porque o suicídio constituía um atentado contra a estrutura comunitária. Eram recusadas as honras de sepultura regular ao suicidado clandestino e a mão do cadáver era amputada e enterrada à parte. Por sua vez, o Estado tinha poder para vetar ou autorizar um suicídio, bem como para induzi-lo. Por exemplo, em 399 a.C., Sócrates foi obrigado a se envenenar.<sup>24</sup>

Os gregos por muito tempo utilizaram a mitologia para justificar o suicídio. A responsabilidade da morte para estes era atribuída às moiras, entidades mitológicas que poderiam tecer o destino e cortar o fio da vida quando necessário. Assim, independentemente da maneira como a morte ocorresse, as moiras é que estariam por trás, e a vida se findado, pois haveria chegado o momento.<sup>25</sup>

Durante a República Romana, existiu uma regulamentação do suicídio análoga à dos gregos. O sujeito que quisesse se matar deveria expor suas razões ao Senado que decidiria se o motivo era justo ou não. As correntes filosóficas do epicurismo, do estoicismo e do cinismo em muito influenciaram a conduta romana e, por isso, o suicídio passou a ser aceito em determinadas circunstâncias.<sup>25</sup>

As religiões têm por finalidade a salvação do homem. Assim, o Judaísmo condena a prática do suicídio, por tratar-se de grave transgressão à inviolabilidade da vida humana. Contudo, em casos em que o sujeito sofre grande tortura, o suicídio é aceito e considerado uma rota de fuga e preservação da honra.<sup>26</sup>

Com o advento do Cristianismo, o suicídio assumiu um caráter imoral, arbitrário. São Tomás de Aquino e Santo Agostinho propagaram a ideia de que o ato de se matar era um pecado e passível de punição e exclusão da felicidade eterna. O suicídio era colocado como um atentado contra a vida e a caridade, contra sociedade e contra Deus, pois uma vez que Ele nos deu a vida, somente Ele a pode retirar. Nesta época, Igreja e Estado andavam de mãos dadas

na condução da sociedade, assim as famílias dos suicidas sofriam fortes sanções, perdiam a herança e eram obrigadas a assistir às crueldades a que o corpo do morto era submetido.<sup>23, 24</sup>

A partir do século XVII, a condenação ao suicídio imposta pela igreja católica começa a sofrer contestações e a repressão ao suicídio é amenizada. Com o iluminismo, emergiram novas abordagens teóricas sobre o tema, possibilitando assim a criação de novas teorias e uma melhor compreensão de tal atitude pela sociedade.<sup>27</sup> Dentre as teorias elaboradas nesta época, destaca-se a teoria sociológica de Emile Durkheim.

Emile Durkheim publicou no ano de 1897 a obra “O suicídio - Estudo sociológico”, na qual descreve o suicídio como um fenômeno social e não um problema individual. Durkheim<sup>28</sup> afirma que quanto mais profunda for a integração do indivíduo nos grupos sociais, menor a probabilidade deste suicidar-se e vice-versa. O autor distingue ainda três tipos de suicídio, são eles:

- Suicídio Altruísta: o indivíduo se sacrifica em nome de um grupo. Há um demasiado nível de integração do indivíduo à sociedade. Este tipo de suicídio é comumente visualizado no islamismo, por meio dos denominados “homens-bomba”
- Suicídio Anômico: a sociedade está em anomia e por isso as satisfações das necessidades mais elementares dos indivíduos não podem ser garantidas e o suicídio torna-se frequente. Em períodos de grandes recessões econômicas, este tipo de suicídio é facilmente observado.
- Suicídio egoísta: o indivíduo está desleixado em relação à sociedade, os níveis de integração deste com a comunidade são fracos, o que o deixa mais vulnerável à inclinação ao suicídio.

Karl Max em coautoria com Jacques Peuchet elaboram a análise sociológica “Sobre o suicídio” e o descreveram como uma consequência de uma sociedade burguesa moderna. Os indivíduos inseridos nesta sociedade estariam sempre em fortes lutas e competições, assim seria comum o comportamento hostil. A falta de emprego e a miséria, produtos do capitalismo, seriam fatores que contribuiriam para o aumento do suicídio na sociedade. Os autores responsabilizam a burguesia pelas tentativas de suicídio devido à opressão sofrida pelo proletariado por parte da burguesia nos aspectos sociais, éticos e econômicos.<sup>27</sup>

Os aspectos levantados pelas teorias sociológicas não consideram a individualidade dos sujeitos, valorizando apenas as questões sociais envolvidas na tentativa de suicídio. Estudos desenvolvidos em outras áreas de conhecimento como a psicologia e a área médica foram essenciais para a ampliação da compreensão do fenômeno suicídio e por isso serão discutidas a seguir.

### 2.2.2 AS TEORIAS PSICOLÓGICAS DO SUICÍDIO

Para a psicanálise, o suicídio tem relação com o desejo do indivíduo, com suas angústias e fatores psíquicos associados.<sup>29</sup> Sigmund Freud foi um dos grandes estudiosos da teoria psicológica. Segundo este autor, a natureza humana funciona em duas essências: Eros (pulsão que conduz a vida) e Tanatos (pulsão que conduz a morte). Ambas deveriam estar em consonância, porém, quando a pulsão de morte sobrepõe a pulsão de vida, ocorre o suicídio. Para o autor, o indivíduo só é capaz de atentar contra a própria vida caso renunciasse à autopreservação.

Para Freud, no indivíduo suicida o ataque contra a vida só pode ser realizado quando o ego (instância psíquica que põe o sujeito em contato com a realidade) for considerado como um objeto, assim a hostilidade pode ser dirigida a ele. Carl G.Jung, contemporâneo de Freud, diz que o suicídio ocorre quando existe uma situação em que só a morte pode pôr fim. Para esse autor, o suicídio é uma tendência inconsciente, sendo um equívoco reprimi-la, contudo faz-se necessário resgatar a vida do indivíduo com ideação suicida.<sup>30</sup>

O psicanalista Karl Menniger acredita que todo ser humano tem fortes propensões a autodestruição, sendo o suicídio uma das manifestações. Todo ato agressivo ou destrutivo contra a própria vida é uma manifestação do instinto de morte contra o Eu. Segundo Menniger, para que o ato suicida ocorra pelo menos três fatores devem estar presentes: o desejo de morrer, o desejo de matar e o desejo de ser morto. Assim o desejo de se matar representa o desejo de destruir outro e a si mesmo. A falta de elaboração interna acerca das percepções e vivências de um indivíduo pode ser um fator relevante para desencadear o comportamento suicida.<sup>23, 24</sup>

Segundo Morse, a gratificação de um desejo em relação ao objeto amado é uma das fantasias do suicida. A perturbação do indivíduo frente à realidade, permite que ele acredite que irá viver após a morte e assim gozar do “prazer” após sua ação e os seus efeitos sobre os outros.<sup>31</sup>

Após as leituras realizadas, fica claro que as teorias psicológicas enfatizam a individualidade do sujeito, o que as difere das teorias sociológicas. O suicídio é visto do ponto de vista individual, sendo a estrutura psicológica do indivíduo um fator predominante para a escolha ou não do ato suicida. Os aspectos psicológicos do suicídio foram relegados a segundo plano em consequência do possível fracasso das técnicas psicoterápicas em prevenir novas tentativas.<sup>31</sup>

### 2.2.3 O SUICÍDIO E A ABORDAGEM MÉDICA.

A formulação de uma teoria médica que pudesse explicar as causas do suicídio data do final do século XVII. Nesta época, alguns livros discutiam a associação entre suicídio, loucura e melancolia. No final do século XIX, Pinel e seu discípulo Esquirol criaram a teoria psiquiátrica, na qual o suicídio é relacionado a alienações mentais, só ocorrendo em situações de delírio. Sendo involuntário, o suicídio deveria ser passível de prevenção e não punição ou julgamento. A teoria de Esquirol ainda conserva-se plena, uma vez que 90% dos indivíduos que cometem suicídio possuem algum transtorno psiquiátrico.<sup>23</sup>

Dentre os transtornos mentais mais prevalentes associados ao suicídio estão a depressão, transtorno do humor bipolar, dependências de álcool e outras drogas psicoativas e a esquizofrenia. O risco amplia-se quando dois dos fatores citados acima se combinam como, por exemplo, uso e abuso de álcool e quadro depressivo. Contudo, não se pode afirmar que todo suicídio relaciona-se a uma doença mental, uma vez que pessoas sem transtornos mentais diagnosticáveis podem tentar o suicídio.<sup>32</sup>

Pesquisa realizada acerca da presença de diagnósticos psiquiátricos nas tentativas de suicídio de uma determinada população indicou que em 87,3% dos casos havia diagnóstico psiquiátrico anterior ao suicídio. Dentre os transtornos indicados, 43,2% foram de casos de transtorno do humor, 25,7% de transtornos do uso de substâncias, 16,2% possuíam transtorno de personalidade e 9% transtorno psicótico.<sup>33</sup>

Outro estudo realizado, em um Pronto Atendimento no Rio de Janeiro, demonstrou que 71,9% dos casos de tentativas de suicídio atendidos pela unidade estavam associados a um distúrbio psiquiátrico. O transtorno depressivo esteve presente em 38,9% dos casos, seguidos da dependência de substância psicoativa (21,9%), transtornos de estresse pós-traumático (20,8%), dependência de álcool (17,7%) e esquizofrenia (15,6%). Foi ressaltada nesta

pesquisa que a maioria dos indivíduos que tentaram o autoextermínio já possuía histórico de tentativas.<sup>34</sup>

A associação de quadros depressivos e tentativa de autoextermínio tem sido amplamente estudada. Estudos realizados em diversos países demonstram que a depressão é a principal entidade nosológica associada a tentativas de suicídio, à ideação e a planos suicidas.<sup>35</sup>

Atitudes suicidas também foram associadas a fatores genéticos. A revisão de literatura demonstra que a transmissão do comportamento suicida é independente da segregação familiar de morbidade psiquiátrica. Estudos neurobiológicos demonstram associação entre comportamento suicida e redução da atividade serotoninérgica, principalmente entre casos que apresentam altos níveis de traços impulsivos e impulsivo-agressivos.<sup>36</sup>

O ácido 5-hidroxiindol-acético (5-HIAA) é um metabólito da serotonina que pode ser encontrado no líquido cefalorraquidiano (LCR). Estudos *postmortem* foram realizados inicialmente em pacientes com quadros depressivos, sugerindo que uma baixa concentração de 5-HIAA no LCR elevariam a frequência da tentativa de suicídio. Evidências sugerem que baixas concentrações de 5-HIAA em uma pessoa que fez uma tentativa de suicídio pode indicar nova tentativa ou suicídio completo.<sup>23</sup>

A identificação e o tratamento de transtornos psiquiátricos precocemente, o estudo de marcadores neurobiológicos e os fatores genéticos podem possibilitar o trabalho de prevenção do suicídio no meio médico. Contudo conforme explicitado por meio das diferentes teorias apresentadas até o momento, o suicídio possui causas múltiplas, não sendo viável reduzi-lo a leis de causas e efeitos.

#### 2.2.4 O IMPACTO DO SUICÍDIO NA POPULAÇÃO - DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Aproximadamente um milhão de pessoas morre por ano em decorrência do suicídio, o que corresponde a aproximadamente uma morte a cada 40 segundos. O suicídio está entre as três principais causas de morte em indivíduos na faixa etária de 15 a 44 anos, e, em alguns países, como a segunda causa de mortes em adolescentes e jovens. O suicídio é a sexta causa de incapacitação em indivíduos entre 15 e 44 anos. É responsável por 1,4% do ônus global ocasionado por doenças no ano de 2002 e estimativas apontam que este índice chegará a 2,4% em 2020.<sup>37</sup>

As taxas oficiais de suicídio no Brasil variaram de 3,9 a 4,5 para cada 100 mil habitantes a cada ano, entre os anos de 1994 e 2004.<sup>38</sup> Apesar de considerada uma taxa baixa, o Brasil está entre os dez países com maiores números de óbitos no mundo. No ano de 2006, ocorreram 8.639 suicídios no país, o que representa mais de 20 mortes por dia. Os suicídios foram mais prevalentes na população masculina (79,3%), o que dá uma razão de 3,8:1 entre homens e mulheres.<sup>38</sup> As mulheres realizam mais tentativas de suicídio do que os homens, porém os atos do sexo masculino são geralmente mais agressivos, o que aumenta a possibilidade de suicídio.<sup>17</sup>

No ano de 2010, ocorreram 9.488 suicídios no Brasil o que representa uma taxa de 5,0 óbitos a cada 100.00 habitantes. Os estados com maiores taxas foram Rio Grande do Sul (9,7), Santa Catarina (8,5), Mato Grosso do Sul (7,7) e Roraima (7,5). Mais uma vez os dados apontaram uma taxa geral na população masculina (7,9) maior que na população feminina (2,1), o que representa uma relação de 4:1.<sup>39</sup>

No Estado de Minas Gerais a taxa de suicídio cresceu, passando de 4,29 (óbitos/100.000 hab) entre os anos 1996 a 2007 para 5,33 (óbitos/100.000 hab) entre os anos de 2006 e 2009. Entre os 49.466 óbitos registrados por causas externas no triênio 2006 - 2009, 8,53% foram por suicídio, representando 4.217 mortes evitáveis.<sup>39</sup>

### 2.2.5 FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO

O suicídio é multicausal, nunca tem uma causa única ou isolada. O que se costuma atribuir como a causa é a expressão final de um processo de crise vivido pela pessoa.<sup>40</sup>

Dentre os fatores de risco, ainda permanece como relevante a existência de doenças mentais, uma vez que cerca de 90% das pessoas que se suicidam possuem histórico de transtorno psiquiátrico. Contudo, os fatores sociais relacionados à vida contemporânea como a violência e a falta de expectativa contribuem para o aumento da incidência de suicídio.<sup>41</sup>

Os fatores de risco mais comumente associados à tentativa de suicídio são<sup>42</sup>: sexo masculino; indivíduos nas faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos; estratos econômicos extremos; residentes em áreas urbanas; desempregados (perda recente do emprego); aposentados; isolamento social; pessoas solteiras ou separadas; migrantes; perdas de figuras parentais na infância; dinâmica familiar conturbada; datas importantes; reações de

aniversário; personalidade com traços significativos de impulsividade; agressividade; humor lábil.<sup>42</sup>

Condições clínicas incapacitantes e diagnósticos de doenças físicas com prognóstico reservado como câncer em estágio avançado, HIV, doenças neurológicas também são considerados fatores de risco para o suicídio.<sup>43</sup>

## 2.2.6 POLÍTICAS PÚBLICAS E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Trabalhar a prevenção do suicídio é essencial para diminuir as taxas de morbimortalidade desta, que é uma causa evitável. Assim, no ano de 1999, a OMS lançou a *Suicide prevention program* - SUPRE, com o objetivo de reduzir morbimortalidade por suicídio no mundo.<sup>27</sup>

Dentre os objetivos da SUPRE destaca-se:

- Aumentar a conscientização sobre os problemas decorrentes do comportamento suicida;
- Descrever padrões de comportamento suicida;
- Identificar as variáveis que determinam o comparecimento das pessoas com ideação suicida ao serviço de saúde;
- Melhorar a eficiência dos serviços de saúde, por meio de intervenções específicas que consigam reduzir o número de tentativas;

Diversos países criaram estratégias nacionais de prevenção do suicídio, seguindo os padrões do SUPRE. Todas as estratégias tinham como objetivos em comum a criação de projetos educacionais voltados à população visando à identificação de fatores de risco; fomento à pesquisa na área da suicidologia e treinamento das equipes de saúde para identificação precoce e tratamentos das doenças psiquiátricas.<sup>27</sup>

No Brasil, no ano de 2005, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM n° 2.542 de 22/12/2005 instituindo um grupo de trabalho para elaborar um plano nacional de prevenção ao suicídio. Este grupo foi composto por técnicos do Ministério da Saúde, pesquisadores da área de saúde mental e representantes do Centro de Valorização a Vida-CVV.<sup>44</sup>

No ano de 2006, foi oficialmente lançada a Estratégia Nacional de Prevenção do suicídio por meio da portaria GM n°1876 de 14/08/2006. Dentre os principais objetivos da estratégia



brasileira destaca-se: promover a educação permanente dos profissionais de saúde nas unidades de atenção básica, inclusive do programa de saúde da família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e humanização. Uma das ações governamentais lançadas com a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio foi a publicação de um manual de prevenção ao suicídio voltado para os profissionais da saúde mental.<sup>45</sup>

A identificação dos casos de suicídio e sua notificação/investigação tornaram-se compulsórias para todos os serviços de saúde de acordo com a Portaria 104/2011 do MS, assim como a colocação nas declarações de óbito do código correto da Classificação Internacional de Doenças (CID).<sup>46</sup> Desta maneira, pretende-se maior envolvimento político e social com o tema visando conhecer sua real dimensão e traçar estratégias mais eficazes de prevenção ao suicídio.

No ano de 2012, a OMS publicou um documento solicitando aos governantes que revejam as políticas e estratégias nacionais relacionadas à saúde de forma a garantir uma estratégia de prevenção ao suicídio que se associe à política nacional geral de desenvolvimento da saúde. Este documento oferece diretrizes para a elaboração de um programa de prevenção do suicídio eficaz, definindo ações a serem realizadas e responsabilidades.<sup>47</sup>

Importante ressaltar a necessidade de capacitar os profissionais de saúde para atuar na prevenção do suicídio, principalmente os que atuam na atenção básica e nas urgências. O que se observa, na prática, é um desconhecimento e falta de preparo destes profissionais para lidar com sujeitos que atentaram contra a própria vida.

### 2.2.7 O SUICÍDIO E A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE/ENFERMEIRO

As tentativas de suicídio e o suicídio trazem impactos para toda a sociedade. Para cada suicídio, cerca de cinco a seis pessoas próximas ao falecido sofrem fortes consequências econômicas, emocionais e sociais.<sup>48</sup> O comportamento suicida é uma atitude extremamente agressiva. Essa agressão também é sentida pela sociedade como um todo, o que explica por que a pessoa que tenta o suicídio comumente tem sido punida, seja por um olhar de desconfiança, ou por atos de preconceitos pela sociedade.

O suicídio pode ser um ato extremo, um pedido de socorro à sociedade. O indivíduo que tenta o suicídio pode desejar mudar algo em sua vida, na verdade, desejar outra maneira de viver e assim encontrar na morte uma possibilidade de alterar o seu presente.<sup>40</sup>

Os profissionais da saúde sentem dificuldade em identificar e lidar com pacientes suicidas. A agressividade do ato é captada pelos profissionais de saúde, não sendo incomum encontrar um tratamento diferenciado para os pacientes que tentaram o suicídio. A incompreensão acerca do ato suicida provoca desconforto emocional ao ter que tratar este paciente. Os profissionais de saúde não estão imune à carga cultural de repulsa e preconceito frente à tentativa de autoextermínio.<sup>49</sup>

A equipe de saúde trabalha para salvar vidas; assim, ao deparar-se com uma pessoa que não quer viver, os profissionais podem sentir-se frustrados e impotentes, dirigindo seus esforços para os pacientes que realmente queiram viver e não usam a morte para atacar o mundo.<sup>40</sup>

Os profissionais e estudantes da área da saúde não são preparados para lidar com a morte e o morrer, sendo este tema pouco discutido e falado nos currículos dos programas de graduação.<sup>50</sup> Em relação ao suicídio, estudo evidencia que médicos e enfermeiros não possuem arcabouço teórico e prático para detectar comportamento suicida, muito menos para aceitar o suicida como uma pessoa que necessita de apoio.<sup>51</sup>

Os mitos e a falta de conhecimento sobre a temática suicídio levam o profissional de saúde a acreditar que não deve falar sobre suicídio com seus pacientes, pois esta atitude poderia incitar, provocar e introduzir a ideia do ato no sujeito atendido. O profissional teme ainda tornar-se responsável pelo suicídio do paciente caso ele concretize o ato. Influenciado por estes pensamentos, dificilmente compreende empaticamente o paciente, surgindo nessa relação uma dissonância afetiva que dificultará a construção de uma relação de ajuda.<sup>52</sup>

Ao contrário do que se pensa, falar sobre suicídio pode reduzir o risco de o sujeito cometer autolesão e ser a única oportunidade para que o paciente saia do ciclo de desespero e analise seus propósitos autodestrutivos.<sup>53</sup>

Não é raro identificar nas instituições de saúde, profissionais com comportamentos preconceituosos, antiéticos e até agressivos com as pessoas que tentaram suicídio. No estudo de Aguiar (2011),<sup>24</sup> os adolescentes que tentaram autoextermínio relataram que foram tratados

com crítica e julgamento por parte dos profissionais de saúde, o que os deixou assustados e com a sensação de abandono.

Atitudes preconceituosas e estigmatizantes interferem na atenção e tratamento recebido pelo paciente que tenta o autoextermínio, impedindo que o mesmo busque auxílio e continue o tratamento. Enfermeiros e médicos costumam caracterizar os pacientes que tentam suicídio como manipuladores e “chamadores de atenção”.<sup>53</sup>

A atenção primária e as urgências são os locais mais procurados por pessoas em risco para autoextermínio, por isso os profissionais de saúde devem estar aptos para realizar intervenções seguras, tecnicamente fundamentadas e que estimulem a proteção à vida. Os indivíduos que tentam o autoextermínio, quando não podem tratar-se sozinhos em casa, buscam auxílio nas unidades básicas de saúde e urgências. O enfermeiro com frequência é o primeiro profissional a ter o contato com este paciente, portanto, é necessária uma adequada avaliação e gestão desses sujeitos de maneira a prevenir futuros comportamentos suicidas.<sup>53</sup>

No ano 2000, reconhecendo a importância da atuação dos profissionais de saúde da atenção primária para prevenção do suicídio, a OMS lançou o manual de prevenção do suicídio voltado para estes profissionais.<sup>43</sup> O contato próximo e a criação de vínculo dos profissionais de saúde com a comunidade são elos benéficos para identificação dos indivíduos com potencial suicida. Além disso, a atenção primária é a porta de entrada aos serviços de saúde e em países onde o serviço de saúde mental não está bem estruturado, o profissional de atenção primária é frequentemente o primeiro recurso de atenção à saúde.

No Brasil, a porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde é a atenção primária, que foi reorganizada e reorientada a partir da Estratégia de Saúde da Família – ESF, visando apoiar a realização de ações integrais vinculadas à comunidade.<sup>54</sup> A ESF é composta por uma equipe multiprofissional composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários de saúde (ACS).

O enfermeiro é responsável pelo atendimento ao usuário, acolhimento e encaminhamento de suas demandas, além de atuar na educação permanente da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde. Portanto, deve ser um profissional capacitado para atender as demandas dos usuários. Juntamente com os ACS, é possível realizar o mapeamento dos sujeitos em situação de vulnerabilidade e risco para tentativa de autoextermínio, oferecer o tratamento adequado e acompanhar de maneira eficaz a sua melhora e evolução.

A proximidade do cliente propiciada pela atenção primária, assim como a necessidade de criação de vínculo e acompanhamento contínuo tornam esta área de atenção uma esfera poderosa para o reconhecimento de fatores de risco para o suicídio e a intervenção adequada aos mesmos.<sup>55</sup> Desta maneira, é imprescindível uma formação que vise quebrar os tabus e preconceitos acerca do suicídio, uma vez que o primeiro contato com o paciente é muitas vezes realizado por este profissional.

Diante do exposto, faz-se necessário oferecer uma formação que capacite o profissional de saúde para lidar com o paciente em risco suicida. Na área da enfermagem brasileira, apesar de inúmeras dificuldades enfrentadas por estes profissionais no atendimento ao paciente com risco de suicídio, foram encontradas poucas publicações voltadas para a temática suicídio na adolescência que poderiam subsidiar a prática clínica desse profissional. As publicações encontradas serão apresentadas a seguir por meio de uma revisão integrativa de literatura.

### 2.3 REFERÊNCIAS

1. Traverso-Yépez, M. A. & Pinheiro, V. S. (2002). Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Psicologia & Sociedade*, 14(2), 133-147
2. Saito, M I, Silva, LMV, Leal MM. Adolescência: prevenção e risco. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2008
3. Unicef. Situação mundial da infância 2011 – adolescência: uma fase de oportunidades. Caderno Brasil. UNICEF. 2011 Acesso em 09 jul., 2013 de [http://www.unicef.org/brazil/pt/resources\\_19823.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_19823.htm)
4. Borges ALV, Fujimori E, organizadoras. Enfermagem e a saúde do adolescente na Atenção Básica. São Paulo: Manole; 2009..
5. Beirão MMV. *et al.* Adolescência. In: Alves, CRL, Viana MRA (org). *Saúde da Família: cuidando de crianças e adolescentes*. Belo Horizonte: Coopmed; 2006. p. 109-134.
- 6- Ariès P. História social da criança e da família. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1981.
7. Frota AMMC. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. *Estudos Pesqu Psicol*. [periódico na Internet]. 2007 [acesso 16 dez 2013]; 7(1). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v7n1/v7n1a13.pdf>
8. Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolesc Saude*. 2005; 2(2):6-7.

9. Silva LLT. Tentativa de autoextermínio entre adolescentes e jovens: uma análise compreensiva [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais UFMG; 2010.
10. Davim RMB, Germano RM, Menzes EMV, Carlos DJD. Adolescente/Adolescência: Revisão Teórica sobre uma fase crítica da vida. *Rev Rene*. 2009; 10(2):131-40.
11. Ramos FRS, organizador. Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEN/Governo Federal; 2001.
12. Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal, um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas; 2005.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para atenção integral à saúde de adolescentes e jovens, na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010; p.43-49, 132p.
14. Cano MAT, Ferriani MGC. A família frente a sexualidade dos adolescentes. *Acta Paul Enfermagem* 2000; 13(1):38-46.
15. Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da criança e do adolescente. 3. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações; 2001.
16. Benute GG, Galetta MA. Gravidez na adolescência: prevalência, ansiedade e ideação suicida. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [serial on the Internet]. 2002 Sep [cited 2014 Feb 08]; 48( 3 ):198-199.
17. Resmini E. Tentativa de suicídio: um prisma para a compreensão da adolescência. 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. 146 p.
18. Horta LC. O significado do atendimento ao adolescente na Atenção Básica à saúde: uma análise compreensiva [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 2006
19. Dias, ACG, Teixeira MAP. (2010). Gravidez na adolescência: Um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paidéia*, 20(45):123-131.
20. Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Adolescência: ações e percepções dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. *Interface-Comunic Saúde Educ*. 2008;12(25):387-400.
21. Banza, APL. Cultural influence in suicidal behavior: a reflexive approach. *Rev. Enferm UFPE on line.* [internet]. 2012 [cited 2013 nov 18]; 6(6): 1459-67 Disponível em:<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/2753>
22. Berencheim Neto N. Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético [dissertação]. São Paulo: PUC; 2007 [acesso em 2013 nov 12]. Disponível em: [http://www.sapientia.pucsp.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=5134](http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=5134).
23. Corrêa H, Barrero SP. Suicídio: uma morte evitável. São Paulo: Atheneu, 2006.

24. Aguiar, M.A.F Tentativas de suicídio por meio de medicamento: as percepções dos adolescentes [Tese]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade federal de Minas Gerais UFMG; 2011.
25. Werlang BSG, Asnis N. Prespectiva histórico-religiosa. In: Werlang BSG, Botega NJ. Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 59-73.
26. Werlang BSG, Botega NJ, Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed, 2004.
27. Ramos INB. Suicídio: um tema pouco conhecido na formação médica. [dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina UFRJ; 2011.
28. Durkheim E. O suicídio. São Paulo: Martin Claret; 2003.
29. Senna ACBM *et al.* Suicídio – diversos olhares da Psicologia. Boletim de Iniciação Científica em Psicologia. 2004; 5(1): 77-92.
30. Fidélis VC. A morte na visão de C.G.Jung, e a importância de sua teoria para a leitura simbólica das doenças psicossomáticas. In: Escudeiro A. Reflexões sobre morte e perda. Fortaleza: LC; 2000. p. 173-183.
31. Wang YP, Ramadam ZBA. Aspectos psicológicos do suicídio. In: Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma; 2004. p. 97-108.
32. Botega NJ, Werlang BSG, Cais CSF, Macedo MMK. Prevenção do comportamento suicida. *Psico*. 2006;37(3):213-20.
33. Stefanello S, Cais CFS, Mauro MLF, Freitas GVS, Botega NJ. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [periódico na Internet]. 2008 Jun [citado 2013 dez 18]; 30( 2 ): 139-143. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462008000200010&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000200010&lng=pt). Epub 20-Dez-2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000063>.
34. 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, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(9): 2064-74.
35. Chachamovich E, Stefanello S, Botega N, Turecki G. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2009 [acesso em 2013 dez 12];31(1):18-25. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151644462009000500004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462009000500004&lng=en). doi: 10.1590/S1516-44462009000500004.
36. Turecki G. O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. *Rev Bras Psiq.* 1999 [acesso em 2013 dez 12];(21):18-22. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151644461999000600006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644461999000600006&lng=en&nrm=iso).

37. WHO. World Suicide Prevention Day 2008: Around one million people die each year by suicide. [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide).
38. Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. Rev. Bras. Psiquiatr. [periódico na Internet]. 2010 Out [citado 2013 dez 12]; 32( Suppl 2 ): S87-S95. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151644462010000600005&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462010000600005&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600005>.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Base de dados do Sistema Único de Saúde (Datasus). Informações de Saúde. Estatísticas Vitais. Sistema de informação em mortalidade. [internet]: Brasília: Ministério da Saúde. 2013. [acesso 12 dez 2013]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>
40. Cassorla RMS. Do suicídio: estudos brasileiros. Campinas: Papirus; 1998.
41. Bertolote, L M. Revista Psiquiatria Hoje - Debates. Suicídio. 2010; 2(6):15-17.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. [S.l]:MS; 2006. [acesso em 15 maio. 2009]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf).
43. Organização Mundial de Saúde. Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra: OMS, 2000. [Acesso em 15 maio. 2009]. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.4\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.4_por.pdf)
44. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental. Portaria n 2.542 GM de 22 de dezembro de 2005. Brasília, Ministério da Saúde, 2005 [acesso em 2009 15 maio. 2]. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br).
45. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídio. Portaria n° 1.876 do Ministério da Saúde, 14 de agosto de 2006. [acesso em 2009 15 maio.]. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area925](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area925)
46. Brasil. Ministério da Saúde.. Portaria n° 104 do Ministério da Saúde, . Portaria n° 1.876 do Ministério da Saúde, 25 de janeiro de 2011. [acesso em 2013 21 dez]. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html)
47. Organização Mundial da Saúde. Public health action for the prevention of suicide: a framework. 2012 [acesso em 2013 21 dez]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf)
48. Organização Mundial da Saúde. Suicide Prevention. 2009: Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html).
49. Loureiro RM. Um possível olhar do comportamento suicida pelos profissionais da saúde. Scientia Medica. 2006;16(2):64-67.

50. Bernieri J, Hirdes A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem para vivenciarem o processo de morte-morrer. *Text. Contexto Enferm* 2007; 16(1):p. 89-96.
51. Avanci RC, Pedrão LJ, Costa Junior 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. (Ed. port.) [Internet]*. 2005; [cited 2011 abr 30];1(1). Disponível em:  
<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/smad/v1n1/v1n1a07.pdf>
52. Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2010;32(Suppl.2):S87-S95.
53. Carmona-Navarro MC, Pichardo-Martínez MC. Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. 2012 [cited 2014 Apr 10]; 20( 6):1161-1168. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000600019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600019&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600019>
54. Barros DF *et al.* O contexto da formação dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil. *Texto Contexto Enfermagem* 2010;19(1):78-84.
55. Abreu KP, Lima MADS, Kohlrausch, E, & Soares JF. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem [internet]*, 2010[cited 2014 Apr 01] 12(1): 195-200. Disponível em:  
<http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/9537>



### 3 ARTIGO 1 (REVISÃO INTEGRATIVA)

#### **A abordagem do Suicídio na adolescência nas publicações da enfermagem brasileira: uma revisão integrativa da literatura**

##### **Resumo**

Trata-se de um estudo de revisão integrativa que tem por objetivo realizar o levantamento das produções publicadas pela enfermagem brasileira acerca do suicídio na adolescência. Foram analisadas as bases de dados LILACS, MEDLINE, SCIELO, BDENF e RevEnf. O levantamento abrangeu as publicações da enfermagem brasileira entre os anos 2000 a 2014, sendo identificadas nove referências que compuseram a amostra do estudo. A avaliação dos trabalhos possibilitou a elaboração de três categorias de análise: 1- Quem é o adolescente que tenta o suicídio e quais os meios utilizados; 2- Os motivos que levam o adolescente ao suicídio; 3- A atuação do enfermeiro na recuperação do adolescente que tenta suicídio. Os resultados destacam a multicausalidade do suicídio na adolescência, os fatores de risco para o suicídio e o papel do enfermeiro na assistência a este sujeito.

**Descritores:** Adolescência; Suicídio; Enfermagem.

##### **Abstract**

It is the study of integrative review aims to survey the productions published by Brazilian nursing about suicide in adolescence. The databases LILACS, MEDLINE, SciELO, and BDENF RevEnf data were analyzed. The survey covered the Brazilian nursing publications between the years 2000 to 2014, 9 references that comprised the study sample being identified. The evaluation of work enabled the development of three categories of analysis: 1 - Who is the teenager who attempts suicide and what the means;? 2-The reasons teen suicide; 3 - The role of the nurse in the recovery of teenager who attempts suicide. The results highlight the multiple causes of suicide in adolescence, risk factors for suicide and the role of nurses in the care of this guy.

**Keywords:** Adolescence; suicide; nursing

### 3.1 INTRODUÇÃO

O suicídio é considerado um problema de saúde pública na sociedade contemporânea, pelos impactos econômicos e sociais que produz no seio das comunidades.<sup>1</sup> Ele é gerado por múltiplos elementos, não possui uma causa única ou isolada.<sup>2</sup> Dentre os principais fatores de risco destaca-se a existência de doenças mentais e questões sociais relacionadas à vida moderna, como estresse, violência e ausência de expectativa.<sup>3</sup>

Os dados epidemiológicos demonstram uma crescente incidência nas taxas de suicídio na população brasileira. As taxas oficiais de suicídio no país variaram entre 4 a 5 para cada 100 mil habitantes. Torna-se preocupante o número de óbitos decorrentes de suicídio entre adolescentes, uma vez que cerca de 3.590 jovens morreram no ano de 2010 vítimas da violência autoinflingida.<sup>3,4</sup>

Na adolescência ocorre o crescimento e o amadurecimento do sujeito. Esta é uma etapa de mudanças físicas e sociais que implicam no rompimento com o mundo da criança e inserção no mundo desconhecido dos adultos, gerando lutos, angústias e crises emocionais.<sup>5</sup> A adolescência é um período vulnerável à ocorrência de suicídio devido às mudanças e adaptações que acontecem em todos os níveis da vida do indivíduo. Sendo a adolescência considerada subjetivamente como uma fase de conclusão, com o término da infância e começo de uma nova etapa, não é de se estranhar que o suicídio seja uma possibilidade para a resolução de impasses e a busca de soluções para os problemas que afligem o adolescente.<sup>6</sup>

Na sociedade atual, o adolescente vivencia períodos de incertezas, sendo cada vez mais cobrado por suas atitudes. Ele se torna contestador, impetuoso, mas ao mesmo tempo apresenta comportamento imaturo e inseguro. As mudanças vivenciadas, associadas aos desafios impostos pela sociedade contemporânea podem gerar angústias e medos que, se não forem adequadamente manejados, podem incorrer em tentativas de suicídio.<sup>7</sup>

O paciente que se suicida não deseja necessariamente morrer, ele pode na verdade, desejar acabar com uma situação de dor, frustração e desespero para a qual ele não consegue enxergar uma saída.<sup>2</sup> Estudos demonstram que cerca de 70% dos indivíduos que tentam o suicídio buscam os serviços de saúde até três meses antes das tentativas.<sup>8, 9</sup> Assim, reconhecer os fatores de risco e identificá-los durante um atendimento é imprescindível para auxiliar o indivíduo que pensa no suicídio a romper com o ciclo de desespero em que se encontra.

No ano de 1999, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o Programa de Prevenção do Suicídio (SUPRE) com o objetivo de reduzir a morbimortalidade por suicídio no mundo. Após o SUPRE, diversos países criaram estratégias para a prevenção do suicídio seguindo o modelo da OMS, ou seja, todas tinham como objetivo em comum a melhoria da eficiência dos serviços de saúde, o fomento à pesquisa na área da suicidologia e a ampliação da conscientização sobre os problemas decorrentes do comportamento suicida.<sup>10</sup>

No Brasil, a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio foi instituída pelo Ministério da Saúde no ano de 2006 por meio da Portaria GM nº 1.876. Seguindo o modelo da SUPRE, a estratégia brasileira definiu como diretrizes para prevenção do suicídio o desenvolvimento de ações de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e de recuperação da saúde e prevenção de danos, o estímulo à pesquisa em suicidologia e a educação permanente dos profissionais de saúde para atuar na prevenção do suicídio tanto na atenção primária, quanto na terciária.<sup>11</sup>

A enfermagem além de atuar na assistência direta ao paciente, realiza atividades de educação em saúde com a equipe de enfermagem e com a comunidade, trabalha na gestão dos serviços e do cuidado, e executa pesquisas científicas. A realização de pesquisas contribui sobremaneira para melhoria da assistência prestada aos pacientes, uma vez que gera base de conhecimento capaz de fundamentar a prática profissional. Portanto, a atuação do enfermeiro na prevenção do suicídio na adolescência, conforme diretrizes propostas pela OMS e pelo Ministério da Saúde, pode ser expressiva, seja por meio da assistência, da educação em saúde, da gestão ou da realização de pesquisas.

O profissional de enfermagem é, com frequência, o primeiro contato do paciente que tenta suicídio, seja na atenção primária ou na atenção terciária. Assim uma adequada avaliação e manejo desse sujeito é fundamental para prevenir novos comportamentos suicidas.<sup>12</sup> Além disso, a enfermagem tem importante papel na assistência ao adolescente, pois na atenção primária, deve-se realizar atividades de promoção da saúde voltadas a esta população com vistas a prevenir danos que possam repercutir na vida do sujeito e da comunidade.<sup>13</sup>

A partir do exposto e considerando que os enfermeiros constituem uma categoria de profissionais da saúde que têm uma atuação significativa junto ao usuário do sistema de saúde, faz-se necessário pesquisar como o tema suicídio na adolescência tem sido abordado pela enfermagem.

Assim, este estudo pretende realizar o levantamento das produções publicadas pela enfermagem brasileira acerca do suicídio na adolescência.

### 3.2 METODOLOGIA

Para a elaboração do presente estudo foi realizada uma revisão integrativa da literatura. Este método permite reunir e sumarizar o conhecimento científico produzido sobre o tema investigado, sintetizando as evidências disponíveis para contribuir com o desenvolvimento do conhecimento da temática.<sup>14</sup>

Por meio da síntese dos resultados obtidos com a revisão integrativa, o conhecimento pode ser incorporado à prática clínica o que pode implicar em possível melhoria da assistência à saúde.<sup>15</sup>

As seguintes etapas foram seguidas na presente revisão: definição da questão norteadora e objetivos da pesquisa; delimitação dos critérios de inclusão e exclusão; busca na literatura; análise e categorização dos estudos, apresentação e discussão dos resultados.<sup>14</sup>

A questão norteadora utilizada para execução do estudo foi: *“Qual o conhecimento produzido pela enfermagem brasileira por meio das publicações científicas sobre o suicídio na adolescência”?*

Foi efetuada uma busca das publicações indexadas nas seguintes bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) Base de dados em Enfermagem (BDENF), Portal de Revistas de Enfermagem (RevEnf). Tais bases englobam a literatura publicada em países latino-americanos e referências técnico-científicas brasileiras em enfermagem.

Para a execução da pesquisa nas bases de dados foram utilizados os seguintes descritores “suicídio”, “tentativa de suicídio”, “adolescência”, “adolescente” e “comportamento adolescente”. Os descritores foram cruzados em todas as bases de dados utilizando as palavras AND e OR.

Foram incluídos no estudo os artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais e as dissertações realizadas após o ano 2000, que tivessem como foco o suicídio na adolescência e

que contassem com a autoria ou coautoria de pelo menos um pesquisador brasileiro e enfermeiro. O período de análise foi delimitado a partir da publicação da SUPRE pela OMS, que poderia desencadear a ampliação no número de publicações na área de suicidologia.

Os resumos dos estudos encontrados foram avaliados, sendo selecionados àqueles que atenderam aos critérios pré-estabelecidos. Um instrumento de coleta de dados e avaliação foi elaborado para facilitar a análise das produções selecionadas e responder a pergunta norteadora. Este foi composto pelos seguintes itens: título do artigo, título do periódico, ano de publicação, autores, tipo de publicação, objetivo do estudo, método, principais resultados e limitações do estudo.

### 3.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor compreensão do levantamento bibliográfico realizado, das estratégias de pesquisa e da definição dos trabalhos que integram essa revisão, foi construído o quadro apresentado abaixo.

Quadro 1– Resultados da pesquisa nas bases de dados MEDLINE, LILACS, SCIELO, RevEnf, BDENF. Belo Horizonte, 2014

Base de dados	Referências encontradas	Seleção após leitura	Número final de referências
LILACS	151	Sete referências incluídas após avaliação.	07
MEDLINE	89	Nenhuma referência atendeu aos critérios de inclusão da pesquisa	0
SCIELO	38	Oito referências foram incluídas após avaliação. Contudo, todas se encontravam em duplicidade com os achados da base LILACS	0
RevEnf	19	Sete referências foram incluídas, porém cinco encontravam-se em duplicidade com os achados da base LILACS	2
BDENF	84	Seis referências foram incluídas, porém cinco encontravam-se em duplicidade com os achados da base LILACS	0
<b>Total de referências</b>			<b>9</b>

As pesquisas nas bases de dados originaram nove estudos, sendo seis artigos e três dissertações publicadas pela enfermagem brasileira entre os anos de 2000 a 2014.

Segue abaixo o quadro contendo a descrição dos estudos incluídos na presente revisão integrativa.

Quadro 2 - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa. Belo Horizonte, 2014

TÍTULO	AUTORES	TIPO DE PUBLICAÇÃO.	ANO
A tentativa de suicídio na percepção de adolescentes: um estudo descritivo.	Hildebrant LM, Zart, F, Leite, MT. <sup>7</sup>	Artigo	2011
Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência.	Avanci RC, Pedrão LJ, Costa J, Moacyr L <sup>16</sup>	Artigo	2005
Tentativa de suicídio na adolescência: considerações sobre a dificuldade de realização diagnóstica e a abordagem do profissional de enfermagem.	Avanci RC, Pedrão LJ, Costa Junior ML. <sup>17</sup>	Artigo	2005
Relato de dois casos de intoxicação intencional em adolescentes. <sup>1</sup>	Vieira LJES, Silva DSM, Lira SVG. <sup>18</sup>	Artigo	2007
Amor não correspondido: discursos de adolescentes que tentaram suicídio.	Vieira LJES, Freitas MLV, Pordeus AMJ, Lira SVG, Silva JGE. <sup>19</sup>	Artigo	2008
Intoxicações exógenas em adolescentes do sexo feminino atendidas em hospital de referência de Recife - PE.	Veras JL, Katz CRT. <sup>20</sup>	Artigo	2010
Uso de medicamentos psicoativos: um estudo com jovens que tentaram suicídio em Maringá.	Rabelo JF. <sup>21</sup>	Dissertação	2008
Tentativa de autoextermínio entre adolescentes e jovens: uma análise compreensiva.	Silva LLT. <sup>22</sup>	Dissertação	2010
Adolescente que tenta suicídio: um estudo epidemiológico em uma unidade de emergência.	Avanci, RC. <sup>23</sup>	Dissertação	2004

Todos os trabalhos encontrados foram publicados após o ano de 2003. A partir do ano de 2006, é possível constatar um aumento no número de produções nacionais da enfermagem envolvendo o suicídio na adolescência, representando 66,7% da amostra total ou 6 estudos. Vale ressaltar que a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio foi publicada em 2006 e tem como uma das diretrizes o fomento à pesquisa na área da suicidologia.

Em relação ao local onde ocorreram as pesquisas, 04 (44,4%) foram desenvolvidas na região Sudeste, 03 (33,3%) na região nordeste e 02 (22,2) na região Sul. Na região Sudeste, foram

implantados os primeiros programas de pós-graduação em enfermagem e esta concentra, ainda hoje, a maior parte destes.

Periódicos como a Revista brasileira de enfermagem - REben e a Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas – SMAD foram responsáveis por 44,4% das publicações relacionadas à temática pesquisada.

Dentre os estudos analisados, quatro (44,4%) utilizaram o delineamento quantitativo e a mesma quantidade, (44,4%) foi representada por estudos qualitativos. Apenas um artigo ou 11% da amostra total não se encaixou em nenhum delineamento por tratar-se de artigo de reflexão.

A análise temática dos dados possibilitou analisar, interpretar e agrupar os dados semelhantes em três categorias: Quem é o adolescente que tenta o suicídio e quais os meios utilizados; os motivos que levam o adolescente ao suicídio e a atuação do enfermeiro na recuperação do adolescente que tenta suicídio.

### 3.3.1 QUEM É O ADOLESCENTE QUE TENTA O SUICÍDIO E QUAIS OS MEIOS UTILIZADOS?

A totalidade dos estudos demonstrou que a maioria dos adolescentes que tenta suicídio é branca, do sexo feminino, solteira, possuem baixa escolaridade, mora em bairros pobres e afastados das regiões centrais e/ou possui renda inferior a três salários mínimos.<sup>15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23</sup> Os adolescentes possuem frágeis laços com as redes de apoio, não praticam atividades esportivas, sociais nem religiosas.<sup>20</sup>

Adolescentes do sexo feminino, apesar de tentarem suicídio 2 a 3 vezes mais do que os homens, chegam menos ao ato, pois utilizam de meios menos agressivos como a ingestão de venenos e/ou medicamentos. Os homens, apesar de também utilizarem esses meios, dispõem de modos mais agressivos para o suicídio, como ferimento por arma de fogo e enforcamento. Pesquisas realizadas em diferentes países corroboram os achados dos estudos analisados acerca da predominância feminina nas tentativas de suicídio e em relação aos métodos utilizados por ambos os sexos.<sup>24, 25, 26</sup>

As substâncias mais utilizadas para a tentativa de suicídio foram o carbamato e os medicamentos psicotrópicos e neurolépticos, indicando um fácil acesso dos adolescentes a

estas substâncias e a necessidade de ações de prevenção e controle desses medicamentos. A intoxicação foi identificada em outros estudos como o meio mais facilmente utilizado por adolescentes para o suicídio.<sup>27, 25</sup>

A dificuldade de diagnóstico dos casos de suicídio atendidos nas urgências foi abordada por alguns estudos, indicando uma subnotificação das tentativas. As intoxicações por substâncias exógenas só podem ser consideradas como suicídio quando sua intencionalidade é assumida pela família ou pelo sujeito, do contrário são registradas como intoxicações exógenas. Estudo que reavaliou os casos de intoxicação exógena em um centro de tratamento de envenenamento identificou que 72% dos pacientes dos pacientes atendidos haviam tentado suicídio e não 42% como demonstrado na primeira avaliação.<sup>2</sup>

O preconceito e os aspectos socioculturais que permeiam o suicídio fazem com que os indivíduos que atentaram contra a própria vida e suas famílias tenham vergonha e medo de assumir o ato, gerando registros epidemiológicos não condizentes com a realidade. A subnotificação do suicídio relacionada à dificuldade diagnóstica e ao preconceito histórico-social também é uma realidade de outros países latino-americanos, por isto uma das ações essenciais para a resolução deste problema é desmistificar as crenças e atitudes que dificultam a educação para a saúde.<sup>28</sup>

Alguns autores citam acidentes automobilísticos, ferimentos por arma branca e por arma de fogo como indícios de tentativa de suicídio, porém estes casos são de difícil diagnóstico e raramente são notificados como suicídio.

Chama atenção o fato dos estudos demonstrarem que grande parte dos adolescentes que tenta suicídio seja de classe econômica e social mais baixa. É questionável se os adolescentes de classe média e alta não tentam suicídio, ou não assumem a tentativa. Os estudos avaliados foram realizados em unidades de saúde pública e é sabido que parte da população em melhor situação econômica frequenta unidades de saúde conveniadas ou particulares, portanto, não é possível determinar, a partir de tais estudos, se a classe social é um fator de risco para tentativa de suicídio na adolescência. Países desenvolvidos como Estados Unidos, Portugal e Inglaterra possuem um elevado índice de suicídio entre adolescentes e jovens, e não consideram como fator de risco preponderante a baixa renda financeira, mas sua associação com outros fatores de risco.<sup>29</sup>



### 3.3.2 OS MOTIVOS QUE LEVAM O ADOLESCENTE AO SUICÍDIO

A adolescência é um período de mudanças e adaptações em todos os níveis da vida de um indivíduo, emocionais, cognitivas e físicas. O adolescente vivencia uma crítica transição, na qual precisa estabelecer sua identidade pessoal e negociar sua entrada no mundo adulto.<sup>30</sup> Vive o luto pela perda dos pais da infância, pela perda do corpo e identidade infantil. Além disso, deve aprender a lidar com os desafios da escolha de uma carreira e com o novo papel que assume na sociedade.<sup>5</sup>

A síndrome da adolescência normal ou a crise da adolescência explicita diversas características de defesa do comportamento adolescente como apego ao grupo de iguais, a propensão a fantasias, impulsividade, as atitudes contraditórias em relação ao tempo, a atitude reivindicatória e autoritária, as contradições sucessivas, separação dos pais e flutuações de humor.<sup>5</sup>

O adolescente possui dificuldade para comunicar seus medos, desejos e dificuldades por meio de palavras, desta maneira a atuação está para o adolescente assim como o brincar está para criança. Na impossibilidade de dialogar e demonstrar suas angústias, o adolescente age impulsivamente e busca o suicídio para solução dos seus problemas conforme constatado nas publicações analisadas.

A instabilidade familiar e a falta de afeto por parte dos pais foi apontada por parte dos estudos como um dos motivos da tentativa de suicídio pelos adolescentes. Estes provinham de lares com vínculos tênues e precários. Os estudos qualitativos deram voz aos adolescentes que tentaram o suicídio e assim foi possível conhecer suas vivências. Foram evidenciadas, nas falas dos adolescentes, relações familiares conflituosas, sem demonstração de carinho e respeito entre seus membros. A maneira como o sujeito refere-se ao seu ambiente e como este impacta no desenvolvimento de sua personalidade são fatores que podem determinar a escolha pelo suicídio.<sup>31</sup>

A busca da autonomia característica da adolescência afeta todos os membros de um núcleo familiar. Os jovens procuram distanciar-se dos pais como forma de afirmarem-se autônomos e de construir sua identidade. A instabilidade emocional do adolescente e seu progressivo afastamento geram um desequilíbrio entre as demandas e os recursos disponíveis pelo núcleo familiar, que precisa se adaptar para conviver com as mudanças.<sup>31</sup>

A influência das características psicossociais e estruturais da família na tentativa de suicídio do adolescente também foi evidenciada por outros autores. O divórcio, a ausência de figura paterna, o desemprego, a baixa renda familiar, e escolaridade dos pais podem gerar lares disfuncionais nos quais os adolescentes não são emocionalmente assistidos em suas demandas.<sup>31, 24, 27, 29, 32</sup> Assim, a falta de apoio, a insegurança e a instabilidade familiar prejudicam o desenvolvimento da capacidade de enfrentamento de crises.

O afeto está diretamente ligado à comunicação. É certo que os adolescente são beneficiados pela presença de pais comunicativos e afetuosos, que fornecem apoio e sustentação nos momentos difíceis. Quando o afeto, o apoio e a comunicação positiva caracterizam as relações entre pais e filhos, estes apresentam menos sintomas depressivos e problemas comportamentais, demonstram melhor ajuste psicossocial, com maior confiança em si mesmos, melhor autoestima e bem estar psicológico.<sup>33</sup>

O suicídio como ato impulsivo da adolescência pode configurar-se como um ato de agressão ao próprio núcleo familiar. É uma maneira de culpar as pessoas próximas pelos seus atos e ausências. O jovem experimenta uma espécie de poder sobre si mesmo, envaidece-se com a ideia da morte e com a emoção que vai causar aos que o consideraram pouco importante. Morrendo, o adolescente acredita colocar-se acima das leis da humanidade e do sistema familiar, matar-se é não se submeter a eles.<sup>34</sup>

A desilusão amorosa ou o rompimento de uma relação afetiva foi destacada nos estudos analisados como um fator de risco para o suicídio. As falas dos adolescentes nos estudos qualitativos associam o término de um namoro com a tentativa de suicídio. As adolescentes do sexo feminino com baixo status econômico geralmente atribuem grande valor às relações amorosas, assim a perda do parceiro associada a uma vulnerabilidade social eleva as chances de suicídio nesta população. Rompimentos amorosos e sua relação com suicídio também foram relatados por outros estudos.<sup>26, 28, 35</sup>

A depressão e outras doenças psiquiátricas surgiram como uma das causas para o suicídio. As pessoas depressivas experienciam sentimentos de tristeza constante, irritabilidade, desesperança e perda de interesse em atividades que antes lhe eram prazerosas. Além disso, ocorre aumento dos níveis de ansiedade, perda de libido e de apetite, maior preocupação com a saúde física, o que pode acarretar tentativas de autoextermínio, como uma maneira de fugir desta situação de constante tristeza e ansiedade.<sup>36</sup> A depressão possui forte relação com o

suicídio, sendo um importante fator de risco em adolescentes do sexo feminino e masculino.<sup>26, 29, 37</sup>

### 3.3.3 A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA RECUPERAÇÃO DO ADOLESCENTE QUE TENTA SUICÍDIO

O enfermeiro pode atuar ativamente na prevenção do suicídio na adolescência, além de auxiliar na recuperação do adolescente que tentou o suicídio. Contudo, foi relatado nos estudos publicados pela enfermagem brasileira, um comportamento profissional associado ao preconceito.

Os adolescentes compreendem a necessidade de buscar ajuda profissional para sua recuperação, contudo são frequentemente tratados de maneira agressiva por parte dos enfermeiros e da equipe de enfermagem. Existe uma inabilidade profissional diante do adolescente que tenta suicídio, ele é visto, com frequência, como um “chamador de atenção”. A expressão ou verbalização de valores morais recriminadores durante o atendimento do adolescente contribui para o silêncio destes sujeitos frente às dificuldades vivenciadas pelos mesmos e para o aumento de recidivas de tentativas de suicídio.<sup>17, 18, 19, 24</sup> O suicídio na adolescência pode ser considerado um ato de comunicação, de pedido de ajuda, por isso a importância de uma comunicação enfermeiro-paciente efetiva e de uma escuta qualificada, sem preconceito.

Os enfermeiros possuem dificuldade para trabalhar com o adolescente que tenta o suicídio, pois o preconceito dificulta a abordagem do adolescente e o diagnóstico da tentativa de autodestruição ou do desejo de recidiva. Além disso, como os atendimentos dos adolescentes que tentaram o suicídio ocorrem em unidades de urgência e emergência, o foco da ação da enfermagem é a estabilização do paciente, sendo dada menor importância no aprofundamento do caso e na criação do vínculo com o paciente.<sup>18, 19, 20, 21</sup>

Estudos ressaltam a necessidade de uma abordagem terapêutica do adolescente em que este possa se sentir acolhido, ouvido e respeitado corroborando com resultados encontrados nas pesquisas analisadas. Estabelecer um vínculo de empatia com o paciente e seus familiares facilita sua recuperação.<sup>38</sup> É preciso que o atendimento ao adolescente que tentou o autoextermínio tenha como enfoque a integralidade e a valorização da vida. Neste sentido, a compreensão da multicausalidade do suicídio e a necessidade de intervenção em outros

aspectos que não o físico atendem aos princípios do Sistema Único de Saúde e contribuem para a prevenção do suicídio.

Para um atendimento eficaz da enfermagem ao adolescente que busca o suicídio, é preciso que os enfermeiros sejam qualificados, seja durante a sua formação ou por meio de programas de educação permanente. A desmistificação e quebras de tabus acerca do suicídio na adolescência contribuem para um melhor atendimento dos pacientes em risco de cometê-lo e para aqueles que já o tentaram. O conhecimento diminui os sentimentos negativos e a postura judiciosa dos enfermeiros frente ao paciente, o que melhora a qualidade do atendimento ofertado.<sup>13, 39</sup>

A realização de programas intersetoriais de prevenção ao suicídio, com envolvimento dos diversos setores da comunidade, pode ampliar a rede de apoio social ao adolescente, aumento dos laços sociais e perspectivas de vida. A atuação do enfermeiro em programas escolares e a inclusão da família no tratamento do adolescente que tentou suicídio são debatidas pelos estudos incluídos na revisão integrativa e por outros autores. A escola é o ponto de encontro dos adolescentes e os professores o elo entre adolescente e família. Assim, a capacitação dos professores para a identificação de fatores de risco para o suicídio e a inclusão da família nestas discussões ampliam a rede de apoio ao adolescente em risco.<sup>17, 20, 34, 25, 26</sup>

### **3.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nesta investigação, foram encontrados estudos que analisam, verificam, descrevem e caracterizam o suicídio na adolescência e a assistência de enfermagem prestada ao adolescente. Verificou-se que as tentativas de suicídio são mais prevalentes em adolescentes do sexo feminino, brancas e provenientes de famílias com baixa renda familiar.

A ingestão de medicamentos e venenos foi identificada como o método de escolha para a tentativa de suicídio entre o sexo feminino e masculino. O suicídio na adolescência foi correlacionado com instabilidade familiar, falta de afeto, desilusões amorosas, depressão e outras doenças mentais.

A enfermagem pode atuar na prevenção dos casos de suicídio na adolescência e também na recuperação dos adolescentes que tentaram suicídio. Contudo, os enfermeiros possuem uma inabilidade para cuidar deste sujeito, demonstrada por meio de um cuidado baseado em valores pessoais.

Os achados do estudo apontam caminhos que podem ser trabalhados pelos enfermeiros, como o acompanhamento do adolescente e o envolvimento da família, além da restrição do acesso a medicamentos. A necessidade de criação de vínculo com o adolescente que busca o suicídio e o acolhimento de suas demandas sem julgamentos morais também se mostram fundamentais na recuperação do sujeito que é cuidado.

### 3.5 REFERÊNCIAS

1. Botega NJ, Werlang BSG, Cais CSF, Macedo MMK. Prevenção do comportamento suicida. *Psico*. 2006;37(3):213-220.
2. Cassorla RMS. Do suicídio: estudos brasileiros. Campinas: Papirus; 1998.
3. Brzozowski, FS, Soares GB, Benedet J, Boing, AF, Peres MA. Tendência temporal do suicídio no Brasil no período 1980-2005. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(7):1293-302
4. Ministério da Saúde (BR). Base de dados do Sistema Único de Saúde (Datasus). Informações de Saúde. Estatísticas Vitais. Sistema de informação em mortalidade. [internet]: Brasília: Ministério da Saúde. 2013. [acesso 22 set 2013]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>
5. Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal, um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artmed; 1981
6. Bouchard, G. Le Suicide À L'adolescence. *Psychomédia*. Disponível em: <http://www.psychomedia.qc.ca/dart7.htm>. Acesso em: 12 nov. 2013
7. Hildebrant LM, Zart, F, Leite, MT. A tentativa de suicídio na percepção de adolescentes: um estudo descritivo. *Rev. Eletr. Enf.* [SciELO-scientific Electronic Library online]. 2011. [citado em 09 dez. 2011] 13(2):219-26. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a08.htm>
8. Jones R. The development of nurse-led suicide prevention training for multidisciplinary staff in a North Wales NHS Trust. *J Psychiatr Mental Health Nurs*. 2010; (17):178–83.
9. Baca e. Intervenciones sobre poblaciones de riesgo. In: Bobes J, Giner J, Saiz J. *Suicídio y Psiquiatria* [Internet]. Madrid (ES): Triacastela; 2011. Chapter 6, Intervenciones sobre poblaciones de riesgo; [acesso em 22 mar 2014]; p. 143-61. Disponível em: [HTTP://www.fepsm.org/files/publicaciones/suicidio\\_y\\_psiquiatr%C3%Ada-texto.pdf](HTTP://www.fepsm.org/files/publicaciones/suicidio_y_psiquiatr%C3%Ada-texto.pdf)
10. Ramos INB, & Falcão EBM. Suicídio: um tema pouco conhecido na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica* [internet] 2011, [citado em 18 mar 2012] 35(4):507-516. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022011000400010&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000400010&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0100-55022011000400010.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídio. Portaria n° 1.876 do Ministério da Saúde, 14 de agosto de 2006. [acesso em 2009 15 maio.]. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area925](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area925)

12. Higarashi IH, Baratieri T, Roecker S, Marcon SS. Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. *Rev enferm UERJ*. 2011; 19:375-80.
13. Carmona-Navarro MC, Pichardo-Martínez MC. Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2012 [cited 2014 Apr 10]; 20(6):1161-1168. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000600019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600019&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600019>
14. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
15. Galvão MCB. O levantamento bibliográfico e a pesquisa científica. [Internet] Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. [Acesso 25 de março 2013]. Disponível em [http://www2.eerp.usp.br/Nepien/DisponibilizarArquivos/Levantamento\\_bibliografico\\_CristianeGalv.pdf](http://www2.eerp.usp.br/Nepien/DisponibilizarArquivos/Levantamento_bibliografico_CristianeGalv.pdf)
16. Avanci RC, Pedrão LJ, Costa J, Moacyr L. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(5):535-9.
17. Avanci RC, Pedrão LJ, Costa Junior 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. (Ed. port.)* [Internet]. 2005 [cited 2011 abr 30];1(1). Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/smad/v1n1/v1n1a07.pdf>
18. Vieira LJES, Silva DSM, Lira SVG, Abreu RNDC, Pinheiro MCD. Relato de dois casos de intoxicação intencional em adolescentes. *Ciênc. Cuida Saúde*. 2007;6(3):291-99.
19. Vieira LJES, Freitas MLV, Pordeus AMJ, Lira SVG, Silva JGE. Amor não correspondido: discursos de adolescentes que tentaram suicídio. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet]. 2008. [citado 2013 Abr 2]. Disponível em: [http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=2821](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2821).
20. Veras JLA, Katz CRT. Suicide attempts by exogenous intoxication among female adolescents treated at a reference hospital in the city of Recife-PE, Brazil. *Rev. bras. enferm.* [serial on the Internet]. 2011 Oct [cited 2014 June 25]; 64(5): 833-838. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000500005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500005&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500005>..
21. Rabelo JF. Uso de medicamentos psicoativos : um estudo com jovens que tentaram suicídio em Maringá [dissertação]. Maringá: Escola de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá UEM; 2008.
22. Silva LLT. Tentativa de autoextermínio entre adolescentes e jovens: uma análise compreensiva [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais UFMG; 2010.

23. Avanci, RC. Adolescente que tenta suicídio: um estudo epidemiológico em uma unidade de emergência. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo USP; 2004.
24. Caycedo A, Arenas M, Benitez M., Cavanzo, P, Leal G., Guzman Y. Características psicosociales y familiares relacionadas con intento de suicidio en una población adolescente en Bogotá–2009. **Persona y Bioética**, Norteamérica, 2011. Disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/1807/2424> >. Fecha de acceso: 10 may. 2014.
25. Hepp U, Stulz N, Unger-Köppel J & Ajdacic-Gross V. Methods of suicide used by children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2012.; 21:67–73.
26. Toro GDC, Paniagua SRE, González PCM, Montoya GB. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [Internet]. 2009; Sep [cited 2014 Mar 18] ; 27(3): 303-308. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2009000300007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2009000300007&lng=en).
27. Aguiar, M.A.F Tentativas de suicídio por meio de medicamento: as percepções dos adolescentes [Tese]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade federal de Minas Gerais UFMG; 2011.
28. Forteza CG, Lira LR, Hernandez MCM, Campuzzano EP. *Acta Psiquiat psicol Am lat* 2002; 48(1):74-84.
29. Beck-Little R, Catton G. Child and adolescent suicide in the United States: a population at risk. *Journal of Emergency Nursing* 2011; 37(6):587-589.
30. Resmini E. Tentativa de suicídio: um prisma para a compreensão da adolescência. 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. 146 p.
31. Figueiro VI, Amezcua FR, Quintarrila MR, Gonzalez GN. Família e intento suicida em el adolescente de educacion media superior. *Archiv Méd Familiar*, 2005; 7(3):69-78.
32. Pérez- Amezcua Berenice, Rivera-Rivera Leonor, Atienzo Erika E, Castro Filipa de, Leyva-López Ahidee, Chávez-Ayala Rubén. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud pública Méx* [Internet]. 2010 Ago [citado 2014 Mar 10] ; 52( 4 ): 324-333. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342010000400008&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400008&lng=es)
33. Delgado AO. Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuário de Psicologia* 2006; 37(3):209-23.
34. Clerget, S. Adolescência: a crise necessária. 1. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2004. 261 p.
35. García-Valencia J, Palacio-Acosta C, Diago J et al. Eventos vitales adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2008; 37(1): 11-28.
36. Corrêa H, Barrero SP. Suicídio: uma morte evitável. São Paulo: Atheneu, 2006.

36. Tuesca MR, Navarro LE. Factores de riesgo asociado al suicidio e intento de suicidio. Rev Salud Uninorte Barranquilla. 2003; 17: 19-28.
37. Garay, M y Vázquez, L "Suicidio e intento de autoeliminación en el Uruguay hoy" Revista Uruguaya de Enfermería, 2010; 35(4):257-61.
38. Bertolote, JM. Por que o Brasil está perdendo a corrida contra o suicídio de jovens? Ver. Bras. Psiquiatr. 2012; 34: 245-248.
39. Kodaka M, Postuvan V, Masatoshi I, Mitsuhiko Y. A systematic review of scale that measure toward suicide. Int J Soc Psychiatry 2010 ;57(4) 338-361.



## 4 OBJETIVOS DO ESTUDO

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Buscar compreender os sentimentos, percepções e atitudes de estudantes e professores de enfermagem em relação ao tema suicídio, especialmente na adolescência.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer os sentimentos dos estudantes e professores de enfermagem frente ao suicídio;
- Conhecer a percepção da própria capacidade profissional de estudantes e professores de enfermagem em lidar com adolescentes que tentam suicídio
- Conhecer a concepção de estudantes e professores de enfermagem em relação ao direito ao suicídio;
- Comparar as atitudes dos estudantes de enfermagem frente ao suicídio, no início e no final do curso;
- Comparar as crenças, atitudes e sentimentos manifestados pelos professores e estudantes de enfermagem frente ao suicídio de adolescentes;
- Conhecer a percepção de estudantes e professores de enfermagem sobre o suicídio na adolescência;
- Conhecer como estudantes e professores de enfermagem percebem a formação do profissional enfermeiro em relação ao tema suicídio na adolescência;

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado em duas etapas, a primeira por meio de abordagem quantitativa e a segunda com abordagem qualitativa.

### 5.2 O LOCAL DO ESTUDO

#### 5.2.1 O MUNICÍPIO DE DIVINÓPOLIS

O estudo foi realizado em uma instituição de ensino público federal situada no município de Divinópolis. Trata-se de uma cidade de médio porte, com aproximadamente 200 mil habitantes e atividades econômicas voltadas para o comércio regional, transportes (ferroviário e terrestre), produção de gusa e aço, confecções e prestação de serviços de saúde, educação, direito e informática, que empregam a maior parte da mão de obra. Faz parte do polo Macrorregional Oeste.<sup>1</sup>

Divinópolis possui 419 estabelecimentos públicos de saúde, sendo 15 Centros de Saúde, 01 Policlínica, 01 Pronto Socorro, 01 Centro de Atenção Psicossocial - CAPs, 12 equipes de saúde da família, 07 farmácias para dispensação de medicamentos básicos, 01 unidade de vigilância em Saúde, 01 Unidade de Pronto Atendimento e 03 serviços auxiliares de diagnóstico e terapia. Outros estabelecimentos privados/filantrópicos participam de forma complementar do SUS, entre eles 03 hospitais e 16 serviços especializados. Conta com um total de 311 leitos credenciados no SUS, sendo 83 leitos cirúrgicos, 116 clínicos, 90 psiquiátricos, 22 UTI sendo, portanto, referência em saúde para todo o oeste mineiro.<sup>1</sup>

O perfil de morbimortalidade de Divinópolis difere pouco do perfil das demais cidades da macrorregional. A taxa de mortalidade geral foi de 5,3/1.000 habitantes, sendo mais elevada para o sexo masculino e em maiores de 60 anos. O indicador se assemelha à taxa da Macrorregional Centro-Oeste (5,6/1.000 habitantes). A principal causa básica de óbitos foi o grupo das doenças do aparelho circulatório (36%), particularmente as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares, seguida pelas neoplasias (15,6%), com maior prevalência da doença na traqueia, brônquios e pulmões para o sexo masculino e na mama entre as mulheres. A terceira causa básica de óbito foi o grupo das doenças respiratórias

(11,2%), sendo as patologias responsáveis as pneumonias e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas. Os óbitos por causas externas representam a quarta causa de mortalidade (9,1%), mais expressiva na faixa etária entre 20 e 29 anos, sexo masculino. Neste capítulo, os acidentes de transporte foram os principais responsáveis pela mortalidade, seguidos pelos suicídios e agressões.<sup>2</sup>

Quando se fala sobre suicídio, a macrorregião Oeste mineira na qual está localizada o município de Divinópolis foi responsável por 9,77% do total de suicídios notificados, sendo a taxa desta região 444,54% maior que a do estado de Minas Gerais.<sup>3</sup>

### 5.2.2 A UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI – CAMPUS CENTRO OESTE DONA LINDU

A instituição pesquisada foi implantada no município de Divinópolis no ano de 2008 com o objetivo de provocar mudanças na vida da população da região centro-oeste. Tem como compromisso formar profissionais capazes de atuar como agentes de transformação social e das práticas de saúde da região, tendo em vista os indicadores de saúde insatisfatórios apresentados pela mesma.

O local de coleta de dados foi definido a partir da inserção e vivência profissional da pesquisadora como docente do curso de enfermagem da Instituição pesquisada, o que trouxe inquietações e questionamentos acerca da formação dos profissionais enfermeiros para lidar com o adolescente que tenta suicídio. Considerando os altos índices de suicídio verificados no município de Divinópolis e na macrorregião Oeste, é imprescindível que o aluno de enfermagem possua preparação mínima para lidar com indivíduos que tentam autoextermínio, sabendo reconhecer os fatores de risco e realizar o acompanhamento adequado dos casos.

O curso de enfermagem da referida instituição teve início no ano de 2008, formando a primeira turma no ano de 2012. É voltado para a área da saúde coletiva e busca formar um enfermeiro generalista, humanista, crítico e reflexivo. O egresso deve ser capaz de conhecer e intervir sobre os problemas de saúde-doença mais prevalentes no âmbito nacional e em sua região. Espera-se ainda que este profissional tenha senso de responsabilidade social e promova a integralidade do ser humano.<sup>4</sup> Está organizado em nove períodos e tem como diferencial o currículo integrado que privilegia a pedagogia progressista e possibilita ao aluno

a inserção no campo de prática desde o primeiro período da graduação. Assim, prática e teoria caminham lado a lado e se complementam durante a formação.

### **5.3 PRIMEIRA ETAPA - A PESQUISA QUANTITATIVA**

Para realizar a primeira etapa do estudo, que teve por finalidade avaliar as atitudes dos profissionais de enfermagem frente ao autoextermínio, optou-se por desenvolver uma pesquisa quantitativa realizada por meio da aplicação de um questionário: o Questionário sobre a Atitude Frente ao Comportamento Suicida (QUACS). Este instrumento foi elaborado e validado por Botega et al. (2005)<sup>5</sup> em estudo realizado com profissionais de enfermagem.

O QUACS compreende uma escala de 21 itens visuais análogos que reúne as crenças, sentimentos e reações em relação à pacientes suicidas. Foi construído a partir da realização de grupos focais com profissionais de enfermagem do Hospital da Universidade Estadual de Campinas, dos quais foram extraídas 54 afirmações que correspondiam a atitudes. Um conjunto de dez especialistas analisou as afirmativas encontradas e sua relação com atitudes, reduzindo-as para um total de 25 questões. Após teste piloto, quatro frases foram eliminadas, três porque apresentaram baixa variação de respostas e uma que foi considerada como mal formulada pela enfermagem, restando 21 afirmativas. A consistência interna da escala foi avaliada estatisticamente sendo possível reunir os itens afins em três fatores que possibilitaram avaliar mudanças de atitudes.<sup>5,6</sup>

O termo atitude foi utilizado na perspectiva da psicologia social e da psicologia da saúde e compreende um conjunto de sentimentos e cognições de um indivíduo frente a um objeto qualquer. Estes sentimentos e cognições são capazes de influenciar o comportamento do sujeito perante este objeto, no caso a tentativa de suicídio.<sup>6,7,8</sup>

Para o presente estudo, foram acrescentadas ao questionário informações sociodemográficas como: sexo, religião, frequência em cultos religiosos, período da graduação (para alunos), tempo de formação e tempo de docência (para professores) e se o indivíduo já atendeu algum caso de suicídio entre adolescentes.

No QUACS, cada item corresponde a uma escala visual de 10 cm entre discordância total e concordância total. Cada pergunta do questionário recebe uma pontuação de acordo a marcação de distância conforme demonstrado abaixo.

1. Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar  
 Discordo totalmente  $\frac{\quad}{0 \quad 1 \quad 2 \quad 3 \quad 4 \quad 5 \quad 6 \quad 7 \quad 8 \quad 9 \quad 10}$  Concordo plenamente

2. Quem fica ameaçando, geralmente não se mata  
 Discordo totalmente  $\frac{\quad}{0 \quad 1 \quad 2 \quad 3 \quad 4 \quad 5 \quad 6 \quad 7 \quad 8 \quad 9 \quad 10}$  Concordo plenamente

As perguntas contidas no QUACS foram agrupadas em três fatores: “sentimentos negativos perante o paciente suicida”, “percepção de capacidade profissional” e “direito ao suicídio”. Em “sentimentos negativos perante o paciente”, quanto maior a pontuação maior a presença de tais sentimentos, os quais podem dificultar o auxílio ao indivíduo que incorreu em comportamento suicida. Em relação ao fator “percepção de capacidade profissional”, quanto maior a pontuação, mais confiante o professor/estudante se sente para lidar com indivíduos com comportamento suicida. No fator “direito ao suicídio”, uma maior pontuação pode significar uma atitude mais “moralista”.<sup>6</sup>

Para o presente estudo foram acrescentadas ao questionário informações sociodemográficas como: sexo, religião, frequência em cultos religiosos, período da graduação (para alunos), tempo de formação e tempo de docência (para professores) e se o indivíduo já atendeu algum caso de suicídio entre adolescentes.

Para análise dos dados quantitativos inicialmente foram calculados os escores dos três fatores do QUACS. Esses escores são resultantes da soma de questões específicas do questionário, conforme descrito a seguir:

- Fator 1 (Sentimentos em relação ao paciente) = Q2 + Q5 + Q9 + Q13 + Q15 + Q17 + Q19 = 70 pontos
- Fator 2 (Capacidade profissional) = Q1 + Q7 + Q10 + Q12 = 40 pontos
- Fator 3 (Direito ao suicídio) = Q3 + Q4 + Q6 + Q16 + Q18 = 50 pontos

Em todas as questões contidas no fator “direito ao suicídio” quanto maior o grau de concordância, mais moralista a atitude do indivíduo frente ao paciente que tenta suicídio, com exceção da questão Q3, por isso durante a realização da soma dos escores ela teve seu valor invertido. No fator “capacidade profissional”, uma elevada pontuação dada pelos sujeitos às

questões deste fator pode indicar maior segurança profissional, com exceção da questão 12, por isso é necessária a sua inversão.

As questões Q8, Q11, Q14, Q20 e Q21, não são somadas aos fatores da escala, pois não possuem semelhança com os fatores construídos. Tais questões podem, portanto, ser analisadas separadamente ou excluídas da análise da escala.

É importante ressaltar que foram realizadas análises independentes para os grupos de alunos e de professores nas quais os três fatores da escala foram comparados com os dados sociodemográficos. Também foi realizada uma comparação dos escores dos fatores entre alunos e professores com o intuito de identificar diferenças de atitudes entre estes grupos.

Foi feita uma análise descritiva de todas as variáveis investigadas, bem como dos resultados de cada questão da escala aplicada, por meio de tabelas de distribuição de frequências e medidas de tendência central e variabilidade.

Na comparação dos fatores da escala por período, sexo, religião e atendimento de tentativa de autoextermínio, foram realizados os testes t-Student (comparação de dois grupos) ou ANOVA (comparação de três ou mais grupos) para os fatores com distribuição normal.

Para as comparações dos fatores que apresentaram distribuição assimétrica, foram utilizados os testes não paramétricos de Mann-Whitney (comparação de dois grupos) ou Kruskal-Wallis (comparação de três ou mais grupos).

Na comparação dos fatores por idade, tempo de docência e formação foram utilizados os coeficientes de correlação de Pearson ou Spearman. Para testar a normalidade dos resultados dos fatores foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov.

Em todas as análises foi considerado um nível de significância de 5% e utilizado o *software* estatístico SPSS versão 15.0.

### 5.3.1 OS SUJEITOS DA PESQUISA – PRIMEIRA ETAPA QUANTITATIVA

#### 5.3.1.1 Estudantes de enfermagem

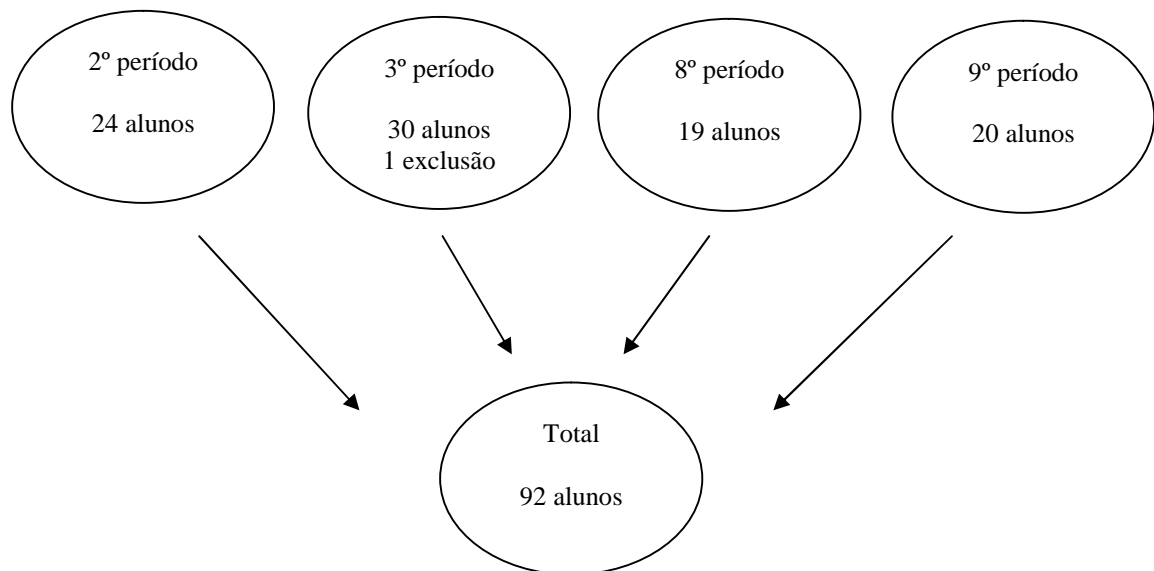
Participaram da primeira etapa do estudo, os discentes dos segundo, terceiro, oitavo e nono períodos de enfermagem de uma instituição pública do Centro-Oeste de Minas Gerais. Na

data da coleta de dados, havia 93 alunos matriculados. A escolha de turmas de diferentes semestres foi realizada para que fosse possível fazer uma comparação entre os conhecimentos e as atitudes frente ao tema, durante a formação.

Foram utilizados, como critérios de exclusão, o tratamento psiquiátrico atual ou anterior à coleta de dados e acompanhamento pelo serviço de psicologia da Universidade. Nenhum aluno foi excluído por questões éticas.

O questionário foi aplicado a 92 alunos, apenas um dos sujeitos elegíveis se recusou a participar da pesquisa.

Fluxograma 1– Processo de seleção dos discentes participantes do estudo



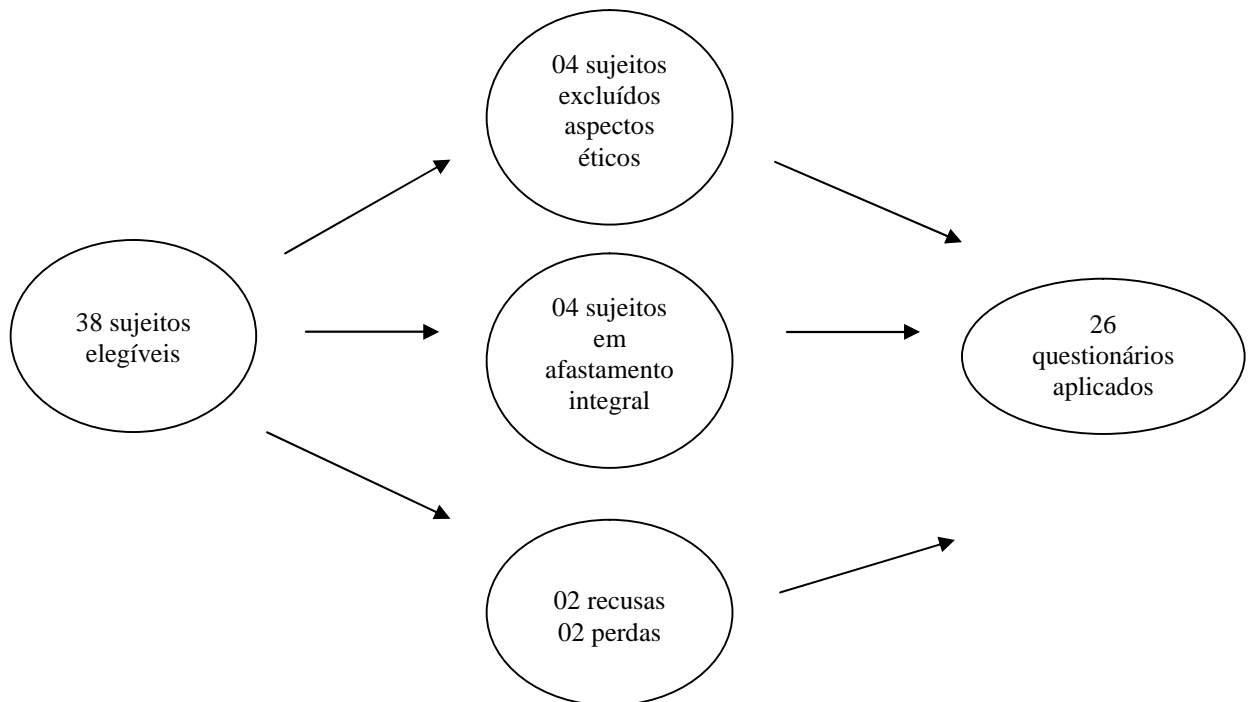
### 5.3.1.2 Docentes de enfermagem

Na primeira etapa do estudo, objetivou-se a aplicação do questionário a todos os enfermeiros docentes do curso de enfermagem, o que totalizaria 38 sujeitos.

Atendendo princípios éticos, foram excluídos quatro sujeitos da amostra docente.

Dos 33 sujeitos restantes, quatro encontram-se em afastamento integral da Universidade, dois professores se recusaram a participar do estudo e dois questionários foram perdidos. Portanto, foram obtidos 26 questionários.

Fluxograma 2 – Processo de seleção dos docentes participantes do estudo



#### 5.4 SEGUNDA ETAPA - A PESQUISA QUALITATIVA

Para compreender com maior profundidade a percepção dos alunos e professores frente à tentativa de autoextermínio de adolescentes e complementar o conhecimento adquirido com a primeira etapa do estudo, foi necessária a utilização do método qualitativo, uma vez que este permite reconhecer e compreender o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida. A pesquisa qualitativa permite o surgimento de novos aspectos, o descobrimento de novos nexos e/ou novas articulações de significados.<sup>9</sup>

A metodologia qualitativa na pesquisa em enfermagem tem fundamental importância, uma vez que os cuidados de saúde não se apoiam somente nos aspectos biológicos, devendo ser considerados, no processo de cuidar, os aspectos psicossociais e os subjetivos do sujeito assistido. Para Polit (2005)<sup>10</sup>, os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal qual é vivida e tal como é definida por seus próprios autores.

O método qualitativo alcança níveis de significado e compreensão do sujeito que não podem ser mensurados por equações matemáticas e médias estatísticas.<sup>11</sup> Assim, como objetiva-se conhecer a percepção dos docentes e discentes de enfermagem frente ao suicídio na



adolescência, é preciso ultrapassar as barreiras numéricas e dar voz aos sujeitos do estudo para que possam expressar o que não pode ser captável pelas equações.

A polêmica qualitativo versus quantitativo, objetivo versus subjetivo, não deve ser assumida simplistamente como uma opção pessoal do pesquisador ao abordar a realidade. A questão aponta para o problema fundamental que é o próprio caráter específico do objeto de conhecimento: o ser humano e a sociedade. Esse objeto não se revela apenas através de números. A metodologia qualitativa, portanto, é o percurso a ser seguido por aqueles que objetivam assumir “*o desafio de ir em busca dos significados da ação humana, que constrói o seu dia a dia*”.<sup>11</sup>

Os conjuntos de dados quantitativos e qualitativos, entretanto, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia.

Para a realização da pesquisa qualitativa, foi utilizada a entrevista semiestruturada. Este tipo de entrevista possui parte de seus questionamentos apoiados em hipóteses e teorias que permitem possibilidades de novas interrogativas à medida que o entrevistado responde às perguntas iniciais.<sup>9</sup> O pesquisador pode, no momento oportuno, incluir perguntas adicionais para aprofundar ou esclarecer questões que não foram compreendidas, ou ainda para resgatar o contexto da entrevista caso o entrevistado tenha “fugido” do tema ou tenha dificuldades com ele.<sup>12</sup>

O uso de um questionário tradicional e fechado não alcançaria os objetivos deste estudo, pois este tipo de instrumento pressupõe hipóteses e questões bastante fechadas, cujo ponto de partida são as referências do pesquisador. Ao contrário de um questionário fechado, a entrevista semiestruturada permite o aparecimento de conceitos inusitados dos entrevistados e não pressupõe um saber oficial. Uma relação de verticalidade entre pesquisador e sujeito da pesquisa pode fazer com que os sujeitos optem por respostas que acreditam ser a esperada, e não digam o que realmente pensam, sentem e fazem. A entrevista semiestruturada, sendo uma conversa, permite o diálogo entre entrevistador e entrevistado, de forma tal que a percepção emocional, gestual e contextual possibilita as correções contínuas dos “mal-entendidos”, aproximando-se mais as respostas do entrevistado das verdadeiras questões do entrevistador.

Na entrevista com os alunos, foram realizadas as seguintes perguntas: “Qual a sua percepção acerca da tentativa de suicídio entre adolescentes?”, “Como tem sido abordada a temática

suicídio na adolescência durante a sua formação/ou em suas aulas?” Foram feitas entrevistas piloto com três discentes, para avaliar a compreensão e adequação das perguntas frente ao objeto de pesquisa, não sendo necessária adaptação no roteiro inicialmente proposto.

Para a entrevista com os professores, inicialmente foram indicados os mesmos questionamentos feitos aos alunos, contudo, após o teste piloto, foi necessário readequar a pergunta “Como tem sido abordada a temática suicídio na adolescência durante a sua formação/ou em suas aulas?” para “Como tem sido abordada a temática suicídio na adolescência durante a formação do enfermeiro?” A mudança no questionamento permitiu melhor compreensão por parte dos professores acerca do objeto da pesquisa, que é a formação dos enfermeiros para lidar com adolescentes que tentaram suicídio.

Dentro da abordagem qualitativa optou-se pelo uso da análise de conteúdo de Bardin. A análise de conteúdo permite apreender os significados e a interpretação dos fatos apresentados ao pesquisador pelo conjunto de respostas dos informantes. Os resultados foram obtidos a partir da exploração do material por meio da codificação, numeração e classificação do conteúdo coletado nas entrevistas. Este tratamento corresponde a uma transformação dos dados brutos, que por meio do recorte, agregação e enumeração é permitido definir as unidades de significado, as quais conduzem para uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo, culminando com as categorias de análise ou analíticas.<sup>13</sup>

Inicialmente foi realizada uma pré-análise dos dados, que corresponde à organização do material e leitura flutuante do mesmo. O pesquisador, nesta fase, realiza incontáveis leituras do material obtido até que consiga internalizar o conteúdo das falas. Após esta etapa, é verificada a constituição do *corpus*, que é a base de todo o estudo, o universo estudado em sua totalidade. Na pesquisa em questão, foram identificados *corpus* relativos aos discursos dos docentes e discentes, que no final se reuniram na formação de um único *corpus*. Para finalizar esta etapa, foram reavaliadas as hipóteses e os objetivos do estudo para corrigir rumos interpretativos e/ou possibilitar a inclusão de novos questionamentos.<sup>13</sup>

Em um segundo momento, foram identificadas as unidades de significado, que são falas e registros que possuem forte relação entre si e com o objeto do estudo. Em seguida, foi realizada a categorização das unidades de significado por afinidade de conteúdo e embasamentos teóricos.<sup>13</sup>

## 5.4.1 OS SUJEITOS DO ESTUDO – SEGUNDA ETAPA

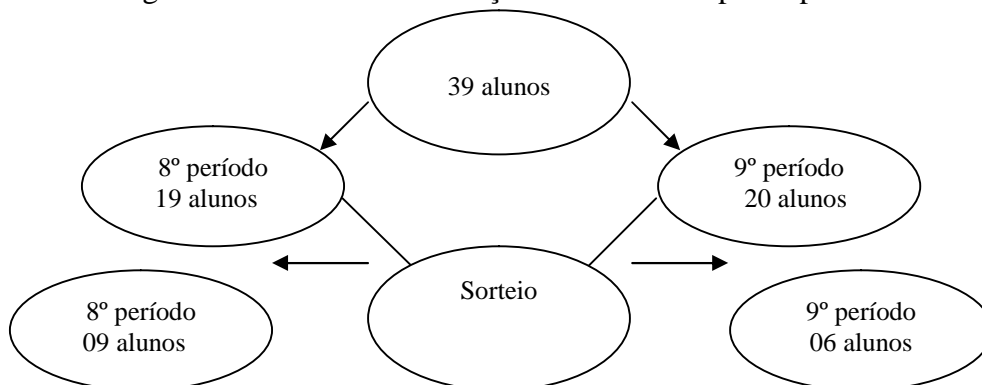
### 5.4.1.1 Estudantes de enfermagem

Participaram da segunda etapa do estudo estudantes do oitavo e nono períodos do curso de enfermagem da UFSJ, pois os mesmos poderiam responder com maior domínio os questionamentos da equipe de pesquisa, por estarem em períodos mais avançados do curso. No curso de enfermagem estudado, todo o conteúdo teórico é ministrado até o sétimo período, sendo que nos oitavo e nono períodos os alunos participam integralmente do estágio supervisionado em unidades de atenção primária e terciária de saúde.

Inicialmente, foi estabelecido um número prévio de 15 participantes, podendo este número ser ampliado, uma vez que as entrevistas só seriam interrompidas quando se observasse a saturação dos dados. A seleção dos discentes ocorreu de maneira aleatória, por meio de sorteio, para evitar vieses associados ao conhecimento da pesquisadora frente ao desenvolvimento cognitivo dos alunos. Seriam excluídos da pesquisa alunos que não responderam ao questionário da primeira etapa, contudo não houve exclusões de alunos dos oitavo e nono períodos na primeira etapa do estudo.

Participaram da segunda etapa do estudo nove discentes do oitavo período e seis do nono período. As entrevistas foram interrompidas quando os dados obtidos apresentavam repetição e não eram mais considerados relevantes. A saturação foi observada a partir da 11ª entrevista realizada com os alunos, contudo, como outras entrevistas já haviam sido agendadas, optou-se por dar continuidade ao processo de coleta de dados.

Fluxograma 3 – Processo de seleção dos discentes participantes do estudo



#### 5.4.1.2 Docentes de enfermagem

Foram incluídos na segunda etapa do estudo os professores enfermeiros que responderam ao questionário de atitudes frente ao suicídio. Docentes de todas as áreas de atuação da enfermagem foram entrevistados, uma vez que o adolescente em risco para tentativas de suicídio é atendido por todas elas, seja na atenção básica, na unidade hospitalar, em uma consulta pré-natal e em unidades de urgência e emergência .

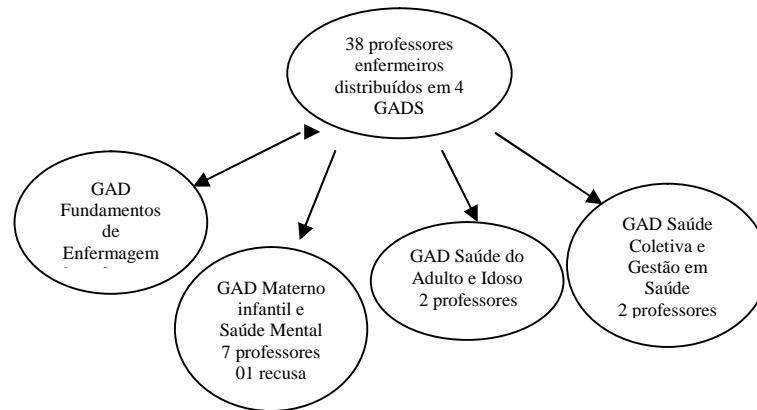
A estrutura administrativa da universidade é composta por quatro Grupos de Atuação Docentes (GAD) a saber:

- GAD Saúde do Adulto e Idoso: composto por oito professores, contempla as áreas de clínica médica, saúde do trabalhador, clínica cirúrgica e saúde do idoso;
- GAD Fundamentos de enfermagem: possui seis professores e é responsável pela formação básica da enfermagem;
- GAD Saúde Coletiva e Gestão dos Serviços de Saúde: Possui dez professores e é responsável pela formação relacionada à atenção primária e à gestão da enfermagem;
- GAD Materno Infantil e Saúde Mental: contempla as áreas de conhecimento saúde da criança e do recém-nascido, saúde do adolescente, saúde mental e saúde da mulher. Fazem parte deste GAD quatro professores de Saúde da Criança, três professores de Saúde Mental e cinco professores de Saúde da Mulher.

Assim como na seleção dos alunos, definiu-se um número prévio de professores a serem entrevistados, porém este número poderia ser acrescido caso não fosse alcançada a saturação dos dados. Foram selecionados inicialmente dois professores de cada GAD, com exceção do GAD Saúde Mental e Materno Infantil do qual foi selecionado a totalidade dos professores enfermeiros de Saúde Mental e Saúde da Criança, além de dois professores da Saúde da Mulher o que corresponde a oito professores. De todos os 14 sujeitos selecionados, foi registrada somente uma recusa de um professor.

Desta maneira, foram realizadas 13 entrevistas com os docentes, obtendo-se a saturação dos dados.

Fluxograma 4 – Processo de seleção dos docentes participantes do estudo



## 5.5 OS ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo baseou-se eticamente na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. Foi inicialmente apresentado à câmara de pesquisa da Instituição e posteriormente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e da UFSJ, sendo aprovado em 04 de setembro de 2013, sob o parecer número 387.819.

Em setembro de 2013, a pesquisadora principal assumiu o cargo de professora assistente na Instituição pesquisada. Para proteger os indivíduos pesquisados e respeitar a resolução 196/96 no que tange a possibilidade de constrangimento de sujeitos devido à relação de verticalidade aluno/professor, uma equipe de coleta de dados foi selecionada e treinada para aplicação dos questionários e realização das entrevistas.

Participaram da seleção para o projeto de pesquisa, alunos matriculados entre os quinto e sétimo períodos do curso de enfermagem. Este critério de inclusão foi estabelecido, pois, todo conteúdo de saúde do adolescente é ministrado até o quinto período da graduação em enfermagem, e seria necessário o conhecimento específico da saúde do adolescente para compreensão do estudo. A seleção dos alunos foi feita por meio de entrevista e a equipe final composta por três discentes, sendo dois regularmente matriculados no quinto período e um do sexto período.

A equipe de coleta de dados passou por uma capacitação com carga horária de oito horas, na qual foram discutidos aspectos conceituais, históricos e sociais do suicídio, epidemiologia e fatores de risco, proteção e manejo do paciente em risco para tentativa de suicídio. Também foram discutidos aspectos éticos e legais de pesquisa e técnicas de entrevista qualitativa.

Durante todo período de coleta de dados, o contato com a equipe de pesquisa foi permanente, por meio de encontros semanais para apresentação das dificuldades e desafios encontrados na aplicação dos questionários e realização de entrevistas e também diariamente por mídia social através de grupo de discussão criado para a postagem de materiais acerca da temática e esclarecimento de dúvidas.

Falar sobre suicídio é um desafio, pois se trata de quebrar tabus socialmente construídos ao longo da história. Trabalhar com pesquisa na área do suicídio tornou-se um desafio ainda maior, pois o desconhecimento acerca da temática e todos os véus que a cobrem, faz com que os indivíduos possuam falsas crenças a respeito do tema, como por exemplo, que falar em suicídio pode induzir indivíduos a cometer o ato.

Os alunos e professores foram abordados pessoalmente pela equipe de pesquisa nos intervalos e finais das aulas. Os objetivos da pesquisa eram explicados, assim como a participação voluntária e não obrigatória dos sujeitos. Os questionários foram aplicados em ambiente privativo após leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Para proteger os indivíduos participantes da pesquisa, foi realizada parceria com o setor de psicologia da Universidade. Durante a aplicação do questionário a equipe divulgou a atuação deste setor que funciona diariamente com plantões psicológicos, psicoterapia individual e em grupos. Toda equipe de coleta de dados também se mostrou disponível a conversar sobre o tema e a realizar o encaminhamento dos que desejassem, para o serviço de psicologia. Muitos alunos desconheciam o serviço, apesar da divulgação realizada via internet e por meio de cartazes afixados nos murais de aviso da instituição.

Durante o período de coleta e nos meses que se seguiram foi realizado contato periódico com o serviço de psicologia para identificar demanda que pudesse ter sido gerada pela pesquisa, não sendo encontrada até o presente momento aumento dos atendimentos.

## **5.6 REFERÊNCIAS**

1. Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis. Plano diretor de Divinópolis. 2010.
2. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (Br). Análise da situação de saúde de Minas Gerais – 2010. [Internet]. [citado em 21 set 2011]. Belo Horizonte (MG) Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/estatística-e-informacao-em-saude/analises-de-situacao-de-saude/analise%20situacao%20saude%202020.pdf>

3. Botti NC, Mesquita IR, Benjamim LMN. Diferenças macrorregionais da mortalidade por suicídio: análise epidemiológica. Rev UFPE onl. No prelo 2014.
4. Universidade Federal de São João Del Rei. Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem. Divinópolis: Campus Centro-Oeste Dona Lindu da Universidade Federal de São João Del Rei, 2009.
5. Botega NJ, Reginato DG, Silva SV, Cais CFS, Rapeli CB, Mauro MLF. Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale Rev Bras Psiquiatr. 2005;27(4):315-18.
6. Cais, CFS. Prevenção do suicídio: estratégias de abordagem aplicadas no município de Campinas-SP. [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade estadual de Campinas UNICAMP; 2011
7. LaPiere, R. Attitude versus action. Social Forces. 1934; 13, 230-237
8. Fishbein, M e Ajzen, I. Attitudes toward objects as predictors of a single and multiple behavioral criteria. Psychological Review. 1975; 81 59-74.
- 9 Matheus MCC, Fustitoni SM. Pesquisa qualitativa em enfermagem. 1ª Ed. São Paulo: LMP; 2006.
11. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4a. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
12. Boni, V., E Quaresma, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. Revista Electrónica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política, 2008; 2(3): 68-80.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008. 281 p.

## 6 ARTIGO 2

### **Atitudes dos estudantes e professores de enfermagem de uma instituição pública de Minas Gerais frente ao suicídio**

#### **Resumo**

Trata-se de estudo quantitativo que tem por objetivo conhecer as atitudes de estudantes e professores de enfermagem em relação ao comportamento suicida e avaliar se ocorrem mudanças nas atitudes dos alunos ao longo do curso. Para realização do estudo, foi aplicado o Questionário de Atitude frente ao Comportamento Suicida (QUACS) validado por Botega (2005). Participaram da pesquisa 92 alunos dos períodos iniciais e finais de um curso de graduação em enfermagem e 26 docentes. Os resultados demonstraram que a graduação em enfermagem não modificou as atitudes dos alunos frente ao suicídio. Além disso, foram encontrados baixos escores para capacidade profissional indicando que alunos e professores sentem-se inseguros para assistir o paciente em risco para suicídio. Foi identificado ainda que professores e alunos possuem baixo escore para sentimentos negativos frente ao paciente que busca o suicídio e que alunos possuem postura mais moralista frente ao suicídio que os professores o que pode influenciar a qualidade do cuidado ofertado. A mudança de atitudes só é possível com a construção de conhecimentos, assim é importante ampliar as discussões sobre suicídio na adolescência na graduação em enfermagem.

Descritores: Suicídio, enfermagem, adolescência.

#### **Abstract**

This is a quantitative study that aims to understand the attitudes of students and teachers of nursing in relation to suicidal behavior and assess whether changes occur in the attitudes of students throughout the course . To perform the study we applied the Questionnaire Attitude to Suicidal Behavior ( QUACS ) validated by Botega (2005) . 92 students participated in the survey of the initial and final periods of an undergraduate degree in nursing and 26 teachers . The results showed that undergraduate nursing did not change the attitudes of students against suicide. In addition to professional competence low scores were found indicating that students and teachers feel insecure to attend the patient at risk for suicide, was also identified that teachers and students have low scores for negative feelings towards patients seeking suicide and that students have more moralistic stance against suicide than what teachers can influence the quality of care offered . Changing attitudes is only possible with the construction of knowledge , so it is important to broaden the discussion about suicide in adolescence in undergraduate nursing .

Descriptors : Suicide, nursing , adolescence



## 6.1 INTRODUÇÃO

A taxa oficial de mortalidade por suicídio no Brasil é de quatro a cinco óbitos para cada 100 mil habitantes, ou seja, cerca de 10.000 pessoas morrem por ano em decorrência do suicídio, números próximos à mortalidade causada pela AIDS. Os adolescentes representam 8,15% desse total, ou seja, 3.590 jovens mortos anualmente em decorrência desta que é uma causa evitável.<sup>1, 2, 3</sup>

Estima-se que para cada caso de suicídio, cerca de seis a dez pessoas sejam indiretamente impactadas e sofram as consequências deste ato.<sup>4</sup> O suicídio, portanto, é um problema de saúde pública, produz impactos econômicos, sociais e na saúde da população, sendo necessárias estratégias que visem sua prevenção e acompanhamento dos sujeitos atingidos direta ou indiretamente por este mal.

O suicídio associa-se a múltiplas causas ligadas a fatores biológicos, psicológicos e socioeconômicos. O que se costuma atribuir como a causa é a expressão final de um processo de crise vivido pela pessoa.<sup>5, 6</sup>

Aproximadamente 70% das pessoas que tentaram suicídio procuraram um serviço de saúde nos três meses que antecederam as tentativas, sendo que, para cada suicídio completo, ocorreram em média cinco hospitalizações e em torno de 22 visitas aos serviços de emergência.<sup>7, 8, 9</sup>

A atuação dos profissionais de enfermagem é de fundamental importância na abordagem das tentativas de suicídio pelo contato mais próximo com os pacientes que tentaram autoextermínio, seja no atendimento de emergência ou na atenção primária à saúde.<sup>5</sup> Observa-se ainda que, dentre os profissionais de saúde, os enfermeiros, em especial, reagem de maneira agressiva frente ao paciente que tenta autoextermínio, pois devem lidar com seus preconceitos frente ao ato e com a sensação de fracasso, uma vez que foram formados para valorizar e cuidar de vidas.<sup>6, 10</sup>

Os pacientes que tentam suicídio são comumente vistos como “chamadores de atenção” e manipuladores por parte da equipe de enfermagem, influenciando a qualidade do cuidado prestado ao paciente. Nos setores de emergência, esses pacientes comumente recebem críticas, são ignorados e permanecem por longo tempo aguardando por atendimento, quando não há risco imediato à vida. Atitudes negativas da equipe de enfermagem perante o suicídio

influenciam a qualidade do cuidado prestado ao paciente que tentou o suicídio e a busca por auxílio em casos de novas ideações e tentativas.<sup>11, 12, 13</sup>

É essencial que a equipe de enfermagem esteja preparada para realizar o gerenciamento adequado dos casos de tentativa de suicídio tanto na atenção primária quanto nas urgências. A capacitação da equipe de enfermagem e o conhecimento acerca dos fatores que levam o indivíduo a tentar o autoextermínio podem modificar as atitudes negativas desses profissionais possibilitando um cuidado mais acolhedor aos seus pacientes.

A preparação dos enfermeiros para lidar com esta temática deve ocorrer ainda na graduação, uma vez que os estudantes representam um grupo de futuros profissionais que precisam estar aptos a atender estes pacientes de maneira integral, além de atuar na prevenção de tentativas de autoextermínio.

No ano de 2006, o Ministério da Saúde<sup>14</sup> lançou a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio, na qual estimula o reconhecimento precoce e o encaminhamento adequado das pessoas em situação de risco, tanto nos serviços de urgência quanto na atenção primária. A oitava diretriz da estratégia prevê ações de educação permanente com todos os membros da equipe de saúde, visando desmistificar os tabus acerca do suicídio e oferecer ferramentas para atuação adequada dos profissionais.<sup>14</sup>

Desta maneira, conhecer as atitudes de estudantes e professores de enfermagem frente ao suicídio de adolescentes permite compreender as lacunas existentes frente à temática, além de ser útil na prevenção do suicídio, já que atitudes negativas estão fortemente associadas à falta de conhecimento e influenciam diretamente a qualidade do cuidado prestado.

Portanto, o objetivo deste estudo foi conhecer as atitudes de estudantes e professores de enfermagem em relação ao comportamento suicida e avaliar se ocorrem mudanças nas atitudes dos alunos ao longo do curso.

## 6.2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, que utiliza o contraste de médias para a comparação entre grupos e a análise correlacional das variáveis envolvidas, buscando associações.

O projeto de pesquisa foi submetido ao comitê de ética em pesquisa da UFMG e da instituição coparticipante sendo aprovado sob parecer número 387.819. Os dados foram coletados nos meses de janeiro e fevereiro de 2014.

Os sujeitos da pesquisa eram estudantes dos períodos iniciais (2º e 3º) e finais (8º e 9º) do curso de graduação e os professores enfermeiros do curso de Enfermagem. Os participantes do estudo foram abordados pessoalmente pela equipe de coleta de dados e informados acerca da voluntariedade de sua participação, confidencialidade e anonimato.

Para avaliação das atitudes dos estudantes e professores de enfermagem, foi aplicado o Questionário de Atitude frente ao Comportamento Suicida (QUACS). O QUACS compreende uma escala de 21 itens abordando crenças, sentimentos e reações em relação às pessoas com comportamento suicida. Os itens foram selecionados a partir de uma série de frases sobre as atitudes geradas a partir de grupos focalizados e o julgamento de especialistas.<sup>15</sup> Cada questão corresponde a uma escala visual de 10 cm. A pontuação das questões é realizada por meio de uma marcação na escala, que pode variar de 0 a 10, onde 0 é igual a discordância total e 10, concordância total.

As perguntas contidas no QUACS foram agrupadas em três fatores: “sentimentos negativos perante o paciente suicida”, “percepção de capacidade profissional” e “direito ao suicídio”. Em “sentimentos negativos perante o paciente”, quanto maior a pontuação maior a presença de tais sentimentos, os quais podem dificultar o auxílio ao indivíduo que incorreu em comportamento suicida. Em relação ao fator “percepção de capacidade profissional”, quanto maior a pontuação, mais confiante o professor/estudante se sente para lidar com indivíduos com comportamento suicida. No fator “direito ao suicídio”, uma maior pontuação pode significar uma atitude mais “moralista”.<sup>6</sup>

Para análise dos dados, foram calculados os escores dos três fatores do QUACS. Esses escores são resultantes da soma de questões específicas do questionário, conforme descrito a seguir:

- Sentimentos em relação ao paciente: 7 questões = 70 pontos;
- Capacidade profissional: 4 questões = 40 pontos;
- Direito ao suicídio: 5 questões = 50 pontos.

Para todas as questões contidas no fator “Direito ao Suicídio”, quanto maior o grau de concordância, mais moralista a atitude do indivíduo frente ao paciente que tenta suicídio, com exceção de uma questão (Q3), cujo valor foi invertido para ser somado aos demais itens. O mesmo ocorreu com a questão Q12 no fator “capacidade profissional”.

O número das questões corresponde à ordem de apresentação no QUACS, onde elas são misturadas com o objetivo de não induzir um padrão de resposta para o mesmo fator. Cinco questões (Q8, Q11, Q14, Q20 e Q21) não são somadas aos fatores da escala, sendo analisadas separadamente.

Para o presente estudo, foram acrescentadas ao questionário informações sociodemográficas como: sexo, religião, frequência em cultos religiosos, período da graduação (para alunos), tempo de formação e tempo de docência (para professores) e se o indivíduo já atendeu algum caso de suicídio entre adolescentes. Foi perguntado também sobre a associação entre transtornos mentais e suicídio.

Foram realizadas análises independentes para o grupo de alunos e o de professores nas quais os três fatores da escala foram comparados com os dados sociodemográficos. Foi realizada também a comparação dos escores dos fatores entre alunos e professores.

Foi feita uma análise descritiva de todas as variáveis investigadas, bem como dos resultados de cada questão da escala aplicada, por meio de tabelas de distribuição de frequências e medidas de tendência central e variabilidade.

Na comparação dos fatores da escala por período, sexo, religião e atendimento de tentativa de autoextermínio, foram realizados os testes t-Student (comparação de dois grupos) ou ANOVA (comparação de três ou mais grupos) para os fatores com distribuição normal. Para as comparações dos fatores que apresentaram distribuição assimétrica, foram utilizados os testes não paramétricos de Mann-Whitney (comparação de dois grupos) ou Kruskal-Wallis (comparação de três ou mais grupos).

Na comparação dos fatores por idade, tempo de docência e formação foram utilizados os coeficientes de correlação de Pearson ou Spearman. Para testar a normalidade dos resultados dos fatores foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov.

Em todas as análises, foi considerado um nível de significância de 5% e utilizado o *software* estatístico SPSS versão 15.0.

### **6.3 RESULTADOS**

A população do estudo compreendeu 93 alunos e 38 professores, contudo concluíram a participação 92 estudantes e 26 professores. Um estudante recusou-se a participar da pesquisa. Houve perda de 12 professores, devido a afastamentos da universidade, questões éticas e recusas.

Os professores e alunos estimam respectivamente que em média 45,7%, e 57,2% das pessoas que tentam o autoextermínio possuem algum sofrimento mental. As Tabelas 1 e 2 mostram os dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa, como idade, sexo, período de formação dos alunos, tempo de formação e docência dos professores, religião e frequência a cultos religiosos.

Tabela 1 - Caracterização da amostra de alunos (n = 92)

	N	%
<b>Gênero</b>		
Masculino	8	8,7
Feminino	84	91,3
<b>Período</b>		
2º período	24	26,1
3º período	29	31,5
8º período	19	20,7
9º período	20	21,7
<b>Atendeu adolescentes que tentaram autoextermínio?</b>		
Não	71	86,6
Sim	11	13,4
<b>Considera-se uma pessoa religiosa?</b>		
Não	10	10,9
Sim	82	89,1
<b>Religião</b>		
Adventista	1	1,1
Agnóstica	2	2,2
Católica	67	74,4
Cristã	4	4,4
Espírita	6	6,7
Evangélico	9	10
Não tem	1	1,1
<b>Com que frequência você vai à igreja?</b>		
1 x ano	3	3,3
1 x semana	50	55,6
1 x mês	20	22,2
2 a 3 x ano	11	12,2
Não	1	1,1
Quase nunca	5	5,6
<b>Idade</b>		
Média	22	
Desvio-padrão	3	
Mediana	22	
Mínimo	18	
Máximo	35	

A maioria dos estudantes, 91,3%, era do sexo feminino. Aproximadamente metade estavam nos períodos iniciais. Apenas 13,4% dos alunos avaliados relataram ter atendido adolescentes que tentaram autoextermínio e 89,1% se consideram uma pessoa religiosa. A religião mais frequente foi a católica (74,4%) e 55,6% dos estudantes relataram frequentar a igreja 1 vez por semana. A média de idade foi de 22 anos, com mínimo de 18 e máximo de 35 anos.

Tabela 2 - Caracterização da amostra de professores (n = 26)

	N	%
<b>Gênero</b>		
Masculino	6	23,1
Feminino	20	76,9
<b>Atendeu adolescentes que tentaram autoextermínio?</b>		
Não	17	68,0
Sim	8	32,0
<b>Considera-se uma pessoa religiosa?</b>		
Não	1	3,8
Sim	25	96,2
<b>Religião</b>		
Católica	19	73,1
Espírita	3	11,5
Espiritualista	1	3,8
Messiânica	1	3,8
Presbiteriana	1	3,8
Protestante	1	3,8
<b>Com que frequência você vai à igreja?</b>		
2 a 3 x ano	1	3,8
1 x mês	4	15,4
1 x semana	20	76,9
Quase nunca	1	3,8
<b>Idade</b>		
Média	39	
Desvio-padrão	7	
Mediana	37	
Mínimo	29	
Máximo	53	

“Tabela 2, conclusão”

	N	%
<b>Tempo de formação</b>		
Média	15,0	
Desvio padrão	5,5	
Mediana	13,5	
Mínimo	6,0	
Máximo	28	
<b>Tempo de docência</b>		
Média	9,7	
Desvio padrão	4,4	
Mediana	9,0	
Mínimo	3,0	
Máximo	21	

Dentre os professores, 76,9% eram do sexo feminino. Um terço, 32%, relataram ter atendido adolescentes que tentaram autoextermínio e 96,2% se consideram uma pessoa religiosa. A religião mais frequente foi a católica (73,1%) e 76,9% dos professores relataram frequentar a igreja 1 vez por semana. A média de idade foi de 39 anos, do tempo de formação foi 15 anos e de docência, 9 anos.

As Tabelas 3 e 4 mostram os resultados dos fatores do QUACS, aplicado aos alunos.

Tabela 3 - Análise descritiva dos fatores do Questionário de atitudes em relação ao comportamento suicida, aplicado aos alunos

SUBESCALA		Média	(DP)	Mediana	(Min – Max)
<b>SENTIMENTOS NEGATIVOS EM RELAÇÃO AO PACIENTE</b>					
Q2- Quem fica ameaçando geralmente não se mata.		4,1	(2,7)	4,5	(0,0 – 9,0)
Q5- No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio.		2,5	(2,6)	2,0	(0,0 – 10,0)
Q9- Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio e acabar induzindo o paciente a isso.		3,3	(2,5)	3,0	(0,0 – 10,0)
Q13- Às vezes dá raiva porque com tanta gente querendo viver... e aquele paciente querendo morrer.		3,8	(3,1)	3,0	(0,0 – 10,0)
Q15- A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar.		5,5	(2,5)	5,0	(0,0 – 10,0)
Q17- No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a ideia de suicídio.		2,3	(2,7)	1,7	(0,0 – 10,0)
Q19- Quem quer se matar mesmo não fica “tentando” se matar.		4,8	(3,3)	5,0	(0,0 – 10,0)
<b>CAPACIDADE PROFISSIONAL</b>					
Q1- Sinto-me capaz de ajudar.		5,8	(2,4)	6,0	(0,0 – 10,0)



“Tabela 3, conclusão”

SUBESCALA	Média	(DP)	Mediana( Min – Max)
Q7- Sinto-me capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar.	4,6	(2,3)	5,0 (0,0 – 10,0)
Q10- Acho que tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio.	4,2	(2,6)	4,0 (0,0 – 10,0)
Q12- Sinto-me inseguro (a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio.	7,3	(1,8)	7,0 (3,0 – 10,0)
<b>DIREITO AO SUICÍDIO</b>			
Q3- Apesar de tudo, penso que uma pessoa tem o direito de se matar.	8,2	(1,7)	8,0 (5,0 – 10,0)
Q4- Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho.	6,9	(2,5)	7,5 (0,0- 10,0)
Q6- A vida é um dom de Deus e só Ele pode tirar.	7,5	(2,7)	8,5 (0,0 – 10,0)
Q16- Quem tem Deus no coração não vai se matar.	4,9	(3,2)	5 (0,0 – 10,0)
Q18- Quando uma pessoa fala em pôr fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela.	8,1	(1,9)	8,7 (2,0 – 10,0)

Destaca-se na Tabela 3, a baixa média apresentada pelos alunos nos itens que compõem a subescala capacidade profissional, os alunos sentem-se pouco preparados para atender o paciente que tenta suicídio conforme observado nas questões Q7 e Q10, que ficaram com média inferior a 50% da pontuação máxima. Chama a atenção, a baixa pontuação da questão Q17, na qual o aluno discorda que ainda que um paciente esteja passando por uma doença física o suicídio não é aceitável.

Tabela 4 - Análise descritiva dos três fatores de avaliação da “Escala de Atitudes em relação comportamento suicida” entre os alunos

Fatores	Pontuação máxima	Média	(DP)	Média das médias
<b>Sentimentos negativos em relação ao paciente</b>	70	26,6	(9,5)	3,8/10
Q2 + Q5 + Q9 + Q13 + Q15 + Q17 + Q19				
<b>Capacidade profissional</b>	40	21,9	(6,2)	5,5/10
Q1 + Q7 + Q10 + Q12				
<b>Direito ao suicídio</b>	50	35,70		7,1/10
Q3 + Q4 + Q6 + Q16 + Q18		(7,6)		

Os alunos demonstraram baixa pontuação para o fator sentimentos negativos em relação ao paciente. O fator capacidade profissional ficou com uma média de 50% do total de pontos atribuídos, indicando baixa confiança na capacidade de assistir indivíduos em situação de

conflito com a vida. Uma média acima de 70% do valor total foi encontrada no fator “direito ao suicídio” o que indica uma atitude muito moralista dos estudantes frente ao suicídio.

Na Tabela 5, são apresentadas as comparações entre os fatores do QUACS e as possíveis variáveis intervenientes estudadas: período de formação, sexo, experiência em atendimento ao adolescente que tentou autoextermínio, religião e frequência a cultos religiosos.

Tabela 5 – Comparação dos três fatores do Questionário de atitudes em relação ao comportamento suicida e variáveis sociodemográficas – Alunos

Variável analisada	Sentimentos negativos em relação ao paciente		Capacidade Profissional		Direito ao suicídio	
	Média	(DP)	Média	(DP)	Média	(DP)
<b>Período</b>						
2°/3° períodos	27,1	(9,5)	21,7	(6,5)	49,4	(8,7)
8°/9° períodos	26,1	(9,8)	22	(5,7)	41,5	(7,0)
	Valor p 0,662*		Valor p 0,816*		Valor p 0,161**	
<b>Sexo</b>						
Masculino	30	(7,5)	23,1	(8,2)	36,1	(9,9)
Feminino	26,3	(9,6)	21,7	(6,0)	35,6	(7,3)
	Valor p 0,229*		Valor p 0,566*		Valor p 0,599*	
<b>Atendimento prévio a adolescentes que tentaram suicídio?</b>						
Não	26,4	(9,5)	21,4	(6,4)	32,4	(5,9)
Sim	26,1	(10,5)	24,7	(4,8)	36,1	(7,7)
	Valor p 0,901*		Valor p <b>0,061*</b>		Valor p 0,783**	
<b>Você se considera uma pessoa religiosa?</b>						
Não	28,1	(12,6)	23,6	(6,2)	32,4	(5,9)
Sim	26,4	(8,5)	21,6	(6,1)	36,1	(7,7)
	Valor p 0,621*		Valor p 0,333*		Valor p 0,105*	
<b>Frequência com que vai à Igreja</b>						
1 x por semana	25,7	(9,4)	21,9	(6,9)	37,5	(7,6)
1 x por mês	29,5	(8,1)	22,1	(4,6)	36,2	(7,5)
Outras respostas	26,9	(10,2)	21,5	(5,7)	31,5	(6,1)
	Valor p 0,341***		Valor p 0,958***		Valor p <b>0,010****</b>	

\*Teste T \*\* Teste de Man-Whitney \*\*\*ANOVA \*\*\*\* Teste de Kruskal-Wallis

Quando comparamos os períodos iniciais (2° e 3°) com os finais (8° e 9°), não foram observadas diferenças significativas nos escores dos fatores da escala (valores- $p > 0,05$ ). Também não houve diferença significativa nos escores dos fatores da escala por sexo e idade. A frequência com que o aluno vai à igreja quando comparada ao fator “direito ao suicídio” resultou em diferença estatisticamente significativa com  $p < 0,010$ . Houve associação limítrofe ( $p = 0,061$ ) para o fator “capacidade profissional” entre alunos que já atenderam adolescentes que tentaram suicídio, com tendência a relatarem maior segurança do que os que não atenderam. Para os demais fatores, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas (valores- $p > 0,05$ ).

As Tabelas 6 e 7 mostram os resultados das questões e fatores do QUACS entre os professores.

Tabela 6 - Análise descritiva das questões avaliadas no Questionário de atitudes em relação ao comportamento suicida, aplicado aos professores

SUBESCALA	Média (DP)	Mediana (Min – Max)
<b>SENTIMENTOS NEGATIVOS EM RELAÇÃO AO PACIENTE</b>		
Q2- Quem fica ameaçando geralmente não se mata.	1,8 (1,8)	2,0 (0,0 – 5,0)
Q5- No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio.	2,4 (3,1)	2,0 (0,0 – 10,0)
Q9- Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio e acabar induzindo o paciente a isso.	2,3 (2,3)	2,0 (0,0 – 7,0)
Q13- Às vezes dá raiva porque com tanta gente querendo viver... e aquele paciente querendo morrer.	1,0 (1,9)	0,0 (0,0 – 7,0)
Q15- A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar.	5,2 (3,1)	5,0 (0,0 – 10,0)
Q17- No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a ideia de suicídio.	1,4 (1,6)	0,7 (0,0 – 5,00)
Q19- Quem quer se matar mesmo não fica “tentando” se matar.	2,2 (2,7)	2,0 (0,0 – 9,0)
<b>CAPACIDADE PROFISSIONAL</b>		
Q1- Sinto-me capaz de ajudar.	6,0 (2,4)	7,0 (0,0 – 10,0)
Q7- Sinto-me capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar.	5,1 (2,8)	5,0 (0,0 – 10,0)
Q10- Acho que tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio.	4,8 (2,8)	5,0 (0,0 – 10,0)
Q12- Sinto-me inseguro (a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio.	7,3 (2,8)	7,2 (5,0 – 10,0)

“Tabela 6, conclusão”

SUBESCALA	Média (DP)		Mediana (Min – Max)	
<b>DIREITO AO SUICÍDIO</b>				
Q3- Apesar de tudo penso que uma pessoa tem o direito de se matar.	8.2	(1,9)	8.7	(5,0 – 10,0)
Q4- Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho.	8.0	(1,9)	2,0	(4,0 – 10,0)
Q6- A vida é um dom de Deus e só Ele pode tirar.	8.1	(2,7)	9.7	(0,0 – 10,0)
Q16- Quem tem Deus no coração não vai se matar.	3.8	(3,6)	2.7	(0,0 – 10,0)
Q18- Quando uma pessoa fala em pôr fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela.	7.1	(3,1)	8,0	(0,0 – 10,0)

Na tabela acima, também chama a atenção a baixa pontuação da questão Q17, na qual o professor discorda que o suicídio seja justificável no caso de o paciente estar em sofrimento por alguma doença física.

Tabela 7 - Análise descritiva dos três fatores de avaliação do Questionário de atitudes em relação ao comportamento suicida, aplicado aos professores

Fatores	Pontuação máxima	Média	(DP)	Média das médias
<b>Sentimentos negativos em relação ao paciente</b>	70	16,3	(8,2)	2,33/10
Q2 + Q5 + Q9 + Q13 + Q15 + Q17 + Q19				
<b>Capacidade profissional</b>	40	23,1	(6,2)	5,8/10
Q1 + Q7 + Q10 + Q12				
<b>Direito ao suicídio</b>	50	27,1	(6,3)	5,4/10
Q3 + Q4 + Q6 + Q16 + Q18				

Os professores demonstraram baixa pontuação para o fator sentimentos negativos em relação ao paciente. O fator capacidade profissional ficou com média próxima a 60% do valor total de pontos atribuídos. Uma média mais próxima a 50% do valor total foi encontrada no fator “direito ao suicídio”.

Na Tabela 8, são apresentadas as comparações entre os fatores do QUACS e as possíveis variáveis intervenientes estudadas: tempo de formação, tempo de docência, sexo, experiência em atendimento ao adolescente que tentou autoextermínio, religião e frequência a cultos religiosos.

Tabela 8 – Comparação dos três fatores do Questionário de atitudes em relação ao comportamento suicida e variáveis sociodemográficas– Professores

Variável analisada	Sentimentos em relação ao paciente		Capacidade Profissional		Direito ao suicídio	
	Média	(DP)	Média	(DP)	Média	(DP)
<b>Sexo</b>						
Masculino	17,5	(6,5)	25,5	(7,3)	28,2	(3,5)
Feminino	15,9	(8,7)	22,4	(5,8)	26,1	(6,9)
	Valor p 0,670**		Valor p 0,299*		Valor p 0,528*	
<b>Atendimento prévio a adolescentes que tentaram suicídio?</b>						
Não	16,1	(8,9)	20,9	(4,2)	26,1	(6,8)
Sim	15,4	(6,4)	27,1	(7,8)	28,1	(4,1)
	Valor p 0,884**		Valor p <b>0,016*</b>		Valor p 0,400*	
<b>Você se considera uma pessoa religiosa?</b>						
Não	19		22		22	
Sim	13,8		23,1	(6,3)	27,3	(6,3)
	Valor p 0,463		Valor p 0,855		Valor p 0,415	
<b>Frequência com que vai à Igreja</b>						
1x por semana	19,6	(6,9)	20,7	(7,9)	34	(6,3)
1x por mês	18,1	(8,3)	22,5	(4,8)	32,5	(5,7)
Outras respostas	18,5	(7,8)	19,5	(4,9)	39,5	(2,1)
	Valor p 0,895**		Valor p 0,877*		Valor p 0,418*	

\* Teste Man-Whitney \*\* Teste T \*\*\*ANOVA \*\*\*\*\* Teste de Kruscal-Wallis

Observou-se diferença significativa para o fator “capacidade profissional” entre professores que já atenderam ou não um adolescente que tentou autoextermínio (valor- $p < 0,05$ ). Para os demais fatores, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas (valores- $p > 0,05$ ).

Não foram encontradas associações significativas entre os escores dos fatores do QUACS e o sexo, a religião do professor, frequência com que o professor vai à igreja ou cultos religiosos, idade, tempo de docência e formação do professor (valores -  $p > 0,05$ ).

A Tabela 9 mostra a comparação dos resultados dos três fatores do QUACS entre professores e alunos.

Tabela 9 - Comparação dos resultados dos três fatores do Questionário de atitudes em relação ao comportamento suicida entre professores e alunos

Fatores	Pontuação Máxima	Professores	Alunos
		Média (DP) Média das Médias	Média (DP) Média das Médias
<b>Sentimentos negativos em relação ao paciente</b>			
Q2- Quem fica ameaçando geralmente não se mata			
Q5- No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio			
Q9- Tenho receio de perguntar sobre idéias de suicídio e acabar induzindo o paciente a isso	70	16,3 (8,2)	26,6 (9,5)
Q 13- As vezes dá raiva porque com tanta gente querendo viver....e aquele paciente querendo morrer		2,3/10	3,8/10
Q 15- A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar			
Q17- No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física acho mais aceitável a ideia de suicídio			
Q19- Quem quer se matar mesmo não fica ‘tentando” se matar		<b>Valor p &lt;0,001</b>	
<b>Capacidade Profissional</b>			
Q1- Me sinto capaz de ajudar		23,1 (6,2)	21,9 (6,2)
Q7- Me sinto capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar	40	5,8/10	5,5/10
Q 10- Acho que tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio			
Q12- Sinto-me inseguro (a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio		Valor p< 0,542	
<b>Direito ao suicídio</b>			
Q3- Apesar de tudo penso que uma pessoa tem o direito de se matar			
Q4- . Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho	50	27,1 (6,2)	35,7 (7,6)
Q6- A vida é um dom de Deus e só Ele pode tirar		5,4/10	7,1/10
Q16 Quem tem Deus no coração não vai se matar			
Q18- Quando uma pessoa fala em por fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela			
		<b>Valor p &lt;0,001</b>	

\*Teste T \*\*Teste de Man-Whitney

Em relação aos “sentimentos negativos”, observou-se maior escore médio entre os alunos ( $26,6 \pm 9,5$ ) se comparados aos professores ( $16,3 \pm 8,2$ ), indicando que os alunos possuem mais sentimentos negativos frente ao paciente que tenta autoextermínio. Para o fator “direito ao suicídio”, foi observado maior escore médio entre os alunos ( $35,7 \pm 7,6$ ) se comparados aos professores ( $27,1 \pm 6,2$ ), indicando postura mais moralista perante o suicídio por parte dos alunos. Importante ressaltar que não houve diferença significativa entre a capacidade profissional de professores e a dos alunos.

### 6.3.1 DISCUSSÃO

Segundo os resultados analisados, os estudantes e professores de enfermagem não se sentem suficientemente seguros para lidar com pacientes que tentaram o autoextermínio. Além disso, a percepção da capacidade profissional dos estudantes não aumentou entre alunos do início e final do curso e foi muito semelhante entre estudantes e professores. Isso reflete a deficiência da formação do profissional de Enfermagem para lidar com esse grave e relevante problema.

Os enfermeiros são preparados para atuar no cuidado ao paciente, com o objetivo de valorizar e cuidar de vidas. Estes profissionais não estão preparados para lidar com a morte, muito menos com o desejo de morrer, assumindo-a como um fracasso no processo assistencial. O paciente com ideação suicida representa uma rejeição à vida e ao processo do cuidar. Na formação dos enfermeiros, temas como morte e suicídio geralmente são abordados sob a perspectiva clínica, o que influencia a postura profissional frente a determinados casos, uma vez que a abordagem desses demanda diferentes concepções acerca do fenômeno.<sup>17, 18</sup>

Como seria esperado, maior segurança em relação a sua capacidade profissional foi encontrada entre professores que já haviam assistido pacientes que tentaram suicídio. A prática profissional e a experiência dos professores parece influenciar positivamente a capacidade profissional, diferente dos alunos que ainda possuem pouca experiência prática. Estudos anteriores demonstraram que atitudes condenatórias em relação ao suicídio são mais comuns em profissionais que nunca atenderam pacientes suicidas.<sup>15, 19</sup>

Alunos e professores apresentaram baixa pontuação para o fator sentimentos negativos em relação ao paciente. Contudo, os alunos apresentaram mais sentimentos negativos em relação ao paciente que tenta o suicídio, quando comparados aos professores. Atitudes negativas estão frequentemente associadas à falta de conhecimento acerca da temática e influenciam a vontade de cuidar, assim como a qualidade do cuidado prestado. O conhecimento pode ser a chave para diminuir os estigmas sociais acerca do suicídio e melhorar a assistência prestada à comunidade.

Um déficit no conhecimento de alunos e professores pôde ser evidenciado pela subestimativa da associação entre comportamento suicida e adoecimento mental por parte desses sujeitos. Os professores e alunos estimam respectivamente que, em média, 45,7%, e 57,2% das pessoas que tentam o autoextermínio possuem algum sofrimento mental, enquanto dados da literatura apontam uma associação em torno de 90%.<sup>4</sup> Importante destacar que a subestimativa da

associação entre doença mental e comportamento suicida foi encontrado em outro estudo e indica um baixo conhecimento acerca da temática.<sup>12</sup>

Estudos anteriores demonstram a efetividade de uma formação adequada para a redução de atitudes negativas, indicando que formações mais especializadas possuem melhores atitudes.<sup>19, 20</sup> A capacitação dos profissionais de saúde para lidar com pacientes com o suicídio permite que estes alcancem atitudes mais positivas frente ao paciente que tenta autoextermínio.<sup>9, 11, 12, 16, 21</sup>

Alunos apresentaram maior julgamento moral frente ao fator direito ao suicídio e mais sentimentos negativos em relação à pessoa que tenta o autoextermínio, quando comparados aos professores. É possível que mais sentimentos negativos e maior julgamento moral estejam associados e possam ser atribuídos a maior imaturidade, menor reflexão ou menor experiência dos estudantes.

A construção sociocultural do suicídio cria tabus para sua discussão na sociedade. As atitudes dos sujeitos que cuidam são permeadas por suas crenças e valores. Vivemos em um meio no qual o suicídio é velado, seja nas rodas de conversa, nas instituições de saúde ou nas universidades. As pessoas possuem receio de falar sobre o suicídio e não o compreendem como uma atitude de desespero, como um pedido de socorro.

O advento do Cristianismo e das religiões protestantes aumentou as atitudes condenatórias da sociedade frente ao suicídio, indicando que a vida é um dom de Deus e que, portanto, somente Ele a pode retirar. As fragilidades existentes nos cursos de graduação no que se refere à temática da morte e suicídio fazem com que esses profissionais prestem cuidados considerando aspectos, culturais, religiosos e pessoais.<sup>17, 19</sup>

O resultado da presente pesquisa não encontrou diferenças significativas entre a pontuação nos três fatores do QUACS e as variáveis analisadas: idade, religião e tempo de experiência profissional. Porém, houve diferença significativa em relação à frequência a cultos religiosos quando comparado ao fator direito ao suicídio, indicando que uma maior frequência pode estar ligada a atitudes mais moralistas frente ao suicídio. Pesquisas semelhantes demonstraram que profissionais mais velhos possuem mais atitudes condenatórias frente ao paciente que tenta autoextermínio, assim como profissionais pertencentes a religiões protestantes e que frequentam cultos religiosos pelo menos uma vez ao mês. Enfermeiros do sexo feminino costumam ser menos judiciosos que os do sexo masculino.<sup>15, 20, 21, 12</sup>



Como limitações do estudo, ressalta-se o tamanho da amostra impossibilitando a generalização dos resultados e o uso de uma escala validada para profissionais de enfermagem formados aplicada, também, em estudantes de graduação. No Brasil, não há escalas validadas que pesquisem as atitudes de estudantes de enfermagem frente ao paciente que tenta o autoextermínio.

O conhecimento, a reflexão e a autoavaliação são recursos para buscar modificar o comportamento negativo frente ao suicídio, melhorar a postura moralista dos profissionais de saúde frente a esta problemática e ampliar a capacidade de assistir os sujeitos em risco para o suicídio.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de graduação em enfermagem não especificam a necessidade de se trabalhar com a temática suicídio, porém descrevem que o discente deve ser “[...] capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença com ênfase na sua região de atuação, além de ser um [...] promotor da saúde integral”.<sup>22</sup> Desta maneira, fica implícito que apesar de a formação para a prevenção do suicídio não constar diretamente nas DCNs da enfermagem, a mesma deve ser de alguma forma trabalhada, pois atualmente trata-se de um problema de saúde pública nas diversas regiões do país.

No Brasil, em 2006, foi lançada uma estratégia nacional para prevenção de suicídio, que tem entre seus objetivos: o desenvolvimento de estratégias de informação, comunicação e sensibilização da sociedade acerca da necessidade de prevenção do suicídio; organização de uma linha de cuidados integrais em todos os níveis de atenção; promoção da educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica.<sup>14</sup> É fato que apesar do anúncio do Ministério da Saúde, as ações propostas não saíram do papel, ou seja, não foram concretizadas.<sup>23</sup> Nesse sentido, os docentes pesquisados provavelmente não tiveram, durante sua própria formação ou por meio de educação permanente, capacitação para melhor compreensão e assistência do indivíduo em risco para o suicídio. Não sendo preparados profissionalmente para atuar nesse tema, não se sentem seguros para abordá-lo com seus alunos. Assim, a falta de informação e uma formação frágil para abordar a temática suicídio perduram por um desconhecimento que é passado de geração para geração. O suicídio continua sendo assunto velado nas Instituições de ensino, não por desejo dos docentes, mas pela falta de uma política efetiva que os capacite para a realização desta abordagem, uma vez que em sua própria formação tal assunto permaneceu encoberto.

A não compreensão da problemática envolvida em uma tentativa de autoextermínio distorce as ações terapêuticas oferecidas ao cliente e se reflete em posturas judiciosas. Como consequência, profissionais advertem seus pacientes quanto à conduta tomada, ao invés de escutá-lo e auxiliá-lo na resolução de seus conflitos, depreciam a tentativa de suicídio como uma necessidade de chamar atenção e acreditam que estes pacientes atrapalham a rotina do serviço de saúde. Tais atitudes coercitivas não possuem eco em aspectos teóricos e práticos.<sup>17</sup>

No ambiente hospitalar, por estarem mais próximos do paciente na realização de atividades cotidianas como banho, alimentação, atividades de descontração, os profissionais da enfermagem têm a possibilidade de estabelecer melhor relacionamento interpessoal com seus pacientes, que tendem a se desarmar revelando fatos não ditos a outros profissionais. Assim, profissionais sensibilizados e preparados podem buscar identificar os pacientes em elevado risco para o suicídio e tentar prevenir tentativas e reincidências.<sup>24</sup> Ressalta-se aqui, a importância da educação permanente de toda a equipe de enfermagem para lidar com o adolescente que tenta o autoextermínio, uma vez que os técnicos de enfermagem possuem elevada importância no processo de cuidar. Assim, é fundamental que os mesmos sejam envolvidos em todas as capacitações voltadas para a prevenção do suicídio na adolescência.

Portanto, para que haja mudança de postura por parte dos profissionais e estudantes de enfermagem é necessário que sejam realizadas estratégias de educação com vistas a quebrar tabus, desmistificar representações sociais, minimizar a discriminação e preparar esses profissionais para lidar com o paciente suicida. A educação voltada para a prevenção do suicídio deve ser um dos focos para mudança de atitudes, uma vez que permite o reconhecimento e o tratamento imediato de uma crise além do encaminhamento dos pacientes, caso seja necessário, para um tratamento especializado.

### 6.3.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O suicídio ainda é um tabu no curso de graduação em Enfermagem. Professores e estudantes de Enfermagem sentem-se inseguros para lidar com o paciente que tenta o suicídio. A não abordagem desse tema nas atividades curriculares pode explicar a ausência de mudanças nas atitudes e sentimentos dos alunos frente ao suicídio ao longo do curso, contribuindo para uma atitude moralista e sentimentos negativos em relação ao indivíduo que tanto necessita de apoio e orientação. Tudo isso colabora para a situação de abandono de pessoas que podem estar clamando por ajuda.

A insegurança profissional para lidar como o suicídio pode estar associada a uma insuficiência de conhecimento, o que pode implicar em cuidado ineficaz e deficiente ao usuário em risco para o suicídio. Para mudar esta perspectiva é preciso que se estabeleçam atividades de educação permanente para os professores com o tema suicídio. É importante também ampliar os debates sobre o suicídio durante o curso de graduação em enfermagem, seja por meio de aproximações em sala de aula, minicursos, projetos de extensão, seminários e pesquisas. A inclusão desse tema na graduação em Enfermagem pode provocar mudanças nas atitudes e nos sentimentos dos alunos e dos professores, ainda que seja um problema profundamente impregnado de valores sociais, familiares, religiosos e culturais.

### 6.3.3 REFERÊNCIAS

- 1 – Botega, NJ. Psiquiatria hoje. Comportamento suicida em números. Debates suicídio. 2010 2(6);
- 2- Brzozowski, FS, Soares GB, Benedet J, Boing, AF, Peres MA. Tendência temporal do suicídio no Brasil no período 1980-2005. Cad Saúde Pública. 2010; 26(7):1293-302.
- 3- Ministério da Saúde (BR) Base de dados do Sistema Único de Saúde (Datasus) Informações de Saúde Estatísticas Vitais Sistema de informação em mortalidade [internet]: Brasília: Ministério da Saúde 2014 [acesso 02 fev 2012] Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasusphp>
- 4- Botega NJ. Comportamento suicida: conhecer pra prevenir. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria; 2009.
- 5- Carmona-Navarro M<sup>a</sup> Carmen, Pichardo-Martínez M<sup>a</sup> Carmen. Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on the Internet]. 2012 Dec [cited 2014 Apr 10]; 20(6): 1161-1168. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692012000600019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600019&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600019>.
- 6- Cassorla, R M S (org) Do Suicídio: Estudos Brasileiros 2<sup>a</sup> ed São Paulo: Papyrus, 1998
- 7- Luoma JB, Martin CE, Pearson JL Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence Am J Psychiatry 2002;159(6):90916
- 8- Jones, R The development of nurseled suicide prevention training for multidisciplinary staff in a North Wales NHS Trust J Psychiatr Mental Health Nurs, 2010;(17): 178-183

- 9- Baca e. Intervenciones sobre poblaciones de riesgo. In: Bobes J, Giner J, Saiz J. Suicídio y Psiquiatria [Internet]. Madrid (ES): Triacastela; 2011. Chapter 6, Intervenciones sobre poblaciones de riesgo; [acesso em 22 mar 2014]; p. 143-61. Disponível em: [HTTP://www.fepsm.org/files/publicaciones/suicidio\\_y\\_psiqiatr%C3%Ada-texto.pdf](HTTP://www.fepsm.org/files/publicaciones/suicidio_y_psiqiatr%C3%Ada-texto.pdf)
- 10- Silva VP, Boemer MR. O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. RevEletrEnferm 2004; 6(2): 143-52. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista6\\_2/suicidio.html](http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/suicidio.html)
- 11- Chan, SW. Chien W.T, Tso S. Evaluating nurses' knowledge, attitude and competency after an education programme on suicide prevention. Nurse Educ. Today, 29 (7) (2009), pp. 763–769
- 12- Berlim, MT, Perizzoloj, Lejderman F, Fleck, MP, Joiner TE. Does a brief training on suicide prevention among general hospital personnel impact their baseline attitudes towards suicidal behavior? J AffectDisord2007; 100:233–239
- 13- Silva LLT. Tentativa de autoextermínio entre adolescentes e jovens: uma análise compreensiva [dissertação].Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federalde Minas Gerais UFMG; 2010.14- Estratégia Nacional de prevenção ao suicídio)
14. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídio. Portaria n° 1.876 do Ministério da Saúde, 14 de agosto de 2006. [acesso em 2009 15 maio.]. Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area925](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area925)
- 15- Botega NJ, Reginato DG, Silva SV, Cais CFS, Rapeli CB, Mauro MLF Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. RevBrasPsiquiatr 2005;27(4):31518
- 16- Cais, CFS. Prevenção do suicídio: estratégias de abordagem aplicadas no município de Campinas-SP. [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade estadual de Campinas UNICAMP; 2011
- 17-Matão MEL, Miranda DB, Campo PHF, Borges OS, Pereira TR. Suicide attempts:social representations of health workers. Rev enferm UFPE online 2012; 6(5): 1077-85.
- 18- Bernieri J, Hirdes A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo de morte - morrer. Tex Contexto Enferm 2007; 16(1):89-96.
- 19- McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W. and Farrugia, C. Nurses' attitudes towards clients who self-harm. Journal of Advanced Nursing, 2002; 40: 578–586.
- 20- Kodaka M, Postuvan V, Masatoshi I, Mitsuhiro Y. A systematic review of scale that measure toward suicide.Int J SocPsychiatry 2010;57(4) 338-361.

21- Nebhinani M, Nebhinani N, Tamphasana L, Gaikwad A D. Nursing students´ towards suicide attempter: A study from rural part of Northern India. *J Neurosci Rural Pract.* 2013 4(4): 400-407.

22- Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. *Resolução CNE/ CES Nº 3*, de 7 de novembro de 2001. [online]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/sesu/diretriz.htm> [Acesso em 28 marc 2014].

23 – Bertolote, JM. Por que o Brasil está perdendo a corrida contra o suicídio de jovens? *Ver. Bras. Psiquiatr.* 2012; 34: 245-248.

24- Avanci RC, Pedrão LJ, Costa Junior 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 (Ed port)* [Internet] 2005 [cited 2011 abr 30];1(1) Availablefrom: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/smad/v1n1/v1n1a07pdf>

## 7 ARTIGO 3

### **A percepção dos docentes e estudantes de enfermagem de uma Instituição Pública frente ao suicídio de adolescentes**

#### **Resumo**

Trata-se de um estudo qualitativo que tem por objetivo buscar compreender a percepção dos docentes e discentes de um curso de graduação em enfermagem frente ao suicídio na adolescência. Para a realização do estudo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 15 discentes dos períodos finais da graduação em enfermagem e 14 docentes enfermeiros. Para análise dos dados, optou-se pelo referencial teórico de Bardin. Os dados foram agrupados em três categorias de análise: 1- A construção social/cultural do suicídio na adolescência – crenças, valores e percepções; 2- A adolescência na formação curricular do enfermeiro (desafios, fragilidades, ausências); 3- O suicídio na adolescência na formação curricular do enfermeiro (desafios, fragilidades, ausências). Os resultados demonstraram que professores e alunos fazem uma correlação entre a crise da adolescência e o suicídio. Além disso, foi identificada a ausência da abordagem da temática suicídio na adolescência no currículo da graduação em enfermagem e em consequência a insegurança profissional enfrentada por alunos e professores para lidar com adolescente em risco para o suicídio. Conclui-se que o suicídio apesar de um problema de saúde pública, ainda é velado nos bancos da universidade, sendo necessária uma nova visão sobre a inclusão deste tema na formação do enfermeiro, de maneira a oferecer subsídios para as ações de cuidado e prevenção ao suicídio na adolescência.

Descritores: suicídio, adolescência, enfermagem.

#### **Abstract**

This is a qualitative study which aims to seek to understand the perceptions of teachers and students of an undergraduate degree in nursing against suicide in adolescence. For the study a semi - structured interview with 15 students of final periods of undergraduate nursing and 14 nursing faculty interview was conducted. For data analysis we opted for the theoretical framework of Bardin . The data were grouped into three categories for analysis: 1 - The social / cultural construction of suicide in adolescence - beliefs , values and perceptions that addresses; 2 Suicide in adolescence in nursing education curriculum (challenges, weaknesses, absences) 3 - The teenage suicide in nursing education curriculum (challenges, weaknesses, absences). The results showed that teachers and students make a correlation between the crisis of adolescence and suicide. Furthermore, we identified the absence of the thematic approach teenage suicide in the curriculum of undergraduate nursing professional and consequent insecurity faced by students and teachers to deal with teen at risk for suicide. We conclude that suicide despite a public health problem is still veiled in the banks of the university, a new outlook on tackling this issue in nursing education in order to provide insight to the actions of care and suicide prevention is required in adolescence.

Descriptors: suicide, adolescence and nursing

## 7.1 INTRODUÇÃO

A palavra suicídio deriva da expressão latina “sui caedere” que significa matar a si mesmo. Na atualidade, é um problema de saúde pública devido aos alarmantes dados epidemiológicos que demonstram seu exponencial crescimento.<sup>1</sup> Aproximadamente um milhão de pessoas morre por ano em decorrência do suicídio. O Brasil está entre os dez países do mundo que registram os maiores números absolutos de óbito, ocorrendo cerca de 24 suicídios por dia.<sup>1, 2, 3</sup>

O suicídio está entre as três principais causas de morte na faixa etária de 15 a 29 anos.<sup>3</sup> Em 2011, foram registrados 733 óbitos de adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, no Brasil, dos quais 92 ocorreram no estado de Minas Gerais. Entre janeiro de 2011 e fevereiro de 2014 foram realizadas mais de 3.600 internações e cerca de R\$539.000,00 foram utilizados para arcar com as despesas destas.<sup>4</sup>

Estudos apontam que as taxas de tentativa de suicídio são ainda mais elevadas do que os suicídios consumados. Estima-se que para cada suicídio exista pelo menos dez tentativas.<sup>5</sup> Este fato torna-se ainda mais alarmante quando se pensa na dificuldade diagnóstica das tentativas de suicídio, que pode ocorrer por preconceito ou falta de preparo profissional, o que leva a uma subnotificação do problema. Quando se trata de suicídio na adolescência, a subnotificação é uma realidade ainda maior, pois, os familiares dos adolescentes costumam negar a tentativa de suicídio, seja por sentimentos de culpa, negação ou vergonha.<sup>6</sup>

A adolescência é considerada por alguns estudiosos uma fase vulnerável à ocorrência de suicídio porque nessa fase acontecem mudanças e adaptações em todos os níveis da vida do indivíduo. Sendo a adolescência considerada subjetivamente como uma fase de conclusão, na qual se encerra o ciclo infantil e dá-se início a nova fase, não é de se estranhar que o suicídio seja uma possibilidade para a resolução de impasses, a busca de solução que, para o adolescente pode parecer sem saída, uma vez que será definitiva. O adolescente tem, ainda, uma tendência natural a utilizar a ação em detrimento da comunicação, podendo, assim, buscar alternativas diversas para o alívio de seu sofrimento e conflitos.<sup>7</sup>

Ao tentar autoextermínio, os adolescentes buscam os serviços de emergência ou de atenção primária para serem atendidos em suas demandas. O profissional de enfermagem é geralmente responsável pelo primeiro contato com o paciente que tenta suicídio ou em risco para a tentativa, sendo assim, uma postura adequada e um bom gerenciamento do caso podem

prevenir recidivas e mortes prematuras. Porém, estudos demonstram que este primeiro contato, que deveria servir para a criação de um bom relacionamento interpessoal e prevenção de novas tentativas, torna-se habitualmente traumatizante, uma vez que esses adolescentes são julgados pelos seus atos e tratados de maneira diferenciada pelos profissionais de saúde, inclusive enfermeiros.<sup>8, 9, 10, 11</sup> Tal comportamento pode ter impacto negativo nas taxas de morbimortalidade por suicídio já que pessoas que tentam suicídio têm uma probabilidade dez vezes maior de nova tentativa, quando não auxiliados adequadamente.

Os enfermeiros possuem uma frágil formação para lidar com o processo da morte e do morrer, assim o suicida é visto pelos mesmos como “chamadores de atenção” e não como pessoas que pedem socorro à sociedade. O suicida deseja mudar algo em sua vida, na verdade, deseja outra maneira de viver e encontra na morte uma possibilidade de alterar o seu presente.<sup>11, 12</sup>

A qualidade do atendimento prestado ao paciente suicida está diretamente relacionada a atitudes menos negativas e a posturas menos judiciosas frente ao suicídio por parte dos enfermeiros, que por sua vez estão associadas à aquisição de conhecimentos, à reflexão e à autoavaliação.<sup>11, 13, 14</sup> Portanto, é imprescindível uma formação baseada em conhecimentos científicos e preceitos éticos e humanistas que possibilitem o tratamento integral dos sujeitos em risco para tentativa de suicídio.

Ressalta-se, ainda, o papel de educador inerente ao profissional enfermeiro, já que o mesmo é responsável pela educação permanente da equipe de enfermagem, dos agentes comunitários de saúde na atenção básica e pelas ações de educação em saúde com a população. Portanto, é de fundamental importância reconhecer a percepção do professor que atua na formação de novos profissionais e destes que atuarão futuramente junto à sua equipe no atendimento ao adolescente que tenta suicídio.

Na literatura estudada, apesar de existirem trabalhos que buscam compreender a percepção de enfermeiros frente a tentativa de suicídio na adolescência, não foram encontradas pesquisas brasileiras publicadas que visem identificar a percepção de docentes da graduação de enfermagem e de seus respectivos discentes acerca do suicídio na adolescência.

Neste sentido, no presente estudo, o termo percepção pode ser definido como a interação de um corpo em um espaço e tempo. Quando ao ser humano é apresentado um objeto ou situação, este o percebe por meio de uma consciência perceptiva, dando a ele um significado. O ser humano torna-se capaz de descrevê-lo, imagina-o em sua plenitude e torna-se capaz de



dizer o que ele realmente é.<sup>15</sup> Assim, a percepção do docente e discente de enfermagem pode ser influenciada pela sua formação acadêmica, mas também pela formação moral, social e cultural, por sua história de vida e por suas experiências, incluindo o contato com adolescentes que tentaram suicídio ou em risco para tentativa. Desta forma, docentes e discentes são capazes, por meio de sua consciência perceptiva, de descrever sobre sua formação e trabalho com esta população e significar seu papel no atendimento a este sujeito.

Diante do exposto, elaborou-se este estudo que teve por objetivo buscar compreender a percepção dos docentes e discentes de um curso de graduação em enfermagem frente ao suicídio na adolescência.

## **7.2 METODOLOGIA**

Considerando-se o objetivo apresentado, optou-se pela abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa ocupa-se de uma realidade que não pode ser quantificada, trabalha com universos de significados, motivos, crenças, aspirações, valores e atitudes, ou seja, fenômenos não captáveis em equações, médias e estatísticas.<sup>16</sup>

A pesquisa qualitativa permite a compreensão do universo simbólico e singular das experiências, comportamentos e sentimentos vividos, além de permitir compreender o funcionamento organizacional, os movimentos sociais, culturais e a relação entre pessoas com seus grupos sociais e as instituições.<sup>17</sup>

O projeto de pesquisa foi submetido ao comitê de ética em pesquisa da UFMG e da instituição coparticipante sendo aprovado sob parecer número 387.819. Os dados foram coletados nos meses de janeiro e fevereiro de 2014.

A população foi composta por estudantes e professores do curso de graduação em Enfermagem de uma instituição pública de ensino superior, em Minas Gerais. A seleção dos participantes do estudo foi composta por amostra aleatória, por meio de sorteio. Os professores de todas as áreas de atuação da Enfermagem foram incluídos no sorteio, uma vez que o adolescente em risco para tentativas de suicídio pode ser atendido na atenção básica, na unidade hospitalar, em uma consulta pré-natal ou em unidades de urgência e emergência. Foram sorteados alunos dos períodos finais do curso (8º e 9º períodos), o que se justifica pelo fato de todo o conteúdo teórico ser ministrado até o sétimo período. Nos dois últimos períodos, momento da pesquisa, os alunos participam do estágio supervisionado em unidades

de atenção primária e terciária. Foram excluídas do estudo pessoas que haviam passado ou estavam em tratamento psiquiátrico e/ou sendo acompanhadas pelo serviço de psicologia da Universidade.

Para realização da pesquisa qualitativa, foi utilizada a entrevista semiestruturada, que permite ao pesquisador, no momento oportuno, incluir perguntas adicionais para aprofundar ou esclarecer questões que não foram compreendidas, ou ainda para resgatar o contexto da entrevista caso o entrevistado tenha “fugido” do tema ou tenha dificuldades com ele.<sup>18</sup>

Na entrevista com os alunos, foram realizadas as seguintes perguntas norteadoras: “Qual a sua percepção frente ao suicídio entre adolescentes?”, “Como tem sido abordada a temática suicídio na adolescência durante a sua formação/ou em suas aulas?” Para as entrevistas com os professores, foi mantida a primeira pergunta feita aos alunos e a segunda foi alterada para “Como tem sido abordada a temática suicídio na adolescência durante a formação do enfermeiro?”

A realização de novas entrevistas foi interrompida quando se observou a saturação dos dados, ou seja, quando os dados obtidos nas entrevistas apresentavam repetição e não acrescentavam novas informações relevantes. Participaram do estudo quinze discentes e treze docentes do curso de enfermagem.

A análise dos dados foi orientada pela Análise de conteúdo de Bardin. A análise de conteúdo permite apreender os significados e a interpretação dos fatos apresentados ao pesquisador pelo conjunto de respostas dos informantes. Os resultados foram obtidos a partir da exploração do material por meio da codificação, numeração e classificação do conteúdo coletado nas entrevistas. Este tratamento corresponde a uma transformação dos dados brutos por meio do recorte, agregação e enumeração, permitindo definir as unidades de significado, as quais conduzem para uma descrição das características pertinentes ao conteúdo, culminando com as categorias de análise ou analíticas.<sup>19</sup>

Na análise e discussão dos dados, os professores receberam os primeiros nomes de escritores brasileiros e os alunos foram identificados pela letra E seguida de uma numeração.

### 7.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira categoria de análise identificada refere-se à construção sociocultural que os estudantes e professores de enfermagem têm acerca do suicídio na adolescência, pois falar sobre suicídio é revirar um baú de conceitos, crenças, percepções e valores permeados por influências históricas e culturais. Esta categoria é composta por três unidades de significados a saber: 1) O suicídio na adolescência: um tabu a ser enfrentado; 2) Fatores intrínsecos e extrínsecos da adolescência e sua relação com o suicídio e 3) Prevenção do suicídio.

A segunda categoria discursa sobre os desafios e fragilidades da atenção ao adolescente na formação curricular do enfermeiro e foi constituída por apenas uma unidade de significado.

A terceira categoria retrata como o suicídio na adolescência tem sido abordado nos currículos da graduação de enfermagem e as dificuldades de debate da temática sendo formada por duas unidades de significado: 1) a formação do enfermeiro para o atendimento ao adolescente que busca o suicídio e 2) insegurança profissional.

#### 7.3.1 CATEGORIA 1- A CONSTRUÇÃO SOCIAL/CULTURAL DO SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA – CRENÇAS, VALORES E PERCEPÇÕES

##### 7.3.1.1 O suicídio na adolescência: um tabu a ser enfrentado

O suicídio está presente na história da humanidade há séculos, sendo definido etimologicamente por Desfontaines, no século VIII, como a morte de si mesmo. Em cada época e sociedade, assumiu uma conotação diferente. Na Grécia antiga, era realizado por pessoas mais velhas para garantir a subsistência dos mais novos. Após o advento do Cristianismo, passou a ser severamente criticado e julgado pela sociedade como um ato de fraqueza, partindo-se do princípio de que a vida é um dom de Deus e só Ele pode retirá-la. Na antiguidade, as famílias dos indivíduos que cometiam o suicídio eram marginalizadas e penalizadas pelo ato de seu membro.<sup>20</sup>

De alguma maneira, a condenação e discriminação aflorada no passado permanecem presentes na sociedade contemporânea. Falar sobre suicídio é sempre um tabu, seja nas rodas de conversa, nos serviços de saúde, nas escolas e universidades.

Quando se trata do suicídio em uma população específica como adolescentes, as dificuldades para discutir a temática são ainda maiores, pois quando faltam informações e conhecimentos sobre o assunto, é complexo compreender porque um adolescente, que está em uma fase de descobertas e de início de uma nova vida, busca a morte. Assim, os julgamentos morais são inevitáveis conforme observado nas falas de aluno e professores:

“[...] e outra questão que fica, que é pessoal, é que eu tenho dificuldade de conseguir aceitar assim que um adolescente com tanta coisa que ele tem de oportunidade opte pela tentativa de suicídio”. (Clarice)

“Bom, eu acho assim, que a gente não deve julgar a vida de ninguém. Mas, a minha percepção, olhando de uma forma geral, eu penso assim, que o adolescente, ele ainda tem muita coisa pra viver pra ter uma atitude assim, de querer pôr fim à vida nessa idade, entendeu?” (E14)

Percebe-se nas falas de professores e alunos, um desconforto para falar do tema, um receio em expressar preconceitos que mesmo assim escapam nas entrelinhas das falas.

“É uma fragilidade, acho que do próprio estigma que o tema traz, que eu acho que isso acaba postergando, fazendo que a gente de alguma forma não fale sobre isso, com os próprios alunos que estão no período da adolescência.” (Cora)

“É algo muito complicado porque a gente nunca acredita que vai acontecer até que acontece. Uma era amiga próxima e ela ameaçava, já tinha tentado algumas vezes, tinha problema mental, fazia acompanhamento psiquiátrico e a última vez ela avisou que ia pular da sacada da casa, morava no nono andar e realmente pulou.” (E6)

Conforme dito anteriormente, dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que o suicídio mata anualmente cerca de um milhão de pessoas no mundo todo.<sup>21</sup> Está entre as três primeiras causas de morte na faixa etária de 15 a 24 anos nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo considerado um problema de saúde pública que requer maior investigação e ações de prevenção.<sup>22, 23, 24</sup>

O suicídio é mais que uma escolha individual, ele surge como um fenômeno social. Os docentes e discentes de alguma maneira reconhecem a dimensão do problema, identificam que esta é uma realidade na sociedade atual, presente inclusive nos bancos da universidade, ainda que haja receio em se abordar a temática. Foi interessante observar que o incômodo inicial provocado pela entrevista se transformou em reflexão conforme evidenciado em algumas falas abaixo:

“Bom, eu percebo que é um tema que, embora tenha uma relevância no meio tanto social quanto no meio acadêmico, ele tem sido muito pouco apresentado à sociedade [...] A partir do momento, desde a primeira entrevista, que a pesquisadora coloca, é um tema que incomoda, porque é algo, vê que a gente é falho nesse ponto e que, talvez, vamos ter filhos passando por situações, problemas, que se a gente não souber identificar isso a tempo, talvez a gente conviva ou pelo menos, num contexto família, ou numa proximidade mais real nas nossas vidas. Está aqui, está no nosso meio e ao perceber a limitação, a própria entrevista eu acho que ela me trouxe isso, de descobrir que eu tenho uma limitação e de que tá acontecendo e de que se isso acontecer na minha família, como é que vai ser. Eu acho que é bacana trazer este tema a tona, é... até pra trazer subsídio pra repensar toda nossa abordagem.” (Machado)

“É, inclusive uma experiência que a gente tem vivido de forma geral, alunos... não é necessariamente que chegou as vias de fato de autoextermínio, mas que, por causa de toda esta situação que a gente conversou, que eu tenho visto isso mais comum que nos anos anteriores. É, os alunos com autoestima diminuída, não sei se eu poderia falar desta forma, deprimidos, e eu acho que também tem uma relação profissional mesmo dele, que ele não consegue lidar e se impor, não sei de onde vem isso, mas eu percebo que é muito mais comum hoje do que antes e isso, às vezes, pode ser também um fator que influencia pro futuro, porque eu tenho percebido isso.” (Ariano)

“[...] acaba que eu tô refletindo sobre isso, você acredita que assim surgiu, essa... é um tema bem emergente, né, e que a gente podia ter abordado no ensino.” (Lygia)

É interessante observar que o processo de reflexão sobre o tema se inicia a partir da pesquisa. A inércia é quebrada e as pessoas começam a se questionar sobre o assunto e a perceber sua relevância e as dificuldades para abordá-lo.

### **7.3.1.2 Fatores intrínsecos e extrínsecos da adolescência e sua relação com o suicídio**

Apesar do receio em falar sobre o assunto, durante as entrevistas alunos e professores tentaram realizar apontamentos sobre as causas do suicídio na adolescência. Os sujeitos da pesquisa possuem uma construção de que o suicídio na adolescência está relacionado a questões intrínsecas a essa fase e a fatores externos que podem alcançar o adolescente.

Dentre as questões intrínsecas apontadas pelos alunos e por um professor está o comportamento do adolescente que é influenciado pelas mudanças físicas e sociais que o acompanham durante toda essa fase. Os discentes destacaram as alterações corporais, a mudança de papel, a impulsividade, a labilidade emocional e busca de identidade como fatores que evocam sofrimento e uma possível ideação suicida:

“Eu acredito que esta tentativa seja feita devido à [...] à própria mudança do corpo.” (E7)

“Bom, eu acho que a tentativa de suicídio entre os adolescentes, ela tem se tornado muito comum. [...] E o que eu vejo é que a gente tem que ter uma atenção especial por que a adolescência por si só, ela é um momento que a pessoa, ela, tá se descobrindo e, além de

tudo ainda, tem a questão hormonal. Então, de toda forma, essa criança que tá se tornando um adulto, ela, ela se depara com um mundo diferente, se depara com situações diferentes e nem sempre o consciente dessa pessoa tá preparado pra vivenciar e pra poder lidar de forma equilibrada com isso e o que culmina, muitas vezes, nessas tentativas de suicídio [...] eu acho que, essa mudança, ele se deparar com essa vida adulta, por que enquanto criança, o adolescente não é cobrado.” (E 13)

“Eu percebo que a adolescência é uma das fases da vida que, ela passa por alterações muito rápidas, tanto no contexto social quanto no biológico. Então assim, eu arrisco dizer que é uma das etapas da vida de todos nós, nas quais nós estamos sob constante pressão. Pressão aqui eu chamo de tensão, tensão interna que nosso próprio organismo tá mudando muito rapidamente e externa porque a nossa vida social está mudando. É, hora nós somos crianças, somos cuidados e, de uma hora pra outra, você tem que se cuidar e se virar na vida, então assim eu acho que é um pouco cruel. Então eu percebo assim, que em detrimento destas tensões todas, as cogitações do suicídio, elas são... tem uma presença em si na mente dos adolescentes.” (Camilo)

“Bom, eu acredito que ela é mais prevalente nos adolescentes, por conta da fase de desenvolvimento, de como enfrentam os problemas, pra esse adolescente, às vezes, um problema muito pequeno, ele não tem maturidade para resolver ou pra pensar e ele acaba transformando um problema pequeno em um problema grande.” (Rachel)

Os sujeitos da pesquisa fizeram uma correlação entre suicídio e a chamada crise da adolescência ou síndrome da adolescência normal descrita por Abersatury e Knobell. Esta é caracterizada como um processo necessário ao desenvolvimento do adolescente e ao estabelecimento da identidade adulta sendo composta pelas seguintes manifestações: busca de si mesmo e da identidade, tendência grupal, necessidade de intelectualizar-se e de fantasiar, crises religiosas, deslocalização temporal, evolução sexual, atitude social reivindicatória, contradições sucessivas em todas as manifestações e condutas, separação progressiva dos pais da infância, constantes flutuações do humor e do estado de ânimo.<sup>24</sup>

A mudança corporal provoca grande angústia no adolescente, ele sofre o luto pela perda do corpo infantil.<sup>25</sup> Dessa forma, a imagem que o adolescente têm de si é modificada a todo instante, transformando, conseqüentemente, seu modo de ser e de estar no mundo. O ataque ao corpo pode estar associado a este processo de luto, uma negação àquilo que não deseja.

A entrada no mundo do adulto e a aquisição de papéis desconhecidos nem sempre almejados provocam um sentimento de angústia no adolescente. Ele perde a identidade infantil, mas ainda não é considerado um adulto. Deseja separar-se dos pais, mas oscila entre momentos extremos de dependência e independência, o adolescente precisa libertar-se, mas também deseja sentir-se controlado para que o sentimento de abandono não predomine e o leve a sentir-se ainda mais incompreendido e rejeitado.<sup>25</sup>

O comportamento suicida geralmente é precedido por alguma frustração ou desapontamento. Os jovens descrevem as situações angustiantes como razão para terem feito mal a si mesmos, podendo esse ato ser carregado de impulsividade.<sup>26</sup> O suicídio tende a ser um ato impulsivo no qual o adolescente utiliza métodos menos lesivos, como a ingestão de medicamentos. Tais questões são destacadas nas falas de professor e aluno.

“Eu acho assim: como eles ainda estão numa fase de amadurecimento, tanto de crescimento individual mesmo, de pensamentos, eles, acho que é uma fase de fragilidade, na verdade, sabe?! [...] Por que eles não têm amadurecimento suficiente para encarar certas situações e acabam desistindo, achando que não tem saída e vão pra pior forma possível, que é o suicídio. Talvez, pra eles, seja a forma mais fácil de acabar com todos os problemas.” (E9)

“Agora a minha percepção em termos de significado é um paradoxo, porque é um sujeito que escolhe um ato, ele tem uma ambivalência maior que o adulto, por isso que em geral ele escolhe um método não tão eficaz e por isso que a tentativa se reproduz mais do que o desfecho, a morte.” (Zélia)

Foi interessante observar na fala de aluno e professor a compreensão do suicídio na adolescência como a busca de uma solução para os problemas enfrentados, como uma atitude de desespero e de pedido de ajuda. Ressalta-se que o paciente que busca o suicídio nem sempre quer morrer, o que ele deseja é a busca por uma nova forma de vida, na qual seus medos, tristezas e angustias sejam exterminados. Entretanto ainda se observam sentimentos negativos e julgamento moral como nas expressões: “*forma mais fácil de acabar com os problemas*” ou “*ele escolhe um método não tão eficaz*”.

Durante as entrevistas, a fala de uma professora chamou a atenção da pesquisadora. As mudanças comportamentais do adolescente são tão desafiadoras que, por muitas vezes, é difícil distinguir quando o adolescente chega a um limiar de dor e frustração com o qual não consegue lidar:

“Eu percebo ela (tentativa de suicídio) como uma fragilidade, tanto enquanto profissional, que eu acho que, às vezes, a gente deixa passar algumas coisas que vão sendo sinalizadas e, às vezes até, cria uns rótulos de que isso é da adolescência mesmo, isso que ele tá apresentando, não tem importância, vamos ver se ele amadurece, e, às vezes, ele está sinalizando pra gente que ele está buscando isso como alternativa.” (Clarice)

A própria crise da adolescência é responsável pela criação de rótulos e estigmas entre os profissionais de saúde, que tendem a diminuir ou anular as queixas desses sujeitos. Estudos demonstram que os adolescentes que tentaram suicídio e foram atendidos nas unidades de urgência, foram frequentemente taxados de “chamadores de atenção” e receberam um

atendimento por parte dos profissionais, principalmente enfermeiros, baseados em valores morais.<sup>27,9</sup>

Associar o suicídio somente à crise na adolescência pode ser um risco, pois o cuidado a este sujeito será sempre adiado, uma vez que se trata apenas de uma crise e portanto, passará, espontaneamente. Esta associação pode ser também uma maneira de negar o suicídio nesta faixa etária e postergar a sua discussão.

Fatores externos ao adolescente foram elencados pelos alunos e professores de enfermagem como possíveis causas da tentativa de suicídio. Destacaram-se as transformações sociais, a instabilidade familiar, o uso e abuso de drogas e as relações amorosas.

As transformações sociais impostas pelo mundo globalizado, impactam na formação, no desenvolvimento e na capacidade do adolescente de gerir momentos de crise. A falta de perspectiva de vida, as vivências de um mundo competitivo no qual “o ter” é, algumas vezes, mais importante que o “ser”, a nova conformação familiar, as cobranças e a ausência de limites emergiram nas falas como fatores de risco para o suicídio.

“E outra que eu acho que é o próprio... a própria questão da sociedade como que vem sendo colocado pras crianças que vão ser adolescentes, os valores sociais, a formação, a questão da família, da estrutura familiar. Eu acho que são umas coisas que talvez interferiram um pouco na adolescência e nessas opções que eles têm durante este período, né.” (Cora)

“Outra percepção que eu vejo é a solidão no meio de tudo. Ele tem muito, mas ele é solitário, de, às vezes, não vivenciar esta questão da proximidade com a família, do bater papo, de estarem pai e mãe ali próximos. Eu não culpo isso a tecnologia só, mas ao não limite de uso das tecnologias e da vida social, abandonando o meio principal que é a família, que é aonde, onde nascem todas as perspectivas, os valores do adolescente. Então como ele sente uma solidão muito grande, inclusive no próprio lar, na falta da participação da própria família, ali, na formação, então juntando com esse vazio existencial, ele leva isso para um lado do extermínio mesmo, pra que viver? Qual a expectativa que ele tem? Então essa é a minha percepção.” (Carlos)

“Outra coisa que eu enxergo na adolescência, que aproxima essa possibilidade de suicídio, é que, nós pais, nós adultos que fazemos parte deste mesmo meio, de acesso à mídia e, ao mesmo tempo, a gente vive no mundo que as relações pessoais, em relação a diálogo, em relação a... as convivências, são, estão mais limitadas e a gente acaba não tendo com os adolescentes que são próximos a nós, seja o aluno, o filho, o sobrinho, a gente acaba, às vezes, passando é... deixando a desejar este momento que, às vezes, seria um momento em que uma peq... um respaldo, não sei se a palavra é respaldo, mas é um momento de conforto que, às vezes, amenizaria muito as questões desta fase da adolescência.” (Ariano)

“Eu tenho uma visão assim, a minha percepção que tá muito relacionada hoje em dia com o contexto socioeconômico e cultural, é... eu acho que a base de tudo né, questão de educação, de saúde, ela tá muito falha, e isso acaba culminando nesse autoextermínio. O jovem hoje em dia está muito perturbado com tantas informações e ao mesmo tempo, essa base sólida de educação, de família.” (Nélida)



“A forma como os valores mudaram no decorrer dos anos, pode ter contribuído também, né, pra esse aumento no número de adolescentes que tentam o autoextermínio.” (Lygia)

A família é o grupo social responsável pela formação de um indivíduo, exercendo importante papel na determinação e organização da personalidade do mesmo. Além disso, influencia o comportamento individual por meio das ações e medidas educativas adotadas no seio familiar. Desde a década de 60, a família vem passando por transformações, com reorganização dos papéis socioculturalmente estabelecidos. O homem deixa de ser o único provedor financeiro do lar e a mulher inicia suas atividades no mercado de trabalho.<sup>28</sup>

A nova configuração familiar obriga os pais a terem uma vida laboral que os distancia dos filhos. Uma maneira de compensar esta distância é por meio de gratificações excessivas, que dificultam o desenvolvimento da tolerância e frustração na adolescência.<sup>29</sup>

O padrão de relação entre pais e filhos também sofreu modificações, a postura autoritária e assimétrica da chamada “família tradicional”, deu espaço para um relacionamento mais simétrico. Contudo, as rápidas mudanças ocorridas nas relações e valores familiares, dificultam o estabelecimento de referenciais claros para a orientação da conduta dos indivíduos.<sup>28</sup>

A instabilidade familiar foi relatada pelos sujeitos da pesquisa como fator desencadeante para o suicídio na adolescência. A falta de afeto, de diálogo, e apoio foram pontos importantes destacados nas entrevistas.

“Olha, eu acredito que sejam os adolescentes que têm problemas familiares, então, geralmente, eu acho que a maioria que não tem apoio da família e que passa por algum motivo aí.” (E2)

“É um resultado de famílias instáveis que não conseguem... Que não consegue dar é... Quando eu falo em família instável, quero dizer que a família que não tem diálogo, família que não tem acolhimento, desde um acolhimento como família e também como acolhimento social Por que o adolescente ele vive num mundo de extremas transformações, e ‘prum’ adolescente que tá em constante mudança e chega num lar totalmente instável, ele num tem uma estabilidade emocional. A minha percepção a respeito do suicídio na adolescência é essa, são adolescentes que não têm uma estabilidade familiar.” (E3)

“Com certeza, eu acredito que isso passa, até em detrimento né, dessa vida que fica muito conturbada, o que vai depender muito é do contexto social que ele tá inserido, principalmente o familiar, pra se perceber se isso é uma coisa muito presente ou pouco presente. Como as questões que a gente chama da... do suporte que ele vai ter, das... dos enfrentamentos de todas estas tensões, questões, porque se fica só na lida dele, ele pode, pode sentir que não está dando conta e a visão suicida pode permear nas suas ideias.” (Camilo)

“Eu penso, eu penso que está muito ligado ao suporte familiar, é, no caso, ao não suporte familiar, algum, algum, algum desarranjo familiar.” (Martha)

A família é uma notável influência para o desenvolvimento e o ajuste do adolescente. Ela é responsável por auxiliar o jovem a enfrentar as mudanças decorrentes deste período e ofertar apoio emocional diminuindo a possibilidade do adolescente entrar em desespero diante dos desafios.<sup>30</sup>

A instabilidade familiar, a falta de afeto, respeito e coesão entre seus membros, as falhas na comunicação, a rigidez com inabilidade para aceitar mudanças e ou tolerar crises são considerados importantes fatores de risco para o suicídio na adolescência. Famílias monoparentais e famílias reconstituídas também surgem como fator de risco para o suicídio. Já a coesão familiar e a forte ligação entre seus membros, representadas pela confiança nas relações entre pais e filhos, no compartilhamento de interesses, surgem como fatores de proteção para o suicídio na adolescência.<sup>31, 32, 33, 25</sup>

A adolescência traz impactos para conformação familiar que deve readaptar-se perante esta fase. O adolescente torna-se mais crítico, questionador, busca um afastamento progressivo dos pais e é menos aberto à comunicação. A estabilidade emocional dos pais, o afeto e capacidade de diálogo são essenciais para o desenvolvimento do adolescente. Estas características relacionais quando presentes no seio familiar contribuem para aumentar a autoestima, a capacidade de resiliência e o bem estar do adolescente.<sup>30</sup>

O uso e abuso de drogas surgiu como uma possibilidade para o risco de suicídio na adolescência. Os sujeitos da pesquisa consideraram que esta é uma fragilidade, uma característica dessa fase e pode representar um caminho sem volta.

“[...] os adolescentes estão em busca de coisas e as drogas estão mais frequentes e que é um fator de risco também pra esses adolescentes buscarem o o o o suicídio. O acesso deles às drogas, ao aos meios pra isso esta estão ficando mais fáceis.” (E5)

“Os adolescentes que eu já acompanhei com tentativa de suicídio foram adolescentes que tinham dependência química e problemas sociais juntos, associados.” (E6)

“[...] o próprio uso de drogas, vê que não consegue sair, ou mesmo, os efeitos da droga, acaba levando ao suicídio.” (Rachel)

“Agora o que eu tenho observado é que o número de adolescentes que usam drogas, isso tem... que tão envolvidos no tráfico, isso eu acho que tem contribuído também pra esse aumento nas tentativas de autoextermínio, né. [...] Eu vejo essa relação entre o aumento da incidência desses adolescentes que usam droga e a tentativa de autoextermínio.” (Lygia)

O uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas são identificados por vários estudos como fatores de risco para o suicídio na adolescência. As drogas psicoativas podem alterar as funções orgânicas, estado de consciência e pensamento. Ressalta-se que o consumo de álcool é um forte fator de risco para o suicídio na adolescência, pois agrava os sentimentos depressivos, aumenta a impulsividade e diminui o autocontrole.<sup>33, 5, 32</sup>

Os primeiros contatos com álcool e/ou drogas geralmente ocorrem na adolescência. Os dados da pesquisa nacional da saúde do escolar, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, demonstraram que, cerca de três quartos dos adolescentes de 13 a 15 anos já experimentaram álcool, e aproximadamente um quarto fez uso de bebida regularmente, relatando episódios de embriaguez. Em relação às drogas, 8,7% dos entrevistados alegam ter experimentado essa substância alguma vez na vida.<sup>34</sup>

O contato precoce com as drogas está possivelmente ligado à dependência química, quanto mais cedo se inicia o uso, maior é o risco de se tornar dependente e sofrer as consequências da dependência, dentre as quais se destaca o suicídio. O adolescente vivencia o pensamento mágico e acredita que nada de mal irá lhe ocorrer, assim, experimenta as drogas como busca por algo novo e crê que não se tornará um dependente. Além disso, a influência dos amigos, a busca pelo desconhecido e a fuga das dificuldades pessoais estimulam o adolescente ao uso das drogas.<sup>35</sup>

Alguns alunos relacionaram o suicídio a um ato passional do adolescente, a uma desilusão amorosa, não emergindo na fala dos docentes essa causalidade.

“Acho que quando uma pessoa suicida é quando normalmente é por causa de namorado, hoje em dia, traição, até uma prima minha, semana passada, tentou suicídio, ela tomou veneno de matar barata, teve que sondar, fazer lavagem, mas acho que é por causa disso mesmo.” (E8)

“Então, é... que eu já, é... fiquei sabendo lá no hospital, essa semana teve dois casos, por causa de namorado, então acho que essas coisas assim... por causa de imaturidade mesmo. Namorado, às vezes, escola, algum, algum acontecimento frustrado mesmo na adolescência.” (E 15)

A desilusão amorosa foi relatada como fator de risco para o suicídio na adolescência por alguns estudos. Nas adolescentes, o comportamento suicida tem uma forte correlação com o sentimento de rejeição ou falta de amor. Este fator de risco predomina principalmente nas mulheres com baixo poder econômico, pois a relação com o sexo oposto assume uma categoria de *status*, ou projeto de vida por parte dessas adolescentes. Assim, o rompimento

associado com a vulnerabilidade social e falta de outros projetos de vida aumentam as chances de suicídio neste período.<sup>25, 36, 33</sup> Apenas um professor fez uma associação entre doença mental e suicídio. Sabe-se que 90% da população que tenta suicídio possuem alguma comorbidade associada, sendo importante a sua identificação e tratamento.

“A minha experiência de tentativa de autoextermínio com essa população tá vinculada à comorbidade psiquiátrica, em função da minha área de atuação ser a saúde mental, é onde eu... se eu for pensar em termos de momento, é... agora onde eu encontro esses sujeitos, tanto no serviço aberto, se a gente pensar em Divinópolis, no Cersam, como num serviço fechado de adolescentes que cumprem medidas socioeducativas, que é outro momento em que eu tenho um número expressivo de tentativa de suicídio.” (Zélia)

Percebe-se, portanto nas entrevistas que os fatores comportamentais, sociais e familiares são mais valorizados como risco de suicídio na adolescência. A relevância de transtornos mentais, como depressão, que podem se iniciar na adolescência, não são reconhecidos como relevantes com a mesma intensidade. Isso pode contribuir para falhas na abordagem, com culpabilização da família e do próprio adolescente.

### **7.3.1.3 A prevenção do suicídio na adolescência**

Professores e alunos ressaltaram a importância de atividades preventivas para diminuição da morbimortalidade decorrente do suicídio na adolescência. Realçaram a necessidade de ajuda profissional e da criação de uma rede de apoio familiar e social.

“[...] a percepção é de que precisa de muita ajuda, muita conversa, apoio familiar, quando tá desestruturado, tentar algum apoio da família, alguém mais próximo e não forçar algumas situações como tinha acontecido de forçar morar com a mãe e o padrasto e ela não gostava do padrasto, tentar uma situação menos... com menos conflito pra resolver.” (E6)

“[...] E amizades também. Eu acho que tem amizades que pode fortalecer, até fazer crescer mesmo.” (E9)

“[...] o acompanhamento psiquiátrico constante porque infelizmente sem o acompanhamento não tem como melhorar e leva ao suicídio mesmo.” (E6)

Eu penso que se houvesse uma maior atenção da saúde, ou até mesmo nas escolas, em relação à isso, às vezes, a gente poderia ter uma diminuição desse índice de autoextermínio entre adolescentes.” (E 13)

“Penso que existe alguns fatores como, por exemplo, alguma prática religiosa independente da religião que o... do jovem, a presença de uma prática religiosa, eu penso que seja um fator que possa inibir essas tentativas de autoextermínio.” (Martha)

Desde o ano 2000, a organização mundial da saúde tem instruído as nações para realização de ações de prevenção do suicídio. Alguns fatores são considerados protetores para o suicídio na adolescência e podem ser estimulados através do fortalecimento da rede de apoio social.

Apoio social é entendido como qualquer auxílio oferecido por pessoas que se conhecem, resultando em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Esse é um processo recíproco, gerando bem-estar para quem recebe e para quem oferece o apoio. O apoio social tem sido relacionado com o grau de saúde e bem-estar das pessoas. Pesquisas comprovam que, em momentos de estresse, o apoio social contribui para a manutenção da saúde.<sup>37</sup>

As ações intersetoriais com envolvimento de escolas, igrejas, empresas e organizações não governamentais são estratégias importantes para inserção do adolescente no meio social e ressignificação de sua existência.

A escola é um espaço de encontro de jovens e adolescentes, mostrando-se como local ideal para atividades preventivas contra o suicídio. A capacitação dos professores para identificar comportamentos de risco para o suicídio, além da realização de grupos de adolescentes e sensibilização dos pais, são estratégias que poderão ser traçadas e implementadas por profissionais de saúde, inseridos na atenção primária ou na equipe de saúde mental.

As religiões atuam como fator protetor ao suicídio. A comunidade condena o suicídio e diminui o desconforto das pessoas pela promoção da integração social em torno de um ideal de fé, o que gera um sentimento de pertença. A inclusão do jovem em atividades laborais, culturais e esportivas também pode auxiliar na prevenção do suicídio, pois o adolescente encontra nestas práticas uma razão para viver, encontra perspectivas de crescimento pessoal e sente-se inserido na comunidade.<sup>25</sup>

As construções sociais e culturais dos professores e alunos de enfermagem acerca do suicídio na adolescência foram corroboradas pela literatura específica da área de suicidologia, demonstrando que, apesar do receio em se debater o assunto, os sujeitos do estudo construíram conhecimentos pertinentes e importantes para a compreensão do fenômeno suicídio na adolescência. Contudo, destaca-se a presença de sentimentos negativos implícitos em algumas falas e a falta de clara associação do suicídio com o adoecimento mental, fator importante para a prevenção de tentativas de suicídio na adolescência.

### **7.3.1.4 Categoria 2- A adolescência na formação curricular do enfermeiro – desafios, fragilidades e ausências**

Ao serem questionados sobre a percepção do suicídio na adolescência, professores e alunos relataram fragilidades na abordagem da saúde do adolescente de uma maneira geral.

Foi interessante observar que, apesar dos avanços na saúde do adolescente com a criação de políticas públicas específicas para esta população, os sujeitos da pesquisa identificaram a necessidade de avanços na formação do enfermeiro. As falas dos professores foram baseadas na sua formação, experiência docente no currículo da instituição pesquisada e em outros currículos, já que todos lecionaram em outras instituições de ensino. Apenas um aluno trouxe à tona a fragilidade da formação do currículo analisado.

As principais questões abordadas no currículo da enfermagem em relação ao adolescente estão voltadas para o desenvolvimento puberal, sexualidade, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência. Também foi destacada a pouca procura dos adolescentes pelo serviço de saúde, o que pode estar atrelada a uma formação ainda pouco voltada para atender as demandas desses sujeitos.

“Eu tenho percebido que há uma falha em questão de saúde do adolescente em si. A gente tem saúde do adolescente, eu percebo que a gente tem mais saúde do adolescente ligado à saúde da mulher, que é voltada pra gravidez e que pouco se conversa sobre autoextermínio na adolescência. Às vezes são tópicos que são citados em aula, mas a gente não tem oportunidade, nem sempre a gente tem oportunidade de vivenciar isso na prática, né, dentro do PSF, até porque são poucos os adolescentes que procuram né!” (E 13)

“Acho que assim, a abordagem do adolescente nos cursos é muito fraca, quase que faz assim: trabaaaalha a criança, trabalha a gestação, trabalho o pré-natal, trabalha isso muito bem, trabalha criança muito bem, aí, pula pro adulto. Eu não vejo muita ênfase no adolescente, hoje tem melhorado, mas eu não vejo muita ênfase.” (Carlos)

“O olhar também da formação é pra essas características mais voltadas pra sexualidade, então preparar o aluno pra abordar o adolescente nesta questão da sexualidade, na prevenção de DST, né, na prevenção de gravidez na adolescência, também, hoje, trabalhar muito esta temática da obesidade, nesta faixa etária que também é um problema de saúde pública.” (Cecília)

“Às vezes prevalece-se a ideia dos trabalhos em cima de prevenção de gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis e esquece-se, talvez, daquelas que passam pelo meio psíquico, social, por um contexto de meio que esse adolescente vive e que pode trazer alguns transtornos de enfrentamento que naquele momento, é ele vá buscar o suicídio como tentativa de resolver os problemas, né, no imediatismo.” (Machado)

“Eu acho que muito pouco, eu acho que... por exemplo, especificamente na minha área, o bloco de adolescente, ele passa muito rápido, então assim, é citado, comenta-se, mas o trabalho exaustivo com esses alunos preparando eles, porque eles também já são, eles já entram como adolescentes também, né, eu acho que é muito pouco. [...] a própria questão da saúde do adolescente, ela é muito deixada de lado, se a gente for ver pela atenção primária, o jovem, ele não tem entrada. A única entrada que ele tem é pra métodos anticoncepcionais e assim mesmo, nem, às vezes, tão específicos pra eles por exemplo.” (Nélida)

Nos últimos anos, a saúde do adolescente tem se tornado uma das áreas prioritárias das políticas públicas de saúde no Brasil, seja pelo aumento da população adolescente ou pelo fato de que os principais agravos que acometem estes sujeitos são passíveis de prevenção.<sup>38</sup>

O Programa de Saúde do Adolescente (Prosad) prevê ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação, por meio de práticas que englobem a sexualidade humana, a saúde bucal, mental e reprodutiva e prevenção de acidentes.<sup>39</sup> Desta maneira, fica claro que a abordagem ao adolescente deve ultrapassar os aspectos biológicos. Apesar do desenvolvimento da sexualidade ser um fator de grande interesse na adolescência, existem outras questões que também incomodam o adolescente contemporâneo, questões essas que vão desde as relações familiares à escolha do caminho profissional. Assim, é preciso que ações voltadas para as questões psicossociais sejam abordadas e implementadas pela enfermagem durante o atendimento do adolescente.

A atenção ao adolescente requer políticas públicas articuladas com os serviços de saúde, estrutura física para recebimento do jovem e recursos humanos capacitados para atenderem esta população. Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família as atividades com adolescentes devem ocorrer principalmente na atenção básica, que hoje é a porta de entrada dos serviços de saúde no Brasil.

Uma formação deficiente do enfermeiro implica em um profissional com poucas habilidades para atender a estes sujeitos e uma assistência aquém da esperada. Estudos realizados com médicos e enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família demonstram que os mesmos têm dificuldade para abordar os adolescentes, sentem-se pouco capacitados e desestimulados para atuar com esta população. Assim, observa-se uma assistência fragmentada, voltada para às queixas e problemas orgânicos.<sup>38, 40</sup>

A atuação do enfermeiro voltada para saúde do adolescente pode ocorrer por meio de consultas de enfermagem, grupos operativos e atividades nos espaços de convivência desses sujeitos como clubes e escolas. Atuar na saúde do adolescente incorporando o conceito de

saúde de maneira ampliada implica em mapear os espaços onde se encontram estes adolescentes para que os mesmos possam ser alcançados.<sup>41</sup> Portanto, a entrada do adolescente na atenção primária depende da criação de vínculo entre profissional e adolescente e este só ocorrerá quando o primeiro se dispuser a buscar outros espaços de atuação.

Ressalta-se que os profissionais que atuam na atenção primária são responsáveis pela identificação dos sujeitos em risco para o suicídio e pelo seu tratamento ou encaminhamento. Assim, caso haja uma falha no atendimento ao adolescente será difícil identificar quem é o jovem que precisa de ajuda.

Conclui-se, portanto, que antes que se atue na prevenção do suicídio na adolescência, deve-se melhorar a formação do enfermeiro para atuar na assistência a esta população, pois caso não haja uma capacitação adequada, os enfermeiros perpetuarão na realização de um atendimento fragmentado e baseado na perspectiva biomédica.

#### **7.3.1.5 Categoria 3- O suicídio na adolescência na formação curricular do enfermeiro (desafios, fragilidades, ausências).**

Nesta categoria, será discutida a abordagem do suicídio na adolescência na formação do aluno da instituição pesquisada, na formação do docente e na formação do enfermeiro de uma maneira geral, já que os docentes participantes da pesquisa trouxeram suas experiências profissionais de outras instituições de ensino e campos de atuação.

##### **7.3.1.5.1 A formação do enfermeiro para o atendimento ao adolescente que busca o suicídio**

Os docentes relataram que o tema suicídio na adolescência não consta na matriz curricular básica do curso pesquisado. Os temas trabalhados na saúde do adolescente são voltados para o desenvolvimento puberal, sexualidade e gravidez na adolescência.

Na área de saúde mental, o suicídio é trabalhado de forma ampla, sem aprofundar nas especificidades de cada faixa etária. Os professores alegam que o suicídio na adolescência é um tema muito específico, sendo necessária uma carga horária extensa para que questões como estas possam ser abordadas na formação do enfermeiro.



“Olha... eu vejo que ela é deficitária, deficitária no sentido assim, de cair neste cunho bem específico, porque pra começar, nós trabalhamos a saúde mental de uma forma geral, nós abordamos a questão do suicídio, assim de uma forma geral, abordando, é lógico, os contextos das faixas etárias, mas não de uma forma tão aprofundada, até pela questão do tempo de formação e de ser considerada na própria grade curricular como conteúdos muito especializados. Na saúde mental, a gente tenta até abordar, mas mesmo assim a gente não consegue aprofundar muito, porque a própria grade coloca pra nós que são conteúdos muito específicos, é... não aborda não.” (Camilo)

“Se for pensar no currículo que a gente trabalha com ele, nós não formamos o enfermeiro pra trabalhar com esse tipo de atendimento. São abordagens que acontecem de uma forma muito sucinta, muito esporádica, que o enfermeiro, aquele que busca a especialização, talvez na área da saúde do adolescente, talvez na área da saúde mental, ele tenha uma leitura né, ele apropria de conhecimentos que vão permitir ele ter uma abordagem diferenciada.” (Clarice)

“A formação eu acho que ainda é muito deficiente, na minha visão porque eu acho que é... são abordados, o tempo que a gente tem pra tá falando sobre suicídio no currículo de graduação, ele é pequeno e, geralmente, a gente aborda junto com as coisas de saúde mental, né, junto com os outros problemas de saúde mental e aí a gente deixa um tempinho pra abordar suicídio.” (Rachel)

“Eu acho que é muito pouco né, assim a gente trabalha muito com planejamento familiar na adolescência, consulta de enfermagem ao adolescente, violência né, contra a criança e o adolescente, que acaba envolvendo esta temática, mas uma temática específica, uma conferência, por exemplo, eu tô aqui na escola, tem 6 anos, acho que nós não organizamos nenhum evento ainda nesse período, que abordasse a... o autoextermínio na adolescência, que eu me recorde não, e olha que eu já participei das atividades de saúde da criança e do adolescente né, não vi nenhum módulo que abordasse esse tema.” (Lygia)

Apesar de não constar no currículo formal do curso de graduação, o tema suicídio na adolescência é abordado por meio de projetos de pesquisa, extensão e minicursos, a partir da iniciativa individual de alguns professores que se interessam pela temática. Desta maneira, conclui-se que, de alguma forma, a temática é trazida para os bancos da universidade, mas cabe ao aluno interessado buscar os meios para seu aprendizado.

“É... Uma abordagem por iniciativa particular, porque nos currículos de graduação de enfermagem não comporta, no máximo dentro de uma urgência psiquiátrica, cita-se a questão do autoextermínio, mas isso como um fator de risco na adolescência, nem dados epidemiológicos, nem manejo, é... tive contato por um interesse pessoal com vários currículos de graduação tanto de universidades públicas como de particulares e isso não é abordado, nem nas urgências, nos currículos, nem na, que cabe, né, pra saúde mental.” (Zélia)

“[...] pensando na formação, eu acho que isso é ausente, igual eu falei quando acontece é por que... é um cunho pessoal daquele professor que acha importante a temática, então ele acaba tentando aproveitar algum momento, mas normalmente isso não faz parte do currículo, como não faz parte do currículo e o currículo é como o... é uma diretriz para o trabalho.” (Ariano)

“Eu compreendo que nós formamos generalista, se nós concentrarmos os conteúdos, é... nas diversas abordagens que possam ser específicas é, realmente, é até a carga de formação do profissional ficaria muito pesada, mas eu acho que, hoje, nós temos uma flexibilidade curricular, nós temos disciplinas optativas né, temos aí as eletivas e que acho que elas foram criadas com objetivos de nós estarmos trabalhando essas questões, que podem ser consideradas pontuais, mas que estão cada dia mais crescendo e dentro dessa preocupação aí, então cabe a nós docentes, identificarmos estas carências e dentre isso então, dentro das disciplinas optativas, ou tópicos especiais que tem para formação, nós estarmos complementando a formação destes profissionais, porque senão ele vai sair um generalista e vai estar assim, atuando superficialmente né, vai ter um conhecimento, mas sem muita condição de ter, às vezes, uma medida de intervenção até, às vezes, mais direta, precoce, ainda mais em se tratando desta questão, do risco de morte.” (Camilo)

Alguns alunos relataram ter participado de um curso de formação sobre suicídio, ministrado por uma professora da graduação de enfermagem. O curso fez parte de um projeto de pesquisa, configurando-se uma ação individual da docente e complementar ao currículo da instituição.

“[...] a aproximação desse assunto num curso que eu fiz, aqui, com a professora em saúde mental, mas, fora isso, em sala de aula no plano curricular eu não, não tive essa, essa aula sobre esse tema.” (E5)

“O que eu tive de saúde mental foi um ciclo de estudos com a Professora XXX, aqui, na faculdade, que eu participei, mas aí eu tive que fazer inscrição a parte, e foram reunidos outros alunos, então foi muito interessante, foi muito válido, porque, é... foi uma experiência onde a gente teve teoria e discutiu sobre esse assunto, o suicídio em geral, não só do adolescente, é do adulto, homem, mulher. É vimos a epidemiologia no caso dos dados. Foi muito interessante mesmo, porque até então foi muito pouco o que a gente viu. E... foi, foi muito, foi muito proveitoso, relevante, algumas pessoas viram que não, serviu pra assim, abrir a mente das, dos alunos, que participaram, al... e um... e serviu pra falar assi:, ‘nossa, eu consigo é lidar com esse tipo de problema, ou não, eu não consigo’.” (E11)

Apesar do conteúdo suicídio na adolescência não constar na matriz curricular da graduação em enfermagem, aproximações com a temática podem ser realizadas em diferentes momentos do curso, principalmente a partir das experiências vivenciadas nos campos de prática. O tema pode ainda ser introduzido na formação dos alunos por meio de discussões em sala de aula ou realização de seminários, minicursos, projetos de extensão e de pesquisa.

Observa-se maior interesse por áreas relacionadas ao cuidado e à promoção da saúde, da vida. A morte e suas variantes, dentre elas, o suicídio, é um tema desconfortável, tratado superficialmente, periféricamente, “rapidamente”.

#### 7.3.1.5.2 A insegurança profissional

Chama atenção o fato de alguns docentes dizerem que não possuem habilidade para trabalhar a temática suicídio na adolescência. Parte-se do pressuposto que para ensinar é preciso saber,

assim a ausência da abordagem do suicídio na adolescência pode estar relacionada à falta de conhecimento do próprio corpo docente. Os professores demonstram em suas falas que não receberam formação na sua graduação ou pós-graduação para assistir o adolescente que busca o suicídio. Este é tema velado na formação do enfermeiro e, pelo observado nas falas, permanece oculto.

“[...] eu vejo que, no que tange à formação do enfermeiro, isso é muito superficial. Durante a minha formação e durante a vivência de dez anos de docência no curso de enfermagem, é, eu não conheço temas que tenham aprofundado, e subsidiado a ação deste enfermeiro pra lidar com este tipo de problema. [...] eu vejo que isso é muito falho na nossa formação, eu não me sinto preparado, falo enquanto profissional enfermeiro, eu não me sinto preparado pra lidar com este tipo de ocorrência na minha mão, né, talvez por falha da formação, talvez por não necessidade de aprofundar neste tema. E talvez, também, percebo que isso tenha sido passado para essas novas gerações de profissionais, nós por mais que tentamos fugir, nós focamos muito na questão da doença.” (Machado)

“[...] o enfermeiro que sai hoje da graduação eu não vejo ele preparado pra conseguir ter este tipo de abordagem, esta percepção né, e até eu não me sinto preparada.” (Clarice)

“[...] tem o contexto do currículo, que não prevê isso. Tem o contexto da nossa própria formação, que a gente também não foi preparado para abordar isso, a questão do suicídio. Tem também é... uma questão própria da formação em enfermagem mesmo, que esses conteúdos eles não são contemplados no nosso contexto, então eu acho que são diversos fatores que vão contribuindo né.” (Cora)

“[...] a preparação, querendo ou não, quando a gente fala até na minha formação, a gente não tem nenhum momento de formação pra isso, então eu não sei como que a gente fala, estar preparado, eu acho que primeiro tem uma situação pessoal, que tem pessoas que lidam melhor com isso enquanto profissional.” (Ariano)

A Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio foi publicada no ano de 2006, época em que todos os professores já haviam graduado. A estratégia apesar de prever a educação permanente de profissionais de saúde não traçou métodos para que isso acontecesse, assim, o que se observa, na prática, é que as diretrizes traçadas não saíram do papel.<sup>42</sup> Destaca-se que todos os professores que participaram da pesquisa atuam em campo de prática na atenção hospitalar, na atenção primária e, portanto, estão atualizados em relação às políticas públicas implementadas no município.

Portanto, para que os docentes possam formar discentes para assistir o adolescente que busca o suicídio eles também precisam ser formados, e para isso é necessário que as propostas da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio sejam efetivadas pelos gestores do sistema de saúde.

Os alunos ao serem questionados sobre sua formação para lidar com o adolescente que tenta o suicídio, revelam que não se sentem preparados e que a temática não foi abordada em sua graduação, concordando com as falas dos professores. Observa-se certa angústia nas falas dos alunos, que alegam não saber como proceder caso recebam algum adolescente que tenha tentado suicídio ou ainda que tenha ideação suicida.

“Infelizmente eu não tenho nenhum preparo pra tá lidando com este tipo de situação. Principalmente preparo físico, preparo emocional, eu não tenho nenhuma experiência, graças a Deus, não passei por isso na minha vida em momento nenhum. E como eu não vivenciei esta situação, se fosse pra me deparar, eu não saberia como agir, infelizmente. O que eu poderia fazer, talvez, seria tentar acalmar essa pessoa e incentivar a ela à procurar um psicólogo, com certeza, e, até mesmo, indicar pra ela alguma pessoa de confiança minha, mas agora pra agir eu não tenho nenhum preparo não, eu não conseguiria agir diante disso não.” (E10)

“Eu fico pensando se chegar uma paciente aqui, hoje, no setor, eu não saberia como abordar. Primeiro ficaria com muita insegurança né, é principalmente em relação será que eu falo que num deveria suicidar, o que eu deveria falar pra ele, será se eu falo pra ele ter uma consulta com o psiquiatra, mas acho que falha muito porque como que nossa abordagem de enfermagem frente esse paciente.” (E8)

“Porque, primeiro, às vezes, eu posso tá pensando que eu estou ajudando e acabe levando ela a pensar outra coisa. O que eu quero passar, às vezes, eu não consigo passar pra ela. Aí ela pode interpretar errado e isso pode favorecer ainda mais a tentativa de suicídio dela, então eu prefiro nem tentar, enquanto eu não tiver um preparo. Agora, se eu tivesse um preparo, aí já era outra coisa. Assim como psicólogos, psiquiatras, eles têm um preparo pra agir diante dessa situação, então eles sabem agir totalmente diferente da gente. E nesse sentido, nesse caso, eu sou uma pessoal totalmente leiga.” (E10)

“Não tive nada, nenhuma aula, nem nunca tinha pensado nesse tema assim relacionado assim com adolescentes.” (E2)

“Foi abordado em uma única aula... mas nada assim... clínico não, o que foi mostrado foi mais o lado da saúde mental, a esquizofrenia, depressão, ée transtorno de imagem como, por exemplo, anorexia, obesidade, só isso.” (E3)

“Olha, na minha formação, infelizmente, eu não tive nada a respeito de suicídio. Que eu me lembre, pra falar a verdade, nem algo assim superficial eu tive. O que eu sei que eu procuro saber, mesmo assim não é uma forma assim muito rica, não contribui muito, eu sei o que é o básico do básico. Mas na faculdade a gente não tem orientação nenhuma a respeito disso e é um assunto importante que deveria ser abordado.” (E10)

A falta de conhecimento pode gerar no profissional de saúde, mais especificamente no enfermeiro, o desejo de fuga da assistência ao adolescente que busca o suicídio, até por não saber com agir, o quê e como abordar.

Na fala de E10, fica evidente que por não saber como agir, a aluna teme que seu comportamento faça algum mal ao indivíduo que busca o suicídio. Estudo demonstra que os

profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, têm crenças falsas em relação ao suicídio, temendo induzir o paciente ao ato caso questione o mesmo sobre a existência de ideias suicidas. O profissional teme ainda tornar-se responsável pelo suicídio do paciente, caso ele concretize o ato. Influenciado por estes pensamentos dificilmente compreende empaticamente o paciente, surgindo nessa relação uma dissonância afetiva que dificultará a construção de uma relação de ajuda.<sup>42</sup>

É fato que uma formação adequada acerca do suicídio é necessária para que os profissionais de saúde alcancem atitudes mais positivas frente ao paciente que tenta autoextermínio.<sup>43</sup> Quanto maior a capacitação do profissional menor será seu julgamento frente ao suicídio e mais ampla a capacidade de ajudar e prevenir novas tentativas.

O aluno não possui instrumentos para lidar com o paciente que busca o suicídio, sente-se inseguro e quando vivencia o suicídio este fato em alguém com quem tenha relação próxima, fica incomodado e se questiona sobre o que poderia ser feito e como poderia ter agido para evitar a tentativa de suicídio, conforme evidenciado na fala de um professor.

“Na hora que ele vai lidar com o suicídio, ele sente falta de instrumentos muito básicos pra estar lidando com o suicídio, né. É onde tem pessoas que se revoltam diante da outra que cometeu suicídio, ou a gente vê, às vezes, atendimentos que faz o atendimento físico, o atendimento biológico das consequências do suicídio, mas não trata assim o real motivo que levou aquela pessoa a cometer o suicídio, né. Isso não é abordado, muitas vezes, pelos profissionais de saúde, é onde acaba aquela pessoa cometendo várias vezes o suicídio [...] Já teve uma sala que acho teve uma pessoa que cometeu suicídio e eles começaram perguntando, mas porque que cometeu, aí perguntou pra vários professores, o quê que a levou, será que a gente não percebeu? Até parecia a questão da culpa mesmo, será que a gente que não viu, que deveria ter visto alguma coisa, né? Sei lá, pra tá ajudando esta pessoa.” (Rachel)

Apesar de não se sentirem preparados para lidar com o adolescente que tenta suicídio, os alunos encontram este adolescente na prática profissional e precisam assistir este sujeito.

“[...] no sétimo, a gente acompanhou, teve as aulas, mas não teve nenhum paciente, no oitavo, veio a ter um paciente alcoólatra com vários problemas sociais, financeiro, apanhava da esposa, que ameaçava tentar, vi ele na internação a primeira vez com tentativa de autoextermínio por cortar o pulso e no segundo ele pulou na frente de um carro e não sabia muitas vezes o que fazer porque tive uma aula só e não foi abordado nenhum tema a fundo né, só aborda superficialmente e é uma aula de duas aulas cinquenta minutos.” (E6)

“É... assim, eu nunca vivenciei nenhum caso de atender, mas eu pelo que eu escuto das minhas colegas falarem que também fazem enfermagem, elas atendem e eu acho que é um caso muito comum.” (E15)

O suicídio na adolescência é uma realidade nos serviços de saúde, está presente nas relações de cuidado da enfermagem e caberá ao aluno aprender a lidar com esta realidade nos campos de prática. Estudo realizado em um hospital público de Belo Horizonte - MG demonstrou que, em um ano, foram atendidos 71 adolescentes com diagnóstico de tentativa de suicídio. As tentativas ocorreram, em sua maioria, pela ingestão de medicamentos e venenos.<sup>9</sup>

O fácil acesso à medicação pode indicar uma falha no cuidar, pois, espera-se que os sujeitos sejam devidamente acolhidos e atendidos em suas demandas de saúde, principalmente, na atenção primária. A medicalização da população transforma em necessidades médicas experiências, vivências e sofrimentos que antes seriam resolvidos no próprio ambiente familiar e comunitário. O uso abusivo dos medicamentos pode ser danoso ao paciente, além de reduzir as subjetividades relacionadas ao processo saúde-doença. A Estratégia de Saúde da Família propõe o acolhimento dos usuários, como forma de superar a medicalização do viver. Porém, a reorganização da formação dos profissionais de saúde para lidar com esta ampliada perspectiva do cuidar, ainda mostra-se insuficiente para sustentar essa reforma no atendimento.<sup>45</sup>

Desta maneira, o excesso de medicalização da população, além de indicar uma falha nos processos de acolhimento do usuário nas unidades básicas de saúde, facilita as tentativas de suicídio, uma vez que o medicamento é a resolução para todos os problemas, inclusive àqueles que aparentemente não possuem solução.

### 7.3.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou que a percepção de docentes e discentes frente ao suicídio na adolescência é permeada por construções socioculturais e por suas experiências de vida. Alunos e professores correlacionaram este fenômeno com fatores intrínsecos da adolescência, além de descreverem a influência do meio social e familiar na busca pelo suicídio.

O fenômeno suicídio na adolescência não é trabalhado na formação básica da enfermagem, pois se alega que o currículo fundamental não comporta este tipo de abordagem. O suicídio é abordado por meio de atividades complementares opcionais ofertadas aos alunos. Estes, ao final da graduação, sentem-se pouco confiantes para atender o paciente com ideação suicida ou que tenha tentado o suicídio.

Os docentes não receberam formação para trabalhar com adolescentes que tentaram suicídio, assim a pouca informação perdura em um desconhecimento que é passado de geração para geração, e o suicídio continua sendo assunto velado. Contudo, o suicídio na adolescência é uma realidade nos serviços de saúde, está presente nas relações de cuidado da enfermagem e, portanto, não pode mais ser postergado.

A pesquisa realizada demonstrou a importância de se trazer para os bancos da universidade, a discussão deste tema. Para isso, em um primeiro momento, talvez seja preciso iniciar uma discussão ampliada com os professores envolvidos na formação dos alunos e debater sobre as inseguranças enfrentadas pelos mesmos na abordagem do tema. A intervenção na formação dos alunos pode ocorrer por meio de aproximações em salas de aula, discussão das vivências dos campos de práticas, elaboração de seminários, projetos de pesquisa e extensão, além da proposição de disciplinas optativas.

Os achados do presente estudo possivelmente se aplicam a outras realidades, outras escolas de enfermagem e inclusive a outras profissões. Assim, também seria importante ampliar as pesquisas sobre a percepção frente ao suicídio na adolescência para outras profissões e unidades de ensino. Ressalta-se a necessidade da criação de um grupo de estudos multiprofissional que inclua os outros cursos existentes no campus, uma vez que a abordagem ao adolescente que tenta suicídio é múltipla e conta com o auxílio de diversos saberes.

### 7.3.3 REFERÊNCIAS

1. Botega NJ, Werlang BSG, Cais CSF, Macedo MMK. Prevenção do comportamento suicida. *Psico*. 2006;37(3):213-20.
2. Bertolote, L M. *Revista Psiquiatria Hoje - Debates*. Suicídio. 2010; 2(6); 15-17.
3. WHO. World Suicide Prevention Day 2008: Around one million people die each year by suicide. [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide)
4. Ministério da Saúde (BR). Base de dados do Sistema Único de Saúde (Datasus). Informações de Saúde. Estatísticas Vitais. Sistema de informação em mortalidade. [internet]: Brasília: Ministério da Saúde. 2013. [acesso 12 dez 2013]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>
5. Abasse MLF, Oliveira RC, Silva TC, Souza ER. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2009;14 (2):407-416.

6. Bouchard, G. Le Suicide À L'adolescence. Psychomédia. Disponível em: <<http://www.psychomedia.qc.ca/dart7.htm>>. Acesso em: 12 nov. 2013
7. Teixeira CMFS. Tentativa de suicídio na adolescência. Rev UFG. 2004 jun;6(1).
8. Silva LLT. Tentativa de autoextermínio entre adolescentes e jovens: uma análise compreensiva [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais UFMG; 2010.
9. Aguiar, M.A.F Tentativas de suicídio por meio de medicamento: as percepções dos adolescentes [Tese]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade federal de Minas Gerais UFMG; 2011.
10. Matão MEL, Miranda DB, Campo PHF, Borges OS, Pereira TR. Suicide attempts:social representations of health workers. Rev enferm UFPE on line 2012; 6(5): 1077-85.
11. McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W. and Farrugia, C. (2002), Nurses' attitudes towards clients who self-harm. Journal of Advanced Nursing, 40: 578–586. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02412.x
- 12 Cassorla RMS. Do suicídio: estudos brasileiros. Campinas: Papirus; 1998.
13. Botega NJ, Reginato DG, Silva SV, Cais CFS, Rapeli CB, Mauro MLF Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. Rev Bras Psiquiatr 2005;27(4):31518
14. Berlim, MT, Perizzoloj, Lejderman F, Fleck, MP, Joiner TE. Does a brief training on suicide prevention among general hospital personnel impact their baseline attitudes towards suicidal behavior? J Affect Disord2007; 100:233–239
15. Merleau-Ponty, M. Fenomenologia da percepção (C. Moura, Trad.). São Paulo: Martins Fontes; 1994. 662 p.
16. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4a. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
17. Medeiros M. Pesquisa de abordagem qualitativa. Ver Eletron. Enferm. 2012 14(2):224-5. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/v14n2a01.htm>.
18. Boni, V., E Quaresma, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. Revista Electrónica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política, 2005. 2(3)? 68-80.
19. Bardin L. Análise de Conteúdo. Edições 70. Lisboa; 1981
20. Corrêa H, Barrero SP. Suicídio: uma morte evitável. São Paulo: Atheneu, 2006.
21. Varnick P. Suicide in the world. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2012. 9:760-771.



22. Hepp U, Stulz N, Unger-Köppel J & Ajdacic-Gross V. Methods of suicide used by children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2012. 21:67–73.
23. Vera-Romero O, Díaz-Vélez C. Suicídio em adolescentes de Sudamérica: um problema crescente. *Salud publica Méx.* 2010. 54(4): 363-64.
24. Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal, um enfoque psicanalítico. PortoAlegre: Artmed; 1981
25. Resmini E. Tentativa de suicídio: um prisma para a compreensão da adolescência. 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. 146 p
26. Weiner IB. Perturbações psicológicas na adolescência. Lisboa: Fundação CalousteGulbenkian; 1995.
27. Avanci RC, Pedrão LJ, Costa Junior 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.* (Ed. port.) [Internet]. 2005 [cited 2011 abr 30];1(1). Disponível em:: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/smad/v1n1/v1n1a07.pdf>
28. Pratta EMM, Santos MA. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicol em Estudo.* 2007. 12(2): 247- 256
29. Medina MEA, Perez REG, Meja DZ. Prevalência de depression e ideacion suicidaem Estudiantes de 8º,9º,10º y 11º grado, em colégios oficiales de Manizales. *Hacia la promocion de la salud* 2088. 13: 143-153.
30. Delgado AO. Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuário de Psicologia* 2006. 37(3):209-23
31. García-Valencia J, Palacio-Acosta C, Diago J et al. Eventos vitales adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica en Medellín, Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2008; 37(1): 11-28.
32. Beck-Little R, Catton G. Child and adolescent suicide in the United States: a population at risk. *Journal of Emergency Nursing* 2011. 37(6): 587-589
33. Toro GDC, Paniagua SRE, González PCM, Montoya GB. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [Internet]. 2009 Sep [cited 2014 Mar 18] ; 27(3): 303-308. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2009000300007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2009000300007&lng=en).
34. Malta DC, Mascarenhas MDM, Porto DL, Duarte EA, Sardinha LM, Barreto SM, et al. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. *Rev bras epidemiol.* 2011;14(supl.1):136-46
35. Ferreira SC, Machado RM. Equipe de saúde da família e o uso de drogas entre adolescentes. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2013 Set [citado 2014 Mar 20] ; 18( 3 ): 482-

489. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-85362013000300009&lng=pt](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362013000300009&lng=pt).

36. Forteza CG, Lira LR, Hernandez MCM, Campuzzano EP. *Acta Psiquiat psicol Am lat* 2002. 48(1):74-84.

37. VALLA, V. V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.4, n.7, p.37-56, 2000.

38. Henriques BD, Rocha RL, Madeira AMF. O atendimento e o acompanhamento de adolescentes na atenção primária à saúde: uma revisão de literatura. *Rev. Min. Enferm.* 2010. 14(2)251-256

39. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas*. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. Brasília, 1989.

40. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Normas de Atenção Integral ao Adolescente. Brasília, Ministério da Saúde, 1996.

41. Rocha CRM. O acompanhamento do adolescente no meio social. In: Ramos FRS, organizador. *Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro*. Brasília: ABEN/Governo Federal; 2001 p.33-5.

42. Bertolote, JM. Por que o Brasil está perdendo a corrida contra o suicídio de jovens? *Ver. Bras. Psiquiatr.* 2012 34: 245-248.

43. Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [periódico na Internet]. 2010 Out [citado 2013 dez 12] ; 32( Suppl 2 ): S87-S95. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151644462010000600005&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462010000600005&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600005>

44. Berlin, MT, Perizzoloj, Lejderman F, Fleck, MP, Joiner TE. Does a brief training on suicide prevention among general hospital personnel impact their baseline attitudes towards suicidal behavior? *J Affect Disord* 2007; 100:233–239

45. Tesser Charles Dalcanale, Poli Neto Paulo, Campos Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the Internet]. 2010 Nov [cited 2014 June 20] ; 15( Suppl 3 ): 3615-3624. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000900036&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>.

---

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou uma aproximação com a formação dos enfermeiros e sua preparação para lidar com o adolescente que busca o suicídio. A enfermagem é responsável pelos primeiros cuidados com o paciente que tentou suicídio, e também pelas atividades de prevenção desta morbidade. Contudo, a discussão dessa temática por parte destes profissionais ainda é escassa. O enfermeiro tem como foco de seu trabalho o cuidado, mas compreende que este cuidado possui estreita relação com o salvar vidas. Assim, ao depara-se com um adolescente que busca a morte, sente-se de alguma maneira agredido na essência de sua profissão.

O debate sobre suicídio na adolescência é deixado para segundo plano nos bancos da universidade, sendo compreendido como uma especificidade que não é comportada na formação básica deste profissional. De alguma maneira, essa crença pode ser utilizada como uma cortina que encobre aquilo que não pode ser dito ou não quer ser visto.

Com a realização desta pesquisa, foi possível identificar que o suicídio na adolescência tem se configurado como um problema de saúde pública em todo o mundo. Apesar de ser um problema tão relevante, falar abertamente sobre suicídio é desafiante, pois esta temática sempre leva a estranhamento, negação e silêncio. Ao mesmo tempo falar sobre o suicídio de alguma maneira provoca a sociedade a refletir sobre uma realidade e pode ajudar a diminuir o “medo de tocar na ferida”.

Durante a aplicação da pesquisa, o tema suicídio na adolescência provocou inquietação e reflexão nos participantes do estudo, principalmente nos docentes. Foi interessante observar que após a aplicação dos questionários, alguns professores se interessaram pela discussão da temática, conversaram sobre suas dificuldades frente à mesma e a preocupação ao realizar a abordagem do aluno. Os mitos acerca do suicídio como “se eu falar sobre isso, eu não posso induzir o paciente a tentativa” ou ainda “se eu tocar no assunto, serei responsável pelo que ocorrer com este sujeito e não possuo formação para o manejo deste problema” estiveram presentes em várias conversas realizadas posteriormente.

Para trabalhar com o suicídio, é preciso uma desconstrução de valores e crenças individuais impregnados pelos preconceitos e conceitos construídos ao longo dos séculos. As construções socioculturais sobre o suicídio na adolescência afastam dos enfermeiros o desejo e o interesse

em compreender quem é o adolescente que busca o autoextermínio, por que busca, como age e qual seu papel no cuidado a este sujeito.

Foi identificada que a pouca discussão sobre o suicídio durante a formação profissional do enfermeiro, impede a realização de um cuidado seguro ao adolescente que busca o suicídio. Os professores e estudantes sentem-se inseguros para abordar e tratar este paciente. O adolescente que vivencia a tentativa de suicídio pode não desejar a morte, mas estar em busca de uma nova vida, ou de outra maneira de ser enxergado, reconhecido, respeitado e valorizado em seu meio. Considerando o suicídio como um pedido de ajuda, é importante que os profissionais de saúde estejam atentos para identificar e atender as demandas desses sujeitos. Conscientizar-se de suas limitações e buscar superá-las é o início de uma importante transformação.

O conhecimento é um dos recursos para transformar as atitudes e percepções dos enfermeiros e estudantes de enfermagem frente ao suicídio na adolescência. O saber pode contribuir para uma assistência mais eficaz e para a redução dos casos de suicídio nesta população. O conhecimento será necessário para o auxílio ao indivíduo que tenta suicídio e também para a realização da educação permanente da equipe de enfermagem, já que o cuidado ao paciente é exercido em igual escala de importância pelos técnicos de enfermagem. Uma equipe é reflexo de seu líder, assim, um enfermeiro despreparado para o cuidado ao adolescente que tenta suicídio poderá influenciar negativamente os membros da equipe.

Os achados da pesquisa apontam alguns caminhos a serem percorridos para desmistificação do tema. Primeiramente, é preciso que a discussão, a reflexão, a autoavaliação e a construção de conhecimento tenham início pelos professores, por meio de debates ampliados e grupos de estudo. Como produto desta tese, será elaborada uma cartilha aos docentes da graduação em enfermagem, que abordará conteúdos como fatores de risco para o suicídio, dados epidemiológicos, mitos frente à temática, e principalmente qual conduta tomar frente a um sujeito em risco para o suicídio.

Para modificar a formação dos alunos e ampliar a discussão do tema não só na universidade, mas também no município de realização da pesquisa, foram propostos projetos de extensão com interface em pesquisa em parceria com outras professoras do curso de enfermagem. Os projetos têm por objetivo capacitar agentes comunitários de saúde e enfermeiros que atuam nas equipes de saúde da família do município para prevenção do suicídio. As propostas

preveem ainda, a elaboração da cartografia das famílias em situação de vulnerabilidade psicossocial, construção de materiais audiovisuais para a prevenção do suicídio, e a realização de um seminário municipal para a discussão da temática. Participarão dos projetos discentes dos diversos cursos da área de saúde do campus.

Os achados encontrados no presente estudo possivelmente se aplicam a outras realidades, outras escolas de enfermagem e inclusive outras profissões. Por isso dentre as propostas de intervenção elaboradas destaca-se a construção de um núcleo interdisciplinar para discussão de ações de prevenção do suicídio na macrorregião oeste, uma vez que a abordagem do suicídio é múltipla e conta com o auxílio de diversos saberes.

Por fim ressalta-se que a elaboração de políticas públicas e a efetivação da Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio são fundamentais para que este tema seja incluído na formação de enfermeiros e de outros profissionais de saúde.

## 9 APÊNDICES

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título: Compreensão das atitudes dos profissionais de saúde, professores e estudantes frente à tentativa de autoextermínio de adolescentes.

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “Compreensão das atitudes dos profissionais de saúde, professores e estudantes frente à tentativa de autoextermínio de adolescentes” que tem por objetivo conhecer as atitudes dos profissionais, professores e estudantes da área de saúde frente à tentativa de autoextermínio de adolescentes nos municípios de Belo Horizonte e Divinópolis.

A pesquisa é realizada por Liliane de Lourdes Teixeira Silva, enfermeira e aluna do Curso de Doutorado em Ciências da Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Cristina Gonçalves Alvim e coorientação da Psicóloga Marília Ávila de Freitas Aguiar.

Sua colaboração é voluntária e consiste em responder a um questionário contendo 21 perguntas sobre as suas percepções acerca da tentativa de suicídio. Caso seja possível, também solicitaremos que responda as seguintes perguntas: “Qual a sua percepção acerca da tentativa de suicídio entre adolescentes?”, “Como tem sido abordada a temática suicídio na adolescência durante a sua formação/ou aulas?”.

Ressalto que seu nome e informações pessoais não serão revelados, respeitando suas informações e privacidade. Os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para fins científicos, visando à melhoria do atendimento a adolescentes que tentaram autoextermínio.

Sua colaboração é importante e necessária para o andamento da pesquisa, mas é livre sua participação. Se você se sentir constrangido e desconfortável em qualquer momento da pesquisa basta se manifestar que a mesma será suspensa imediatamente.

Os dados do questionário respondido serão analisados e posteriormente arquivados pelas autoras do projeto de pesquisa por um período mínimo de cinco (5) anos para posteriores consultas/continuidade do trabalho, preservando em sigilo sua identificação. Após cinco (5), anos todo o material utilizado para a coleta de dados da pesquisa deverá ser incinerado.

Caso concorde em participar, em qualquer momento, você poderá solicitar informações ou esclarecimentos acerca do andamento da pesquisa, bem como sair da mesma e não permitir a utilização de suas informações, sem que haja nenhum prejuízo a você.

A pesquisadora responsável pelo estudo, Prof<sup>a</sup> Cristina Gonçalves Alvim, assim como as outras pesquisadoras, poderão fornecer qualquer esclarecimento sobre a pesquisa, assim como tirar dúvidas, bastando contato nos seguintes endereços e/ou telefones:

-Endereço: Rua Francisco Deslandes n<sup>o</sup> 151, apt 901 – Bairro Anchieta, Belo Horizonte, MG. CEP: 30.310-530. Ou Rua Rio de Janeiro n<sup>o</sup> 1.186 apt 1.901 – Bairro: Centro, Belo Horizonte, MG. CEP: 30.160-041.

Em casos de dúvidas envolvendo os aspectos éticos da pesquisa você poderá consultar o Comitê de Ética em pesquisa, bastando contato no seguinte telefone: - Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) – UFMG. Tel.: (31) 3409-4592 ou endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II – 2<sup>o</sup> andar – Sala 2.005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31.270-901.

#### CONSENTIMENTO:

Eu, como entrevistado (a), afirmo que fui devidamente orientado (a) sobre o objetivo e a finalidade da pesquisa, bem como da utilização das informações exclusivamente para fins científicos e sua divulgação posterior, sendo que meu nome será mantido em sigilo.

Nome do entrevistado (a):

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pesquisadoras: Cristina Gonçalves Alvim; Liliane de Lourdes T. Silva; Marília Ávila de Freitas Aguiar

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO DE ATITUDES EM RELAÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICIDA

Este questionário pesquisa atitudes em relação ao **comportamento suicida**.

Evite pensar demais para responder. Estamos interessados em sua resposta espontânea, a primeira ideia que lhe ocorrer.

Você não será pessoalmente identificado quando da análise e publicação dos dados. Alguma informação pedida é para criar um código que lhe representa.

Agradecemos sua participação.

**Sexo:** [ ] MASC [ ] FEM

**Idade:** .....

**Tempo de formação:** .....

**Tempo de docência:** .....

**Já atendeu adolescentes que tentaram autoextermínio?** ( ) Sim ( ) Não

Ao responder as questões, **assinale com um traço** a posição que mais se aproximar de sua opinião.

Veja nos exemplos abaixo:

**“Eu gosto de ouvir música sertaneja”**

Discordo totalmente \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Concordo plenamente

A resposta acima indica concordância com a proposição, mas não uma concordância total.

A concordância total seria indicada por um traço ao final da linha, como abaixo:

Discordo totalmente \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Concordo plenamente

Se, em relação à afirmativa, você não tiver opinião formada ou for indiferente, assinale no centro da linha, como indicado:

Discordo totalmente \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Concordo plenamente

### INÍCIO DO QUESTIONÁRIO

1. Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar.

Discordo totalmente \_\_\_\_\_ Concordo plenamente

2. Quem fica ameaçando, geralmente não se mata.

Discordo totalmente \_\_\_\_\_ Concordo plenamente

3. Apesar de tudo, penso que uma pessoa tem o direito de se matar.

Discordo totalmente \_\_\_\_\_ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente \_\_\_\_\_ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente \_\_\_\_\_ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente \_\_\_\_\_ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente \_\_\_\_\_ Concordo plenamente

08. Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental.

Discordo totalmente \_\_\_\_\_ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente \_\_\_\_\_ Concordo plenamente

10. Acho que tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio.

Discordo totalmente \_\_\_\_\_ Concordo plenamente

11. Acho que é preciso ser uma pessoa corajosa para se matar.

Discordo totalmente \_\_\_\_\_ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente \_\_\_\_\_ Concordo plenamente

13. Às vezes dá raiva, porque tanta gente querendo viver... e aquele paciente querendo morrer.

Discordo totalmente \_\_\_\_\_ Concordo plenamente

14. Se eu sugerir um encaminhamento ao psiquiatra para um paciente que falou em se matar, penso que isso será bem aceito pelo psiquiatra.

Discordo totalmente \_\_\_\_\_ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente \_\_\_\_\_ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente \_\_\_\_\_ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente \_\_\_\_\_ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente \_\_\_\_\_ Concordo plenamente

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



Discordo totalmente \_\_\_\_\_ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente \_\_\_\_\_ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente \_\_\_\_\_ Concordo plenamente

Você se considera uma pessoa religiosa?  NÃO  SIM

Qual é sua religião? .....

Com que frequência você vai à igreja?

Uma vez por semana

Uma vez por mês

2 a 3 vezes por ano

Aproximadamente uma vez por ano

Quase nunca

Em sua opinião, entre as pessoas que cometeram suicídio, quantas você estima que sofriram de doença mental?

RESPOSTA: .....%

**Obrigado por sua colaboração!**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

UFMG

## FOLHA DE APROVAÇÃO

ATITUDES E PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES E PROFESSORES DE  
ENFERMAGEM FRENTE AO SUICÍDIO DE ADOLESCENTES

**LILIANE DE LOURDES TEIXEIRA SILVA**

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Saúde da Criança e do Adolescente, como requisito para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde - Saúde da Criança e do Adolescente, área de concentração Ciências da Saúde.

Aprovada em 11 de julho de 2014, pela banca constituída pelos membros:

*Cristina G. Alvim*

Prof<sup>ª</sup>. Cristina Gonçalves Alvim - Orientadora  
UFMG

*Eliana Aparecida Villa*

Prof<sup>ª</sup>. Eliana Aparecida Villa  
UFMG

*Cristiane de Freitas Cunha Grillo*

Prof<sup>ª</sup>. Cristiane de Freitas Cunha Grillo  
UFMG

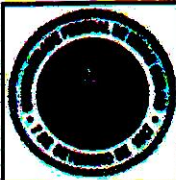
*Lindalva Carvalho Armond*

Prof<sup>ª</sup>. Lindalva Carvalho Armond  
UFMG

*Marília Ávila de Freitas Aguiar*

Prof<sup>ª</sup>. Marília Ávila de Freitas Aguiar  
FCMV

Belo Horizonte, 11 de julho de 2014.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

UFMG

## ATA DA DEFESA DE TESE DO ALUNO LILIANE DE LOURDES TEIXEIRA SILVA

Realizou-se, no dia 11 de julho de 2014, às 14:00 horas, sala 60/62, andar térreo da Faculdade de Medicina da UFMG da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada "ATITUDES E PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES E PROFESSORES DE ENFERMAGEM FRENTE AO SUICÍDIO DE ADOLESCENTES", apresentada por LILIANE DE LOURDES TEIXEIRA SILVA, número de registro 2010668337, graduado no curso de ENFERMAGEM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde - Saúde da Criança e do Adolescente, à seguinte Comissão Examinadora formada pelas professoras doutoras: Cristina Gonçalves Alvim (Orientadora), Eliana Aparecida Villa, Cristiane de Freitas Cunha Grillo, Lindalva Carvalho Armond (todas UFMG) e Marília Ávila de Freitas Aguiar (FCMV).

A Comissão considerou a tese:

Aprovada

Reprovada

Centro de Pós-Graduação  
Faculdade de Medicina / UFMG  
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - 5º andar  
CEP: 30130-100 - Funcionários - BH/MG

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 11 de julho de 2014.

*24/07/2014*  
CONFERE COM ORIGINAL  
Centro de Pós-Graduação  
Faculdade de Medicina - UFMG

*Cristina Gonçalves Alvim*  
Profª. Cristina Gonçalves Alvim ( Doutora )

*Eliana Aparecida Villa*  
Profª. Eliana Aparecida Villa ( Doutora )

*Cristiane de Freitas Cunha Grillo*  
Profª. Cristiane de Freitas Cunha Grillo ( Doutora )

*Lindalva Carvalho Armond*  
Profª. Lindalva Carvalho Armond ( Doutora )

*Marília Ávila de Freitas Aguiar*  
Profª. Marília Ávila de Freitas Aguiar ( Doutora )