



MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE

MARIA GARDENIA AMORIM

**ATITUDES E PERCEPÇÕES DE DOCENTES E DISCENTES DE MEDICINA
DIANTE DO SUICÍDIO**

FORTALEZA

2018

MARIA GARDENIA AMORIM

ATITUDES E PERCEPÇÕES DE DISCENTES E DOCENTES DE MEDICINA
DIANTE DO SUICÍDIO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde do Centro Universitário Christus, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Anamaria Cavalcante e Silva.

FORTALEZA

2018

Ficha catalográfica da obra elaborada pelo autor por meio do programa de geração automática da Biblioteca do Centro Universitário Christus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A525a Amorim, Maria Gardênia
Atitudes e percepções de docentes e discentes de Medicina diante do suicídio / Maria Gardênia Amorim; orientadora Ana Maria Cavalcante e Silva; coorientadora Marcos Kubrusly. Fortaleza, CE 2018.
121 p.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação Profissional de Ensino e Saúde) , Centro Universitário Christus - Unichristus, 2018.

1. Suicídio. 2. Estudantes. 3. Educação Médica. 4. Atitudes. I. Cavalcante e Silva, Ana Maria, orient. II. Kubrusly, Marcos, coorient. III. Título.

MARIA GARDENIA AMORIM

ATITUDES E PERCEPÇÕES DE DISCENTES E DOCENTES DE MEDICINA
DIANTE DO SUICÍDIO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde (MEPES), do Centro Universitário Christus, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Anamaria Cavalcante e Silva.

Aprovada em: 19/06/2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Anamaria Cavalcante e Silva
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof.^a Dr.^a Jocileide Sales Campos
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dr. João Joaquim de Freitas do Amaral
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

À minha querida família, especialmente à minha filha Giovanna Amorim, pelo amor, por ser alegria na minha vida e pela compreensão nas minhas ausências.

À professora Anamaria Cavalcante e Silva, minha orientadora, minha gratidão pelo apoio, colaboração, condução e incentivo para a realização deste estudo.

Ao professor Marcos Kubrusly, meu coorientador, meu agradecimento especial pela amizade, disponibilidade, incessante incentivo e por abrir portas e fazer as coisas acontecerem.

À professora Mônica Cordeiro, por contribuir para meu crescimento com ensinamentos novos, pela disponibilidade e apoio fundamentais para concretização deste estudo.

Ao professor Hermano Alexandre, pela paciência, ensinamentos de estatística, incentivo e colaboração durante a pesquisa quantitativa.

Aos estudantes Sócrates Belém e Isabella Plens, pela grande contribuição para a execução deste trabalho.

Aos colegas do mestrado, minha gratidão pela convivência agradável, pelo compartilhamento de experiências, afetos e leveza.

Aos professores do mestrado, seletos profissionais, por enriquecerem minha formação, sobretudo com novas perspectivas de ensino e aprendizagem.

Aos estudantes e professores que contribuíram para a realização deste estudo.

À professora Claudete Lima pela grande ajuda com a língua portuguesa.

À Unichristus, mentora do mestrado, que me permitiu realizar este sonho.

E a todas as pessoas, que direta ou indiretamente, contribuíram durante esta jornada.

RESUMO

O suicídio é um problema de saúde pública que vem crescendo nas últimas décadas. É a segunda causa de morte em pessoas entre 15 e 29 anos. É um tema complexo que precisa ser estudado, compreendido e refletido no sentido de trazer melhoria para o ensino e aprendizagem e para os sujeitos com comportamento suicida. Este estudo teve por objetivo compreender as atitudes e percepções de discentes e docentes da Faculdade de Medicina do Centro Universitário Christus (Unichristus) e da Universidade Estadual do Ceará (UECE) diante do suicídio. É um estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa, com amostra de 180 estudantes do 8º e 11º semestre e 57 professores de variados semestres dos cursos de medicina estudados. Os dados foram obtidos por meio de aplicação do Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida (SBAQ), validado por Botega *et al.* (2005), além de questionário sociodemográfico; aplicação de três grupos focais e de pesquisa da palavra “suicídio” nas ementas das faculdades de medicina da Unichristus e UECE. Os dados foram submetidos à estatística descritiva e analítica e à análise de conteúdo com o referencial de Bardin (2011), além da hermenêutica interpretativa. Os resultados demonstram que, na capacidade profissional, os escores foram baixos tanto para alunos (mediana 5,5), como para professores (mediana 5,25), podendo refletir a necessidade de melhor preparo técnico neste tema. No entanto, os discentes ($p=0,002$) que haviam atendido alguém com comportamento suicida e os do semestre mais avançado ($p=0,49$) sentiam-se mais confiantes diante de pacientes com risco de suicídio. Houve diferença significativa no fator direito ao suicídio, nos discentes que se diziam religiosos ($p=0,00$), nos que mais frequentavam cultos religiosos ($p=0,00$) e nos evangélicos e católicos ($p=0,00$), como também nos docentes que mais frequentavam cultos religiosos ($p=0,023$), refletindo atitudes mais moralistas, o que pode implicar na qualidade da assistência médica aos pacientes com comportamento suicida. Os resultados da pesquisa qualitativa foram agrupados em quatro categorias: 1. Ensino e aprendizagem; 2. Percepções sobre suicídio; 3. O que leva ao suicídio e 4. Desafios. Os resultados corroboraram os achados da pesquisa quantitativa quanto aos profissionais não estarem adequadamente capacitados para atender o comportamento suicida. Eles perceberam a gravidade do suicídio, relacionaram-no aos transtornos mentais e aos fatores de risco, referiram ser tema pouco falado, mas não aprenderam como abordar e conduzir o tratamento. Perceberam ainda o tabu como um entrave no processo de ensino e aprendizagem. Alunos e professores acreditavam que o suicídio deveria ter mais espaço no currículo e que deveria ser abordado através de metodologias ativas. Na pesquisa documental, a palavra *suicídio* apareceu em uma aula sobre o tema na Unichristus e foi referido na disciplina de Tanatologia na UECE. Não foi possível quantificar hora-aula. Conclui-se que o suicídio é assunto pouco falado nos cursos de Medicina pesquisados, o que contribui para a baixa capacitação e o sentimento de insegurança dos discentes e docentes e aponta para a necessidade de dar mais espaço ao tema na graduação médica, de forma a permitir aquisição de conhecimento e habilidade para a prática médica competente e preventiva de suicídio.

Palavras-chave: Suicídio. Estudantes. Educação Médica. Atitudes.

ABSTRACT

Suicide is a public health problem that has been growing in recent decades. It is the second cause of death in people between 15 and 29 years. It is a complex subject that needs to be studied and understood in order to bring improvement to teaching and learning, and to the quality of life to subjects with suicidal behavior. The purpose of this study was to understand the attitudes and perceptions of the students and professors of the medical school of the University Center Christus (Unichristus) and the State University of Ceará (UECE) in the face of suicide. This research is a transversal, descriptive, quantitative and qualitative study, with a sample of 180 students from the 8th and 11th semester and 57 professors from several semesters of the medical courses studied. The data were obtained through the application of the Suicidal Behavior Questionnaire (SBAQ), validated by Botega *et al.* (2005), as well as through a sociodemographic questionnaire; the application of three focal groups and the search for the word "suicide" in the syllabus of the medical courses of Unichristus and UECE. Data were submitted to descriptive and analytical statistics and content analysis with the theoretical reference of Bardin (2011), in addition to interpretive hermeneutics. The results show that in the professional capacity, scores were low for both students (median 5.5) and teachers (median 5,25), which may reflect the need for better technical preparation in this subject. However, students ($p = 0.002$) who had seen someone with suicidal behavior and students in the most advanced semester ($p = 0.49$) felt more confident about patients at risk for suicide. There was a significant difference concerning the issue of suicide as an individual right, for those students who were said to be religious ($p = 0.00$), those who attended religious services ($p = 0.00$) and evangelicals and catholics ($p = 0.00$), ($p = 0.023$), these results reflected more moralistic attitudes, which may influence on quality of medical care for patients with suicidal behavior. The results of the qualitative research were grouped into four categories: 1 Teaching and learning; 2 Perceptions about suicide; 3 What leads to suicide and 4 Challenges. The results corroborate the findings of the quantitative survey in that the professionals are not adequately trained to respond to suicidal behavior. They noted the severity of the suicide, related it to mental disorders and risk factors, reported being a poorly spoken topic and did not learn how to approach and conduct treatment, but also perceived the taboo as a hindrance in the process of teaching learning. Students and teachers believed that suicide should have more space in the curriculum and that it should be addressed through active methodologies. In documentary research, the word suicide appeared in a class on the subject in Unichristus and referred to in the discipline of Thanatology in the UECE. It was not possible to quantify lesson time. It is concluded that suicide is a subject rarely spoken in the medical courses, which contributes to the lack of qualifications and the insecurity of students and professors, it also points to the necessity of giving more space to the subject in medical graduation.

Keywords (DeCs): Suicide. Students. Medical Education. Attitudes.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma 1: Distribuição da amostra por discentes.....	34
Fluxograma 2: Distribuição da amostra por docentes	34
Quadro 1: Fatores de risco gerais para o suicídio.....	22
Quadro 2: Fatores de proteção contra o suicídio	24
Quadro 3: Escala de avaliação de risco de suicídio e sugestão de conduta para profissionais de saúde – OMS	25
Quadro 4: Categorias e subcategorias dos discentes	57
Quadro 5: Categorias e subcategorias dos docentes.....	58
Desenho 1	68
Desenho 2.....	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características descritivas da amostra dos discentes do curso de medicina da Unichristus e UECE	39
Tabela 2: Características descritivas da amostra dos discentes do 8° e 11° semestres do curso de medicina da Unichristus e UECE	40
Tabela 3: Características sociodemográficas dos docentes do curso de Medicina da Unichristus e UECE.....	41
Tabela 4: Análise descritiva dos fatores do Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida realizado com os discentes do 8° e 11° semestres da Unichristus e UECE.....	42
Tabela 5: Comparação dos fatores do Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida entre os discentes do 8° e 11° semestres da Unichristus e UECE	44
Tabela 6: Comparação dos três fatores do Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida com as variáveis sociodemográficas dos discentes.....	45
Tabela 7: Análise descritiva dos fatores do Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida, segundo os docentes do estudo.....	50
Tabela 8: Comparação dos três fatores do Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida e as variáveis sociodemográficas dos docentes da Unichristus e UECE.....	51

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1: Capacidade profissional entre os estudantes do 8º e 11º semestre que atenderam ou não alguém com comportamento suicida..... 47
- Gráfico 2: O direito ao suicídio entre os discentes da Unichristus e UECE que se consideram religiosos ou não 48
- Gráfico 3: O direito ao suicídio de acordo com a frequência a cultos religiosos dos discentes da Unichristus e UECE 49
- Gráfico 4: Os sentimentos negativos entre os docentes da Unichristus e UECE que se diziam religiosas ou não..... 52
- Gráfico 5: O direito ao suicídio de acordo com a frequência a cultos religiosos dos docentes da Unichristus e UECE..... 53

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 Suicídio e o impacto na sociedade	17
3.2 Explicações teóricas sobre o suicídio	18
3.2.1 Teoria biomédica	18
3.2.2 Teorias psicológicas	19
3.2.3 Teoria social	20
3.3 Fatores de risco do suicídio	21
3.4 A importância da prevenção do suicídio	23
3.5 Ensino médico e suicídio	25
4 METODOLOGIA	29
4.1 Aspectos éticos	29
4.2 Tipo de estudo	29
4.3 Cenário do estudo	30
4.4 Fase I - Pesquisa quantitativa	31
4.4.1 População e amostra	31
4.4.2 Instrumento de pesquisa	32
4.4.3 Procedimento de coleta de dados	33
4.4.4. Análise dos dados	34
4.5 Fase II - Pesquisa qualitativa	35
4.5.1 Sujeitos da pesquisa	35
4.5.2 Instrumento de pesquisa	35
4.5.3 Estruturação dos Grupos Focais e coleta de dados	36
4.5.4 Análise dos resultados	37
4.5.5 Pesquisa documental	38
5 RESULTADOS	39
5.1 Resultados e discussão da pesquisa quantitativa	39
5.2 Resultados e discussão da pesquisa qualitativa	57
5.2.1 Ensino/aprendizagem	58

5.2.2 Atitudes e percepções	64
5.2.3 O que leva ao suicídio	69
5.2.4 Desafios	72
6 ANÁLISE DA PESQUISA DOCUMENTAL	76
7 CONCLUSÃO	78
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICE A (QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO)	86
APÊNDICE B (ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA)	87
APÊNDICE C (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO) . 88	
APÊNDICE D (RELATÓRIO TÉCNICO)	90
ANEXO I (QUESTIONÁRIO DE ATITUDES EM RELAÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICIDA)	116
ANEXO II (FOLHA DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA)	121

1 INTRODUÇÃO

Suicídio é o ato deliberado de tirar a própria vida, mesmo que o indivíduo o faça com ambivalência (OMS, 2000). Tem determinantes multifatoriais, resultado de uma complexa interação de fatores psicológicos, biológicos, culturais e socioambientais.

O suicídio, uma das cinco principais causas de morte (WHO, 2014), é um problema complexo, uma questão de saúde pública mundial, que vem crescendo nos últimos 45 anos na população jovem de países de baixa e média renda.

A estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) é que ocorre cerca de um milhão de mortes por suicídio no mundo, mais que a soma total das mortes nas guerras e por homicídios, o que confere uma morte a cada 40 segundos (WHO, 2008).

No que se refere ao Brasil, é o oitavo país com maior número de suicídio no mundo, com a taxa de mortalidade por autoextermínio de 5,8/100.000 habitantes em 2012, segundo estimativa do OMS e apresenta um aumento crescente na população jovem e entre idosos e indígenas (WHO, 2012).

No contexto local, segundo os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), o coeficiente de mortalidade por suicídio no Ceará foi de 6,5 por 100.000 habitantes e na região metropolitana de Fortaleza, 5,8/100.000 habitantes.

Neste cenário, vários estudos têm chamado atenção para os fatores de riscos do suicídio. Entre os principais, citam-se: estar na faixa etária entre 19 a 39 anos ou ser idoso; ter tido tentativa anterior; sofrer de transtorno mental, entre outros fatores (CFM, 2014; BOTEAGA, 2015). Os dois principais fatores de risco são a tentativa anterior, que é o fator preditivo mais importante, pois, em média, 50% dos que se suicidaram já haviam tentado previamente, e os distúrbios mentais, pois quase todos os suicidas apresentam algum tipo de distúrbio (cf. BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEAGA, 2010).

Atenção especial deve ser dada aos adolescentes, pois, como Aberastury e Knobel (2005) afirmam, os adolescentes vivem momento de grandes mudanças psicológicas, fisiológicas e sociais, que implicam em luto pela perda da infância e entrada no mundo desconhecido dos adultos, criando ansiedades, angústia e crises emocionais, que predispõem ao comportamento suicida. Além destes fatores, corroboram para este comportamento a onipotência, a imaturidade emocional, a propensão ao imediatismo e a impulsividade. Portanto, os adolescentes têm maior

dificuldade de enfrentar os estresses agudos, que podem funcionar como desencadeantes de ato suicida. Não é raro, adolescentes, diante das dificuldades, terem pensamentos de suicídio passageiros, sem caracterizar distúrbio. Caso contrário, pensamentos intensos e prolongados necessitam de intervenção (BOTEGA, 2015).

Nesse contexto, o conhecimento de todos estes fatores de risco é de suma importância, uma vez que, identificado e tratado adequadamente, o suicídio pode ser evitado (CORRÊA; BARRERO, 2006). Com este propósito, o Brasil em 2006, lançou a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, que, dentre os principais objetivos, inclui “promover a educação permanente dos profissionais de saúde na atenção básica, no programa de saúde da família, na saúde mental e nos serviços de urgências e emergências sobre suicídio” (BRASIL, 2006b). Ainda com o propósito de melhor conhecer a dimensão deste problema e traçar estratégias eficazes de prevenção, a tentativa de suicídio passou a ser, em 2011, de notificação compulsória (BRASIL, 2011). Mesmo assim, fatores como o estigma e o tabu precisam ser combatidos especialmente, porque têm impedido a detecção precoce do comportamento suicida (CFM, 2014).

Apesar da existência de diversas publicações científicas sobre prevenção do suicídio, há trabalhos mostrando que os profissionais de saúde não estão capacitados para atender adequadamente o indivíduo com risco de suicídio, seja por falta de conhecimento, seja por questões morais ou ligadas aos mitos (VIDAL; GOTIJO, 2013; CFM, 2014; BOTEGA, 2015).

Durante 15 anos de experiência como psiquiatra clínica no serviço público e na clínica privada, tenho observado a crescente demanda do atendimento de jovens com comportamento suicida, variando de ideação à tentativa de suicídio, em vários graus de gravidade e em contextos diversos. Um fato que chama atenção e que ocorre com muita frequência, durante a escuta e a investigação, é a identificação de um sofrimento com comportamento suicida que se iniciou há meses, muitas vezes sem a percepção dos familiares ou dos profissionais de saúde com que os jovens tiveram contato, seja em pronto atendimento ou na atenção básica, a que recorrem muitas vezes com somatizações, quando o caso não envolve situação de urgência. Nos casos encaminhados das emergências, após tentativa de suicídio, observei também tratar-se de portadores de um sofrimento de meses, alguns só percebidos no momento da tentativa.

Fiquei me perguntando por que isto ocorria. Seria por falta de conhecimento dos profissionais sobre o assunto? Seria por que na urgência e emergência se privilegiam os aspectos técnicos da Medicina e não se percebem os aspectos psicossociais? Seria devido a sentimentos negativos influenciados pela cultura religiosa sobre a morte e o suicídio? Ou ainda por medo de errar ou sentir-se responsável diante do comportamento suicida? Essas inquietações me fizeram refletir sobre o que fazer, além de escutar, acolher e cuidar de crises suicidas, e motivaram-me para este estudo.

Nessa perspectiva, Luoma, Martin e Pearson (2002) encontraram falta de percepção do sofrimento psíquico pelos profissionais de saúde das pessoas com comportamento suicida na atenção básica, pois 75% dos que tentaram suicídio procuraram este serviço básico de saúde no ano anterior e 45% até três meses antes da tentativa.

Ramos e Falcão (2011) verificaram que médicos residentes da clínica médica se sensibilizavam quando atendiam aqueles que tentaram suicídio, mas não estavam familiarizados com a bibliografia especializada, nem com os procedimentos de atendimento normatizados pelo Ministério da Saúde e pela OMS sobre o assunto.

Em Vidal e Gontijo (2013), foi observado o despreparo dos profissionais médicos conforme a visão dos usuários que tentaram o suicídio e foram atendidos no pronto atendimento. Estes percebiam posturas pouco humanizadas, frieza, entre outras questões relacionadas com a estrutura do serviço de saúde.

Desta forma, é necessária uma reflexão crítica para entender como estudantes e professores, durante a formação médica, se posicionam diante do suicídio e como ocorre o processo de ensino/aprendizagem sobre autoextermínio nas escolas médicas, tendo em vista que os discentes serão os futuros profissionais a atuarem nos serviços de saúde e a enfrentarem o comportamento suicida.

Este estudo objetiva compreender as atitudes¹ e percepções dos docentes e discentes de Medicina frente ao suicídio, esperando proporcionar conhecimento que favoreça o aprimoramento do ensino e aprendizagem desta temática.

¹ Adota-se, neste trabalho, a noção de atitude, corrente na psicologia social, como uma “organização duradoura de crenças e cognições em geral, dotada de carga afetiva pró ou contra um objeto social definido, que predis põe a uma ação coerente com as cognições e afetos relativos a este objeto” (RODRIGUES, 1972, p. 397).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender as atitudes e percepções de alunos e professores de medicina, frente ao suicídio.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer como os discentes e docentes do curso de Medicina lidam com o comportamento suicida;
- Identificar a concepção de discentes e docentes do curso de Medicina em relação ao direito ao suicídio;
- Analisar o conteúdo e o tempo dispensado no ensino sobre autoextermínio nos cursos de Medicina pesquisados;
- Conhecer como os docentes e discentes de Medicina percebem a formação do médico em relação ao suicídio e identificar os sentimentos em relação ao autoextermínio.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para melhor conhecimento da condução do suicídio e aprimoramento do seu ensino nas escolas médicas, docentes e discentes devem inicialmente compreender a sua complexidade, partindo do conceito, teorias, fatores de riscos e prevenção.

3.1 O Suicídio e o impacto na sociedade

Etimologicamente, a palavra suicídio deriva do latim, *sui* = si mesmo e *caedes* = ação de matar. Significa matar-se a si mesmo (LOUZÃ NETO; ELKIS, 2007). A palavra surgiu pela primeira vez no século XVII, na obra de Thomas Browne, na Inglaterra.

O autoextermínio faz parte de um comportamento que inclui a ideação suicida, a tentativa de suicídio e o ato suicida. Na ideação, só há pensamentos sobre suicídio sem planos; na tentativa, há ideias persistentes de suicídio, com planos e tentativas, e no ato ocorre o suicídio, o fato consumado (BOTEGA, 2017).

É reconhecido como problema complexo, influenciado por múltiplos fatores. (BOTEGA, 2017). O autoextermínio é três vezes mais frequente nos homens e a tentativa é 4 vezes mais frequente nas mulheres e está muito associado aos transtornos mentais (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

Analisando-se através do tempo, o suicídio sempre existiu e foi considerado de diferentes formas, mudando com a evolução da história. Para os povos primitivos, era um costume; na Antiguidade, era um direito, que precisava ser consentido; na Idade Média, era um pecado, porque só Deus podia tirar a vida de alguém; no século XVII, era um dilema e, na atualidade, é um problema de saúde mental. Apesar de a concepção sobre o suicídio ter mudado ao longo do tempo, muitas das visões anteriores persistem até hoje no imaginário coletivo (BOTEGA, 2015; WERLANG, 2004).

O autoextermínio é considerado um problema de saúde pública mundial que vem aumentando, sobretudo, nos jovens e idosos em países em desenvolvimento. A perspectiva da Organização Mundial da Saúde é que ocorram cerca de 1.500.000 mortes por ano no mundo em 2020, o que significa uma morte a cada 20 segundos. É a segunda causa de morte entre 15 e 29 anos e tem impactado a sociedade, tanto pela quantidade de perdas prematuras de vidas, como pelo grande

sofrimento causado na vida dos familiares e nas pessoas do convívio, seja no trabalho, na vizinhança ou na escola. Calcula-se que, para cada suicídio, 5 a 6 pessoas sejam impactadas, vivenciem grande sofrimento. Há também grande impacto socioeconômico causado pelo suicídio, calculado em anos perdidos corrigidos pela incapacidade (*Disability Adjusted Lost Years- DALY*), que, nessa mesma estimativa, correspondeu a 1,4% do fardo global, em decorrência de doenças e agravos à saúde (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEAGA, 2010; BOTEAGA, 2015; WHO, 2012).

Dados atualizados sobre o suicídio no Brasil apontam aumento de 12% entre 2011 e 2015, 79% em homens e 21% em mulheres. Há de se ressaltar que no Brasil há subnotificação e uma grande variabilidade regional nas taxas. As taxas de suicídio aumentaram em pessoas com mais de 65 anos e indígenas. Entre pessoas entre 15-24 anos, aumentaram 10 vezes (BRASIL, 2017).

Diante dessa realidade, a capacitação dos profissionais de saúde para lidar com a realidade do autoextermínio é uma das estratégias recomendadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde. A discussão e a reflexão ampla desse tema na graduação médica contribuiriam para que os futuros profissionais de saúde tivessem atitudes mais positivas na prevenção do suicídio.

3.2 Explicações teóricas sobre o suicídio

Na tentativa de compreender o suicídio, estudiosos de diversas áreas do conhecimento ao longo da história criaram teorias para explicá-lo. Devido à complexidade do autoextermínio, nenhuma dessas teorias por si só foi suficiente para esclarecê-lo, no entanto, o conjunto se complementa e possibilita uma melhor compreensão do problema (BOTEAGA, 2015). Abaixo estão algumas das mais importantes.

3.2.1 Teoria biomédica

Esquirol e Pinel foram os primeiros a tentarem explicar o suicídio através da teoria psiquiátrica, em que o autoextermínio estava associado à alienação mental, e, portanto, era algo a ser tratado e não punido (CORRÊA; BARRERO, 2006). Essa ideia prevalece na atualidade, pois os estudos mostram que a maioria dos suicídios estão relacionados com transtornos mentais, sendo a depressão e o abuso de substâncias psicoativas os de maior prevalência (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002b).

Os achados dos estudos e pesquisas evidenciaram uma combinação entre predisposição genética e fatores ambientais na ocorrência do suicídio, principalmente com relação aos comportamentos agressivos/impulsivos. Em termos biológicos, há evidência de alterações no funcionamento do sistema serotoninérgico, pelos achados de baixo nível do ácido 5-hidroxi-indolacético (5-HIAA) no líquor das pessoas que haviam tentado suicídio, como também em pessoas agressivas e impulsivas e em partes do cérebro de indivíduos que tinham cometido suicídio (CORRÊA; BARRERO, 2006).

Outra evidência é o estudo genético que mostra a concordância para o suicídio em gêmeos monozigóticos 17 vezes maior que nos gêmeos dizigóticos. Além disso, pesquisas na área da genética molecular têm encontrado vários genes relacionados com o suicídio, sendo os de maior significância o TPH1 e 5-HTTLPR ligados ao metabolismo da serotonina (BOTEGA, 2015).

3.2.2 Teorias psicológicas

Existem várias visões psicológicas para explicar o suicídio. Todas levam em consideração a estrutura psicológica do indivíduo na causa do autoextermínio e se complementam ou inter-relacionam-se entre si em várias circunstâncias, entre elas estão as que se seguem.

A primeira teoria para entender o ato suicida teve como referência o estudo de Freud *Luto e Melancolia* (1917). Este autor observou que, na melancolia, o indivíduo introjetava o objeto de amor perdido, e o impulso agressivo voltava-se contra si próprio. Suicidando-se, eliminaria a perda do objeto e se vingaria do causador da perda.

Outro trabalho de Freud, que trouxe entendimento para o autoextermínio, foi *Além do Princípio do Prazer* (1920), quando falou pela primeira vez em pulsão de morte (*Tanatos*), empenhada na destrutividade. Em contraponto, a pulsão de vida (*Eros*), junto a outras forças da libido, empenha-se na autoconservação e tenta impedir a autodestruição. Quando há um desequilíbrio e *Tanatos* predomina, o suicídio pode ocorrer.

Baseado na teoria de Freud, o psicanalista Karl Menninger (1938) ampliou a visão sobre a autodestruição humana e considerou o suicídio um homicídio invertido, devido à raiva dirigida contra alguém. Acreditava que, para um indivíduo cometer autoextermínio, deviam existir pelo menos três desejos: desejo de matar, de morrer e

de ser morto. O primeiro estava relacionado à raiva e vingança do outro, o segundo ao sentimento de culpa e necessidade de ser punido e o último à possibilidade de unir-se a outros já falecidos ou à fantasia de renascer para outra vida (CORRÊA; BARRERO, 2006; BOTEGA, 2015).

Cassorla (2017), baseado nos fundamentos psicanalíticos, considera o suicídio uma condição de fantasias inconscientes. Suas ideias não diferem do já afirmado anteriormente, mas acrescenta que aqueles que não conseguem concretizar o suicídio estão pedindo ajuda.

A visão da teoria comportamental é a de que o suicídio é um comportamento de esquiva máxima, complicado por contingências coercitivas, como punição e reforçamento negativo. Isto provoca sentimento de culpa e de incapacidade intoleráveis e, para evitar uma grande dor e sofrimento, o indivíduo tira a própria vida. Pode ser visto em pessoas que apresentam deficiência na habilidade social para resolver problemas, que tem rigidez cognitiva e que percebem a vida de forma dicotômica, com falta de flexibilidade e sem percepção de novas alternativas para enfrentar situações difíceis (BOTEGA, 2015).

3.2.3 Teoria social

Durkheim (1897) inovou e ampliou a compreensão do suicídio, relacionando-o com os fatores sociais, com o coletivo, e não reconhecia os fatores psíquicos e biológicos em sua gênese. Observou como causa a coesão social. Encontrou nas suas estatísticas fatos que são ainda atuais, tais como: o suicídio ocorre mais em homens que em mulheres, mais em solteiros, mais nos que não têm filhos, mais nos soldados.

Para Durkheim, existiam três tipos suicídios: o egoísta, o altruísta e o anômico. O suicídio egoísta ocorria em indivíduos com baixa integração social, que isolavam-se, como acontece com idosos e aposentados, ficando mais susceptíveis. O suicídio altruísta se dava em pessoas com integração social excessiva, que davam a vida por questões políticas ou religiosas, como ocorre com o homem-bomba na atualidade, e o suicídio anômico ocorria quando a coesão social inexistia, como nos momentos de crise econômica.

Cassorla (1998) fez uma importante reflexão sobre o referencial de Durkheim, a sociedade atual e a psicanálise. Lembrou como as correlações estatísticas, embora continuem sendo muito utilizadas, continuam limitadas na

compreensão do suicídio e chamou a atenção para a utilidade da classificação de Durkheim, para um conhecimento maior sobre as interações entre o mundo interno e o externo na atualidade. Fez correlação entre suicídios egoístas e a possibilidade de ocorrerem nas personalidades narcísicas, tão vazias, superficiais, competitivas, individualistas, imediatistas e consumistas. Por fim, reconheceu a necessidade de interdisciplinaridade para aprofundamento da compreensão da complexidade do tema.

3.3 Fatores de risco do suicídio

Os fatores de risco para o suicídio são muito bem estudados e sofrem a influência dos fatores sociodemográficos, da genética, dos fatores culturais, da história familiar, dos estressores ambientais, da personalidade e dos transtornos mentais, entre outros. Eles surgem em combinações diversas, em diferentes situações, visto que o suicídio é multicausal (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010; CORRÊA; BARRERO, 2006; CFM, 2014).

Os fatores de risco do autoextermínio são importantes porque subsidiam a prevenção. Na prática clínica, o reconhecimento desses fatores é um recurso de extrema importância para a prevenção e intervenção precoce. Apesar de serem bem conhecidos, os profissionais médicos pouco se apropriam do conhecimento dos fatores de risco na clínica (WHO, 2014).

Meleiro (2013) chama atenção para a tentativa prévia de suicídio, pois o indivíduo tem 5 a 6 vezes mais chance de tentar novamente e é 38 vezes mais propenso a morrer por suicídio.

O suicídio está muito associado aos transtornos mentais. Bertolote e Fleischmann (2002b) realizaram ampla pesquisa de revisão das publicações científicas em mais de 40 anos, com mais de 15.000 casos de suicídio e encontraram relação entre autoextermínio e transtornos mentais. Os transtornos do humor (35,8%) foram os mais relacionados com autoextermínio, seguidos pelos transtornos de abuso de substâncias psicoativas (22,4%), pelos transtornos de personalidade (11,6%), pela esquizofrenia (10,6%), entre outros. Chesney, Goodwin e Fazel (2014) referem aumento do risco de suicídio na associação de depressão com alcoolismo e de depressão com inquietação.

Com a finalidade de dar suporte aos profissionais de saúde, a OMS (2006) elencou os fatores de risco gerais, como descritos no quadro abaixo, também conhecidos como fatores predisponentes.

Quadro 1 - Fatores de risco gerais para suicídio

Estado socioeconômico e nível de educação baixo
Perda de emprego
<i>Stress</i> social
Problemas com funcionamento da família, relações sociais e sistemas de apoio
Traumas, tais como abuso físico e sexual
Perdas pessoais
Perturbações mentais, tais como: depressão, distúrbios de personalidade, esquizofrenia e abuso de substância
Sentimento de baixa autoestima ou de desesperança
Questões de orientação sexual, como a homossexualidade
Comportamentos idiossincráticos, como estilo cognitivo e estrutura de personalidade
Pouco discernimento, falta de controle da impulsividade e comportamentos autodestrutivos
Pouca competência para enfrentar problemas
Doença física e dor crônica
Exposição aos suicídios de outras pessoas
Acesso a meios para fazer-se mal
Acontecimentos destrutivos e violentos, como guerras ou desastres catastróficos

Fonte: OMS (2006).

Existem muitos outros fatores de risco, de natureza diversa, para serem considerados na avaliação do indivíduo com comportamento suicida. O autoextermínio ocorre ao longo da vida, mas, nas idades entre 15-29 anos e acima dos 75 anos, tem aumentado nas últimas décadas; ocorre três vezes mais no sexo masculino; nas pessoas com história familiar de suicídio ou tentativa prévia, em

peças que têm pais com transtorno psiquiátrico, nos que vivem isolamento social, nos que sofrem *bullying* e muitos outros (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010; BOTEGA, 2017; CFM, 2014; WHO, 2014).

Muitos profissionais de saúde tendem a valorizar mais os fatores precipitantes na hora do atendimento, aqueles que desencadearam o comportamento suicida, conhecidos como estressores, como separação conjugal, rompimento amoroso, perda de emprego, dentre outros. É também necessário investigar os fatores predisponentes, que estão por trás e vêm acontecendo há mais tempo. Ter visão ampla e contextualizada permitirá compreender melhor cada caso de comportamento suicida e melhorar a prevenção do autoextermínio (BOTEGA, 2015).

3.4 A importância da prevenção do suicídio

Por ser o suicídio considerado um problema de saúde pública mundial, seus impactos nas vidas e na sociedade motivaram a OMS a lançar, em 1999, o *Suicide Prevention Program- SUPRE* (cf. OMS, 2000), com a meta de redução da morbidade e mortalidade por suicídio no mundo. Este programa serviu de base e orientação para que os países com maiores taxas de mortalidade por suicídio criassem suas estratégias nacionais e programas de prevenção do autoextermínio (WHO, 2002).

Seguindo a recomendação da OMS, o Brasil lançou a *Estratégia de Prevenção do Suicídio* através da Portaria n.º 1876, de 14/08/2006, que destaca, no Art.2.º, inciso VIII, entre seus principais objetivos:

promover educação permanente sobre suicídio para os profissionais de saúde da atenção básica, programa de saúde da família e das urgências e emergências, além de elaborar um manual de prevenção de suicídio para os profissionais da saúde mental (BRASIL, 2006b).

Na tentativa de melhor conhecer a situação do autoextermínio no nosso país, a fim de melhor planejar as políticas públicas de prevenção, a tentativa de suicídio tornou-se, em 2011, de notificação compulsória. Mesmo assim, há subnotificação envolvendo o estigma ou dificuldade com as informações (BRASIL, 2011).

Para prevenir o suicídio, é necessário que os profissionais de saúde de todos os níveis estejam capacitados para reconhecer precocemente os sinais de risco e possuam conhecimento e habilidades para lidar com o autoextermínio, na tentativa de evitá-lo (WHO, 2012).

Sabe-se que existem muitas barreiras para ser vencidas que impedem a detecção precoce e, conseqüentemente, a prevenção do suicídio. Os sentimentos negativos e o estigma são muito significativos. A atitude de considerar o suicídio um pecado, que ocorria na Idade Média, é vista com muita frequência ainda hoje e explica o medo e a vergonha para falar sobre o assunto que causa tanto sofrimento e não poupa vidas (BOTEGA, 2015; CFM, 2014). Ao tabu, soma-se a dificuldade que as pessoas com comportamento suicida têm de procurar ajuda, sobretudo nos serviços de saúde, onde encontram, muitas vezes, profissionais sem a devida capacitação técnica e humana para intervir precocemente nesses casos (WHO, 2014).

Além do conhecimento sobre os fatores de riscos, é necessário conhecer os fatores protetores (Quadro 2), fazer uma boa entrevista clínica, com vinculação e escuta atenta, acolhedora, perguntar sobre a letalidade dos planos do paciente, incentivar a falar sobre seus problemas e sentimentos, reforçar a necessidade do tratamento, remover meios letais, tomar as decisões eficazes para gestão da crise e contar com outros profissionais de saúde e familiares (OMS, 2006).

Quadro 2 - Fatores de proteção contra o suicídio

Ausência de transtorno mental
Religiosidade ²
Suporte social positivo
Gravidez
Senso de responsabilidade para com a família
Estar empregado
Satisfação elevada com a vida
Boa capacidade de resolução de problemas
Boa capacidade de adaptação
Presença de criança em casa
Teste de realidade intacto
Boa relação terapêutica

Fonte: (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

² A religiosidade é aqui entendida como “uma atitude perante algo ou alguém bem como uma forma de imprimir sentido aos fenômenos percebidos no mundo e em si mesmo, representada por palavras ou comportamentos expressos por meio de experiência subjetiva” (VERGATE, *apud* AQUINO *et al.*, 2009, p 230).

As escalas para avaliação de risco de suicídio, embora não muito efetivas para detecção precoce do risco, servem para orientar os profissionais sem conhecimento de saúde mental. Com essa intenção, a OMS elaborou uma escala baseada em sintomas, com recomendação de investigação e de conduta, como descrita no Quadro 3.

Quadro 3 - Escala de avaliação de risco de suicídio e sugestão de conduta para profissionais de saúde –OMS

Risco de suicídio	Sinal/Sintoma	Investigação	Conduta
0	Nenhuma perturbação/ Nenhum desconforto	-	-
1	Leve perturbação emocional	Indague sobre ideação	Ouçã com empatia
2	Ideias vagas de morte	Indague sobre ideação	Ouçã com empatia
3	Ideias vagas de suicídio	Investigue a intenção (plano ou método)	Investigue as possibilidades
4	Ideias de suicídio sem transtorno mental	Investigue a intenção (plano ou método)	Investigue apoio
5	Ideias de suicídio com transtorno mental ou estressor grave	Investigue a intenção (plano ou método)	Encaminhe para cuidados psiquiátricos
6	Ideias de suicídio, com transtorno mental ou estressor grave ou agitação ou tentativa prévia	Faça um contrato Não deixe o paciente sozinho (para evitar tentativa)	Hospitalize

Fonte: OMS (2006).

Diante do exposto, é possível perceber que há uma diversidade de fatores e situações que diferem caso a caso, mas que, bem percebidos e conduzidos de forma precoce e adequada, podem causar impacto na redução da morbimortalidade por suicídio através da prevenção.

3.5 Ensino médico e suicídio

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Medicina, publicada em 2001, após vários anos de estudos e avaliações da educação médica,

trazem mudanças significativas na estrutura curricular, nos conteúdos e na metodologia, e o marco de um novo paradigma, o da integralidade. Com o objetivo de atenção à saúde, conhecimento, competência e habilidades, orientam que o médico deve atuar na proteção, promoção e prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde. Porém, não há referência específica no que concerne ao suicídio (BRASIL, 2014).

Após revisão das DCN em 2014, houve introdução, entre outras coisas, da saúde mental no internato e de aulas práticas desde os semestres iniciais, além da recomendação da educação permanente para o professor e suporte psicológico para o estudante. A nova proposta orienta um currículo voltado para atender aos desafios da sociedade atual, com visão integral do processo saúde/doença, ações interdisciplinares, com foco na gestão do cuidado, priorizando a atenção básica e as necessidades do SUS (BRASIL, 2014; KUSSAKAWA; ANTONIO, 2017). Este paradigma se contrapõe ao modelo tradicional, tecnicista, flexneriano, ainda vigente em muitas escolas médicas.

Dentro do novo paradigma da integralidade, a educação médica preconiza a utilização de metodologias ativas inovadoras que levam o estudante a um pensamento crítico, reflexivo, ativo, na busca de autonomia no conhecimento, aprendendo a aprender, e a uma aprendizagem significativa, pondo o professor no papel de facilitador, mediador do conhecimento para estimular a nova condição do discente (FREIRE, 1996). Entre estas metodologias ativas, destacam-se: Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), traduzido do inglês *Problem Based Learning* (PBL), Aprendizagem Baseada em Equipe (ABE) traduzido do inglês *Team Based Learning* (TBL) e o *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) (TIBÉRIO *et al.*, 2012; BOLLELA *et al.*, 2014).

O PBL é uma das metodologias ativas mais utilizadas, que tem como principal característica a aprendizagem baseada em problemas, com o objetivo de obter conhecimento integrado, usar habilidades para a solução dos problemas e desenvolver raciocínio clínico. O processo de aprendizagem ocorre em pequenos grupos, mediados por um professor, de forma colaborativa, integrada e interdisciplinar, estimulando o aluno ao pensamento reflexivo, a gostar de aprender, a compartilhar saberes, à valorização das trocas e a fortalecer a interação entre as pessoas. A aprendizagem é focada no aluno, na integração dos conteúdos básicos, clínicos e interdisciplinares e no aprender a aprender (LAMPERT, 2009).

Outra metodologia ativa muito utilizada no ensino médico é o TBL, que é uma estratégia educacional para grandes grupos, coordenada por um professor especialista no assunto em estudo, cujo papel é o de facilitador, que possibilita um trabalho de colaboração e interação entre pequenos grupos para resolver problemas e tomar decisões, com aprendizagem centrada no estudante. Estimula o trabalho em equipe, o compartilhamento de saberes e a aprendizagem significativa. É um método que tem menor custo e atinge maior número de pessoas (BOLLELA *et al.*, 2014).

Para avaliar as habilidades e competências clínicas, tem-se utilizado o OSCE, reconhecido como um método confiável para esse fim, pois cobre vários aspectos, desde os operacionais até aqueles relacionados com a fidedignidade, a acurácia e o preenchimento dos atributos de validade, viabilidade e impacto educacional. Cada competência é avaliada em uma estação, com paciente simulado, sob a observação de um instrutor, que usa um *checklist e faz o feedback na finalização* (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Apesar de algumas escolas médicas usarem metodologias ativas, constatam-se ainda lacunas no processo ensino/aprendizagem sobre o suicídio na formação médica, conforme referem Magalhães *et al* (2014).

Vários estudos têm apontado para falta de capacitação das equipes de saúde para atender pacientes com risco de suicídio, como evidenciado por Luoma, Martin e Pearson (2002), que observaram a falta de percepção do sofrimento psíquico daqueles que estavam com comportamento suicida na atenção básica de saúde, pois 45% das pessoas que tentaram suicídio procuraram o serviço de saúde até três meses antes da tentativa.

Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) observaram que os profissionais de saúde têm falsas crenças em relação ao comportamento suicida as quais prejudicam a capacidade de avaliação clínica e a investigação dos fatores de risco, porque lhes falta empatia na relação com esses pacientes. Tais atitudes negativas impedem a prevenção.

Nessa mesma perspectiva, outro estudo, Vidal e Gontijo (2013), constataram, nos serviços de urgência e emergência, a baixa capacidade das equipes de atendimento na assistência àqueles que tentaram suicídio. Observou muito estresse, dificuldades estruturais e posturas impessoais e desumanas.

O estudo de Oliveira *et al.* (2016) encontrou déficit na formação dos profissionais da saúde mental em relação ao suicídio. Na percepção desses

profissionais, não houve treinamento institucional para lidar com o comportamento suicida durante a graduação.

Aspectos culturais podem influenciar as atitudes diante do suicídio como observadas nos estudantes de psicologia de Ghana e Uganda, que têm atitudes mais restritivas em relação ao autoextermínio, porque não o percebem como um direito, em contraposição aos estudantes de psicologia na Noruega, que tiveram atitudes mais permissivas, pois, nesta cultura, o suicídio é visto como um direito ou um pedido de ajuda (HJELMELAND, 2008).

Etzersdorfer (1998) também avaliou as atitudes dos estudantes de Medicina em relação ao suicídio e encontrou atitudes mais restritivas em relação ao direito de cometer suicídio nos estudantes indianos e atitudes mais permissivas nos vienenses.

Os desafios são grandes sobre o ensino do suicídio, pois envolvem as escolas médicas, o preparo dos docentes e discentes, o trabalho interdisciplinar e em rede e a compreensão de sua complexidade.

4 METODOLOGIA

Este estudo tem abordagem quantitativa e qualitativa, portanto com diferenças peculiares e específicas na metodologia de cada uma delas, porém com aspectos éticos comuns, como se pode ver a seguir.

4.1 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Unichristus, com o número do parecer do CEP 56433716.80000.5049, com anuência da Universidade Estadual do Ceará. Foram respeitados todos os princípios éticos que regem a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CSN/ Ministério da Saúde – MS, que regulamenta a pesquisa em seres humanos. Os sujeitos colaboradores foram esclarecidos quanto ao objetivo geral do estudo e os procedimentos de coletas de dados, principalmente no que se refere ao uso da entrevista. Todos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice C).

4.2 Tipo de estudo

O presente estudo é uma pesquisa transversal, com abordagem qualitativa e quantitativa e com uso da triangulação de métodos. As abordagens quantitativas e qualitativas exigem teoria e métodos próprios e se prestam a fins de natureza diferenciada. As primeiras visam a dimensionar e quantificar os dados de processo ou de resultados. As segundas são apropriadas para aprofundar a história, compreender as representações psíquicas e sociais, os símbolos, os valores, as experiências e as crenças, e dar atenção aos sinais que não podem ser entendidos objetivamente (MINAYO, 2001).

A triangulação de método, segundo Minayo (2001), é uma dinâmica de investigação que integra a análise das estruturas, dos processos e resultados, a compreensão das relações envolvidas e a visão dos sujeitos participantes na construção de um conceito ou projeto. Com esse sentido, a escolha por uma metodologia mista veio pela necessidade do meu objeto de estudo, que é compreender as atitudes e percepções dos discentes e docentes do curso de Medicina, diante do suicídio.

4.3 Cenário do estudo

A presente pesquisa foi realizada em duas fases, com amostras distintas, no período de maio de 2016 a agosto de 2017, nas Faculdades de Medicina do Centro Universitário Christus (Unichristus) e da Universidade Estadual do Ceará (UECE), na cidade de Fortaleza.

Fortaleza tem a população estimada, em 2017 pelo IBGE, em mais de 2.600.000 habitantes, com PIB *per capita* de 22.057,2. É uma cidade que vem crescendo muito em termos populacionais e que tem problemas sérios em vários sentidos, como desordenação urbana e aumento da violência, entre outros. É importante centro de referência para vários municípios e estados vizinhos, sobretudo nas áreas da saúde e da educação superior. É o maior centro de formação médica do estado do Ceará, possuindo quatro faculdades de medicina, duas públicas e duas privadas.

Dentre as Faculdades de Medicina de Fortaleza, optei por selecionar duas que tinham características das demais: uma pública, que usa o método tradicional de ensino e uma privada, que usa metodologia híbrida, o método tradicional e metodologias ativas. Ambas foram implantadas para atender às demandas locais e regionais, com o compromisso de formar profissionais generalistas, humanistas, com visão crítica e reflexiva da realidade, capazes de transformação social, de acordo com as exigências das Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação do curso de Medicina.

O Centro Universitário Christus (Unichristus), *Campus* Parque do Cocó, é uma instituição privada, que oferece 14 cursos de graduação em diversas áreas e cursos de pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*. A Faculdade de Medicina foi criada em agosto de 2006 e está localizada na Rua João Adolfo, 133, no bairro Cocó. Usa metodologia de ensino híbrida, método tradicional e metodologias ativas, como já foi referido.

A Universidade Estadual do Ceará (UECE), *Campus* Itaperi, é uma instituição pública, que oferece 27 cursos de graduação, 59 cursos de pós-graduação *lato sensu* e 44 *stricto sensu*. A Faculdade de Medicina da UECE está localizada na Av. Silas Munguba, 1700, no bairro Itaperi. É uma faculdade que forma médico generalista, usando predominantemente o método tradicional de ensino. Foi implantada em setembro de 2002.

4.4 Fase I - Pesquisa quantitativa

4.4.1 População e amostra

A população estudada foi de 237 indivíduos, entre professores e alunos de Medicina da Unichristus e da UECE.

A amostra de estudantes de Medicina foi composta por alunos do oitavo e do décimo primeiro semestres da UECE e da Unichristus. O cálculo da amostra foi de 180 indivíduos, com poder de teste de 80% e nível de significância de 5%. Foi considerada uma proporção inicial de conhecimento sobre suicídio de 70%, com a precisão de 15%. A escolha desses semestres para pesquisa foi baseada no fato de os discentes já terem passado pela disciplina de Clínica Médica e Psiquiatria e já terem agregado outros conhecimentos e experiência no decorrer do curso. Os critérios de inclusão foram alunos do oitavo e do décimo primeiro semestres de Medicina, devidamente matriculados nas instituições selecionadas, que exerciam suas atividades regularmente e que concordaram em participar do estudo. Os critérios de exclusão foram alunos do oitavo e décimo primeiro semestres de medicina que, por alguma razão, não cursaram a disciplina de psiquiatria e/ou não preencheram o TCLE.

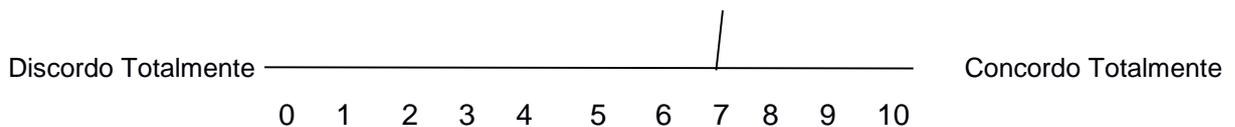
A amostra seria distribuída equitativamente, porém se observou, na prática, que, nas turmas do oitavo e do décimo primeiro semestres da Faculdade de Medicina da UECE, só havia 36 e 39 discentes, respectivamente, totalizando 75 discentes. Para não haver prejuízo, aumentou-se o número da amostra dos discentes do Centro Universitário Unichristus para 105, sendo 54 do oitavo semestre e 51 do décimo primeiro semestre. Devido a essa desigualdade, usou-se ponderação de dados para deixar os grupos equivalentes para análise dos resultados. Vale ressaltar que todos os estudantes da UECE concordaram em participar da pesquisa.

A amostra dos docentes foi composta por 57 sujeitos, estimada com a proporção inicial de conhecimento sobre suicídio em 75%, com precisão de 15% e nível de significância de 5%. A distribuição da amostra foi realizada de forma aleatória, sendo 29 professores da Unichristus e 28 da UECE. Os critérios de inclusão foram docentes vinculados às instituições selecionadas, que aceitaram participar do estudo e que estavam em pleno exercício da docência. Os critérios de exclusão foram recusa em participar do estudo, não preenchimento do TCLE e preenchimento incorreto do questionário.

4.4.2 Instrumento de pesquisa

Para avaliar as atitudes de docentes e discentes do curso de Medicina, diante do suicídio, utilizou-se como instrumento o Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida (SBAQ), validado por Botega *et. al.* em 2005, único no Brasil para esta finalidade, que já foi aplicado a profissionais da enfermagem (BOTEGA *et al.*, 2005), a estudantes de Medicina (MAGALHÃES *et al.*, 2014) e a profissionais da rede de saúde municipal, inclusive da saúde mental, em Campinas, São Paulo (CAIS, 2011).

O SBAQ (Anexo I) é uma escala de 21 itens visuais analógicos que mede aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais dos profissionais da saúde diante do suicídio. Cada item compreende uma escala visual de 10 cm que varia entre discordância total e concordância total. Sua consistência interna foi avaliada através de análise fatorial. Cada pergunta recebe uma marcação de distância, como vemos a seguir: Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar (BOTEGA *et. al.*, 2005).



As perguntas foram agrupadas pelo autor em três fatores: “sentimentos negativos perante o paciente suicida”, com sete questões (Q2, Q5, Q9, Q13, Q15, Q17 e Q19), “percepção da capacidade profissional”, com quatro questões (Q1, Q7, Q10 e Q12) e “direito ao suicídio”, com cinco questões (Q3, Q4, Q6, Q16 e Q18). O valor total dos escores das questões de cada fator é: 70 pontos para sentimentos negativos, quanto maior a pontuação, mais sentimentos negativos; 40 pontos para capacidade profissional, quanto maior a pontuação, maior é a capacidade profissional e 50 pontos para direito ao suicídio. Este último, quanto maior a pontuação, maior é a atitude condenatória, com exceção da questão três, que tem o valor invertido, como também a questão 12 da capacidade profissional.

As questões Q8, Q11, Q14, Q20, Q21 não foram somadas aos fatores da escala, por não se enquadrarem nas exigências dos três fatores.

Para melhor compreensão, acrescentou-se um Questionário Sociodemográfico (Apêndice A), com informações sobre sexo, religião, frequência a

cultos religiosos, relação do suicídio com transtorno mental, atendimento a caso de comportamento suicida, como também tempo de docência e de formação, no caso dos professores.

4.4.3 Procedimento de coleta de dados

O questionário foi aplicado por pesquisadores experientes, em lugar tranquilo, com os participantes à vontade.

A aplicação do questionário aos alunos da UECE do oitavo semestre ocorreu no próprio *campus*, na sala de aula, antes do início das aulas, com explicação do objetivo da pesquisa, com leitura e assinatura do TCLE, respeitando-se todos os princípios éticos. Assim ocorreu em todas as coletas posteriores. Aos alunos do décimo primeiro semestre, o questionário foi aplicado nos hospitais conveniados por onde estavam distribuídos, agendados previamente, visto que estavam em atividade do internato. Todos os 75 discentes responderam ao questionário.

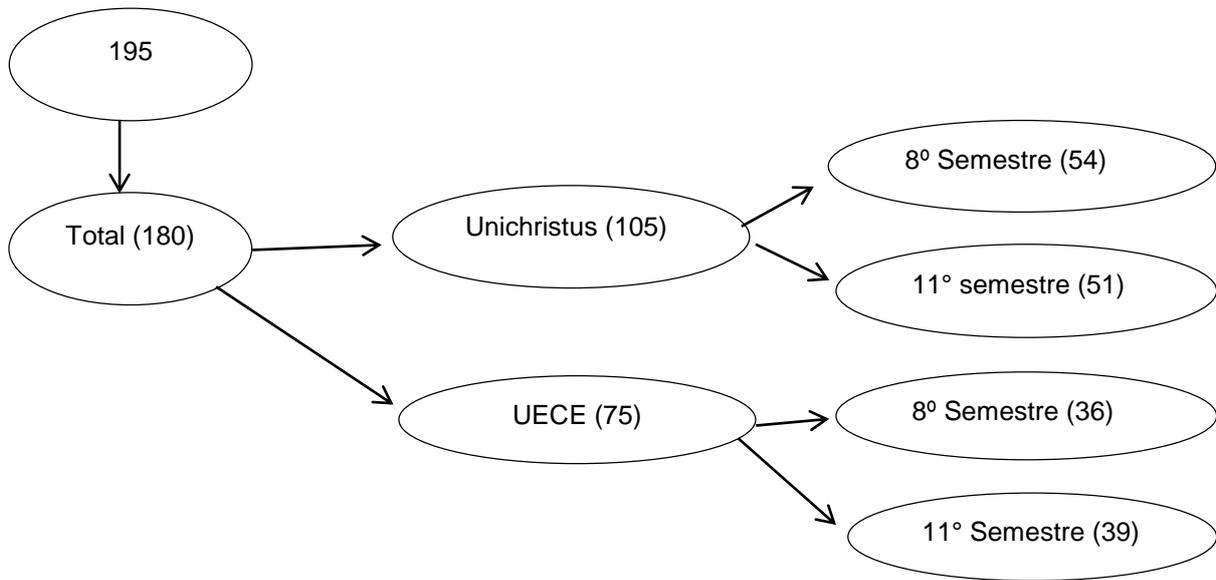
Na Unichristus, o questionário foi aplicado a 60 discentes do oitavo semestre na sala de aula, com a permissão do docente, com os questionários numerados entregues a todos para posterior escolha aleatória dos 54 alunos da amostra. No décimo primeiro semestre, o questionário foi aplicado a 60 alunos no dia da avaliação do internato na Unichristus, antes de iniciarem essa atividade, com permissão dos responsáveis, com questionários numerados, seguindo as orientações éticas já referidas, com posterior escolha aleatória da amostra de 51 alunos.

Ao todo, foram aplicados 195 questionários aos discentes, sendo excluídos aleatoriamente 15.

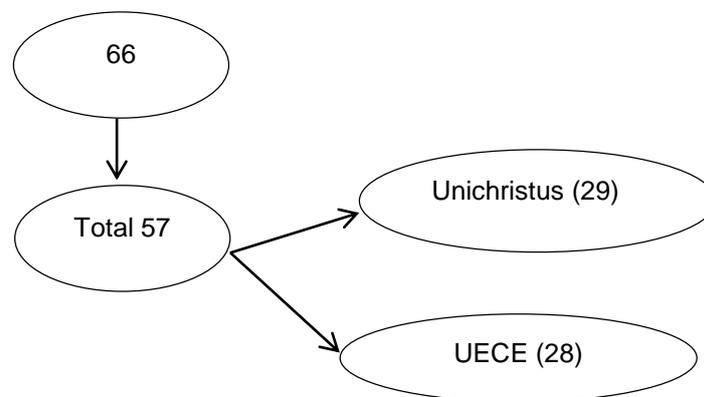
Em relação à coleta dos dados dos docentes, o SBAQ foi aplicado a 32 professores da UECE, na sala de reunião, com o consentimento destes e através de entrevistas individuais em outros momentos pelo *campus*, para compor aleatoriamente a amostra de 28 professores. Na Unichristus, foram aplicados 34 questionários na sala de reunião de professores e, através de entrevistas individuais, em outros momentos, seguindo, como já referido, todos os preceitos éticos, para compor a amostra de 29 docentes de forma aleatória. Ao todo, foram aplicados 66 questionários aos docentes e foram selecionados aleatoriamente 57.

Os fluxogramas 1 e 2 mostram a distribuição da amostra dos discentes e dos docentes, respectivamente.

Fluxograma 1 – Distribuição da amostra por discentes.



Fluxograma 2 – Distribuição da amostra por docentes.



4.4.4 Análise dos dados

Para analisar os dados, foram calculados os escores dos três fatores do SBAQ e de cada questão especificamente. Foram realizadas análises independentes de alunos e de professores e comparativas entre os discentes.

Para os dados quantitativos categóricos, foram utilizados percentuais e contagens e, para os numéricos, foram utilizadas as medidas de tendência central e dispersão.

O teste de normalidade Kolmogorav-Smirnov foi realizado para as variáveis numéricas e a amostra teve características de distribuição assimétrica.

Como as medidas não são seriadas, foram utilizados os testes de qui-quadrado para as variáveis categóricas. Na comparação dos fatores do SBAQ com os dados sociodemográficos, no caso de comparar dois grupos numéricos, foi usado o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* e de *Kruskall-Wallis* para comparar três ou mais grupos.

Foi considerado significativo na análise o valor de *p* até 5%. Os dados foram tabulados e analisados pelo software SPSS (*Statistical Pack for the Social Sciences*), v23, SPSS, Inc.

4.5 Fase II- Pesquisa qualitativa

Para compreender as percepções de docentes e discentes de Medicina diante do suicídio e apreender como estes profissionais percebem a formação médica em relação ao autoextermínio, realizou-se uma pesquisa qualitativa.

Na pesquisa qualitativa, o pesquisador não busca discutir sobre as indagações de mensuração dos fenômenos humanos, mas se propõe a construir meios de responder à pergunta sobre a dinâmica das significações reais desses fenômenos para sujeitos, de acordo com o que refere Minayo (2001).

4.5.1 Sujeitos da pesquisa

Nessa abordagem, participaram 21 sujeitos selecionados intencionalmente pelo interesse na saúde mental ou formação nessa área. Com estas características, foram escolhidos 7 discentes do oitavo e 8 do décimo primeiro semestre, além de 6 professores vinculados às instituições pesquisadas, respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão.

4.5.2 Instrumento de pesquisa

Para a abordagem qualitativa, usou-se como técnica de pesquisa o grupo focal (GF), que, segundo Kitzinger (2009), constitui um tipo de entrevista coletiva que valoriza a comunicação dos participantes da pesquisa a fim de gerar dados. As formas cotidianas de comunicação podem mostrar sobre o que as pessoas sabem e experimentam ou até mais. Nesse sentido, os grupos focais alcançam os elementos que outros métodos não conseguem alcançar, revelando dimensões da compreensão que comumente permanecem despercebidas por outras formas de coleta de dados.

O GF é uma das principais técnicas de investigação que, segundo Debus (2004), utiliza a dinâmica de grupo, permitindo que um pequeno número de participantes, orientado por um moderador qualificado, alcance níveis crescentes de compreensão sobre um tema em estudo.

Com a finalidade de investigar os sujeitos do estudo sobre a percepção do suicídio, elaborou-se uma entrevista semiestruturada, composta por cinco questões (Apêndice B). A entrevista foi aplicada durante os grupos focais.

Para Kitzinger (2009), a representatividade estatística não é, normalmente, buscada na pesquisa qualitativa, o tamanho da amostra não é determinado por regras difíceis e inflexíveis, mas, por outros fatores, como a profundidade e a duração requeridas para a realização da entrevista ou da atividade em grupo.

Em geral, a seleção dos integrantes do grupo focal deve preencher critérios como o de ter vivência ou experiência com o assunto a ser discutido e não ter participado de vários grupos focais (MALHOTRA; KIM; PATIL, 2006).

A escolha de um ambiente físico adequado para a realização dos grupos focais é muito importante. Este deve ser tranquilo, descontraído, confortável, de fácil acesso, que favoreça a discussão, exposição de ideias, sentimentos e todos os conteúdos que esclareçam as questões investigadas. Embora o grupo focal possa durar entre uma a três horas, habitualmente dura entre uma e meia a duas horas, segundo diversos autores (GIL, 1999; MALHOTRA; KIM; PATIL, 2006).

Os grupos focais devem ser gravados, em geral em videoteipe para transcrição e análise subsequente. Podem ser utilizados outros recursos, como fotografias, desenhos, colagens, além das anotações das observações das expressões corporais e faciais ocorridas durante as discussões.

4.5.3 Estruturação dos Grupos Focais e coleta de dados

Em um primeiro momento, foi reunido um grupo de oito participantes discentes, quatro alunos do oitavo e quatro alunos do décimo primeiro semestre da Unichristus, numa sala de aula confortável dessa instituição. Iniciou-se explicando os objetivos da pesquisa e posteriormente coletou-se a assinatura dos participantes no TCLE.

Os grupos focais, realizados em datas posteriores, seguiram a mesma sistemática. O segundo grupo focal de discentes, para o qual foram convidados oito estudantes, teve sete participantes: três do oitavo e quatro do décimo primeiro

semestre da UECE. Um aluno do oitavo semestre convidado não compareceu. O grupo focal de professores foi único, devido a dificuldade em reunir todos no mesmo horário, depois de insistente busca de possibilidades. Foram convidados oito e participaram seis, sendo três da Unichristus e três da UECE.

Para melhorar a condução e facilitar a dinâmica de grupo, respeitando-se os princípios éticos, todos os grupos foram coordenados pela pesquisadora, auxiliada por um observador, que monitorizava as gravações, fazia observações, registros fotográficos e controlava o tempo, e por uma moderadora, professora socióloga, com experiência e conhecimento em GF.

Para coletar os dados, utilizou-se, durante os GF, gravação de áudio, tabuletas com palavras relacionadas com a temática, papel, lápis de cor e giz de cera para desenhos e observações da coordenadora e observador.

4.5.4 Análise dos resultados

Considerando-se o objeto de estudo ora apresentado, adota-se, na interpretação dos dados, uma perspectiva hermenêutica, visto que se busca o desvelamento das atitudes e das crenças dos sujeitos, por meio dos textos e palavras. Busca-se, portanto, o sentido, que, conforme Gadamer (1999, p.493), “somente se concretiza e se completa na interpretação, mas (que), ao mesmo tempo, essa ação interpretadora se mantém inteiramente atada ao sentido do texto”.

Quanto à técnica adotada, os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo, utilizando o referencial de Bardin (2011) na modalidade de análise temática³, por mais se adequar às características do estudo.

A análise de conteúdo, segundo Bardin, tem a seguinte definição:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p.47).

Seguindo as orientações da autora acima, a análise de conteúdo da pesquisa, iniciou-se com a transcrição dos discursos gravados, seguida de leitura e

³ Nessa abordagem, um tema refere-se a uma unidade de significação que se manifesta a partir da análise do texto, seguindo os critérios relacionados à teoria que orienta esta leitura.

releituras do material transcrito. A organização das falas dos participantes foi delineando as temáticas, com a construção das categorias.

A análise temática, segundo Minayo (2013), desdobra-se em três etapas. A primeira etapa consiste na pré-análise (leitura flutuante, constituição do *corpus* e formulação e reformulação de hipótese e objetivos). Nessa fase pré-analítica, determinam-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientaram a análise.

A segunda etapa refere-se à exploração do material, que consiste essencialmente numa operação classificatória de núcleo de compreensão do texto, com vistas a identificar as palavras ou expressões significativas, que compõem as categorias. Neste momento, agregam-se os dados e escolhem-se as categorias teóricas e empíricas.

A terceira etapa consiste no tratamento dos resultados obtidos e na interpretação. São realizadas inferências e interpretações, inter-relacionando-as com o referencial teórico.

4.5.5 Pesquisa documental

A pesquisa documental é realizada a partir de documentos contemporâneos ou retrospectivos, considerados autênticos e é uma importante técnica da pesquisa qualitativa, tanto para complementar as informações adquiridas por outros métodos, como para descobrir novos aspectos de um tema (FERNANDES; GOMES, 2003).

Foi realizada uma pesquisa documental acerca da abordagem do suicídio ao longo da graduação de Medicina nas duas instituições pesquisadas, uma pública e uma privada, na cidade de Fortaleza. Com o fim de verificar se e em que momento ocorre o ensino do suicídio durante a graduação, utilizaram-se como fonte de pesquisa as ementas do curso de Medicina da Unichristus, atualizadas em 2015, e da UECE, atualizadas em 2016, as quais seguem as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Ministério da Educação, atualizadas em 2014.

O estudo teve dois momentos. No primeiro momento, foi realizada uma busca pela palavra “suicídio” em ambos os documentos. No segundo momento, foi pesquisada a palavra-chave “saúde mental”.

5 RESULTADOS

5.1 Resultados e discussão da pesquisa quantitativa

Participaram deste estudo 237 sujeitos, distribuídos em 57 professores de variados semestres e 180 estudantes, divididos entre 90 do 8º e 90 do 11º semestre. Como houve menor número de alunos no 8º e 11º semestre da UECE, 36 e 39 alunos respectivamente, aumentou-se o número de alunos da Unichristus, para 54 do 8º e 51 do 11º e utilizou-se ponderação de dados na análise dos resultados.

As tabelas 1 e 2 mostram os dados sociodemográficos dos discentes do estudo.

Tabela 1- Características descritivas da amostra dos discentes do curso de Medicina da Unichristus e UECE (n=180), Ceará, 2018.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	87	48,1
Feminino	93	51,9
Semestre		
8º semestre	90	50,0
11º semestre	90	50,0
Instituição de ensino		
Unichristus	90	50,0
UECE	90	50,0
É religioso		
Sim	117	65,2
Não	63	34,8
Religião		
Católico	116	64,3
Evangélica	15	8,6
Espírita	13	7,2
Agnóstico	8	4,4
Ateu	2	1,0
Cristã	22	12,5
Outros	4	2,0
Frequência a culto religioso		
1 vez por semana	62	34,2
2 vezes por mês	36	20,2
1 vez por mês	22	12,2
2 a 3 vezes por ano	40	22,3
1 vez por ano	19	10,6
Quase nunca	1	0,5
Atendeu alguém com comportamento suicida		
Sim	126	70,0
Não	54	30,0
Idade Mediana	24	(23 a 26)

Fonte: Autora da pesquisa.

Houve uma leve predominância do sexo feminino, 51,9% (93) e a idade mediana foi de 24 anos, variando de 23 a 26 anos. Em relação à religiosidade, 65,2% (117) declararam ser religiosos. A religião mais frequente foi a católica (64,3%), e 54,4% (98) frequentavam cultos religiosos de uma vez por semana a uma a duas vezes por mês. A maioria dos estudantes, 70% (126), relatou ter atendido alguém com comportamento suicida.

Tabela 2 - Características descritivas da amostra dos discentes do 8º e 11º semestres do curso de Medicina da Unichristus e UECE (n= 180), Ceará, 2018.

Variáveis	8º semestre		11º semestre		p
	N	%	N	%	
Sexo					0,82
Masculino	43	47,3	44	48,9	
Feminino	47	52,7	46	51,1	
Semestre					0,65
8º semestre	90	100			
11º semestre	-	-	90	100	
Instituição de ensino					0,65
Unichristus	47	51,8	43	48,3	
UECE	43	48,2	47	51,7	
É religioso					0,27
Sim	63	70,3	55	60,2	
Não	27	29,7	35	39,8	
Religião					0,40
Católico	54	60,0	62	68,9	
Evangélico	10	11,7	5	5,6	
Agnóstico	5	5,6	3	3,3	
Espírita	5	5,6	8	8,9	
Cristã	13	14,0	10	11,1	
Ateu	2	1,8	0	0,0	
Outros	1	1,3	2	2,2	
Frequência a culto religioso					0,03
1 vez por semana	33	36	29	32,2	
2 vezes por mês	19	21,3	18	20,0	
1 vez mês	6	6,9	15	16,7	
2 a 3 vezes por ano	4	4,6	15	16,7	
1 vez por ano	28	31,2	12	13,3	
Quase nunca/	0	0,0	1	1,1	
Atendeu alguém com comportamento suicida					0,01
Sim	53	59	73	80,9	
Não	37	41	17	19,1	
Idade mediana	23	21-24	25	24- 26	

Fonte: elaborada pela autora

*p – Qui- quadrado de Pearson.

Quando se compararam os dados sociodemográficos entre discentes, foi significativa a diferença entre os alunos que tinham atendido pacientes com

comportamento suicida, 80,9% (73) do 11º semestre contra 59% (53) do 8º semestre, com $p=0,01$.

Com relação à frequência a cultos religiosos, houve diferença significativa entre 57,3% (52) do 8º semestre e 52,2% (47) do 11º semestres que frequentavam cultos religiosos de uma vez por semana a duas vezes por mês, comparados aos que frequentavam uma vez por ano, 31,2% (28) do 8º semestre e 13,3% (12) do 11º semestre, com $p= 0,03$.

No que diz respeito aos professores, na tabela 3, pode-se observar o perfil sociodemográfico dos docentes do estudo.

Tabela 3 - Características sociodemográficas dos docentes do curso de Medicina da Unichristus e UECE (n-57), Ceará, 2018.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	30	52,6
Feminino	27	47,4
É religioso		
Sim	48	84,2
Não	9	15,8
Religião		
Católico	44	77,2
Evangélico	7	12,3
Espírita	2	3,5
Agnóstico	3	5,2
Outros	1	1,8
Frequência a culto religioso		
1 vez por semana	27	47,4
2 vezes por mês	10	17,5
1 vez por mês	6	10,5
2 a 3 vezes por ano	3	5,3
1 vez por ano	10	17,5
Quase nunca	1	1,8
Atendeu paciente com comportamento Suicida		
Sim	38	66,7
Não	19	33,3
Instituição onde leciona		
Unichristus	29	50,9
UECE	28	49,1
Idade mediana	37,0	(24-65)
Tempo mediano de formação	14,0	(1,0-45)

Fonte: elaborada pela autora

A maioria dos docentes é do sexo masculino, 52,6% (30), com idade mediana de 37 anos, tempo mediano de docência de 6 anos e tempo mediano de formação de 14 anos. Cerca de dois terços, 66,7% (38), atenderam paciente com comportamento suicida e uma mediana de 66 associou o suicídio às doenças mentais. A maioria (84,2%/48) considerou-se uma pessoa religiosa, com predominância da religião católica: 77,2% (44). Em relação à frequência a cultos religiosos, 64,9% (37) relataram frequentar cultos religiosos de uma vez por semana a uma a duas vezes por mês.

A tabela 4 mostra os resultados da análise dos três fatores do Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida realizado com os discentes.

Tabela 4- Análise descritiva dos fatores do Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida realizado com os discentes do 8° e 11° semestres da Unichristus e UECE (n – 180), Ceará, 2018.

(continua)

Capacidade Profissional		Mediana	Percentil (máx-mín)
Q1	Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar.	6,0	(5,0- 8,0)
Q7	Sinto-me capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar.	6,0	(4,0- 7,0)
Q10	Tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio.	4,0	(2,0- 6,0)
Q12	Sinto-me inseguro (a) para cuidar de paciente com risco suicídio.	6,0	(4,0- 6,0)
Resultado final		5,50	(4,5-) 6,25)
Sentimentos negativos		Mediana	Percentil (máx-mín)
Q2	Quem fica ameaçando geralmente não se mata	1,0	(0,0- 4,0)
Q5	No fundo, preciso não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio.	3,0	(1,0-5,0)
Q9	Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio e acabar induzindo o paciente a isso.	3,0	(1,0- 6,0)
Q13	Às vezes dá até raiva, porque tanta gente querendo viver... E aquele paciente querendo morrer.	1,0	(0,0- 3,0)
Q15	A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar.	6,0	(3,0- 7,0)
Q17	No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável à ideia do suicídio.	3,0	(0,0- 6,0)
Q19	Quem quer se matar mesmo não fica “tentando” se matar.	1,0	(0,0- 3,0)
Resultado final		3,0	(1,8-) 4,00)

Tabela 4- Análise descritiva dos fatores do Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida realizado com os discentes do 8° e 11° semestres da Unichristus e UECE (n – 180), Ceará, 2018.

(continuação)

	Direito de morrer	Mediana	Percentil (máx-min)
Q3	Apesar de tudo, penso que se uma pessoa deseja se matar, ela tem esse direito.	0,0	(00- 5,0)
Q4	Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho.	8,0	(7,0- 9,0)
Q6	A vida é um dom de Deus e só ele pode tirar.	6,0	(2,0- 1,0)
Q16	Quem tem Deus no coração não vai tentar se matar.	1,0	(0,0- 4,0)
Q18	Quando uma pessoa fala em por fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela.	8,0	(6,0- 9,0)
Resultado final		5,40	(4,0- 6,40)

Fonte: A própria autora

Os estudantes não se sentem bem preparados para atender pacientes com risco de suicídio, como se observa nas questões Q10 e Q12. O somatório das questões do fator capacidade profissional atingiu um pouco mais de 50% da pontuação total: 22 (40) pontos, com a mediana total de 5,5.

Destaca-se a atitude condenatória dos estudantes no fator direito ao suicídio, percebida na questão Q3, que tem valor invertido, e em Q4 e Q18. A pontuação total foi de 23 (50), com mediana total de 5,4.

Houve uma baixa pontuação no fator sentimentos negativos, com pontuação total de 21 (70) e mediana de 3,0. Vale ressaltar a questão 15, *a gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar*, com escore mais elevado desse fator, indicando maior sentimento negativo.

A tabela 5 compara os três fatores do Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida entre os discentes do 8° e 11° semestres.

Tabela 5 - Comparação dos fatores do Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida entre os alunos do 8º e 11º semestres da Unichristus e UECE.

Capacidade Profissional		8º semestre		11º semestre	
		Mediana	Percentil (máx – min)	Mediana	Percentil (máx – min)
Q1	Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar	6,0	(5,0-7,0)	6,0	(4,0-8,0)
Q7	Sinto-me capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar	6,0	(4,0-7,0)	6,0	(5,0-7,0)
Q10	Acho que tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio	4,0	(2,0-6,0)	5,0	(2,0-7,0)
Q12	Sinto-me inseguro (a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio	6,0	(4,0-8,0)	6,0	(4,0-8,0)
Resultado total		5,25	(5,5-6,0)	5,5	(5,0-6,25)
p= 0,04					
Sentimentos Negativos		Mediana	Percentil (máx – min)	Mediana	Percentil (máx – min)
		Mediana	Percentil (máx – min)	Mediana	Percentil (máx – min)
Q2	Quem fica ameaçando geralmente não se mata	1,0	(0,0-4,0)	1,0	(0,0-5,0)
Q5	No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio.	3,0	(1,0-5,0)	3,0	(1,0-5,0)
Q9	Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio e acabar induzindo o paciente a isso.	2,5	(0,0-7,0)	3,0	(0,0-6,0)
Q13	Às vezes dá até raiva, porque tanta gente querendo viver... E aquele paciente querendo morrer.	0,0	(0,0-2,0)	1,0	(0,0-3,0)
Q15	A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar.	6,0	(3,0-7,0)	6,0	(3,0-8,0)
Q17	No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável à ideia do suicídio.	3,0	(0,0-7,0)	2,0	(0,0-6,0)
Q19	Quem quer se matar mesmo não fica “tentando” se matar.	1,0	(0,0-3,0)	0,0	(0,0-3,0)
Resultado total		2,89	(1,86-4,14)	3,0	(1,86-4,0)
p=0,84					
Direito ao suicídio		Mediana	Percentil (máx – min)	Mediana	Percentil (máx – min)
		Mediana	Percentil (máx – min)	Mediana	Percentil (máx – min)
Q3	Apesar de tudo, penso que se uma pessoa deseja se matar, ela tem esse direito.	2,0	(0,0-5,0)	2,0	(0,0-6,0)
Q4	Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho.	8,0	(7,0-9,0)	8,0	(7,0-9,0)
Q6	A vida é um dom de Deus e só ele pode tirar.	7,0	(2,0-10,0)	5,0	(3,0-9,0)
Q16	Quem tem Deus no coração não vai tentar se matar.	1,0	(0,0-5,0)	2,0	(0,0-4,0)
Q18	Quando uma pessoa fala em por fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela.	8,0	(5,0-10,0)	8,0	(7,0-9,0)
Resultado total		5,4	(4,0-6,40)	5,4	(4,4-6,20)
p=0,80					

Fonte: elaborada pela autora. *p – Teste U de Mann-Whitney

Houve diferença significativa no fator capacidade profissional, com $p=0,04$. Os estudantes do 11º semestre têm escore mais elevado que os do 8º semestre, com mediana 5,5 e 5,25, respectivamente. Apesar de estatisticamente significativo, a diferença foi muito pequena e pode não representar na prática clínica maior capacidade profissional.

A pontuação para o fator sentimentos negativos foi uniforme e baixa nos dois semestres, com mediana de 2,89 para o 8º semestre e 3,0 para o 11º semestre, com $p= 0,84$.

Os estudantes igualmente discordam de que o suicídio é um direito, com mediana de 5,4 no 8º e 11º semestres. A Q6 que diz “a vida é um dom de Deus e só ele pode tirar” tem maior concordância nos alunos do 8º semestre (mediana 7,0) em relação ao 11º semestre (mediana 5,0), que pode traduzir que maior conhecimento e habilidade profissional interferem nessas atitudes.

A tabela 6 compara os três fatores do Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida com as variáveis sociodemográficas dos discentes.

Tabela 6 – Comparação dos três fatores do Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida com as variáveis sociodemográficas dos discentes (N=180), Ceará, 2018.

(continua)

Variáveis	Capacidade profissional				Sentimentos negativos				Direito ao suicídio			
	Mediana	P25	P75	p	Mediana	P25	P75	p	Mediana	P25	P75	p
Semestre												
8º semestre	5,25	5,50	6,00		2,56	1,86	4,14		5,40	4,00	6,40	
11º semestre	5,50	5,00	6,26		3,00	1,86	4,00		5,40	4,40	6,20	
				0,04*				0,840*				0,801*
Sexo												
Masculino	5,50	4,75	6,25		2,85	1,86	3,86		5,00	3,50	5,80	
Feminino	5,50	4,50	6,00		3,14	2,00	4,14		5,60	4,60	6,40	
				0,311*				0,338*				0,11*
Instituição												
Unichristus	5,50	5,00	6,25		3,00	1,86	4,14		5,60	4,80	6,60	
UECE	5,25	4,50	6,00		2,71	1,86	3,56		5,00	3,80	5,80	
				0,164*				0,300*				0,001*
Religiosa												
Sim	5,50	4,75	6,25		3,14	1,86	4,14		5,50	5,00	6,60	
Não	5,25	4,75	6,00		2,86	1,86	3,71		4,00	3,80	5,40	
				0,946*				0,149*				0,00*
Religião												
Católica	5,50	4,75	6,25		3,14	1,86	4,14		5,80	5,00	6,60	
Evangélica	5,75	5,50	6,50		3,14	2,71	4,57		6,40	5,40	6,80	
Espírita	6,25	5,00	6,75		3,00	1,57	3,71		5,20	4,60	5,60	
Agnóstica	5,25	3,50	5,75		3,00	1,14	4,86		4,00	2,20	4,60	
Cristã	5,25	4,00	6,22		2,75	1,45	3,45		4,00	3,40	5,30	
Outros	5,50	3,50	5,88		2,14	1,71	4,71		6,00	3,60	6,90	
				0,348**				0,215**				0,00**

Tabela 6 – Comparação dos três fatores do Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida com as variáveis sociodemográficas dos discentes (N=180), Ceará, 2018.

(continuação)

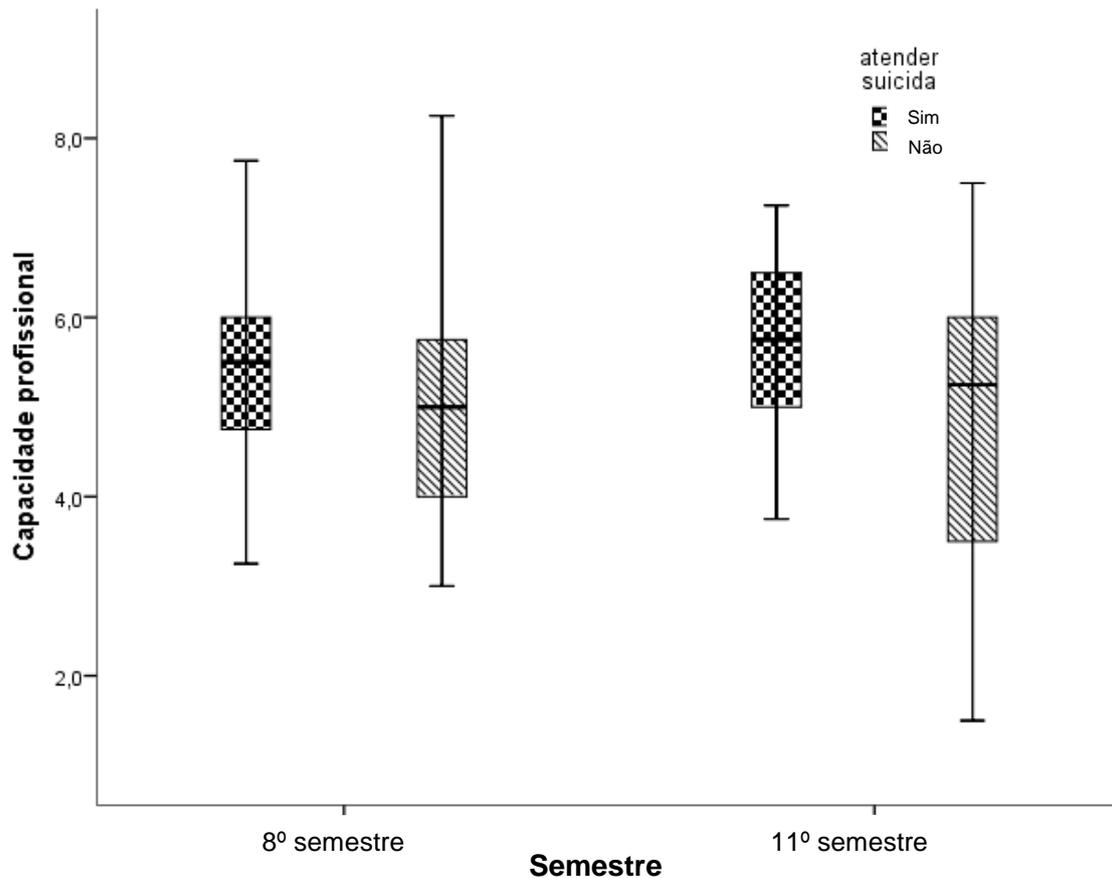
Frequência Religiosa	Mediana	P25	P75	p	Mediana	P25	P75	p	Mediana	P25	P75	p
1x por semana	5,50	4,75	6,75		3,14	2,00	4,14		6,00	5,20	6,80	
2x por mês	5,63	5,00	6,25		3,00	1,86	4,21		5,20	3,80	6,50	
1x por mês	5,00	4,75	6,25		3,14	2,00	4,14		6,00	5,20	6,80	
2 a 3x por ano	5,75	3,00	6,75		3,25	2,57	3,71		4,60	3,40	5,50	
1x por ano	5,25	4,75	6,00		2,57	1,43	3,71		4,40	3,70	5,40	
Quase nunca	5,75	5,75	5,75		1,57	1,57	1,57		6,00	6,00	6,00	
				0,384**				0,556**				0,00**
Atendeu paciente com comportamento suicida												
Sim	5,50	5,00	6,25		2,86	1,86	3,86		5,20	4,40	6,20	
Não	5,00	4,00	5,75		3,25	1,86	4,43		5,40	4,00	6,40	
				0,002*				0,066*				0,00*

p* Mann Whitney e p** Kruskal Wallis

Fonte: elaborada pela autora

Em relação ao fator capacidade profissional, evidencia-se maior confiança ao lidar com o suicídio nos discentes do semestre mais avançado (mediana 5,5) em relação ao 8º semestre (mediana 5,25), com $p=0,04$, como pode ser visto no gráfico 1. Também estão mais preparados os estudantes que atenderam alguém com comportamento suicida (mediana 5,5) em relação aos que não atenderam (mediana 5,00), com $p=0,002$.

Gráfico 1- Capacidade profissional entre os estudantes do 8º e 11º semestre que atenderam ou não paciente com comportamento suicida, Ceará, 2018.

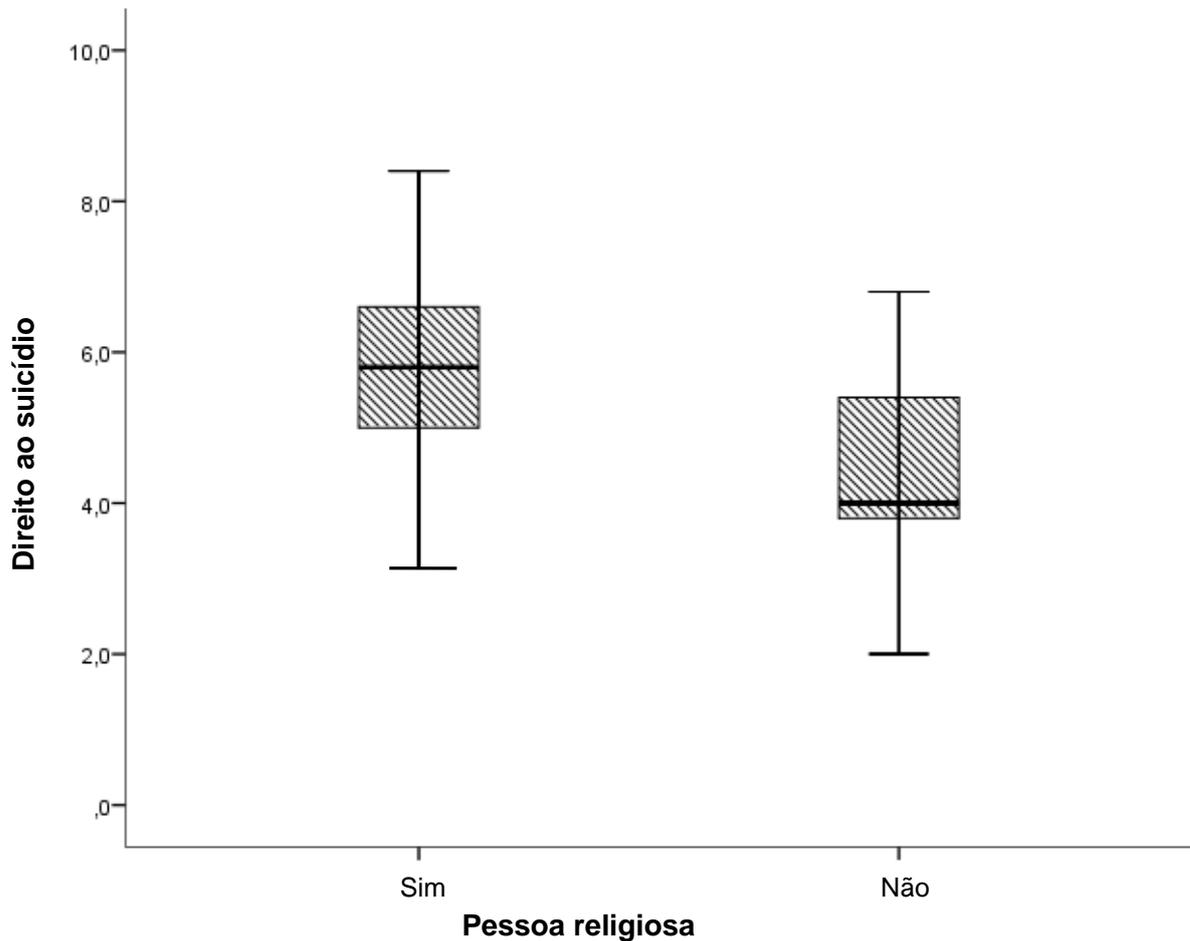


Fonte: elaborado pela autora

A diferença entre os semestres do estudo em relação à religião com $p=0,00$, considerar-se religioso com $p=0,00$ e ter frequência a cultos religiosos com $p=0,00$ foi o que causou mais significância no fator direito ao suicídio, indicando atitudes mais moralistas.

A diferença das atitudes entre as pessoas que são religiosas (mediana 5,50) e as pessoas não religiosas (mediana 4,00) é significativa no fator direito ao suicídio, com $p=0,000$, como visto no gráfico 2.

Gráfico 2- O direito ao suicídio entre os discentes da Unichristus e da UECE que se consideram religiosos ou não, Ceará, 2018.

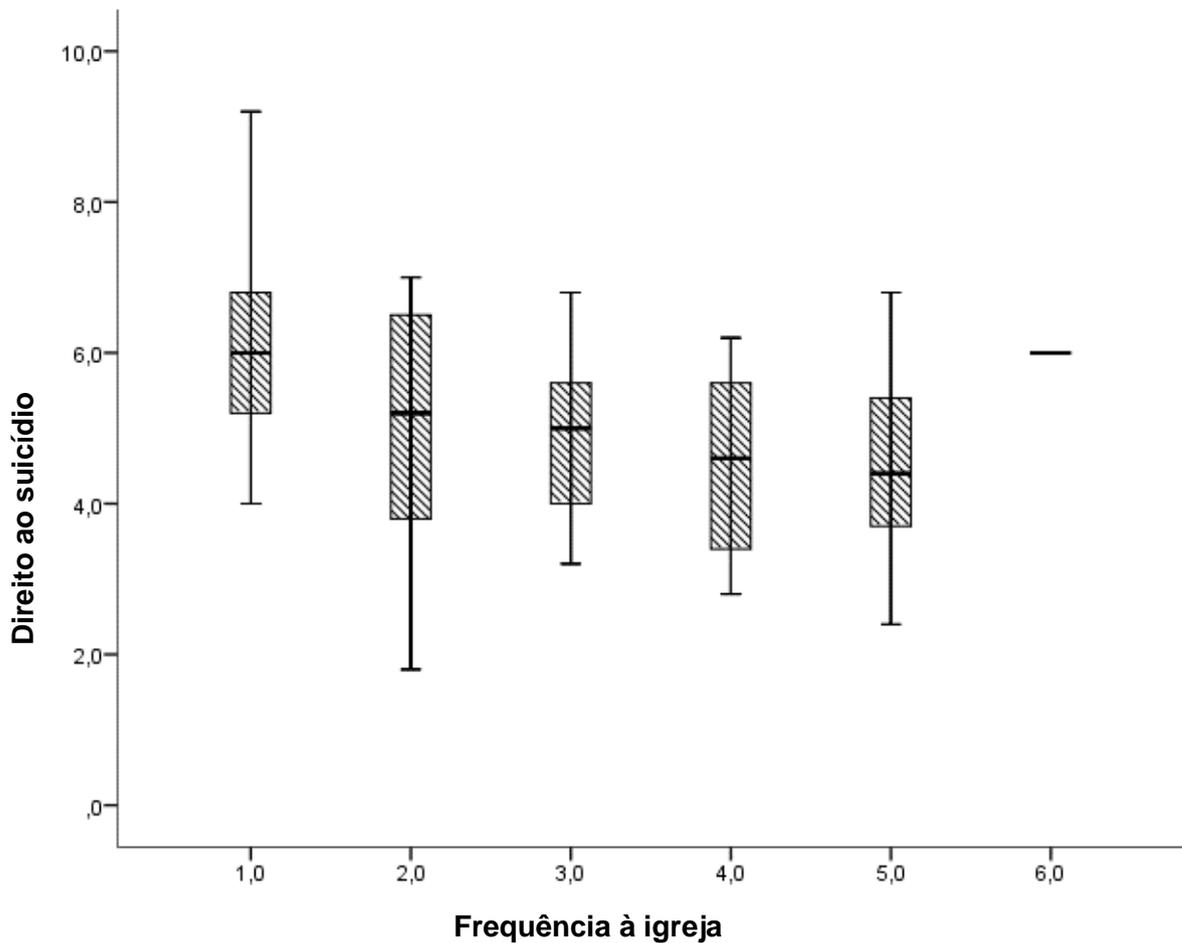


Fonte: elaborado pela autora

Há diferença significativa entre católicos e evangélicos, com mediana de 5,80 e 6,40, e ateus e cristãos, com mediana de 4,00 e 4,00, respectivamente, com $p=0,000$.

Observou-se diferença significativa entre aqueles que mais frequentam cultos religiosos, uma vez por semana (mediana 6,00) em relação aos que frequentam uma vez por ano (mediana 4,40), com $p= 0,000$, como pode ser visto no gráfico 3.

Gráfico 3- O direito ao suicídio de acordo com a frequência a cultos religiosos dos discentes da Unichristus e UECE, Ceará, 2018.



Fonte: elaborado pela autora

A tabela 7 mostra os resultados dos três fatores do Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida, segundo os docentes do estudo.

Tabela 7 - Análise descritiva dos fatores do Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida, segundo os docentes do estudo (n -57), Ceará, 2018.

Capacidade Profissional		Mediana	Percentil (máx-min)
Q1	Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar.	7,0	(1,0-10,0)
Q7	Sinto-me capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar.	6,0	(0,0-10,0)
Q10	Tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio.	4,0	(0,0-10,0)
Q12	Sinto-me inseguro (a) para cuidar de paciente com risco suicídio.	5,0	(0,0-10,0)
Resultado final		5,25	(1,0-8,0)
Sentimentos negativos		Mediana	Percentil (máx-min)
Q2	Quem fica ameaçando geralmente não se mata	2,0	(1,0-10)
Q5	No fundo, preciso não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio.	2,0	(0,0-9,0)
Q9	Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio e acabar induzindo o paciente a isso.	2,0	(0,0-9,0)
Q13	Às vezes dá até raiva, porque tanta gente querendo viver... E aquele paciente querendo morrer.	1,0	(0,0-9,0)
Q15	A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar.	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 do suicídio.	3,0	(0,0-10,0)
Q19	Quem quer se matar mesmo não fica "tentando" se matar.	2,0	(0,0-10,0)
Resultado final		3,14	(0,0-6,43)
Direito de morrer		Mediana	Percentil (máx-min)
Q3	Apesar de tudo, penso que se uma pessoa deseja se matar, ela tem esse direito.	2,0	(0,0-0,80)
Q4	Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho.	7,0	(0,0-10,0)
Q6	A vida é um dom de Deus e só ele pode tirar.	6,0	(0,0-10,0)
Q16	Quem tem Deus no coração não vai tentar se matar.	2,0	(0,0-10,0)
Q18	Quando uma pessoa fala em por fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela.	8,0	(0,0-10,0)
Resultado final		5,0	(2,0-9,0)

Fonte: elaborada pela autora

Na tabela acima, destaca-se a baixa pontuação 17(70) no fator sentimentos negativos, traduzindo poucos sentimentos negativos em relação ao paciente com comportamento suicida.

Os docentes alcançaram 50% da pontuação total do fator direito ao suicídio 25(50), com mediana de 5,0, que, na interpretação da escala, significa “não sei”.

O fator capacidade profissional foi o único que alcançou mais de 50% da pontuação total 22(40), porém observou-se a mediana (5,25) inferior à mediana dos discentes (5,50), podendo indicar menor capacidade para lidar com pacientes com comportamento suicida.

A tabela 8 mostra a comparação entre os três fatores do Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida e as variáveis sociodemográficas dos docentes.

Tabela 8 - Comparação dos três fatores do Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida e as variáveis sociodemográficas dos docentes da Unichristus e UECE N=57, Ceará, 2018.

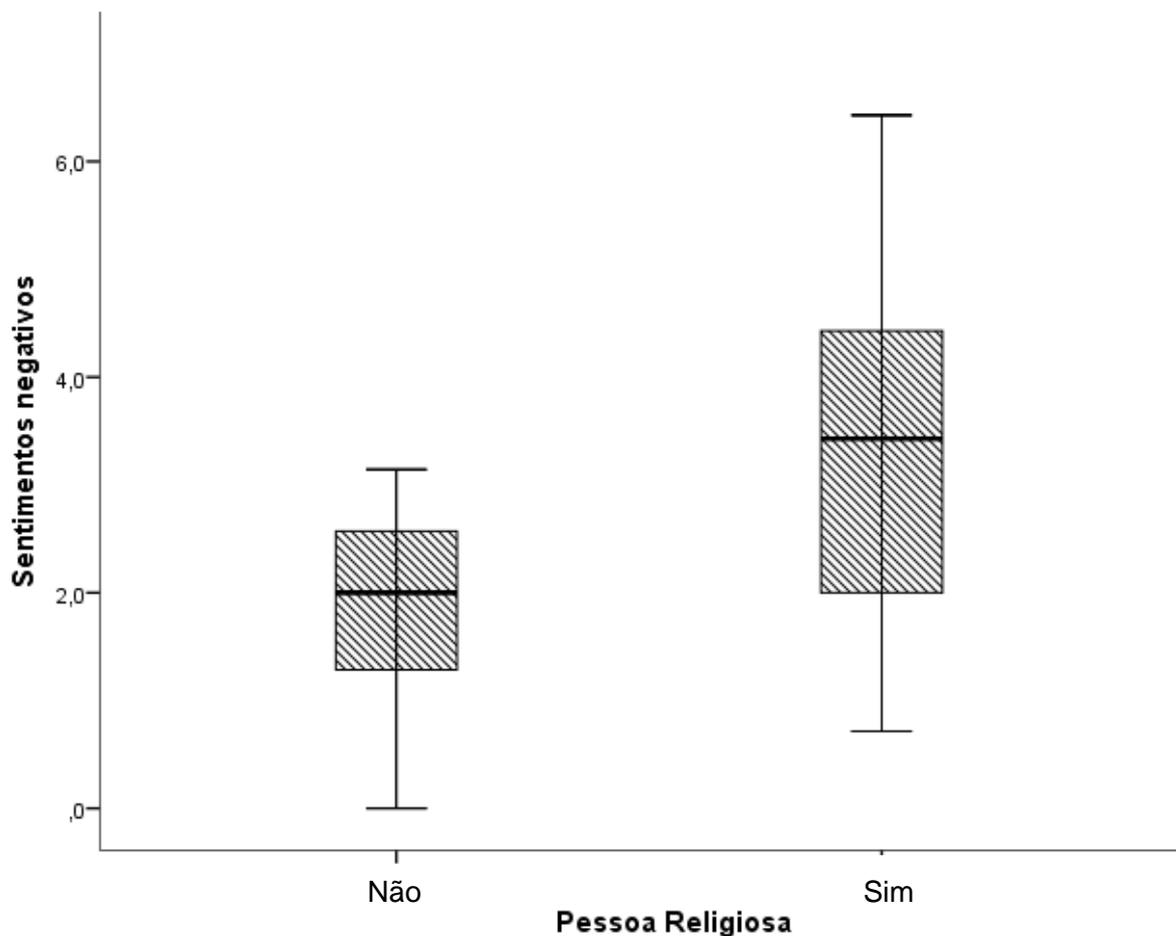
Variáveis	Capacidade profissional				Sentimentos negativos				Direito ao suicídio			
	Mediana	P25	P75	p	Mediana	P25	P75	p	Mediana	P25	P75	p
Sexo												
Masculino	5,50	5,00	6,25		3,12	1,57	4,25		5,10	4,20	6,20	
Feminino	5,25	4,50	5,50		3,15	1,71	4,43		5,00	4,40	5,00	
				0,911*				0,719*				0,854*
Religiosa												
Sim	5,25	4,50	6,50		3,43	2,00	4,43		5,30	4,40	6,20	
Não	6,00	5,00	6,25		2,00	1,25	2,57		4,80	4,20	5,00	
				0,531*				0,041*				0,125*
Religião												
Católica	5,25	4,50	6,38		3,36	1,75	4,21		5,30	4,40	6,10	
Evangélica	6,50	6,25	7,00		1,43	1,00	?		5,00	4,00	7,20	
Espírita	4,13	3,75	4,50		3,50	2,43	4,57		5,00	4,80	5,20	
Agnóstico	6,00	4,25	6,50		2,86	2,71	3,14		4,20	2,40	4,40	
Outros	5,00	5,00	5,00		5,86	5,86	5,86		5,00	5,60	5,60	
				0,046**				2,85**				0,367**
Frequência Religiosa												
1x por semana	5,50	4,50	6,50		3,71	1,71	4,43		5,50	4,50	7,00	
2x por mês	5,13	4,50	6,50		2,00	1,27	3,43		4,60	3,80	5,00	
1x por mês	5,63	5,00	6,25		3,75	2,43	4,43		4,50	4,40	5,40	
2 a 3x por ano	4,75	4,00	6,00		2,00	1,25	3,14		4,20	4,00	4,20	
1x por ano	6,38	5,25	7,00		2,93	1,71	4,86		5,00	4,20	5,60	
Quase nunca	4,25	4,25	4,25		4,225	2,86	2,86		4,40	4,40	4,40	
				0,352**				0,330**				0,027**
Atendeu paciente com comportamento suicida												
Sim	6,00	5,00	6,50		2,43	1,57	3,71		4,50	4,20	5,60	
Não	5,25	4,25	6,50		6,00	3,14	4,86		5,80	5,00	6,60	
				0,122*				0,003*				0,023*
Instituição que trabalha												
Unichristus	5,00	4,25	6,50		3,43	2,29	4,57		5,20	4,40	6,20	
UECE	5,88	5,25	6,50		2,75	1,57	4,21		5,00	4,20	5,30	
				0,104*				0,165*				0,517*

p* Mann Whitney e p** Kruskal- Wallis

Fonte: elaborada pela autora.

Chama-se atenção para a diferença significativa em ser religioso no fator sentimentos negativos, com $p=0,041$. Observa-se mais sentimentos negativos em relação ao suicídio nos que se consideram religiosos, com mediana de 3,43 em relação aos não religiosos, com mediana de 2,00, representada no gráfico 4.

Gráfico 4 - Os sentimentos negativos entre os docentes da Unichristus e UECE que se diziam religiosos ou não, Ceará, 2018.



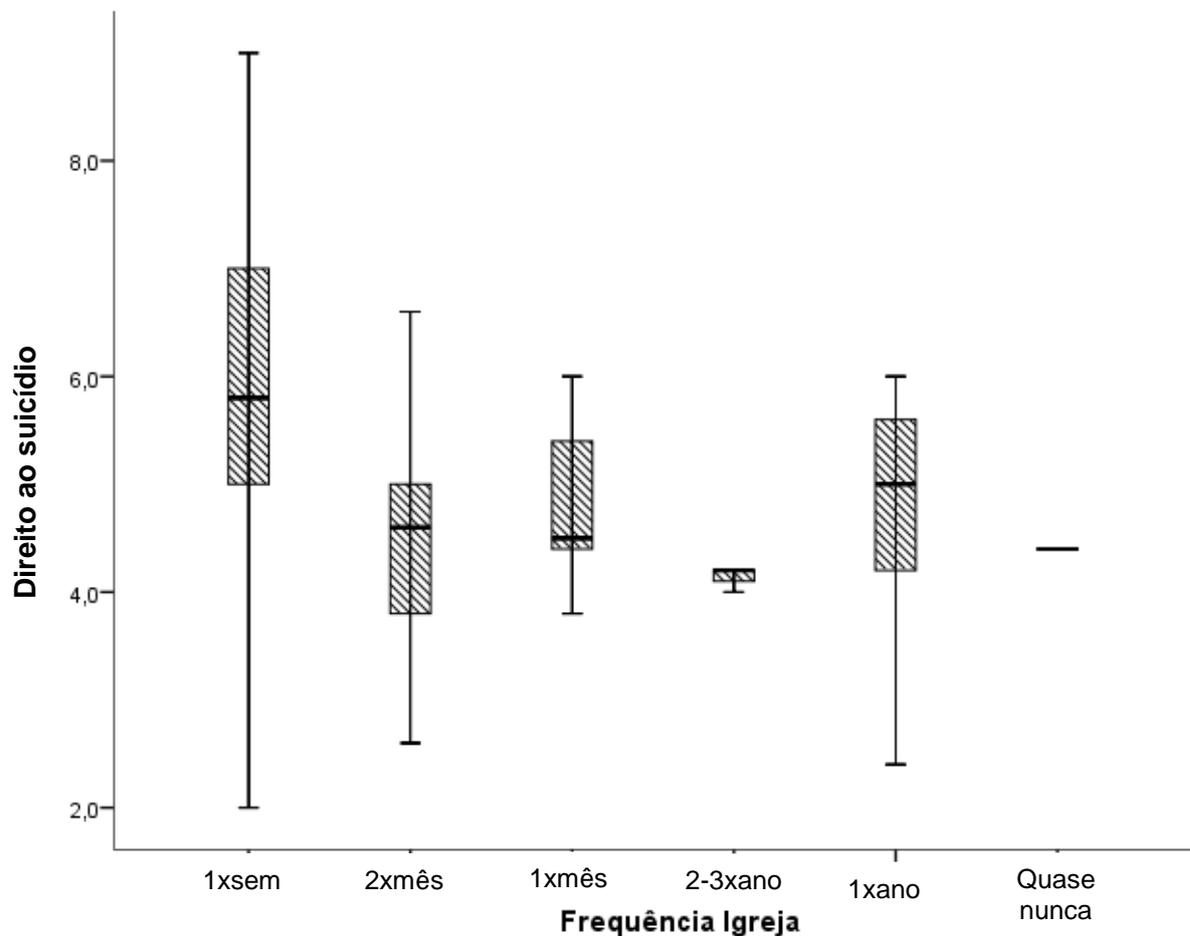
Fonte: elaborado pela autora

Os evangélicos e agnósticos sentem-se mais preparados profissionalmente para lidar com risco de suicídio, com significância no fator capacidade profissional, com $p=0,046$, com mediana 6,50 e 6,00 respectivamente. Enquanto os espíritas (mediana 4,13) e católicos (mediana 5,25) sentem-se menos confiantes.

A frequência a cultos religiosos foi significativa no fator direito ao suicídio, com $p=0,007$. Aqueles que mais frequentam cultos religiosos, uma vez por semana,

tem escores mais elevados do que os frequentam uma a duas vezes por ano, com mediana de 5,80 e 4,20 respectivamente, como pode ser visto no gráfico 5.

Gráfico 5- O direito ao suicídio de acordo com a frequência a cultos religiosos dos docentes da Unichristus e UECE, Ceará, 2018.



Fonte: elaborado pela autora

Ter atendido paciente com comportamento suicida foi significante nos fatores sentimentos negativos ($p=0,003$) e direito ao suicídio ($p=0,023$). Os professores que não atenderam caso de risco de suicídio (mediana 4,00) têm mais sentimentos negativos em relação ao suicídio do que os que atenderam (mediana 2,43). Além disso, os docentes que não atenderam pacientes com comportamento suicida têm atitudes mais condenatórias (mediana 5,80) do que os que atenderam (mediana 4,80).

Os resultados deste estudo estão relacionados com as atitudes dos docentes e discentes do curso de Medicina diante do suicídio, considerando os

aspectos capacidade profissional, sentimentos negativos e direito ao suicídio e as relações com as variáveis sociodemográficas.

Lidar com a morte e com o suicídio foi sempre uma dificuldade para os profissionais de saúde, sobretudo para os médicos e estudantes de Medicina. Troncon, Colares e Figueiredo *et al.* (2003), estudando as atitudes dos estudantes em relação a aspectos relevantes da prática clínica, observaram atitudes negativas ou indefinidas dos estudantes de Medicina nos aspectos relacionados com a morte e com a doença mental. Achado semelhante na relação dos estudantes com a dificuldade no manejo da morte foi encontrado por Mascia *et al.* (2009), que também pesquisaram as atitudes dos discentes de Medicina em relação a aspectos relevantes da prática clínica.

Entre os achados do estudo, encontra-se maior capacidade profissional dos estudantes e professores que haviam atendido paciente com comportamento suicida e nos estudantes do semestre mais avançado, como era de se esperar, devido à maior aquisição de conhecimento, maior experiência com a morte e maior habilidade profissional. Magalhães *et al.* (2014) também perceberam, na pesquisa sobre atitudes dos estudantes de Medicina em relação ao suicídio, maior preparo profissional nos estudantes que haviam atendido paciente com risco de autoextermínio.

Quando se comparam os estudantes das duas faculdades de Medicina pesquisadas, observam-se escores levemente maiores em relação à mediana do fator capacidade profissional na Unichristus, provavelmente devido ao método de ensino, que mais aproxima a teoria da prática, criando maior possibilidade de atendimento a pacientes com comportamento suicida.

Chama-se atenção a que, de forma global, a capacidade profissional atingiu escores considerados baixos, podendo refletir pouco conhecimento e habilidade sobre o suicídio para a prática médica dos futuros profissionais médicos, indicando a necessidade de maior investimento no ensino sobre autoextermínio na graduação médica. Em relação aos professores, não estão melhores capacitados do que os discentes e necessitam de educação permanente nesse tema.

Em relação ao fator sentimentos negativos, não houve diferença significativa nos discentes e docentes e os escores nos dois grupos foram baixos. No entanto, na questão 15, “a gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar”, observa-se uma maior discordância nos estudantes que nas demais questões. É uma atitude negativa diante do suicídio e dificuldade de lidar com esse

tema. Ressalta-se que, na comparação dos fatores da escala aos dados sociodemográficos, houve mais atitudes negativas em relação ao suicídio nos professores que se declararam religiosos e que não tinham atendido pacientes com comportamento suicida. Desse modo, há ainda necessidade de aprofundar a discussão e refletir sobre os valores, crenças e sentimentos sobre suicídio durante a graduação, envolvendo discentes e docentes.

A partir do Cristianismo e do Protestantismo, o suicídio é visto como um pecado e as atitudes moralistas são mais percebidas. A vida é vista como um dom de Deus e só Ele pode tirar. Essa crença ocupa o imaginário da sociedade ocidental através dos tempos e influencia ainda hoje as atitudes dos profissionais de saúde, com prejuízo no atendimento daqueles com risco de suicídio (MATÃO *et al.*, 2012).

Vários estudos constataram a redução de atitudes negativas e melhora do conhecimento após capacitação sobre autoextermínio. Botega *et al.* (2005), quando reavaliaram as enfermeiras do Hospital das Clínicas de Campinas, seis meses após a capacitação sobre suicídio, observaram que permaneciam os ganhos do conhecimento. Cais (2011) estudou as atitudes em relação ao suicídio nas equipes de saúde do serviço público de Campinas (SP), utilizou o mesmo instrumento deste estudo e fez capacitação e treinamento de habilidades sobre suicídio. O autor percebeu redução das atitudes negativas em relação ao suicídio. Berlin *et al.* (2007) capacitaram equipes de saúde e indivíduos ligados à administração e segurança sobre suicídio em ambiente hospitalar e também constataram mudança de atitudes negativas. Nesse contexto, a aquisição de conhecimento e treinamento de habilidades sobre suicídio parece resultar em profissionais mais confiantes, com redução de atitudes negativas e posturas moralistas, capazes de atuar de forma mais competente e humanizada em relação ao autoextermínio.

Os resultados com diferenças mais significativas ocorreram no fator direito ao suicídio entre as pessoas que se consideravam religiosas, entre as que mais frequentavam cultos religiosos em todos os grupos e nos protestantes discentes e católicos docentes, apresentando atitudes mais condenatórias diante do suicídio. Este tipo de atitude traz prejuízo na relação médico/paciente, impossibilita uma relação empática com o indivíduo com comportamento suicida e prejudica uma prática clínica competente e humanizada. Na literatura, a pesquisa que mais se aproxima deste aspecto é a de Magalhães *et al.* (2014), que utilizou também o Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida na população de estudantes de Medicina da

Faculdade de Barbacena(MG), comparando estudantes do período pré-clínico (1° ao 7° semestre) e pós-clínico (8° ao 12° semestre) e achou diferença significativa em relação à religião católica no fator direito ao suicídio.

Botega *et. al.* (2005), pesquisando as atitudes em relação ao suicídio nos profissionais da enfermagem, comparando as atitudes antes e após capacitação sobre autoextermínio, também observou relevância da religiosidade no fator direito ao suicídio e melhora da capacidade profissional 6 meses após a capacitação..

Outro estudo que avaliou e comparou as atitudes diante do suicídio dos estudantes de Medicina japoneses e americanos, usando outro instrumento, encontrou diferença em relação à religiosidade e ao gênero (DOMINO; TAKASHI, 1991).

A maior religiosidade é evidente nos estudantes e professores da Unichristus, quando comparados com o grupo da UECE, provavelmente por ter o histórico de ser uma instituição com forte cultura religiosa, católica desde a sua origem. Este fato, quando associado ao conhecimento e treino de habilidades no caso do suicídio, parece não interferir negativamente. Todavia, pode gerar atitudes negativas em relação ao autoextermínio.

No que diz respeito ao currículo da graduação médica, este, em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2014), não só deve contemplar o ensino abrangente sobre suicídio, como também estimular a capacitação dos professores em educação permanente sobre essa temática, No entanto, percebe-se pouco investimento nesse campo pelos cursos de Medicina (MAGALHÃES *et al.*, 2014).

As políticas públicas já estão definidas em relação à prevenção do suicídio, desde 2006, e têm como um dos seus objetivos “a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, capacitação dos profissionais da saúde mental e das urgências e emergências” (BRASIL, 2006a), mas precisam ser instituídas.

Uma limitação deste trabalho é a possibilidade da ocorrência de causalidade reversa, por ser um estudo transversal. Outra limitação é o uso de um instrumento validado com profissionais da enfermagem, pela inexistência de um instrumento específico para profissionais médicos e estudantes de Medicina no Brasil.

5.2 Resultados e discussão da pesquisa qualitativa

Para facilitar a análise dos resultados e discussão e preservar as identidades dos sujeitos da pesquisa qualitativa, dividiram-se os participantes em dois grupos: o grupo 1, dos discentes, identificados pela letra D de 1 a 15 e o grupo 2, dos docentes, identificados pela letra P de 1 a 6.

Chizzotti (2006) explica que, em pesquisa qualitativa, na qual não é usual tabular resposta ou apresentar índices e proporções da presença de eventos, o mais importante é a apresentação do seu caráter explicativo. Nessa perspectiva de extrair significados dos atores envolvidos no estudo ora apresentado, foi utilizada a análise de conteúdo como modalidade de interpretação, utilizando o referencial de Bardin (2011). Esta análise permite apreender os significados, a interpretação dos fatos apresentados aos pesquisadores pelo conjunto de respostas dos informantes e organizá-los em categorias e subcategorias como vemos adiante.

De acordo com Víctora, Knauth e Hassen (2000), a análise dos dados e interpretação dos resultados é o aprimoramento da fase de sistematização que é desenvolvida através da discussão dos temas e dados que a pesquisa suscita. Por esse motivo, os resultados vão sendo apresentados e, concomitantemente, discutidos.

Após repetidas leituras das falas transcritas, foram-se delimitando as categorias e posteriormente os registros das subcategorias, como mostradas abaixo:

Quadro 4 - Categorias e subcategorias dos discentes.

Categorias	Subcategorias
Ensino x Aprendizagem	É pouco falado
	Não sei abordar
	Sorte na prática
Atitudes x percepções	Não sou capaz
	Quebrar tabu
	Isolamento
O que leva ao suicídio	Doenças mentais
	Vários fatores
	Conflitos familiares
Desafios	Abordagem multiprofissional
	Melhorar a teoria
	Ensinar na prática

Fonte: elaborado pela autora

Quadro 5 – Categorias e subcategorias dos docentes

Categoria	Subcategoria
Ensino x Aprendizagem	Não foi falado
	Complicação de doença mental
	Difícil de abordar
	Encaminhamento para o especialista
Atitudes x Percepções	Não sou capaz
	Quebrar tabu
	Isolamento
O que leva ao suicídio	Vários fatores
	Doenças mentais
	Conflito familiar
Desafios	Trabalho em equipe
	Inserir o suicídio no currículo
	Ensinar na prática

Fonte: elaborado pela autora

5.2.1 Ensino/aprendizagem

Embora as Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014) não explicitem o ensino sobre suicídio, como já foi referido, abordam sobre a aprendizagem integrada, em todos os níveis, primário, secundário e terciário, da prevenção à reabilitação, com promoção de saúde, implicando no ensino deste tema.

No entanto, a maioria das faculdades de Medicina não estimula o ensino da Psiquiatria ou o faz de forma limitada, prejudicando os discentes na aquisição de conhecimento e habilidades para o diagnóstico e o tratamento das doenças mentais prevalentes, tão importantes para lidar com o comportamento suicida (MAGALHÃES *et al.*, 2014).

Além disso, na construção do currículo oculto⁴, temas fundamentais na formação médica são deixados à margem do ensino, prejudicando a formação mais

⁴ Currículo oculto é o conjunto de influências que funciona ao nível da estrutura e cultura organizacional, incluindo, por exemplo, costumes, valores, rituais, que não estão no currículo formal (HEIDI *et al.*, 2004).

ampla de profissionais, que poderiam abordar integralmente e de forma mais humanizada as demandas existentes (RIBEIRO, 2008).

A prevenção do suicídio no mundo tem sido uma grande meta da Organização Mundial de Saúde, através de estudos na área, de dados estatísticos e de programa de prevenção, com a finalidade de reduzir as mortes prematuras nas populações, tendo em vista a previsão de aumento de cerca de 50% de mortes por autoextermínio em 2020, em relação à estimativa de 2012 (WHO, 2014).

Nesse contexto, reconhecemos a grande importância que deve ser dada ao ensino sobre este tema na formação médica. No estudo de Bertolote e Fleischmann (2002a), há evidência de associação entre os transtornos mentais e o autoextermínio, o que reforça a possibilidade de prevenção do suicídio. A OMS descreve o suicídio como um grande problema de saúde pública e, através do SUPRE, tem o objetivo de reduzir a morbimortalidade por autoextermínio no mundo. No entanto, para Bertolote (2013) este fato ainda se encontra distante de ser realizado.

Nesse sentido, na categoria ensino/aprendizagem, questionou-se como foi abordado o tema suicídio na formação médica e, dessa discussão, surgiram as subcategorias. A primeira foi “é pouco falado”. Apesar da complexidade sobre a temática do suicídio, como já visto anteriormente, atualmente é um assunto pouco abordado durante a formação médica nas instituições que participaram da pesquisa, de acordo com as informações dos participantes.

As falas dos discentes demonstraram, de forma unânime, que, além de o tema suicídio não ser valorizado dentro do currículo de forma geral, eles percebiam a dimensão do problema, as lacunas que ficaram no conhecimento e a necessidade de ser melhor abordado, tanto aprofundando o conhecimento teórico, quanto ensinando a habilidade de comunicação para lidar com o paciente com comportamento suicida e o tratamento adequado.

A gente pouco viu sobre suicídio, só como complicação de doença na disciplina de psiquiatria. A gente sabe que é um problema muito grave, mas a faculdade se apega às estatísticas do suicídio, a prevalência, idade, quem é mais afetado. As doenças mentais que tem relação com suicídio (Grupo1, D3).

Vimos de forma muito superficial e breve um assunto de grande importância (...) a gente viu assuntos que nem tinha essa gravidade, que na minha opinião podiam deixar o espaço para o suicídio, para ensinar como abordar, como tratar (Grupo 1, D9).

Só abordam como uma complicação de doença mental, mas não ensinam nem abordar, nem como tratar essa complicação (Grupo1, D3).

Nas entrevistas acima, reconhecemos que a abordagem sobre o autoextermínio no currículo de Medicina está muito voltada para a epidemiologia e para a complicação de doenças mentais. Alguns acrescentaram a falta de preparo para lidar com a morte e o despreparo de alguns professores como se observa nas falas abaixo:

Eu acho que uma das formas de se reverter a questão da morte, é a prática com professores bem preparados para lidar com isso, porque já peguei professores nas nossas práticas que o paciente morreu e ele foi extremamente frio com todo mundo que estava em volta (Grupo1, D5).

Acho que falta sensibilidade em relação à morte. Você não precisa ser santo, nem ficar chorando, mas é preciso ter respeito, entender a dor, a perda. É uma situação que se precisa ter empatia. Nada disso é ensinado. O pessoal vai acabar achando normal virar aquele médico frio, duro. Eu não quero ficar assim. Infelizmente, a faculdade não ajuda (Grupo1, D 7).

Outro dia o professor deu o diagnóstico de morte encefálica de uma criança de 6 anos. Eu estava no eletivo, no meu segundo semestre e a gente (eu e meu colega) foi dizer pros pais, A gente ficou atordoado. Fiquei me perguntando, o que é que a gente está dizendo? Não estávamos preparados para lidar com isso (Grupo1, D2).

A gente vê nos hospitais muitas vezes, que nem os médicos mais experientes sabem lidar com a morte, e não têm essa noção profunda pra nos ensinar sobre o tema (Grupo1, D10).

Essa dificuldade, segundo Kartenbaum e Aisenberg (1983), relaciona-se com a necessidade de os profissionais de saúde encararem a própria finitude, seus sentimentos em relação à morte, para lidarem melhor com os problemas de quem está morrendo.

O estudo de Kóvacs (2008) constatou como principais dificuldades dos profissionais de saúde falar sobre agravamento de doença e possibilidade de morte.

Os professores também reconheceram que, no seu tempo de graduação, o suicídio “não foi falado,” era pior do que na atualidade, que existe a facilitação da Internet, com mais discussão sobre o assunto através de séries e redes sociais. Eles compreenderam que o currículo precisa ser reformulado para contemplar as exigências do mundo atual, particularmente sobre suicídio. Em alguns momentos, percebiam-se nas falas sentimentos negativos em relação à doença mental.

Não lembro de ter uma aula sobre suicídio na faculdade, se teve não internalizou... Hoje é um assunto mais discutido nas redes sociais e na mídia (Grupo 2, P1).

O que era nos passado sobre o suicídio na faculdade era como uma complicação de doença mental. Hoje já é melhor que antes, porém é necessário fazer parte do currículo, ter um ensino aprofundado na teoria e na prática (Grupo 2, P4).

Eu tive muito medo quando rodei na psiquiatria. Fui num hospital de saúde mental e tinha que andar com um monte de cadeados, aquilo me fez ter repulsa do assunto. (Grupo2, P5).

A morte, o suicídio são assuntos que deveriam ser abordados com naturalidade durante o curso de medicina, porque faz parte da vida. Porém, não temos educação suficiente para lidar com este assunto. (Grupo 2, P2).

Parte dos professores não se lembrava de ter aprendido sobre a morte e o suicídio durante a graduação e metade deles, que tiveram currículo modificado durante o curso, lembrava-se de ter aprendido sobre autoextermínio como complicação de um distúrbio mental. Relataram experiências da vida profissional e melhor compreensão sobre essa temática por busca de interesse próprio. Alguns relataram compreensão devido a estudos de especialização na área psicológica, pois dois deles tinham formação em psicanálise e um era psiquiatra.

Entrei na Universidade, dentro do curso de Medicina e realmente não me interessei pela morte, mas fiz um curso de vida. Sempre fiquei com essa história de estudar a morte e os conceitos sobre a finitude. Acho que é necessário se estudar sobre a morte durante a graduação (Grupo2, P3).

Eu acho que pra se falar de vida, você tem que falar da morte. A morte é que dá significância à vida. É necessário na formação médica que a morte seja estudada, debatida (Grupo2, P5).

Outra subcategoria que emergiu nas entrevistas dos discentes foi “não sei abordar”. Todos os discentes afirmaram que não sabem abordar um paciente com comportamento suicida, visto que demonstraram dúvidas sobre o que dizer, o que perguntar sem prejudicar, porque não aprenderam na teoria, nem na prática sobre a abordagem e o tratamento. Os docentes também disseram ser “difícil de abordar” e tiveram postura de ouvir e encaminhar para o especialista como relatam nas entrevistas a seguir:

Não aprendemos a abordar o suicídio... Não foi ensinado nas aulas teóricas. Na prática, quando estava no CAPS, quando iam abordar o paciente com ideação suicida, pediam pra gente sair, para evitar constrangimento para o mesmo (Grupo1, D2).

Eu não sei abordar uma pessoa com ideação suicida, então não quero ver, Tenho medo de abordar sobre esse assunto e simplesmente cutucar uma ferida, estimular o suicídio e me sentir culpada. Eu prefiro não mexer....Para mim o suicídio é um vespeiro. Não nos foi ensinado como abordar em nenhum momento (Grupo1, D4).

A gente não aprendeu na faculdade a abordar suicídio... Fiquei me perguntando o que vou fazer, quando peguei uma tentativa de suicídio na emergência logo que me formei (Grupo2, P6).

Não é fácil abordar o paciente com risco de suicídio, mas é muito importante ouvir, tentar ajudar e encaminhar para o tratamento (Grupo 2, P2).

O problema de não saber abordar foi muito repetido e não houve diferença entre os estudantes do oitavo semestre daqueles já no final da graduação. A preocupação era de não saber lidar com uma situação que tem risco de vida e que tem sido muito frequente no dia a dia. Novamente pensaram que para eles a saída era encaminhar e também falaram das dificuldades de acesso na rede do SUS.

Nesse aspecto, comungo com a tese de Araújo, Miranda e Brasil (2007), quando referem que a melhoria nas práticas de saúde e de ensino, a partir da Lei Orgânica de Saúde, de 1990, tem sido evidente. Esta lei regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabelece os princípios, as diretrizes e objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS). Araújo, Miranda e Brasil (2007) afirmam que grandes lacunas ainda são visíveis na área de formação em saúde, sobretudo em relação ao princípio da integralidade, nos seus vários aspectos. E complementam dizendo que a articulação entre teoria e prática, ensino e comunidade é a possibilidade da construção ativa do conhecimento e de atitudes transformadoras.

Quanto a estas articulações citadas acima, é significativo enfatizar que, se as Instituições de Ensino Superiores (IES) não incluírem a temática do suicídio no currículo com ampla abordagem, a assistência integral e humanizada pode não ocorrer, perdendo-se a oportunidade de prevenção de um problema tão grave e prevalente (BRASIL, 2014).

Uma das alternativas que podem melhorar o ensino e a aprendizagem sobre a abordagem dos casos de risco de suicídio é o uso das metodologias ativas, como tutoria e simulação, como também identificar os sinais de risco e treinar a condução dos casos (BOLLELA *et al.*, 2014).

Com relação à subcategoria “sorte na prática”, poucos integrantes dos grupos tiveram experiência com caso de comportamento suicida. A maioria dos alunos referia que dependia do serviço onde estava, do que ocorria lá, da visão do profissional preceptor, e às vezes não havia muito tempo para escutar os pacientes. Outros lamentaram ser optativa a passagem pelo hospital de saúde mental, local onde teriam mais oportunidade de aproximação com a saúde mental e possibilidade de

aprendizagem sobre suicídio. Destacaram ainda a dificuldade de acesso aos serviços do SUS, nos casos de encaminhamento identificada nas narrativas abaixo:

Na prática é preciso ter sorte... Depende do que ocorre no serviço aonde se está e do profissional que estamos acompanhando. Já tive a experiência de um caso, que esperei a decisão do preceptor e ele pediu um parecer de um psiquiatra, que encaminhou (Grupo1, D1).

Até hoje não vi nenhum caso de ideação suicida ou tentativa de suicídio. É isso que já foi dito, depende muito de onde você está e do que ocorre... Mas se percebe ainda muito preconceito com as doenças mentais (Grupo1, D5).

Quando pego um caso de ideação suicida, procuro acolher, ver o tamanho do risco e encaminho para o especialista ou emergência. O problema é a dificuldade de acesso na rede do SUS. Na faculdade eu só aprendi o suicídio como uma complicação de distúrbio mental. (Grupo 2, P6).

Durante a faculdade não vi nenhum caso de ideação suicida... Não houve teoria nem prática. Só vi que era uma complicação de certos transtornos mentais... Foi difícil me deparar na emergência com os primeiros casos, ficava me perguntando e agora, o que vou fazer? Até hoje é difícil (Grupo 2, P4).

Logo que me formei, eu não compreendia bem certas tentativas de suicídio... Eu agia como se estivesse punindo a pessoa pelo que fez... Depois vi que era devido um grande sofrimento e que a forma de ajudar era outra (Grupo2, P3).

Percebe-se que tanto os discentes como os docentes demonstraram preocupação com as falhas no ensino e aprendizagem sobre autoextermínio. Referiram negligência no ensino e na aprendizagem. Os docentes afirmaram que o suicídio foi visto como “complicação de doença mental,” de forma muito superficial.

Um ponto comum nas falas é o preconceito com a doença mental existente na sociedade e entre eles próprios, ao falarem sobre comportamento suicida visto como “coisa para chamar atenção, besteira, coisa que passa”, como Cassorla (1998) também referencia. Percebiam ainda essas mesmas dificuldades em parte dos profissionais de saúde.

O pouco que foi ensinado foi superficial. Eu acho que tem muito tabu a respeito do suicídio e que tem preconceito com as pessoas que tem ideação suicida e com aqueles que tentaram por parte de todos, inclusive pelos profissionais de saúde (Grupo1, D8).

Muita gente negligencia a psiquiatria, principalmente o suicídio. Falam que é besteira, que a pessoa é fraca e muita gente religiosa diz que quem pensa em suicídio não tem Deus em sua vida (Grupo1, D13).

O suicídio é um tema bastante deixado de lado. A faculdade foca muito nos assuntos para a prova de residência, principalmente na psiquiatria. Os estudantes também negligenciam o conteúdo que está sendo dado (Grupo1, D7).

Os professores perceberam a importância desse tema na formação médica e reconheceram que não tiveram oportunidade de aprender sobre suicídio durante as suas formações. Os relatos de angústia ocorreram ao se depararem com o comportamento suicida no início da vida profissional.

O ensino prático não é dissociado do ensino teórico, tampouco dos contextos da vida de cada ser que procura assistência médica, levando em conta todos os aspectos: cultural, socioeconômico, espiritual e psicológico (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007). No caso do ensino e aprendizagem sobre autoextermínio, deveria iniciar-se na atenção primária, saúde da família, com as noções epidemiológicas, da gravidade para a prevenção, como previsto nas DCN (BRASIL, 2014). Além disso, há necessidade de debates sobre mitos, tabus e estigmas em relação às doenças mentais (CFM, 2014). Com o conhecimento prévio e o uso das metodologias ativas, finalizaria com a prática e a avaliação da aprendizagem sobre autoextermínio (BOLLELA *et al.*, 2014; PERREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

É significativo reforçar que a educação permanente dos professores é outra necessidade prevista nas Diretrizes Nacionais do Ensino de Graduação do Curso de Medicina. O preparo dos professores sobre suicídio é uma necessidade que antecede ao ensino sobre este assunto (BRASIL, 2014).

5.2.2 Atitudes e percepções

Para uma reflexão sobre a categoria atitudes e percepções, o estudo de Cassorla (2006) é uma das referências. Para o autor, os profissionais de saúde geralmente menosprezam os sentimentos dos suicidas, que são identificados como pessoas que estão querendo chamar a atenção, que dramatizam fatos banais e não merecem a atenção dos Centros de Saúde. A motivação, por ele explicada, é o fato de o profissional ter que lidar com sua impotência diante da morte e entrar em contato com sua própria finitude. Portanto, é importante durante a formação médica, a discussão sobre a finitude como um evento natural da vida.

As atitudes diante do suicídio na Idade Média, quando o autoextermínio era visto como um pecado, permanecem influenciando até hoje as posturas da nossa sociedade e as atitudes dos profissionais de saúde. São medos, crenças e mitos que podem prejudicar significativamente o atendimento a alguém com comportamento suicida (BOTEGA, 2015). Continua sendo difícil falar sobre esse assunto até dentro dos serviços de saúde e nas IES e, portanto, as escolas médicas precisam

desmistificar o suicídio, ou seja, não compete aos profissionais uma naturalização sobre a questão e sim inserir nos currículos uma abordagem e uma contextualização que permitam uma formação que contemple uma realidade complexa e oriente para a efetivação das políticas já existentes sobre a saúde mental.

Sobre atitudes e percepção frente ao suicídio, foram feitas aos grupos duas perguntas: se se sentiam capazes de atender alguém com comportamento suicida e como percebiam o suicídio. Seguem as subcategorias que emergiram dessa temática.

Na subcategoria “não sou capaz”, os grupos afirmaram que se sentiam inseguros, com medo, incapazes de atender alguém com comportamento suicida. Nessa ocasião, muitos discentes falaram angustiados e preocupados com a situação de colegas, amigos de turma em situação de risco de autoextermínio, sentindo-se desamparados pelas instituições e sem saberem o que fazer.

A maioria dos docentes referiu dificuldade para atender casos de comportamento suicida. Pensavam em acolher, contar com o apoio da família e de outros profissionais da saúde para encaminhar o paciente para a emergência psiquiátrica ou serviço especializado, como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Percebiam dificuldade de comunicação entre os profissionais e dificuldade nos encaminhamentos dentro da rede como referem a seguir:

Eu não sou capaz de atender um paciente com ideação suicida. É uma situação difícil que temos que contar com a família e tentar encaminhar. (Grupo2, P2).

Eu sei as causas e fatores de risco do suicídio, mas não sou capaz de abordar sobre isso com o paciente ou como trabalhar em cima disso para melhorar. Tenho medo de piorar. (Grupo 1, D4)

Muitos colegas sofrem muito e correm risco; às vezes a gente está sentado ao lado e não sabe o que dizer, o que fazer. Ninguém se preocupa com isso. Tenho medo do pior acontecer. (Grupo1, D11).

Tenho sido muito abordado por alunos pedindo para ajudar um colega que não está bem, que tem ideação suicida. Procuro ouvir e orientar. (Grupo 2, P4).

Mais uma vez, foi percebido que as falhas na formação em relação ao autoextermínio repercutem no sentimento de impotência, insegurança e incapacidade nas falas dos docentes e discentes. Certamente este fato repercute na prática de uma assistência inadequada. Com efeito, Vidal e Gontijo (2013) mostraram que há uma postura desumana, preconceituosa de profissionais nas emergências diante dos comportamentos suicidas, na visão dos usuários.

Um fato relevante discutido por Meleiro (1998) e que merece destaque são os casos de suicídio entre estudantes de Medicina. Os estudantes de Medicina reconhecem o risco de suicídio, por vários fatores, entre eles a propensão maior a sofrerem pressão, a perda da onipotência idealizada por muitos estudantes, pouca tolerância a falhas e a ansiedade crescente pelo medo de errar. É considerado muito desfavorável para este fato o estigma existente da doença mental e a desinformação da universidade e das famílias. Meleiro (1998) também refere que os estudantes de Medicina têm o risco 4 a 5 vezes maior de cometer suicídio do que a população geral e que são elevados os índices de depressão, ansiedade e abuso de álcool e drogas entre eles. Essa tese de Meleiro foi referida pelos discentes durante os grupos focais.

Em relação ao suicídio, eu tenho uma amiga muito próxima, que tem ações suicidas e que eu não me sinto capaz de ajudar, eu não sei como abordar. Percebo seus sintomas, suas atitudes e não sei o que fazer. Fico imaginando e se fosse um paciente, que vem uma vez na vida, o que eu iria fazer? Eu iria perceber? (Grupo1, D7).

Eu tenho uma amiga, que fui para casa dela, íamos sair. Ela estava trancada no quarto e tentou se matar. Eu e o seu irmão tentamos arrombar a porta do quarto pra falar com ela . Eu estava completamente desesperada nessa hora, não tinha medicina na cabeça, não tinha nada. E eu vi ali, diante de mim, uma pessoa que eu não sabia nem como começar a conversar (Grupo1, D15).

Este aspecto da saúde mental dos estudantes de Medicina foi estudado por Mayer (2017) em ampla pesquisa, um estudo multicêntrico no Brasil, que encontrou alta prevalência de ansiedade (81,8%) e de depressão (41%) entre os estudantes de Medicina, sobretudo no sexo feminino e nos estudantes das faculdades das capitais.

Estudo do CQH/CREMESP (2012), sobre a mortalidade dos médicos no estado de São Paulo, entre 2000 e 2009, de acordo com o gênero, aponta o suicídio como a segunda causa de morte, ocorrendo 21% nas mulheres e 18% nos homens, inverso ao que ocorre na população geral, com maior prevalência nos homens.

Na categoria atitudes e percepções, observa-se que o pouco conhecimento e habilidade sobre a temática suicídio é geradora de uma postura insegura e de medo por parte dos informantes da pesquisa.

Ainda na categoria atitudes e percepções, surgiu a subcategoria “quebrar tabu”. Os participantes perceberam o tabu, os mitos e o estigma em relação à doença mental como complicadores no processo de atendimento do paciente com comportamento suicida por parte dos médicos e outros profissionais de saúde. A maioria demonstrou preocupação com o fato de não saber como superar essa

situação e, em alguns momentos, ocorreu angústia ao falarem de algumas experiências ou dos colegas que vivem situação de risco de suicídio.

Tanto os alunos quanto os professores consideraram os mitos e o estigma dificultadores do ensino sobre suicídio e da assistência aos pacientes que pensam em terminar com a própria vida, os quais, muitas vezes, evitam procurar os serviços de saúde.

Acho que os médicos sabem identificar o suicídio e o que causa ele, mas preferem não tocar no tema, pode acabar complicando a situação (Grupo1, D1).

As pessoas têm preconceito apesar de saberem da gravidade do suicídio. É um assunto que existe, mas ninguém que falar. (Grupo2, P3).

Nós, médicos, quando estamos diante de um paciente com potencial suicida, preferimos deixar pra lá. Direcionamos a história clínica para as queixas somáticas. Não pode ser assim... Precisamos falar sobre isto. (Grupo2, P6).

É importante quebrar o tabu... Muita gente fala ainda hoje, muita gente do nosso curso, que não entende porque uma pessoa que tem tudo, tentou o suicídio. E também ouço os familiares religiosos dos colegas referirem que seus filhos nunca irão cometer suicídio porque acreditam em Deus (Grupo 1, D12).

Tais questões podem ser superadas com o ensino e a aprendizagem de habilidades, o conhecimento técnico, com currículo integrado e educação permanente (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

A percepção sobre o autoextermínio nos grupos focais, com o uso de desenhos, sugeriu a subcategoria “isolamento”. Neste momento, foram disponibilizados papel, canetas, lápis de cores e giz de cera para que os participantes pudessem expressar, através de desenhos, suas percepções diante do suicídio e depois as explicassem. Os resultados foram muito semelhantes, com expressões de tristeza, desespero, isolamento, desamparo e medo. Nas explicações, houve empatia entre os entrevistados e as pessoas que apresentavam comportamento suicida e chamou atenção a ênfase na atitude de isolamento do suicida atribuída pelos grupos.

No começo achava que o suicida era egoísta, só depois de um tempo pude compreender a dor que uma pessoa passa. O isolamento que se encontra gera uma sensação de grande desespero... Não fica ligado a nada, é um ponto. (Grupo1, D4).

O suicida é aquele que não existe amparo, como desenhei, mãos que não se encontram. Ou seja, ele se sente sozinho no mundo, isolado. (Grupo2, P5).

Vejo o suicida como um caos, uma desorganização, o isolamento, nada está no lugar. (Grupo2, P2).

O suicídio é um beco sem saída, a pessoa não vê mais solução para a vida, está isolado de todos (Grupo1, D9).

O desenho 1, na explicação do discente que o elaborou, é de uma pessoa isolada, que grita sem som, sem ser ouvida, desesperada, sem conseguir conectar-se com nada que dê estrutura para continuar a vida.

Desenho 1 – Grupo 1, D3

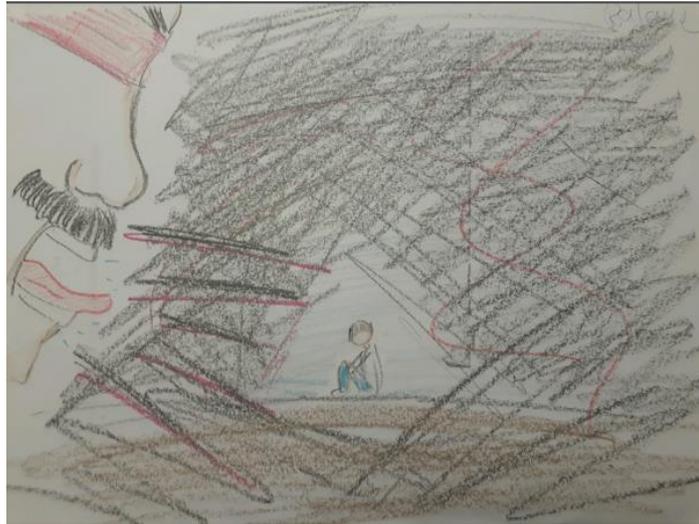


Para ele:

De certa forma, o indivíduo se perde, não se sente mais pertencente à vida, ao mundo e não se sente ouvido. O suicídio é o ponto final. É tudo muito infértil. A ponte que poderia levar para algum lugar conduz para outro lugar com as mesmas características. A pessoa se sente sem saída. O suicídio é um pedido de ajuda, mas não encontra ajuda em lugar nenhum (Grupo 1, D3).

O desenho 2 também retrata o isolamento. Segundo o discente, é de uma pessoa sozinha, sentada, cabisbaixa, aprisionada em um mundo escuro:

Parece muito pequena e desprotegida, sem conexão com nada, numa vida sem sentido. A cara com olhos vedados, à distância, não lhe vê, não lhe escuta e não lhe compreende. Isto se assemelha com as atitudes de muitos profissionais de saúde e outras pessoas que não querem ver ou tocar no assunto ou acham que é uma forma de chamar atenção ou falta de fé em Deus.(Grupo 1, D9)

Desenho 2 – Grupo 1, D9

O estudo de Bertolote *et al.* (2006) descreve o isolamento como um comportamento muito frequente na pessoa que pensa em tirar a própria vida, como identificado no desenho acima. De acordo como o autor, a OMS elencou os principais fatores predisponentes ao comportamento suicida e entre eles está o isolamento social, como também os transtornos mentais, tentativa anterior, história familiar de suicídio, doenças graves incapacitantes, ser solteiro, viúvo ou separado, desemprego ou aposentadoria e luto na infância. Mas não se pode deixar de perceber que são os transtornos mentais e a tentativa anterior os mais importantes fatores, e a última tem inclusive valor preditivo.

Muito importante também é perceber, no exame do estado mental de quem tem comportamento suicida, o desespero, a sensação de que a vida desmoronou, de não haver solução, de não ter mais esperança, sentimentos que estão muito associados a alto risco de suicídio (BOTEGA, 2015). De certa forma, os desenhos dos participantes da pesquisa evidenciavam também o desespero e um grande sofrimento.

5.2.3 O que leva ao suicídio

Quando perguntado aos participantes o que levava ao suicídio, as falas foram se organizando em torno dos fatores de risco, transtornos mentais e conflito familiar. Dos significados surgiram as subcategorias descritas abaixo.

Os informantes da pesquisa perceberam a associação entre suicídio e “doença mental”, sobretudo, a depressão. Os docentes e discentes foram assertivos

em falar que as doenças mentais estavam presentes, que deviam ser diagnosticadas e tratadas precocemente para prevenir o autoextermínio.

Quando se vê suicídio, deve-se identificar a doença subjacente. A depressão é muito frequente... A pessoa fica deprimida e acha que nada tem solução (Grupo1, D9).

Temos que ver o suicídio como doença... A pessoa se deprime e se vê só no mundo, sofrendo muito... Pode ser ajudada e tratada. (Grupo 2, P2).

Eu gosto de pensar no suicídio como uma doença que tem que ser tratada como as doenças cardiovasculares. As doenças mentais são importantes fatores de risco e devem ser diagnosticadas e tratadas adequada e rapidamente. Doença não é uma escolha (Grupo2, P3).

Pra mim o suicídio é um problema de saúde mental... O pilar de todas as causas é o conflito familiar. A depressão, a doença crônica grave, o desemprego... São secundários. A base familiar é tudo. (Grupo1, D7).

A pesquisa de Bertolote e Fleischmann (2002b) sobre o suicídio e as doenças mentais, em revisão de artigos científicos incluindo mais de 15.000 casos de suicídios na população geral, teve como resultado que mais de 95% dos casos de suicídio estavam associados a distúrbios mentais. Os principais transtornos foram os distúrbios do humor, sobretudo a depressão, o abuso de substâncias psicoativas, distúrbios de personalidade *borderline* e a esquizofrenia.

Botega (2015) chama a atenção para o fato de que, embora as doenças mentais estejam muito relacionadas ao comportamento suicida, não são as únicas envolvidas na gênese. Há casos de suicídio sem relação com distúrbio mental.

Entre os fatores de risco para suicídio, os transtornos mentais e a associação de alguns deles com depressão e alcoolismo ou depressão, ansiedade e inquietude motora, tentativa anterior e história familiar de tentativas, aumentam consideravelmente o risco (CHESNEY; GOODWIN; FAZEL, 2014).

Outra subcategoria que surgiu foi “vários fatores”. A maioria dos docentes e discentes atribuiu ao suicídio um somatório de fatores. Os mais citados foram os distúrbios mentais, as doenças crônicas graves, os conflitos familiares, o desemprego, a história de tentativa prévia, a história familiar de suicídio, as fragilidades emocionais, a impulsividade, as perdas e as situações difíceis na vida.

Acho que, de alguma maneira, várias coisas influenciam para uma pessoa suicidar-se... A depressão, a esquizofrenia, a impulsividade, a agressividade entre outros fatores, podem facilitar o suicídio (Grupo2, P2).

Não é possível atribuir ao suicídio um único fato. Vários fatores estão associados, como as doenças mentais, o desemprego, conflito familiar, situações difíceis na vida, frustrações grandes podem terminar em

autoextermínio. Hoje existem alguns gatilhos facilitados com o uso da internet (Grupo1, D5).

A dor que a pessoa que comete suicídio sente me remete à depressão, ao isolamento, às dificuldades financeiras, as perdas, dificuldades pessoais, aos conflitos familiares... São muitos os fatores que levam ao suicídio (Grupo 1, D6).

Situações difíceis na vida, as doenças graves, o desemprego, o desamparo, isolamento, são algumas das situações que favorecem o autoextermínio (Grupo 2, P4)

A complexidade dos fatores associados ao comportamento suicida deve ser examinada cuidadosamente durante a avaliação de uma pessoa numa situação de risco. Os fatores psicológicos, culturais, socioeconômicos, as doenças mentais e a condição de saúde incapacitante se combinam, podendo desencadear o comportamento suicida. O reconhecimento dos fatores de risco pelos profissionais de saúde é fundamental para a prevenção do autoextermínio. Se identificados e tratados precoce e adequadamente, o suicídio pode ser evitado (CFM, 2014; CORRÊA; BARRERO, 2006).

De acordo com o CFM (2014), a falta de conhecimento, o estigma, o tabu e os mitos relacionados às doenças mentais têm dificultado a percepção dos fatores de risco, prejudicando as possíveis ações preventivas de suicídio.

A terceira subcategoria foi “conflito familiar”. Os discentes deram muita ênfase à importância da família tanto na prevenção, dando suporte e funcionando como fator protetor de doenças mentais e de suicídio, quanto no apoio indispensável no tratamento daqueles que estavam em sofrimento, com comportamento suicida. O conflito familiar era importante fator desencadeador de autoextermínio. Um dos discentes chegou a dizer que o conflito familiar era: “o pilar mais importante para o adoecimento, sendo os demais fatores secundários”.

Na percepção dos professores, o conflito familiar surgiu como fator precipitante do suicídio, que o desencadeava quando se agregava a outros fatores predisponentes, como as doenças mentais, tentativas prévias de suicídio, impulsividade, suicídio na família, entre outros. Também perceberam a importância do apoio da família no tratamento.

Se eu ficasse com um paciente que pensasse em suicídio, tentaria acolher, pensar aonde eu poderia encaminhar dentro da rede... Chamaria a família com certeza, que é um apoio muito importante. (Grupo 2, P1).

A família é uma estrutura muito importante na vida das pessoas. Quando não se conta com esse apoio ou quando há muito conflitos, falta de entendimento, pode causar insegurança e até levar ao suicídio. (Grupo 1, D6).

Os problemas nas famílias podem ir deteriorando do ponto de vista mental a saúde das pessoas. Se juntar com outros fatores, muitas vezes é difícil. A pessoa acaba caindo num vazio, no isolamento, achando a vida sem sentido. (Grupo 1, D14).

Eu vejo várias razões pelas quais a pessoa pode se suicidar: a falta de perspectivas, a falta de visão de melhora, os conflitos familiares com grande sofrimento... É não ter previsão de que a situação difícil vai mudar. (Grupo2, P5).

É importante perceber a complexidade do suicídio, por ser consequência de vários fatores tanto internos como externos, que se arranjam de diversas formas, em diferentes intensidades e em tempo variável, num determinado contexto (BOTEGA, 2015).

Também é necessário diferenciar os fatores predisponentes, citados anteriormente, daqueles precipitantes. Os fatores precipitantes são aqueles mais lembrados no momento de um comportamento suicida, são as perdas, desilusões amorosas, separação conjugal, conflitos familiares, problemas financeiros graves, desonra, vergonha, embriaguez e fácil acesso a um meio letal. Este conhecimento associado ao contexto da história da vida de cada um cria possibilidade real de prevenção do suicídio (WHO, 2002).

Pensando em prevenir o autoextermínio, a identificação de fatores protetores servirá para dimensionar com que se pode contar no tratamento. A estrutura familiar é um dos importantes fatores de proteção, caracterizada por bom relacionamento entre as pessoas, senso de responsabilidade, criança pequena em casa, pais atenciosos e apoio em situação de necessidade (BERTOLOTE; FLEISCHANN, 2004).

5.2.4 Desafios

Foi perguntado aos participantes da pesquisa quais desafios percebiam e quais ressignificações poderiam fazer em relação ao ensino sobre suicídio.

Os discentes e docentes falaram que um dos desafios era a necessidade de uma “abordagem multiprofissional” no caso do suicídio, ou seja, o trabalho em equipe. Esta subcategoria exigia a compreensão das várias vertentes do

autoextermínio e a necessidade de apoio para a família. Referiram que a troca de informações entre os profissionais de saúde ampliava a visão e ao mesmo tempo servia como apoio entre eles.

Vale ressaltar que, diante das dificuldades na aprendizagem sobre suicídio, muitos apontaram como uma das ferramentas uma roda de conversa ou discussão de caso de comportamento suicida com uma equipe multiprofissional, em algum momento do curso de Medicina. Relataram não ter vivenciado este tipo de experiência, que pensavam ser enriquecedora e necessária para o trabalho após a graduação.

Um dos professores citou a dificuldade de comunicação entre os profissionais de saúde na sua experiência de atender comportamento suicida, desfavorecendo o tratamento, com conseqüente prejuízo para o paciente. Ressaltou a importância do tratamento multiprofissional.

Creio que o trabalho multiprofissional é muito necessário... Tanto paciente como a família precisam de muito apoio e os profissionais de saúde também. A troca de ideias é muito boa para todos (Grupo1, D1).

O que eu acho que melhoraria no ensino do suicídio era ter uma abordagem multiprofissional, com discussão de casos com outros profissionais de saúde para trocar informações, conhecimento sobre suicídio e ter também uma ideia do trabalho em equipe (Grupo1, D7).

Trabalhar em equipe é muito importante, mas não é fácil... eu sinto muita dificuldade muitas vezes para falar com profissionais que também atendem um paciente que estou acompanhando. É uma coisa necessária e que precisa melhorar. Começa que tem que se ensinar isto dentro da faculdade (Grupo2, P3).

Eu acho que no caso do suicídio não se pode trabalhar sozinho. A equipe multiprofissional é indispensável e extremamente necessária para dar uma assistência correta ao paciente, à família. É muito bom ter o apoio de outros profissionais, dar apoio à família e ao paciente (Grupo 2, P4).

A interdisciplinaridade atende na atualidade a possibilidade de trabalhar em conjunto com outros profissionais na busca de soluções compartilhadas, respeitando as bases disciplinares específicas. Reconhecer a complexidade do objeto de estudo e do trabalho na saúde é estratégia que também possibilita a integralidade das ações da saúde previstas no SUS (SAUPE *et al.*, 2005).

A segunda subcategoria foi “melhorar a teoria”. Todos os sujeitos da pesquisa colocaram como desafio melhorar o ensino sobre o autoextermínio, incluindo este tema no currículo em diferentes momentos, como na atenção básica, na saúde da família e na psiquiatria, utilizando metodologias ativas e discussão de casos de comportamento suicida.

Os mitos e tabu foram vistos como grandes empecilhos para o ensino e a aprendizagem, e, portanto, precisavam ser quebrados. Os discentes gostariam que, no ensino sobre suicídio na teoria, fosse ensinado a reconhecer os riscos, aprender como abordar corretamente, a conduzir o tratamento e a trabalhar na perspectiva de equipe, de forma integral e humanizada.

Os docentes perceberam que as faculdades de Medicina necessitavam trabalhar com a sensibilização e a educação permanente sobre o suicídio com os professores, sobretudo aqueles formados há mais tempo. Para ensinar, é preciso saber, estar preparado e, nessa perspectiva, o trabalho com os professores é tão importante quanto o ensino dos alunos.

Os docentes também foram unânimes em referir à necessidade de “inserir o suicídio no currículo”.

É preciso ter mais aulas teóricas para se aprofundar o conhecimento sobre suicídio e a gente ter uma nova visão. Como também os professores precisam estar preparados para falar sobre este tema (Grupo1, D2).

Acho que é necessário melhorar o ensino teórico, com melhor abordagem, chamando atenção para os mitos, tabu, ensinando como abordar e como conduzir os casos de suicídio. (Grupo1, D8).

Eu imagino que o grande desafio é debater sobre o assunto, para quebrar o tabu e tirar essa ideia religiosa de punir quem comete suicídio. É preciso ensinar sobre a história, os fatores de riscos, os transtornos mentais, como abordar e tratar e encarar o suicídio como um problema da saúde mental. O desafio da faculdade é tornar o suicídio um tema mais frequente no currículo e dá a ele a mesma importância que se dá a outros temas, como a diabetes (Grupo2, P2).

Eu acho que o grande desafio é tirar o suicídio do local a onde ele está, a marginalidade. E para desmitificar isso, a única forma é a transparência dessa situação. É preparar os docentes sobre o tema e ensinar sobre todos os aspectos do suicídio. A faculdade deve dar mais espaço no currículo para o suicídio (Grupo2, P4).

Uma forma de abordar na teoria todas as questões citadas pelos sujeitos da pesquisa, em relação a “melhorar a teoria”, discutir mitos e tabus, aprender a reconhecer fatores de riscos e a abordar alguém com comportamento suicida e como conduzir o tratamento, seria utilizar metodologias ativas como o PBL e TBL, que capacitam para as habilidades cognitivas, na disciplina de Psiquiatria. Ambos são métodos que focam na solução de problemas, com aprendizagem significativa, onde o aluno é sujeito crítico na construção do conhecimento e compartilha saberes com a equipe no caso do TBL (BOLLELA *et al.*, 2014; LOHFELD; NEVILLE; NORMAN, 2005).

Outros significados que formaram subcategoria foi “ensinar na prática”. Docentes e discentes perceberam como principais falhas no conhecimento sobre autoextermínio não saberem abordar o paciente com comportamento suicida e não saberem conduzir. Por estas razões, falaram da necessidade de atividades práticas sobre suicídio, para treinamento das habilidades de comunicação, de diagnóstico e de condução dos casos, através de discussão de casos, do uso de simulação, tutoria e até prova do OSCE.

Os docentes lembraram-se da importância da sensibilização dos professores, sobretudo aqueles formados há mais tempo, que podem ter mais dificuldade, visto que eles próprios percebem suas limitações.

Parte dos discentes demonstrou desejo de retornar às práticas no hospital de saúde mental, que atualmente são optativas e só vai quem tem interesse específico como referido a seguir:

Melhorar a parte prática do ensino para nós da UECE, seria voltar a passar regularmente pelo Hospital de Saúde Mental de Messejana e não de forma optativa. Também aumentar as práticas de discussão de casos de ideação suicida. (Grupo1, D11).

No caso de suicídio, daria pra simular um caso com atores ou com os próprios estudantes para se aprender como abordar e como conduzir, já que com os pacientes poderia haver constrangimento. Ou até se criar um software com um caso de ideação suicida, para se responder uma vez por semana, durante uma hora, sem ser pra nota. (Grupo1, D7).

Em relação à prática, é preciso ter uma tutoria sobre suicídio e também prova do CHA na psiquiatria. A gente aprenderia abordar esses pacientes e também a conduzi-los. (Grupo1, D2).

Acho que melhoraria na prática com discussões de casos de suicídio, envolvendo outros profissionais de saúde e também simulando casos de ideação com os próprios alunos. É muito difícil ensinar na prática diante de um paciente que já tem dificuldade e sofrimento grandes. (Grupo2, P5).

Precisa-se pensar nos estudantes que poderão ter mais práticas de discussão de casos, mas também se precisa trabalhar com os professores em educação continuada e educação permanente. Acho que a melhoria na prática tem que ser dos dois lados. (Grupo2, P4).

Para avaliação de habilidade e competência na prática clínica no curso de Medicina, especificamente sobre a abordagem e condução dos casos de comportamento suicida, o OSCE é uma reconhecida e confiável metodologia de ensino a ser aplicada, sobretudo após a utilização de PBL e TBL. O OSCE permite avaliar a capacidade do “fazer” do estudante em uma situação simulada, através de exames estruturados em diferentes estações, em diversos momentos da formação,

sobretudo para finalidade somativa (AMARAL; DOMINGUES; BICUDO-ZEFERINO, 2012; TRONCON, 2012).

Outra possibilidade de aprendizagem prática é a discussão de casos clínicos de comportamento suicida, previamente selecionados, com equipe interdisciplinar, na clínica escola ou nos serviços de saúde por onde passam. Isso possibilitaria o treinamento para o trabalho em equipe na vida profissional no SUS, com compartilhamento de solução de problemas, integração das ações de saúde e noção do trabalho em rede de saúde (SAUPE *et al.*, 2005).

No contexto de avaliação de habilidade no cenário de aprendizagem prática, o Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX), a avaliação sob observação direta, com o envolvimento dos fatores emocionais e contextuais, é o método que avalia o “fazer” real e tem elevado impacto educacional. No entanto, é pouco utilizado na prática por falta de tempo ou por falta de habilidade dos professores (AMARAL; DOMINGUES; BICUDO-ZEFERINO, 2012).

Para melhorar o processo de ensino aprendizagem, o aprimoramento dos professores na temática suicídio necessita ser realizado de forma contínua, em educação permanente (BRASIL, 2014).

6 ANÁLISE DA PESQUISA DOCUMENTAL

Ao pesquisar a palavra *suicídio* nas ementas das faculdades de Medicina pesquisadas, no primeiro momento, encontrou-se apenas uma vez a palavra suicídio em cada documento. No documento da Unichristus, evidenciou-se uma aula dentro do Módulo Vertical VI, que tem carga horária de 360 horas e abrange as disciplinas de dermatologia, psiquiatria e geriatria, contendo 101 temas de diferentes assuntos. Desta forma, percebe-se uma carga horária de 3,6 horas para cada tema, mas não é possível especificar a carga horária da aula sobre suicídio. O suicídio foi abordado no tema: “Suicídio; fatores de risco e prevenção”. Na ementa da UECE, a palavra suicídio aparece apenas uma vez dentro da disciplina de “Introdução à Tanatologia”, que estuda aspectos das diversas versões da morte, com carga horária de 32 horas. O suicídio encontra-se relacionado com este tema.

No segundo momento, ao pesquisar a palavra “saúde mental” na ementa da Unichristus, a palavra apareceu 8 vezes relacionada com o Módulo Vertical VI,

abordado nas temáticas de Psiquiatria e em Geriatria. A palavra saúde mental aparece em 4 temas e, nas outras 4 vezes, é mencionada na descrição do funcionamento do módulo. Na ementa da UECE, a palavra apareceu 17 vezes, inserida dentro dos grupos de pesquisa, na liga acadêmica e na Psicologia Médica, com carga horária de 68 horas.

O tema suicídio tem maior enfoque na disciplina de psiquiatria, em que há uma aula teórica sobre o assunto na Unichristus e é referido na Tanatologia na UECE. Não há registro, nas ementas curriculares dos cursos estudados, da abordagem do tema em outros momentos do curso de Medicina. Da forma como foi disposta a carga horária, não é possível especificar exatamente a quantidade de horas dispensada para o tema.

Estes achados demonstram que a temática suicídio tem pouco espaço na graduação médica, o que é condizente com as falas dos discentes e docentes.

Na pesquisa realizada no Google acadêmico e Scielo, com as palavras suicídio, ementas e ensino médico, não se encontraram estudos sobre este tema.

7 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo nos permitem compreender importantes aspectos sobre as atitudes, as percepções e o ensino sobre o suicídio nos cursos de Medicina estudados.

Em relação à capacidade dos discentes e docentes para lidar com o suicídio, foram encontrados baixos escores na pesquisa quantitativa, significando falta de preparo profissional. Os docentes não apresentaram escores mais elevados que os alunos. Este achado foi corroborado nos significados relevantes da pesquisa qualitativa, em que alunos e professores não só relataram sentir-se incapazes de abordar e tratar alguém com comportamento suicida, como também referiram de forma unânime que suicídio era um tema pouco falado, fato confirmado na pesquisa documental. Na busca pela palavra suicídio nas ementas dos cursos de medicina pesquisados, foi encontrada apenas uma vez a palavra suicídio em cada uma delas, sem condições de se estimar o tempo de ensino sobre autoextermínio.

Em relação à concepção sobre o direito ao suicídio, encontrou-se maior significância nos discentes que se declararam religiosos, nos que mais frequentavam cultos religiosos, nos que eram evangélicos e nos docentes católicos, que tinham atitudes mais moralistas em relação ao suicídio. Percebeu-se também que os docentes que se declararam religiosos tinham atitudes mais negativas diante do autoextermínio. Na pesquisa qualitativa, houve a percepção de que as pessoas religiosas acreditavam que quem tinha fé em Deus não cometia suicídio, o que condiz com os resultados quantitativos.

Os estudantes e professores apresentaram baixos escores em relação aos sentimentos negativos diante do suicídio, porém nos grupos focais foram significativas as falas de discentes e docentes em relação aos sentimentos negativos ainda existentes na academia. Reconheceram a existência de preconceitos e tabus como entraves para o ensino e aprendizagem.

Assim sendo, compreendeu-se que o suicídio é pouco falado durante a graduação médica. É necessária a discussão, a reflexão e a construção do conhecimento sobre autoextermínio, sobretudo a desconstrução das crenças negativas e o ensino sobre abordagem, diagnóstico e condução do tratamento, através de metodologias ativas (PBL, TCL e OSCE), em diferentes semestres da

graduação, além da discussão de casos com equipe interdisciplinar nos serviços, discussão na liga de psiquiatria, através de *role play* e estímulo a projetos comunitários e escolares sobre prevenção de suicídio. A construção do conhecimento sobre autoextermínio deve se iniciar pelos professores através de grupos de estudo, de discussões e de educação permanente, para garantir a melhoria do processo de ensino/aprendizagem nos moldes preconizados pelas DCNs.

Todos estes achados podem contribuir para compreensão do universo em que se encontram os estudantes e professores de Medicina da Unichristus e UECE em relação ao autoextermínio e propiciar o desenvolvimento de estratégias que possibilitem a melhoria do ensino sobre o suicídio na graduação médica. Como produto desta dissertação, foi elaborado um relatório técnico que dará subsídio para esta finalidade e talvez se aplique à realidade de outras escolas médicas não estudadas.

REFERÊNCIAS

- ABERSTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal, um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre. Artes médicas: 2005.
- AMARAL, E; DOMINGUES, R.C.L; BICUDO-ZEFERINO, A.M. Métodos tradicionais e estruturados de avaliação prática de Competências Clínicas (Caso Longo Estruturado e Observação em Serviço). In: TIBÉRIO, I.F.L.C, *et al* (Org.). **Avaliação Prática de Habilidades Clínicas em Medicina**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2012. Cap 2, p.13-24.
- AQUINO, T. A. V. *et al.*, Atitude religiosa e o sentido da vida: um estudo correlacional. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 29, n. 2, p. 228-243, 2009.
- ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, [S.l], v. 31, p. 20-31, dez. 2007. Disponível em: <<http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1421>>. Acesso em: 15 abr. 2018.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Ed 3. **Lisboa: Edições**, v. 70, 2011.
- BERLIM, M. *et al.* Does a brief training on suicide prevention among general hospital personnel impact their baseline attitudes towards suicidal behaviour? **J Affect Disord**. v.100, p. 233-9, jun. 2007.
- BERTOLETE, J. M.; FLEISCHANN, A. A global perspective in the epidemiology of suicide. **Suicidology**, v. 7, n. 2, p. 6-8, 2002a.
- BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. **World Psychiatry**, v. 1, 181-185, out. 2002b.
- BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicídio e doença mental uma perspectiva global. In: WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. (Org.) **Comportamento Suicida**. Artmed: Porto Alegre; 2004.
- BERTOLETE, J. M. *et al.* Suicide, suicide attempts and pesticides: **A major hidden public health problem**. Bulletin of the World Health Organization, v. 84, n.4, 260, 2006.
- BERTOLETE, J. M.; MELLO-SANTOS, C. de; BOTEGA, N.J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, supl. 2, p. S87-S95, out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a05.pdf>>. Acesso em 11 mai. 2018.
- BERTOLETE, José Manoel. **O Suicídio e sua Prevenção**. São Paulo : Unesp, 2013.
- BOLLELA, V. R. *et al.* Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 47, n. 3, p. 293-300, nov. 2014. Disponível

em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/86618/89548>>. Acesso em: 11 mai. 2018.

BOTEGA, N. J. *et al.* Nursing personal attitudes toward suicide: the development of a measure scale. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.27, n. 4, p. 315-318, dez. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n4/a11v27n4.pdf>>. Acesso em 11 mai. 2018.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015

BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Prevenção ao Suicídio dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília, 2006a. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf>. Acesso em 5 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html>. Acesso em 12 abr. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº. 104, de 25 de janeiro de 2011. Brasília, 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília, 2011. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em 5 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em 5 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Tentativa e Óbitos por Suicídio no Brasil**. Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 48, n. 30, 2017. Disponível em: <<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>>. Acesso em 5 abr. 2018.

CAIS, C. F. S. Suicide prevention training for professional in the public health network in a large Brazilian city. **Arch Suicide Rev.** v.15, n. 4, p.354-9, out. 2011.

CASSORLA, R. M. S. Como lidamos com o morrer - Reflexões suscitadas no apresentar este livro. *In: Cassorla, R.M.S. (Org.). Da morte: estudos brasileiros.* Campinas: Papyrus, 1998.

CASSORLA, M. S. R. A morte e o morrer. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**, p. 417-429, 2006.

CASSORLA, M. S. R. Jovens que tentam o suicídio, homicídio precipitado pela vítima e totalitarismo: três reflexões sobre autodestruição. **Revista de psicanálise: Reverie**. Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 78-97, 2017.

CHESNEY, E.; GOODWIN, G. M.; FAZEL, S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. **World Psychiatry**, v. 13, n. 2, p. 153-160, 2014.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e sociais**. Vozes, Petrópolis, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Suicídio: informando para prevenir**. ABP, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio – Brasília: CFM/ABP, 2014.

CORRÊA, H.; BARRERO, S. P. **Suicídio: uma morte evitável**. São Paulo. Atheneu, 2006.

PROGRAMA DE QUALIDADE HOSPITALAR (CQH). **Manual de Indicadores de Enfermagem NAGEH**. [Internet] São Paulo: APM/CREMESP; 2012. Disponível: http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=125. Acesso em 15 mai. 2018.

DEBUS, M. Manual de excelência em la investigación mediante grupos focales. *In: ESPERIDIÃO, E. (Org.) Reflexões sobre a utilização do grupo focal como técnica de pesquisa*. São Paulo: Fundação Editora de UNESP, 2004.

DOMINO, G.; TAKASHI, Y. Attitudes toward suicide in japonese and american medical students. **Suicide Life Threat Behav.** v. 21, p. 345-358, 1991.

DURKHEIM, E. **O suicídio**. São Paulo: Tradução Martin Claret, 2002. Lê Suicide (1897).

ETZERSDORFER, E. *et al.* Attitudes towards suicide among medical students: comparison between Madras, India e Vienna. **Soc Psychiatepidesenvol**. Austria, v. 33, p. 204-210, 1998.

FERNANDES, L. A.; GOMES, J. M. M. Relatórios de pesquisa nas ciências sociais: características e modalidades de investigação. **Con Texto**, Porto Alegre, v. 3, n. 4, 1º semestre, 2003.

FREIRE, P.. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREUD, S. **Luto e melancolia**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Trad. de Jayme Salomão *et al.* Rio de Janeiro: Imago, 1980. 24 v., v. XIV. Original de 1917.

FREUD, S. **Além do princípio do prazer**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Trad. de Jayme Salomão *et al.* Rio de Janeiro: Imago, 1980. 24 v., v. XVIII, pp. 17-85. Original de 1920.

GADAMER, H.G. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes, 1999.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HEIDI, L *et al.* The hidden Curriculum in undergraduate medical education. **BMJ**. V. 329, p. 218, 2004.

HJELMELAND, H. *et al.* Self-reported suicidal behavior and attitudes toward suicide prevention among psychology students in Ghana, Uganda and Norway. **Crises**, v. 29, n. 1, p. 20-31, 2008.

KARTENBAU, R.; AISENBERG, R. **Psicologia da morte**. São Paulo: Ed. da Universidade São Paulo, 1983.

KITZINGER, J. Grupos Focais. In: POPE C; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2009.

KÓVACS, M. J. Desenvolvimento da tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 18, n. 41, p. 457-468, 2008.

KUSSAKAWA, D. H. B.; ANTONIO, C. A. Os eixos estruturantes das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de Medicina no Brasil. **Revista Docência do Ensino Superior**, v. 7, n. 1, p.189-214, 2017.

LAMPERT, S. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. 2ª ed. São Paulo. Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2009.

LOHFELD, L.; NEVILLE, A.; NORMAN, G. PBL in undergraduate medical education: a qualitative study of the views of Canadian residents. **Advances in Health Sciences Education**. v.10, n.3, 2005.

LOUZÃ NETO, M.R.; ELKIS, H.. **Psiquiatria básica**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LUOMA, J. B.; MARTIN, C. E.; PEARSON, J. L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. **Am J Psychiatry**. v.159, n.6. p. 909-916, jun. 2002.

MAGALHÃES, C.A. *et al.* Atitudes de estudantes de medicina em relação ao suicídio. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 470-476, Dec. 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n4/08.pdf>>. Acesso em 20 mai. 2018.

MALHOTRA, N. K.; KIM, S. S.; PATIL, A. Common method variance in IS research: A comparison of alternative approaches and a reanalysis of past research. **Management science**, v. 52, n. 12, p. 1865-1883, 2006.

MASCIA, A.R. *et al.* Atitudes frente a aspectos relevantes da prática médica: estudo transversal randomizado com alunos de segundo e sexto anos. **Rev. bras. educ. med.** [online]. 2009, vol.33, n.1, pp.40-48.

MATÃO, M. E. L. *et al.* Intentos suicidas: representações sociais dos trabalhadores na área de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 6, n. 5, p. 1077-1085, mar. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/7173/6487>>. Acesso em: 11 mai 2018.

MAYER, F. B. **A prevalência de sintomas de depressão e ansiedade entre os estudantes de medicina: um estudo multicêntrico no Brasil.** Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017.

MELEIRO, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 44, n. 2, p. 135-140, 1998.

MELEIRO, A. M. A. S. Atendimento de pacientes com comportamento suicida na prática médica. **Rev Bras Med**, v. 70, n. 4, 2013.

MENNINGER, K. **Man against himself.** New York, NY: Harcourt Brace Jovanovich Publishers, 1966. Original de 1938.

MINAYO, M. C. S. *et al.* **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social.** In: _____(Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. **Vozes**, 19. ed. Petrópolis, 2001.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: a pesquisa qualitativa em saúde.** 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

OLIVEIRA, C. T. D. *et al.* Percepções de uma equipe de saúde mental sobre o suicida. **Gerais: Rev. Interinst. Psicol.** Juiz de Fora, v. 9, n. 1, p. 78-89, jun. 2016. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v9n1/v9n1a07.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção de Suicídio:** um recurso para conselheiros. Genebra: OMS, 2006.

PEREIRA, E.F.; TEIXEIRA, C.S.; SANTOS, A.dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fís. esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-250, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf>>. Acesso em: 11 mai. 2018.

RAMOS, I. N. B.; FALCÃO, E. B. M. Suicídio: Um tema pouco conhecido na formação médica. **Rev. Bras. de Edu. Med.** V. 35, n. 4 p. 507-516, 2011.

RIBEIRO, L. R. C. Aprendizagem Baseada Em Problemas: PBL. Uma Experiência No Ensino Superior. São Carlos, SP: **Edufscar**, 2008.

RODRIGUES, A. **Psicologia social**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1972.

SAUPE, R. *et al.* Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. v. 9, n.18. p. 521-536, set/dez. 2005.

TIBÉRIO, I. F. L. C. *et al.* **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012.

TRONCON, L. E. A, COLARES, M. F. A.; FIGUEIREDO, J. F. C. *et al.* Atitudes de graduandos em medicina em relação a aspectos relevantes da prática médica. **Rev Bras Educ Med**. 2003; v. 27, n.1, p. 20-28.

TRONCON, L. E. A. O emprego de Pacientes simulados e Padronizados na Avaliação Prática de Habilidades Clínicas In: TIBÉRIO, I. F.C. *et al.* **Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina**. São Paulo: Atheneu, 2012, p. 75-87.

VÍCTORA, C. G.;KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIDAL, C.E.L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 108-114, June 2013 . Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/02.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. (Org.) **Comportamento Suicida**. Artmed: Porto Alegre; 2004.

WHO. **Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS**. Geneva: WHO, 2002.

WHO. **Preventing suicide: how to start a survivors group**. Geneva, 2008.

WHO. **Public health action for the prevention of suicide: a framework**. 2012.

WHO. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva, 2014.

APÊNDICE A
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nome: _____

Sexo () MASC () FEM

Idade: _____

Tempo de formação: _____

Local da formação: _____

Tempo de docência: _____

Instituições onde trabalha: _____

Você se considera uma pessoa religiosa? () NÃO () SIM

Qual é a sua religião? _____

Com que frequência você vai à igreja?

- () Uma vez por semana
- () Duas vezes por mês
- () Uma vez por mês
- () 2 a 3 vezes por ano
- () Uma vez por ano
- () Quase nunca

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

RESPOSTA: _____ %

Você já atendeu alguém com comportamento suicida?

- () Sim () Não

APÊNDICE B**ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA****NOME:** _____**IDADE:** _____**NOME DO (A) PESQUISADOR (A):** _____**DATA DA ENTREVISTA:** __/__/__

- Como foi abordada a temática suicídio durante a sua formação?
- Você se sente capaz de atender alguém com comportamento suicida?
- Como você percebe o autoextermínio?
- O que leva ao suicídio?
- Quais são os desafios para a formação médica sobre este tema?

APÊNDICE C

Termos de Consentimento Livre Esclarecimento

Título: Avaliação do conhecimento e atitudes dos discentes e docentes de medicina diante do suicídio, em Fortaleza.

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “Avaliação do conhecimento e atitudes dos discentes e docentes de medicina diante do suicídio”.

A pesquisa é realizada por Maria Gardenia Amorim, médica e aluna do mestrado em Ensino e Saúde, da Faculdade de Medicina do Centro Universitário Crhistus, sob a orientação da Prof^a. Anamaria Cavalcante e Silva e Prof. Marcos Kubrusly.

Sua colaboração é voluntária e consiste em responder a um questionário contendo 21 perguntas sobre as suas percepções acerca da tentativa de suicídio.

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 pela autora do projeto de pesquisa por um período mínimo de (5) anos para posteriores consulta/continuidade do trabalho, preservando em sigilo sua identificação. Após cinco (5) anos, todo material utilizado para 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^a Anamaria Cavalcante e Silva, assim como as outras pesquisadoras, poderá fornecer qualquer esclarecimento sobre

a pesquisa, assim como tirar dúvidas, bastando contato nos seguintes endereços e/ou telefone.

Endereço: R. João Adolfo Gurgel, 133 - Cocó, Fortaleza - CE, 60190-060

Telefone: (85) 3265-8100

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 posteriores, sendo que meu nome será mantido em sigilo.

Nome do entrevistado (a): _____

Assinatura: _____ Data: __/__/__

Pesquisadoras: Anamaria Cavalcante e Silva.

Assinatura: _____ Data __/__/__



CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS

MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE

RELATÓRIO TÉCNICO DE PESQUISA

Maria Gardenia Amorim⁵

Profa. Dra. Anamaria Cavalcante e Silva⁶

Prof. Dr. Marcos Kubrusly⁷

AMORIM, M.G. Atitudes e percepções dos docentes e discentes de Medicina diante do suicídio.

RESUMO

Este relatório técnico-científico tem por objetivo mostrar de forma clara e concisa os resultados da pesquisa *Atitudes e percepções dos docentes e discentes de Medicina diante do suicídio*, realizada em duas faculdades de Medicina de Fortaleza. A pesquisa, de caráter transversal e descritivo, serviu-se de uma abordagem quanti-qualitativa com a participação de 180 alunos e 57 professores de Medicina. Os dados foram obtidos por meio de questionários e discussões em grupos focais sobre questões relativas ao suicídio e sua abordagem por profissionais de saúde, e estudo documental que procurou avaliar, nas ementas dos dois cursos de graduação em Medicina, a abordagem do tema do suicídio. Os resultados mostram o despreparo dos profissionais para atender pacientes com comportamento suicida e reforçam que o suicídio, assunto pouco falado nos cursos de medicina pesquisados, precisa ter mais espaço na graduação médica, de forma a permitir aquisição de conhecimento e habilidade para a prática médica competente e preventiva de suicídio.

Palavras-chave: Suicídio. Estudantes. Educação Médica. Atitudes.

⁵ Autora. Psiquiatra clínica na rede pública e privada.

⁶ Orientadora da pesquisa. Professora do Mestrado na Unichristus e na UECE.

⁷ Coorientador da pesquisa. Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação da Unichristus.

1 INTRODUÇÃO

O suicídio é uma questão de saúde pública mundial que vem crescendo nos últimos 45 anos, especialmente, na população jovem de países de baixa e média renda. O Brasil é o oitavo país com maior número de suicídio no mundo, com a taxa de mortalidade por autoextermínio de 5,8/100.000 habitantes em 2012, segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS). No Ceará, segundo os dados do Ministério da Saúde (2011), o coeficiente de mortalidade por suicídio foi de 6,5 por 100.000 habitantes e, na região metropolitana de Fortaleza, 5,8/100.000 habitantes.

Com o fim de reduzir essas taxas, o governo lançou, em 2006, a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, que tem entre os objetivos promover a educação permanente dos profissionais de saúde na atenção básica, no programa de saúde da família, na saúde mental e nos serviços de urgências e emergências sobre suicídio (BRASIL, 2006). Ainda com o propósito de melhor conhecer a dimensão deste problema e traçar estratégias eficazes de prevenção, em 2011, a tentativa de suicídio passou a ser de notificação compulsória (BRASIL, 2011).

Apesar dessas medidas, os dados (BRASIL, 2017) apontam para um aumento dos casos de suicídio de 12% entre 2011 e 2015, o que se torna mais alarmante se se considerar que no Brasil há subnotificação dos casos e grande variabilidade regional nas taxas.

Diante desse quadro, ter profissionais de saúde aptos a lidar com a realidade do autoextermínio é uma necessidade reconhecida pela OMS e pelo Ministério da Saúde, mas, seja por falta de conhecimento, seja por questões morais, ainda está longe da realidade.

Durante 15 anos de experiência como psiquiatra clínica no serviço público e na clínica privada, tenho observado a crescente demanda do atendimento de jovens com comportamento suicida, variando de ideação à tentativa de suicídio, em vários graus de gravidade e em contextos diversos. Sempre me chama a atenção o fato de o sofrimento ter se iniciado há meses sem que a família ou outros profissionais de saúde, com que o paciente teve contato antes da tentativa, percebessem, o que corrobora o que outros estudos concluíram a respeito da falta de percepção do sofrimento psíquico por parte dos profissionais de saúde (LUOMA, MARTIN; PEARSON, 2002) e denuncia o despreparo para o atendimento adequado a esses casos.

Desta forma, é necessário que o futuro médico receba uma formação que o capacite a atuar nos serviços de saúde e a enfrentar o comportamento suicida.

Para tanto, buscamos compreender as atitudes e percepções dos docentes e discentes de Medicina frente ao suicídio, esperando proporcionar conhecimento que favoreça o aprimoramento do ensino e aprendizagem desta temática.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO

Tendo como meta a redução da morbidade e mortalidade por suicídio no mundo, a OMS lançou, em 1999, o *Suicide Prevention Program-SUPRE*, que serviu de base e orientação para países com maiores taxas de mortalidade por suicídio criarem suas estratégias nacionais e programas de prevenção do autoextermínio (cf. OMS, 2000).

Seguindo a recomendação da OMS, o Brasil lançou a *Estratégia de Prevenção do Suicídio* através da Portaria nº 1876 de 14/08/2006, que destaca, no Art.2º, inciso VIII, entre seus principais objetivos:

promover educação permanente sobre suicídio para os profissionais de saúde da atenção básica, programa de saúde da família e das urgências e emergências, além de elaborar um manual de prevenção de suicídio para os profissionais da saúde mental (BRASIL, 2006).

A despeito dessa recomendação, o que se observa na prática são profissionais despreparados para a abordagem do comportamento suicida, como apontam vários estudos sobre o tema. Luoma, Martin e Pearson (2002), por exemplo, notaram a falta de percepção do sofrimento psíquico daqueles que estavam com comportamento suicida na atenção básica de saúde, pois 45% das pessoas que tentaram suicídio procuraram o serviço de saúde até três meses antes da tentativa. Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) observaram que os profissionais de saúde têm falsas crenças em relação ao comportamento suicida, as quais prejudicam a capacidade de avaliação clínica e a investigação dos fatores de risco, porque lhes falta empatia na relação com esses pacientes. Vidal e Gontijo (2013), por sua vez, constataram, nos serviços de urgência e emergência, a baixa capacidade das equipes de atendimento na assistência àqueles que tentaram suicídio. Os autores observaram muito estresse, dificuldades estruturais e posturas impessoais e desumanas.

A falta de capacitação parece existir até mesmo em subáreas da saúde ligadas diretamente ao tema do suicídio, conforme revelaram os profissionais da

saúde mental, participantes da pesquisa de Oliveira *et al.*(2016), segundo os quais não houve treinamento institucional para lidar com o comportamento suicida durante a graduação.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de Medicina, publicada em 2001, após vários anos de estudos e avaliações da educação médica, trazem mudanças significativas na estrutura curricular, nos conteúdos e na metodologia, e o marco de um novo paradigma, o da integralidade. Com o objetivo de atenção à saúde, conhecimento, competência e habilidades, orientam que o médico deve atuar na proteção, promoção e prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde. Porém, não há referência específica no que concerne ao suicídio (BRASIL, 2014).

Após revisão das DCN em 2014, houve introdução, entre outras coisas, da saúde mental no internato e aulas práticas desde os semestres iniciais, além da recomendação de educação permanente para o professor e suporte psicológico para o estudante. A nova proposta orienta um currículo voltado para atender aos desafios da sociedade atual, com visão integral do processo saúde/doença, com ações interdisciplinares, com foco na gestão do cuidado, priorizando a atenção básica e as necessidades do SUS (BRASIL, 2014; KUSSAKAWA; ANTONIO, 2017).

Dentro do novo paradigma da integralidade, a educação médica preconiza a utilização de metodologias ativas inovadoras e a aprendizagem significativa. Entre estas metodologias ativas, destacam-se a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), traduzido do inglês *Problem Based Learning* (PBL), Aprendizagem Baseada em Equipe (ABE), traduzido do inglês *Team Based Learning* (TBL) e o *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) (cf. BOLLELA *et al.*, 2014; TIBÉRIO *et al.*, 2012).

Apesar de algumas escolas médicas usarem metodologias ativas, constata-se ainda lacunas no processo ensino/aprendizagem sobre o suicídio na formação médica, conforme afirmam Magalhães *et al.*(2014).

Os desafios sobre o ensino do suicídio, portanto, são grandes, pois envolvem as escolas médicas, o preparo dos docentes e discentes, o trabalho interdisciplinar e em rede e a compreensão de sua complexidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender as atitudes e percepções dos alunos e professores de medicina, frente ao suicídio.

3.1 Objetivos específicos

- Verificar a capacidade dos discentes e docentes do curso de Medicina para lidar com o comportamento suicida;
- Identificar a concepção dos discentes e docentes do curso de Medicina em relação ao direito ao suicídio;
- Analisar o conteúdo e o tempo dispensado no ensino sobre autoextermínio nos cursos de Medicina pesquisados;
- Conhecer como os docentes e discentes de Medicina percebem a formação do médico em relação ao suicídio e quais são os sentimentos com ele relacionados.

4 METODOLOGIA

A presente pesquisa foi realizada em duas fases, com amostras distintas, no período de maio de 2016 a agosto de 2017, nas Faculdades de Medicina do Centro Universitário Christus (Unichristus) e da Universidade Estadual do Ceará (UECE), na cidade de Fortaleza.

A população estudada foi de 237 indivíduos, entre professores e alunos de Medicina da Unichristus e da UECE. A amostra de estudantes de medicina foi composta por 180 alunos do oitavo e décimo primeiro semestre da UECE e da Unichristus e a amostra dos docentes foi composta por 57 sujeitos das duas IES, que expressaram concordância em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo X).

Para avaliar as atitudes dos docentes e discentes do curso de Medicina, diante do suicídio, utilizou-se como instrumento de coleta de dados para a análise quantitativa o Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida (SBAQ), que mede aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais dos profissionais

da saúde diante do suicídio (ANEXO 1) e foi aplicado no local de aula ou de trabalho dos sujeitos da pesquisa. Os dados resultantes da aplicação do SBAQ foram tabulados e analisados pelo software SPSS (*Statistical Pack for the Social Sciences*), v23, SPSS, Inc.

Para a análise qualitativa, usou-se como técnica o grupo focal (GF), que, segundo Kitzinger (2009), constitui um tipo de entrevista coletiva que valoriza a comunicação dos participantes da pesquisa a fim de gerar dados. Os grupos focais ocorreram em três momentos distintos, em uma sala de aula da Unichristus e, no total, contou com a participação de uma amostra composta por 21 sujeitos, retirada do universo inicial de 237 indivíduos. As entrevistas foram gravadas e transcritas. A posterior escuta das falas delineou as temáticas e definiu as categorias para a análise de conteúdo.

Realizou-se por fim uma pesquisa documental nas ementas do curso de Medicina da Unichristus, atualizadas em 2015 e nas da UECE, atualizadas em 2016, ambas seguem as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Ministério da Educação, atualizadas em 2014.

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de acordo com as temáticas e em tópicos.

5.1 Sentimentos negativos dos docentes e discentes em relação ao suicídio

Em relação ao fator sentimentos negativos, não houve diferença significativa entre discentes e docentes e os escores nos dois grupos foram baixos. Ressalta-se, todavia, que houve mais atitudes negativas em relação ao suicídio nos professores que se declararam religiosos e que não tinham atendido pacientes com comportamento suicida. Entre os alunos, a maior mediana (6.0) ocorreu na questão 15: *A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar*, o que não só indica sentimento negativo em relação ao autoextermínio como evidencia o despreparo do profissional para lidar com a situação.

Estes resultados foram corroborados pela análise qualitativa das discussões nos grupos focais. Os participantes relataram sentirem-se inseguros e incapazes de atender alguém com comportamento suicida. Muitos discentes se

mostraram angustiados e preocupados com a situação de colegas em situação de risco de autoextermínio, sentindo-se desamparados pelas instituições e sem saberem o que fazer. Os docentes também relataram dificuldade no atendimento de casos de comportamento suicida.

5.2 Atitudes diante do direito ao suicídio

Em geral, tanto alunos como docentes tendem a não ter uma atitude bem firmada no que diz respeito ao direito ao suicídio: mediana de alunos e docentes, respectivamente: 5,4 e 5,0.

Os resultados quantitativos no fator direito ao suicídio mostraram diferenças significativas relacionadas à religiosidade. As pessoas que se consideravam religiosas, que mais frequentavam cultos religiosos em todos os grupos e nos protestantes discentes e católicos docentes, apresentaram atitudes mais condenatórias diante do suicídio. Os resultados gerais do fator direito ao suicídio estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1: Medianas dos fatores relativos ao direito ao suicídio

Questão	Mediana Discentes		Mediana Docentes
	8º sem	11º sem	
Q3	2,0	2,0	2,0
Q4	8,0	8,0	7,0
Q6	7,0	5,0	6,0
Q16	1,0	2,0	2,0
Q18	8,0	8,0	8,0
TOTAL	5,4	5,4	5,0

Fonte: a autora

Vemos na tabela 1 que a questão 6 teve um alto score, o que comprova que a crença, predominante desde a Idade Média de que o suicídio é um pecado, pois, como um dom divino, só Deus pode tirar a vida, ocupa o imaginário da sociedade ocidental através dos tempos e influencia ainda hoje as atitudes dos profissionais de saúde, naturalmente, com prejuízo no atendimento daqueles com risco de suicídio, como observaram MATÃO *et al.* (2012).

5.3 Percepção da capacidade profissional em lidar com o comportamento suicida

Entre os achados do estudo, encontra-se a maior capacidade profissional dos estudantes e professores que haviam atendido paciente com comportamento suicida e nos estudantes do semestre mais avançado, como era de se esperar, devido à maior aquisição de conhecimento, maior experiência com a morte e maior habilidade profissional. Magalhães *et al.* (2014) também perceberam, na pesquisa sobre atitudes dos estudantes de Medicina em relação ao suicídio, maior preparo profissional nos estudantes que haviam atendido paciente com risco de autoextermínio.

Quando se comparam os estudantes das duas faculdades de Medicina pesquisadas, observam-se escores levemente maiores em relação à mediana do fator capacidade profissional na Unichristus, provavelmente devido ao método de ensino, que mais aproxima a teoria da prática, criando maior possibilidade de atendimento a pacientes com comportamento suicida.

Chama-se atenção a que, de forma global, a capacidade profissional atingiu escores considerados baixos, podendo refletir pouco conhecimento e habilidade sobre o suicídio para a prática médica dos futuros profissionais médicos, indicando a necessidade de maior investimento no ensino sobre autoextermínio na graduação médica. Em relação aos professores, não estão melhores capacitados do que os discentes e necessitam de educação permanente nesse tema, como evidencia a tabela 2 que resume os resultados deste fator.

Tabela 2: Medianas dos fatores relativos à capacidade profissional

Questão		Mediana discentes		Mediana Docentes
		8º sem	11º sem	
Q1	Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar	6,0	6,0	7,0
Q7	Sinto-me capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar	6,0	6,0	6,0
Q10	Acho que tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio	4,0	5,0	4,0
Q12	Sinto-me inseguro (a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio	6,0	6,0	5,0
TOTAL		5,25	5,5	5,25

Fonte: a autora

5.4 Atitudes e percepções relativas ao suicídio em geral

Foram feitas aos grupos duas perguntas: se se sentiam capazes de atender alguém com comportamento suicida e como percebiam o suicídio. Destas perguntas surgiram duas subcategorias: “não sou capaz”, relacionada aos sentimentos negativos e à capacidade profissional; e “quebrar tabu”.

Quanto à primeira, a maioria dos docentes referiu dificuldade para atender casos de comportamento suicida. Pensavam em acolher, contar com o apoio da família e de outros profissionais da saúde para encaminhar o paciente para a emergência psiquiátrica ou serviço especializado, como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Todavia, percebiam dificuldade de comunicação entre os profissionais, como também dificuldade nos encaminhamentos dentro da rede como referem a seguir.

Eu não sou capaz de atender um paciente com ideação suicida. É uma situação difícil que temos que contar com a família e tentar encaminhar. (Grupo2, P2)

Eu sei as causas e fatores de risco do suicídio, mas não sou capaz de abordar sobre isso com o paciente ou como trabalhar em cima disso para melhorar. Tenho medo de piorar. (Grupo 1, D4)

Muitos colegas sofrem muito e correm risco; às vezes a gente está sentado ao lado e não sabe o que dizer, o que fazer. Ninguém se preocupa com isso. Tenho medo do pior acontecer. (Grupo1, D11).

Tenho sido muito abordado por alunos pedindo para ajudar um colega que não está bem, que tem ideação suicida. Procuo ouvir e orientar. (Grupo 2, P4).

Quanto à segunda, os participantes perceberam o tabu, os mitos e o estigma em relação à doença mental como complicadores no processo de atendimento do paciente com comportamento suicida por parte dos médicos e outros profissionais de saúde. A maioria demonstrou preocupação com o fato de não saber como superar essa situação e, em alguns momentos, ocorreu angústia ao falarem de algumas experiências ou dos colegas que vivem situação de risco de suicídio.

Tanto os alunos quanto os professores consideraram os mitos e o estigma dificultadores do ensino sobre suicídio e da assistência aos pacientes que pensam em terminar com a própria vida, os quais, muitas vezes, evitam procurar os serviços de saúde. Tais questões podem ser superadas com o ensino e a aprendizagem de habilidades, o conhecimento técnico, o currículo integrado e uma educação permanente (cf. ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Acho que os médicos sabem identificar o suicídio e o que causa ele, mas preferem não tocar no tema, pode acabar complicando a situação (Grupo1, D1).

As pessoas têm preconceito apesar de saberem da gravidade do suicídio. É um assunto que existe, mas ninguém que falar. (Grupo2, P3).

Nós, médicos, quando estamos diante de um paciente com potencial suicida, preferimos deixar pra lá. Direcionamos a história clínica para as queixas somáticas. Não pode ser assim... Precisamos falar sobre isto. (Grupo2, P6).

É importante quebrar o tabu... Muita gente fala ainda hoje, muita gente do nosso curso, que não entende porque uma pessoa que tem tudo, tentou o suicídio. E também ouço os familiares religiosos dos colegas referirem que seus filhos nunca irão cometer suicídio porque acreditam em Deus (Grupo 1, D12).

A percepção sobre o autoextermínio nos grupos focais, com o uso de desenhos, sugeriu ainda a subcategoria “isolamento”. Os resultados foram muito semelhantes, com expressões de tristeza, desespero, isolamento, desamparo e medo. Nas explicações, houve empatia entre os entrevistados e as pessoas que apresentavam comportamento suicida e chamou atenção a ênfase na atitude de isolamento do suicida atribuída pelos grupos.

No começo achava que o suicida era egoísta, só depois de um tempo pude compreender a dor que uma pessoa passa. O isolamento que se encontra gera uma sensação de grande desespero... Não fica ligado a nada, é um ponto. (Grupo1, D4).

O suicida é aquele que não existe amparo, como desenhei, mãos que não se encontram. Ou seja, ele se sente sozinho no mundo, isolado. (Grupo2, P5).

5.5 Percepções sobre os fatores que levam ao suicídio

De modo geral, os participantes relacionaram o suicídio a doenças mentais, a conflitos familiares ou a mais de um fator, tendo em vista o caráter complexo do problema.

Os docentes e discentes foram assertivos em falar que as doenças mentais estavam presentes, que deviam ser diagnosticadas e tratadas precocemente para prevenir o autoextermínio.

Quando se vê suicídio, deve-se identificar a doença subjacente. A depressão é muito frequente... A pessoa fica deprimida e acha que nada tem solução (Grupo1, D9).

Temos que ver o suicídio como doença... A pessoa se deprime e se vê só no mundo, sofrendo muito... Pode ser ajudada e tratada. (Grupo 2, P2).

Eu gosto de pensar no suicídio como uma doença que tem que ser tratada como as doenças cardiovasculares. As doenças mentais são importantes fatores de risco e devem ser diagnosticadas e tratadas adequada e rapidamente. Doença não é uma escolha (Grupo2, P3).

Pra mim o suicídio é um problema de saúde mental... O pilar de todas as causas é o conflito familiar. A depressão, a doença crônica grave, o desemprego... São secundários. A base familiar é tudo. (Grupo1, D7).

De fato, como Bertolote e Fleischmann (2002) observaram, em revisão de artigos científicos incluindo mais de 15.000 casos de suicídios na população geral, mais de 95% dos casos de suicídio estavam associados a distúrbios mentais. Os principais transtornos foram os distúrbios do humor, sobretudo a depressão, o abuso de substâncias psicoativas, distúrbios de personalidade borderline e a esquizofrenia.

Os conflitos familiares também foram apontados como fator desencadeador do suicídio tanto por discentes como docentes. Além disso, os participantes atribuíram à família papel fundamental na prevenção ao suicídio e no apoio ao tratamento:

Se eu ficasse com um paciente que pensasse em suicídio, tentaria acolher, pensar aonde eu poderia encaminhar dentro da rede... Chamaria a família com certeza, que é um apoio muito importante. (Grupo 2, P1).

A família é uma estrutura muito importante na vida das pessoas. Quando não se conta com esse apoio ou quando há muito conflitos, falta de entendimento, pode causar insegurança e até levar ao suicídio. (Grupo 1, D6).

Os problemas nas famílias podem ir deteriorando do ponto de vista mental a saúde das pessoas. Se juntar com outros fatores, muitas vezes é difícil. A pessoa acaba caindo num vazio, no isolamento, achando a vida sem sentido. (Grupo 1, D14).

Eu vejo várias razões pelas quais a pessoa pode se suicidar: a falta de perspectivas, a falta de visão de melhora, os conflitos familiares com grande sofrimento... É não ter previsão de que a situação difícil vai mudar. (Grupo2, P5).

Quanto à terceira subcategoria, a maioria dos docentes e discentes atribuiu o suicídio a um somatório de fatores. Os mais citados foram os distúrbios mentais, as doenças crônicas graves, os conflitos familiares, o desemprego, a história de tentativa prévia, a história familiar de suicídio, as fragilidades emocionais, a impulsividade, as perdas e situações difíceis na vida.

Acho que, de alguma maneira, várias coisas influenciam para uma pessoa suicidar-se... A depressão, a esquizofrenia, a impulsividade, a agressividade entre outros fatores, podem facilitar o suicídio (Grupo2, P2).

Não é possível atribuir ao suicídio um único fato. Vários fatores estão associados, como as doenças mentais, o desemprego, conflito familiar,

situações difíceis na vida, frustrações grandes podem terminar em autoextermínio. Hoje existem alguns gatilhos facilitados com o uso da internet (Grupo1, D5).

A dor que a pessoa que comete suicídio sente me remete à depressão, ao isolamento, às dificuldades financeiras, as perdas, dificuldades pessoais, aos conflitos familiares... São muitos os fatores que levam ao suicídio (Grupo 1, D6).

Situações difíceis na vida, as doenças graves, o desemprego, o desamparo, isolamento, são algumas das situações que favorecem o autoextermínio (Grupo 2, P4)

A complexidade dos fatores associados ao comportamento suicida deve ser examinada cuidadosamente durante a avaliação de uma pessoa numa situação de risco. Os fatores psicológicos, culturais, socioeconômicos, as doenças mentais e a condição de saúde incapacitante se combinam, podendo desencadear o comportamento suicida. O reconhecimento dos fatores de risco pelos profissionais de saúde é fundamental para a prevenção do autoextermínio. Se identificados e tratados precoce e adequadamente, o suicídio pode ser evitado (CFM, 2014; CORRÊA; BARRERO, 2006).

De acordo com o CFM (2014), a falta de conhecimento, o estigma, o tabu e os mitos relacionados às doenças mentais têm dificultado a percepção dos fatores de risco, prejudicando as possíveis ações preventivas de suicídio.

5.6 A abordagem do tema suicídio na formação em Medicina

Na categoria ensino/aprendizagem, questionou-se como foi abordado o tema suicídio na formação médica e, dessa discussão, surgiram cinco subcategorias: “é pouco falado”, “complicação de doença mental”, “difícil de abordar”, “encaminho ao especialista” e “sorte na prática”.

Quanto à primeira, vê-se que, apesar da complexidade sobre a temática do suicídio exigir maior carga horária dedicada, é um assunto pouco abordado durante a formação médica nas instituições que participaram da pesquisa, de acordo com as informações dos participantes.

As falas dos discentes demonstraram, de forma unânime, que, além de o tema suicídio não ser valorizado dentro do currículo de forma geral, eles percebiam a dimensão do problema, as lacunas que ficaram no conhecimento e a necessidade de ser melhor abordado, tanto aprofundando o conhecimento teórico, quanto ensinando

a habilidade de comunicação para lidar com o paciente com comportamento suicida e o tratamento adequado.

A gente pouco viu sobre suicídio, só como complicação de doença na disciplina de psiquiatria. A gente sabe que é um problema muito grave, mas a faculdade se apega às estatísticas do suicídio, a prevalência, idade, quem é mais afetado. As doenças mentais que tem relação com suicídio (Grupo1, D3).

Vimos de forma muito superficial e breve um assunto de grande importância (...) a gente viu assuntos que nem tinha essa gravidade, que na minha opinião podiam deixar o espaço para o suicídio, para ensinar como abordar, como tratar (Grupo 1, D9).

Só abordam como uma complicação de doença mental, mas não ensinam nem abordar, nem como tratar essa complicação (Grupo1, D3).

Nas falas dos participantes, reconhecemos que a abordagem sobre o autoextermínio no currículo de Medicina está muito voltada para a epidemiologia e para a complicação de doenças mentais. Alguns acrescentaram a falta de preparo para lidar com a morte e o despreparo de alguns professores, como se observa nas falas abaixo.

Eu acho que uma das formas de se reverter a questão da morte, é a prática com professores bem preparados para lidar com isso, porque já peguei professores nas nossas práticas que o paciente morreu e ele foi extremamente frio com todo mundo que estava em volta (Grupo1, D5).

Acho que falta sensibilidade em relação à morte. Você não precisa ser santo, nem ficar chorando, mas é preciso ter respeito, entender a dor, a perda. É uma situação que se precisa ter empatia. Nada disso é ensinado. O pessoal vai acabar achando normal virar aquele médico frio, duro. Eu não quero ficar assim. Infelizmente, a faculdade não ajuda (Grupo1, D 7).

Outro dia o professor deu o diagnóstico de morte encefálica de uma criança de 6 anos. Eu estava no eletivo, no meu segundo semestre e a gente (eu e meu colega) foi dizer pros pais, A gente ficou atordoado. Fiquei me perguntando, o que é que a gente está dizendo? Não estávamos preparados para lidar com isso (Grupo1, D2).

A gente vê nos hospitais muitas vezes, que nem os médicos mais experientes sabem lidar com a morte, e não têm essa noção profunda pra nos ensinar sobre o tema (Grupo1, D10).

Os professores também reconheceram que, no seu tempo de graduação, o suicídio “não foi falado,” era até pior do que na atualidade, em que existe a facilidade da Internet, com mais discussão sobre o assunto através das séries e redes sociais. Eles compreenderam que o currículo precisa ser reformulado para contemplar as exigências do mundo atual, particularmente sobre suicídio. Em alguns momentos, percebiam-se nas falas sentimentos negativos em relação à doença mental.

Não lembro de ter uma aula sobre suicídio na faculdade, se teve não internalizou... Hoje é um assunto mais discutido nas redes sociais e na mídia (Grupo 2, P1).

O que era nos passado sobre o suicídio na faculdade era como uma complicação de doença mental. Hoje já é melhor que antes, porém é necessário fazer parte do currículo, ter um ensino aprofundado na teoria e na prática (Grupo 2, P4).

Eu tive muito medo quando rodei na psiquiatria. Fui num hospital de saúde mental e tinha que andar com um monte de cadeados, aquilo me fez ter repulsa do assunto. (Grupo2, P5).

A morte, o suicídio são assuntos que deveriam ser abordados com naturalidade durante o curso de medicina, porque faz parte da vida. Porém, não temos educação suficiente para lidar com este assunto. (Grupo 2, P2).

Parte dos professores não se lembrava de ter aprendido sobre a morte e o suicídio durante a graduação e metade deles, os quais tiveram currículo modificado durante o curso, lembrava-se de ter aprendido sobre autoextermínio como complicação de um distúrbio mental. Relataram experiências da vida profissional e melhor compreensão sobre essa temática por busca de interesse próprio. Alguns relataram compreensão devido a estudos de especialização na área psicológica, pois dois deles tinham formação em psicanálise e um era psiquiatra.

Entrei na Universidade, dentro do curso de Medicina e realmente não me interessei pela morte, mas fiz um curso de vida. Sempre fiquei com essa história de estudar a morte e os conceitos sobre a finitude. Acho que é necessário se estudar sobre a morte durante a graduação (Grupo2, P3).

Eu acho que pra se falar de vida, você tem que falar da morte. A morte é que dá significância à vida. É necessário na formação médica que a morte seja estudada, debatida (Grupo2, P5).

Quanto à categoria “não sei abordar”, todos os discentes afirmaram que não sabem abordar um paciente com comportamento suicida, visto que demonstraram dúvidas sobre o que dizer, o que perguntar sem prejudicar, porque não aprenderam na teoria, nem na prática sobre a abordagem e o tratamento. Os docentes também disseram ser “difícil de abordar” e tiveram postura de ouvir e encaminhar para o especialista, como relatam nas entrevistas a seguir.

Não aprendemos a abordar o suicídio... Não foi ensinado nas aulas teóricas. Na prática, quando estava no CAPS, quando iam abordar o paciente com ideação suicida, pediam pra gente sair, para evitar constrangimento para o mesmo (Grupo1, D2).

Eu não sei abordar uma pessoa com ideação suicida, então não quero ver, Tenho medo de abordar sobre esse assunto e simplesmente cutucar uma ferida, estimular o suicídio e me sentir culpada. Eu prefiro não mexer....Para

mim o suicídio é um vespeiro. Não nos foi ensinado como abordar em nenhum momento (Grupo1, D4).

A gente não aprendeu na faculdade a abordar suicídio... Fiquei me perguntando o que vou fazer, quando peguei uma tentativa de suicídio na emergência logo que me formei (Grupo2, P6).

Não é fácil abordar o paciente com risco de suicídio, mas é muito importante ouvir, tentar ajudar e encaminhar para o tratamento (Grupo 2, P2).

O problema de não saber abordar foi muito repetido e não houve diferença entre os estudantes do oitavo semestre daqueles já no final da graduação. A preocupação era de não saber agir em uma situação que tem risco de vida e que tem sido muito frequente no dia a dia. Novamente pensaram que para eles a saída era encaminhar e também falaram das dificuldades de acesso na rede do SUS.

Nesse aspecto, comungo com a tese de Araújo, Miranda e Brasil (2007), quando referem que a melhoria nas práticas de saúde e de ensino, a partir da Lei Orgânica de Saúde, de 1990, tem sido evidente. Esta lei regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabelece os princípios, as diretrizes e objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS). Araújo, Miranda e Brasil (2007) afirmam que grandes lacunas ainda são visíveis na área de formação em saúde, sobretudo em relação ao princípio da integralidade, nos seus vários aspectos. E complementam dizendo que a articulação entre teoria e prática, ensino e comunidade é a possibilidade da construção ativa do conhecimento e de atitudes transformadoras.

Quanto a estas articulações, é significativo enfatizar que, se as Instituições de Ensino Superiores (IES) não incluírem a temática do suicídio no currículo com ampla abordagem, a assistência integral e humanizada pode não ocorrer, perdendo-se a oportunidade de prevenção de um problema tão grave e prevalente (BRASIL, 2014).

Uma das alternativas que podem melhorar o ensino e a aprendizagem sobre a abordagem dos casos de risco de suicídio é usar as metodologias ativas, como tutoria e simulação, como também identificar os sinais de risco e treinar a condução dos casos (BOLLELA *et al.*, 2014).

Com relação à subcategoria “sorte na prática”, poucos integrantes dos grupos tiveram experiência com caso de comportamento suicida. A maioria dos alunos referia que dependia do serviço onde estava, do que ocorria lá, da visão do profissional preceptor e que às vezes não havia muito tempo para escutar os pacientes. Outros

lamentaram ser optativa a passagem pelo hospital de saúde mental, local onde teriam mais oportunidade de aproximação com a saúde mental e possibilidade de aprendizagem sobre suicídio. Destacaram ainda a dificuldade de acesso aos serviços do SUS, nos casos de encaminhamento, identificada nas narrativas abaixo:

Na prática é preciso ter sorte... Depende do que ocorre no serviço aonde se está e do profissional que estamos acompanhando. Já tive a experiência de um caso, que esperei a decisão do preceptor e ele pediu um parecer de um psiquiatra, que encaminhou (Grupo1, D1).

Até hoje não vi nenhum caso de ideação suicida ou tentativa de suicídio. É isso que já foi dito, depende muito de onde você está e do que ocorre... Mas se percebe ainda muito preconceito com as doenças mentais (Grupo1, D5).

Quando pego um caso de ideação suicida, procuro acolher, ver o tamanho do risco e encaminhado para o especialista ou emergência. O problema é a dificuldade de acesso na rede do SUS. Na faculdade eu só aprendi o suicídio como uma complicação de distúrbio mental. (Grupo 2, P6).

Durante a faculdade não vi nenhum caso de ideação suicida... Não houve teoria nem prática. Só vi que era uma complicação de certos transtornos mentais... Foi difícil me deparar na emergência com os primeiros casos, ficava me perguntando e agora, o que vou fazer? Até hoje é difícil (Grupo 2, P4).

Logo que me formei, eu não compreendia bem certas tentativas de suicídio... Eu agia como se estivesse punindo a pessoa pelo que fez... Depois vi que era devido um grande sofrimento e que a forma de ajudar era outra (Grupo2, P3).

Percebe-se que tanto os discentes como os docentes demonstraram preocupação com as falhas no ensino e aprendizagem sobre autoextermínio. Os docentes afirmaram que o suicídio foi visto como “complicação de doença mental,” de forma muito superficial.

Um ponto comum nas falas é o preconceito com a doença mental existente na sociedade e entre eles próprios, ao falarem sobre comportamento suicida visto como “coisa para chamar atenção, besteira, coisa que passa”, como Cassorla (1998) também referencia. Percebiam ainda essas mesmas dificuldades em parte dos profissionais de saúde.

O pouco que foi ensinado foi superficial. Eu acho que tem muito tabu a respeito do suicídio e que tem preconceito com as pessoas que tem ideação suicida e com aqueles que tentaram por parte de todos, inclusive pelos profissionais de saúde (Grupo1, D8).

Muita gente negligencia a psiquiatria, principalmente o suicídio. Falam que é besteira, que a pessoa é fraca e muita gente religiosa diz que quem pensa em suicídio não tem Deus em sua vida (Grupo1, D13).

O suicídio é um tema bastante deixado de lado. A faculdade foca muito nos assuntos para a prova de residência, principalmente na psiquiatria. Os estudantes também negligenciam o conteúdo que está sendo dado (Grupo1, D7).

Os professores perceberam a importância desse tema na formação médica e reconheceram que não tiveram oportunidade de aprender sobre suicídio durante as suas formações.

5.7 Percepções dos desafios em relação ao ensino sobre suicídio

No que diz respeito aos desafios e ressignificações relativos ao ensino sobre suicídio, os participantes discutiram três aspectos: o trabalho em equipe, a inserção do tema no currículo, o ensino com base na prática.

O trabalho em equipe foi visto como uma necessidade pela ampliação de visão e apoio promovidos pela troca de informações entre os profissionais de saúde, mas considerado um desafio porque exigia a compreensão das várias vertentes do autoextermínio, a necessidade de apoio para a família e a dificuldade de comunicação entre os profissionais de saúde.

Creio que o trabalho multiprofissional é muito necessário... Tanto paciente como a família precisam de muito apoio e os profissionais de saúde também. A troca de ideias é muito boa para todos (Grupo1, D1).

O que eu acho que melhoraria no ensino do suicídio era ter uma abordagem multiprofissional, com discussão de casos com outros profissionais de saúde para trocar informações, conhecimento sobre suicídio e ter também uma ideia do trabalho em equipe (Grupo1, D7).

Trabalhar em equipe é muito importante, mas não é fácil... eu sinto muita dificuldade muitas vezes para falar com profissionais que também atendem um paciente que estou acompanhando. É uma coisa necessária e que precisa melhorar. Começa que tem que se ensinar isto dentro da faculdade (Grupo2, P3).

Eu acho que no caso do suicídio não se pode trabalhar sozinho. A equipe multiprofissional é indispensável e extremamente necessária para dar uma assistência correta ao paciente, à família. É muito bom ter o apoio de outros profissionais, dar apoio à família e ao paciente (Grupo 2, P4).

Melhorar o ensino sobre o autoextermínio, incluindo este tema no currículo em diferentes momentos, como na atenção básica, na saúde da família e na psiquiatria, utilizando metodologias ativas e discussão de casos de comportamento suicida foi um desafio apontado por todos os sujeitos da pesquisa.

Os discentes sugeriram que, no ensino sobre suicídio na teoria, fosse ensinado a reconhecer os riscos, aprender como abordar corretamente, a conduzir o tratamento e a trabalhar na perspectiva de equipe, de forma integral e humanizada. Já os docentes pontuaram que as faculdades de Medicina necessitavam trabalhar com a sensibilização e a educação permanente sobre o suicídio com os professores, sobretudo aqueles formados há mais tempo.

É preciso ter mais aulas teóricas para se aprofundar o conhecimento sobre suicídio e a gente ter uma nova visão. Como também os professores precisam estar preparados para falar sobre este tema (Grupo1, D2).

Acho que é necessário melhorar o ensino teórico, com melhor abordagem, chamando atenção para os mitos, tabu, ensinando como abordar e como conduzir os casos de suicídio. (Grupo1, D8).

Eu imagino que o grande desafio é debater sobre o assunto, para quebrar o tabu e tirar essa ideia religiosa de punir quem comete suicídio. É preciso ensinar sobre a história, os fatores de riscos, os transtornos mentais, como abordar e tratar e encarar o suicídio como um problema da saúde mental. O desafio da faculdade é tornar o suicídio um tema mais frequente no currículo e dá a ele a mesma importância que se dá a outros temas, como a diabetes (Grupo2, P2).

Eu acho que o grande desafio é tirar o suicídio do local a onde ele está, a marginalidade. E para desmitificar isso, a única forma é a transparência dessa situação. É preparar os docentes sobre o tema e ensinar sobre todos os aspectos do suicídio. A faculdade deve dar mais espaço no currículo para o suicídio (Grupo2, P4).

Quanto ao terceiro desafio, os participantes perceberam como principais falhas no conhecimento sobre autoextermínio não saberem abordar o paciente com comportamento suicida e não saberem conduzir. Por estas razões, falaram da necessidade de atividades práticas sobre suicídio, para treinamento das habilidades de comunicação, de diagnóstico e de condução dos casos, através de discussão de casos, do uso de simulação, tutoria e até prova do OSCE.

Os docentes lembraram-se da importância da sensibilização dos professores, sobretudo aqueles formados há mais tempo, que podem ter mais dificuldade, visto que eles próprios percebem suas limitações, e parte dos discentes demonstraram desejo de retornar às práticas no hospital de saúde mental, que atualmente são optativas.

Melhorar a parte prática do ensino para nós da UECE, seria voltar a passar regularmente pelo Hospital de Saúde Mental de Messejana e não de forma optativa. Também aumentar as práticas de discussão de casos de ideação suicida. (Grupo1, D11).

No caso de suicídio, daria pra simular um caso com atores ou com os próprios estudantes para se aprender como abordar e como conduzir, já que com os pacientes poderia haver constrangimento. Ou até se criar um software com um caso de ideação suicida, para se responder uma vez por semana, durante uma hora, sem ser pra nota. (Grupo1, D7).

Em relação à prática, é preciso ter uma tutoria sobre suicídio e também prova do CHA na psiquiatria. A gente aprenderia abordar esses pacientes e também a conduzi-los. (Grupo1, D2).

Acho que melhoraria na prática com discussões de casos de suicídio, envolvendo outros profissionais de saúde e também simulando casos de ideação com os próprios alunos. É muito difícil ensinar na prática diante de um paciente que já tem dificuldade e sofrimento grandes. (Grupo2, P5).

Precisa-se pensar nos estudantes que poderão ter mais práticas de discussão de casos, mas também se precisa trabalhar com os professores em educação continuada e educação permanente. Acho que a melhoria na prática tem que ser dos dois lados. (Grupo2, P4).

5.8 O tema suicídio nas ementas das faculdades de Medicina

Na pesquisa sobre o tema suicídio nas ementas curriculares das faculdades de Medicina do estudo, só se encontrou uma aula sobre “fatores de risco e prevenção de suicídio” na disciplina de Psiquiatria da Unichristus e uma referência ao suicídio na disciplina de Tanatologia da UECE.

No documento da Unichristus, a aula está prevista no Módulo Vertical VI, cuja carga horária é de 360 horas e abrange as disciplinas de dermatologia, psiquiatria e geriatria, contendo 101 temas de diferentes assuntos. Desta forma, embora se perceba uma carga horária de 3,6 horas para cada tema, não dá para especificar exatamente a carga horária da aula sobre suicídio.

Na ementa da UECE, o tópico *suicídio* aparece na disciplina de “Introdução à Tanatologia”, que estuda aspectos das diversas versões da morte e tem carga horária de 32 horas. Também não houve condições de se especificar exatamente a carga horária destinada à abordagem do tópico.

Quanto à palavra “saúde mental” ligada à temática do suicídio, na ementa da Unichristus, observaram-se 8 ocorrências no Módulo Vertical VI, abordada nas temáticas de psiquiatria e geriatria. Já na ementa da UECE, a palavra apareceu 17 vezes, inserida nos grupos de pesquisa, na liga acadêmica e na Psicologia Médica, com carga horária de 68 horas.

O tema suicídio tem maior enfoque na disciplina de psiquiatria, em que há uma aula teórica sobre o assunto na Unichristus e é referido na Tanatologia na UECE.

Não há registro documental acerca da abordagem do tema em outros momentos do curso de Medicina. Da forma como foi disposta a carga horária, não é possível especificar exatamente a quantidade de horas dispensada para o tema.

Estes achados demonstram que a temática suicídio tem pouco espaço na graduação médica, o que é condizente com as falas dos discentes e docentes.

Essa situação parece ser geral, pois, em pesquisa das palavras *suicídio*, *ementas* e *ensino médico*, no Google Acadêmico e no Scielo, não se encontraram referências sobre o tema.

5.9 Sugestões para aprimoramento da assistência ao paciente com comportamento suicida

Nas entrevistas nos grupos focais, emergiram algumas sugestões para melhorar o atendimento ao indivíduo com comportamento suicida. Resumidamente, discentes e docentes apresentaram as seguintes propostas:

a) *Apoio da família*: Os discentes, segundo os quais o conflito familiar era importante fator desencadeador de autoextermínio, deram muita ênfase à importância da família tanto na prevenção, dando suporte e funcionando como fator protetor de doenças mentais e de suicídio, quanto no apoio indispensável no tratamento daqueles que estavam em sofrimento, com comportamento suicida.

Na percepção dos professores, o conflito familiar é fator precipitante do suicídio, quando se agrega a outros fatores predisponentes, como as doenças mentais, tentativas prévias de suicídio, impulsividade, suicídio na família, entre outros.

b) *Diagnóstico e tratamento precoce das doenças mentais*: os docentes e discentes foram assertivos em relacionar suicídio e doenças mentais e enfatizaram que deviam ser diagnosticadas e tratadas precocemente para prevenir o autoextermínio.

c) *Quebra dos mitos e tabus*: Os mitos e tabu foram vistos como grandes empecilhos para o ensino e a aprendizagem sobre o suicídio e precisavam, segundo os participantes, ser quebrados.

d) *Reforma do currículo nos cursos de Medicina*: conforme os participantes, o currículo precisa ser reformado para contemplar as exigências do mundo atual, particularmente sobre suicídio. Docentes e discentes perceberam como principais falhas no conhecimento sobre autoextermínio não saberem abordar o paciente com comportamento suicida e não saberem conduzir o tratamento. Por estas razões,

falaram da necessidade de atividades práticas sobre suicídio, para treinamento das habilidades de comunicação, de diagnóstico e de condução dos casos, através de discussão de casos, do uso de simulação, tutoria e OSCE. Outra ferramenta sugerida pelos docentes para facilitar o aprendizado do tema, não vivenciada por eles, mas julgada enriquecedora e necessária após a graduação, foi uma roda de conversa ou discussão de caso de comportamento suicida com uma equipe multiprofissional, em algum momento do curso de Medicina.

6 RECOMENDAÇÕES

Os resultados obtidos neste estudo nos permitem compreender importantes aspectos sobre as atitudes, percepções e ensino sobre o suicídio nos cursos de Medicina estudados e evidencia a necessidade de capacitação sobre autoextermínio na área da Medicina, voltada tanto aos acadêmicos como aos profissionais já graduados.

A falta de domínio técnico e de habilidade prática na abordagem do suicídio gera insegurança e medo ao lidar com o comportamento suicida, conforme relatado nas entrevistas e indicado nos baixos escores da capacidade profissional, revelados nos questionários.

De modo geral, os participantes admitiram a gravidade do problema, na maioria das vezes, relacionando-o aos transtornos mentais, mas reconheceram as falhas no processo de ensino e aprendizagem, bem como a pouca discussão sobre este tema na graduação.

Vários estudos já constataram a redução de atitudes negativas e melhora do conhecimento após capacitação sobre autoextermínio (BERLIM, 2007; BOTEGA *et al.*, 2005, CAIS, 2011). Nesse contexto, a aquisição de conhecimento e treinamento de habilidades sobre suicídio parece resultar em profissionais mais confiantes, com redução de atitudes negativas e posturas moralistas, capazes de atuar de forma mais competente e humanizada em relação ao autoextermínio.

Com base nas análises empreendidas e nas leituras sobre o tema, concluímos que, para melhorar a habilidade dos profissionais na abordagem do comportamento suicida, cumpre ampliar a abordagem do tema nos cursos de graduação em Medicina, incluindo este tema no currículo em diferentes momentos,

como na atenção básica, na saúde da família e na psiquiatria, tanto do ponto de vista teórico, como do ponto de vista prático.

Uma forma de abordar na teoria as questões citadas pelos sujeitos da pesquisa, como discutir mitos e tabus, aprender a reconhecer fatores de riscos, como abordar alguém com comportamento suicida e como conduzir o tratamento, seria utilizar metodologias ativas como o PBL e TBL, que capacitam para as habilidades cognitivas. Ambos são métodos que focam na solução de problemas, com aprendizagem significativa, em que o aluno é sujeito crítico na construção do conhecimento e compartilha saberes com a equipe no caso do TBL (cf. BOLLELA *et al.*, 2014; LOHFELD *et al.*, 2005).

Quanto à aprendizagem prática, sugerem-se treinamento das habilidades de comunicação, de diagnóstico e de condução dos casos, através de discussão de casos, do uso de simulação e de tutoria. Considerando-se que o ensino prático não é dissociado do ensino teórico, o tema deveria iniciar-se na atenção primária, saúde da família, com as noções epidemiológicas, da gravidade para a prevenção, como previsto nas DCN (BRASIL, 2014).

Outra possibilidade de aprendizagem prática é a discussão de casos clínicos de comportamento suicida, previamente selecionados, com equipe interdisciplinar na clínica escola ou nos serviços de saúde por onde os discentes passam. Isso, conforme apontam Saupe *et al.* (2005), possibilitaria o treinamento para o trabalho em equipe na vida profissional no SUS, com compartilhamento de solução de problemas, integração das ações de saúde e noção do trabalho em rede de saúde

Além disso, há necessidade de debates sobre mitos, tabu e estigma em relação às doenças mentais (CFM, 2014). Com o conhecimento prévio e o uso das metodologias ativas, o processo de ensino/aprendizagem finalizaria com a prática e a avaliação da aprendizagem sobre autoextermínio (BOLLELA *et al.*, 2014; PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Para avaliação de habilidade e competência na prática clínica no curso de Medicina, especificamente sobre a abordagem e condução dos casos de comportamento suicida, sugere-se o OSCE, uma reconhecida e confiável metodologia de ensino a ser aplicada, sobretudo após a utilização de PBL e TBL. O OSCE permite avaliar a capacidade do “fazer” do estudante em uma situação simulada, através de exames estruturados em diferentes estações, em diversos momentos da formação,

sobretudo para finalidade somativa (AMARAL, DOMINGUES; BICUDO-ZEFERINO, 2012; TRONCON, 2012).

Além do OSCE, uma alternativa para a avaliação da aprendizagem prática é o *Mini-Clinical Evaluation Exercise* (Mini-CEX), avaliação sob observação direta, com o envolvimento dos fatores emocionais e contextuais. Trata-se de método que avalia o “fazer” real e tem elevado impacto educacional (cf. AMARAL; DOMINGUES; BICUDO-ZEFERINO, 2012).

É significativo reforçar que a educação permanente dos professores é outra necessidade prevista nas Diretrizes Nacionais do Ensino de Graduação do Curso de Medicina (BRASIL, 2014). Os docentes entrevistados perceberam que as faculdades de Medicina necessitavam trabalhar com a sensibilização e a educação permanente sobre o suicídio com os professores, sobretudo aqueles formados há mais tempo.

Nesse contexto, deve-se levar em conta que, diante da complexidade da abordagem do comportamento suicida, o profissional de saúde deve trabalhar em conjunto com outros profissionais na busca de soluções compartilhadas, respeitando as bases disciplinares específicas. A diversidade dos fatores associados ao comportamento suicida deve ser examinada cuidadosamente durante a avaliação de uma pessoa numa situação de risco, pois fatores psicológicos, culturais, socioeconômicos, doenças mentais e condição de saúde incapacitante se combinam, podendo desencadear o comportamento suicida. Reconhecer precocemente os fatores de riscos e tratar adequadamente o paciente que os apresenta podem evitar o autoextermínio.

Em suma, observou-se a relevância e a necessidade da formação básica e da formação continuada em comportamento suicida dos profissionais da Medicina, cabendo às instituições de ensino implementá-las, seja por meio de reformulação curricular, seja por meio de ligas de estudo e pesquisas, seja por meio de parcerias com órgãos públicos ou ONG relacionadas ao tema.

REFERÊNCIAS

AMARAL, E; DOMINGUES, R.C.L; BICUDO-ZEFERINO, A.M. Métodos tradicionais e estruturados de avaliação prática de Competências Clínicas (Caso Longo Estruturado e Observação em Serviço). In: TIBÉRIO, I.F.L.C, *et al* (Org.). **Avaliação Prática de Habilidades Clínicas em Medicina**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2012. Cap 2, p.13-24.

- ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, [S.l], v. 31, p. 20-31, dez. 2007. Disponível em: <<http://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1421>>. Acesso em: 15 abr. 2018.
- BERLIM, M. *et al.* Does a brief training on suicide prevention among general hospital personnel impact their baseline attitudes towards suicidal behaviour? **J Affect Disord**. v.100, p. 233-9, jun. 2007.
- BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. **World Psychiatry**, v. 1, n.3, 181-185, out. 2002.
- BERTOLETE, José Manoel; MELLO-SANTOS, Carolina de; BOTEGA, Neury José. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 32, supl. 2, p. S87-S95, out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a05.pdf>>. Acesso em 11 mai. 2018.
- BOLLELA, V. R. *et al.* Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 47, n. 3, p. 293-300, nov. 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/86618/89548>>. Acesso em: 11 mai. 2018.
- BOTEGA, N. J. *et al.* Nursing personal attitudes toward suicide: the development of a measure scale. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.27, n. 4, p. 315-318, dez. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n4/a11v27n4.pdf>>. Acesso em 11 mai. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Prevenção ao Suicídio dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília, 2006a. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf>. Acesso em 5 abr. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html>. Acesso em 12 abr. 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº. 104, de 25 de janeiro de 2011. Brasília, 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília, 2011. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em 5 abr. 2018.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15>

874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em 5 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Tentativa e Óbitos por Suicídio no Brasil**. Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 48, n. 30, 2017.

Disponível em:

<<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>>. Acesso em 5 abr. 2018.

CAIS, C. F. S. Suicide prevention training for professional in the public health network in a large Brazilian city. **Arch Suicide Rev**. v.15, n. 4, p.354-9, out. 2011.

CASSORLA, R. M. S. Como lidamos com o morrer - Reflexões suscitadas no apresentar este livro. *In*: Cassorla, R.M.S. (Org.). **Da morte: estudos brasileiros. Campinas: Papyrus**, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Suicídio: informando para prevenir**. ABP, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília: CFM/ABP, 2014.

CORRÊA, H.; BARRERO, S. P. **Suicídio: uma morte evitável**. São Paulo: Atheneu, 2006.

KITZINGER, J. Grupos Focais. *In*: POPE C.; MAYS, N. (Org.). **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2009.

KUSSAKAWA, D. H. B.; ANTONIO, C. A. Os eixos estruturantes das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de Medicina no Brasil. **Revista Docência do Ensino Superior**, v. 7, n. 1, p.189-214, 2017.

LOHFELD, L.; NEVILLE, A.; NORMAM, G. PBL in undergraduate medical education: a qualitative study of the views of Canadian residents. **Advances in Health Sciences Education**. v.10, n.3, ago. 2005.

LUOMA, J. B.; MARTIN, C. E.; PEARSON, J. L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. **Am J Psychiatry**. v.159, n.6. p. 909-916, jun. 2002.

MAGALHÃES, Claudia Antunes *et al* . Atitudes de estudantes de medicina em relação ao suicídio.**Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 4, p. 470-476, Dec. 2014 . Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n4/08.pdf>>. Acesso em 20 mai. 2018.

MATÃO, M. E. L. *et al*. Intentos suicidas: representações sociais dos trabalhadores na área de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 6, n. 5, p. 1077-1085, mar. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/7173/6487>>. Acesso em: 11 mai 2018.

OLIVEIRA, C. T. D. *et al*. Percepções de uma equipe de saúde mental sobre o suicida. **Gerais: Rev. Interinst. Psicol**. Juiz de Fora, v. 9, n. 1, p. 78-89, jun. 2016. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v9n1/v9n1a07.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra: OMS, 2000.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Rev. bras. educ. fís. esporte**, São Paulo , v. 26, n. 2, p. 241-250, jun. 2012 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf>>. Acesso em: 11 mai. 2018.

SAUPE, R. *et al.* Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. v. 9, n.18. p. 521-536, set/dez. 2005.

TRONCON, L. E. A. O emprego de Pacientes simulados e Padronizados na Avaliação Prática de Habilidades Clínicas In: TIBÉRIO, I.F.L.C, *et al.* **Avaliação Prática de Habilidades Clínicas em Medicina**. 8ª ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2012. p. 75-87

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Dias. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 21,n. 2,p. 108-114, June 2013 . Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/02.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

ANEXO I

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.

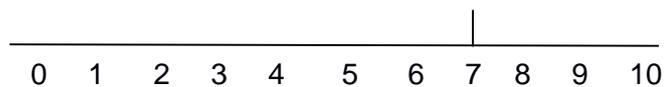
Agradecemos sua participação.

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

“Eu gosto de ouvir música sertaneja”

Discordo Totalmente

Concordo Totalmente

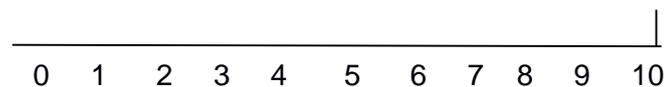


A resposta acima indica concordância com a proposição, mas não uma concordância total.

A concordância total seria indicada por um traço no final da linha, como abaixo:

Discordo Totalmente

Concordo Totalmente

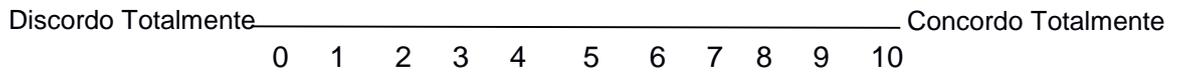


SE, em relação à afirmativa, você não tiver opinião formada ou for indiferente, assinale no centro da linha.

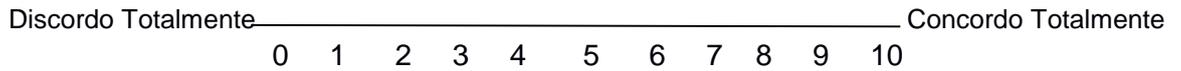


INÍCIO DO QUESTIONÁRIO

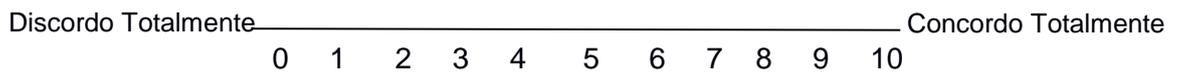
1- Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou o suicídio.



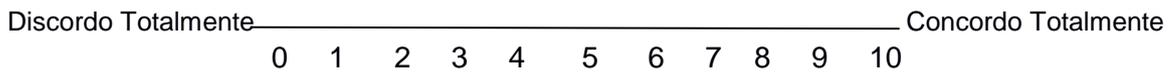
2- Quem fica ameaçando, geralmente não se mata.



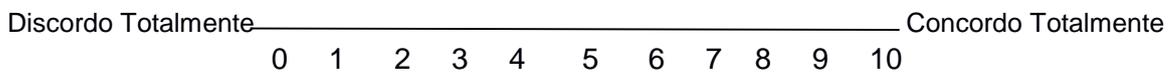
3- Apesar de tudo, penso que uma pessoa tem o direito de se matar.



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



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



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

Discordo Totalmente _____ Concordo Totalmente
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Discordo Totalmente _____ Concordo Totalmente
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8- Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental.

Discordo Totalmente _____ Concordo Totalmente
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Discordo Totalmente _____ Concordo Totalmente
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Discordo Totalmente _____ Concordo Totalmente
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Discordo Totalmente _____ Concordo Totalmente
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Discordo Totalmente _____ Concordo Totalmente
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Discordo Totalmente _____ Concordo Totalmente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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 Totalmente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15- A gente se sente impotente diante da pessoa que quer se matar.

Discordo Totalmente _____ Concordo Totalmente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Discordo Totalmente _____ Concordo Totalmente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Discordo Totalmente _____ Concordo Totalmente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Discordo Totalmente _____ Concordo Totalmente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Discordo Totalmente _____ Concordo Totalmente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Discordo Totalmente _____ Concordo Totalmente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Discordo Totalmente _____ Concordo Totalmente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Obrigada por sua colaboração!

ANEXO II

CEP INSTITUTO PARA DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO LTDA IPADE
CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS



Of. No. 095/16

Protocolo do CEP: 56343716.8.0000.5049

Pesquisador Responsável: Prof. Marcos Kubrusly

Título do Projeto: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E DAS ATITUDES DOS DOCENTES E DISCENTES DE MEDICINA DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO DE FORTALEZA, DIANTE DO SUICÍDIO.

Levamos ao conhecimento de V. Sa que o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto para Desenvolvimento da Educação LTDA – IPADE dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução Nº 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, considerou APROVADO o projeto supracitado na reunião do dia 13 (treze) de junho de 2016.

Outrossim, gostaríamos de lembrar que:

1. O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
2. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP/Instituto para Desenvolvimento da Educação LTDA - IPADE, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
3. O CEP/Instituto para Desenvolvimento da Educação LTDA - IPADE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP/Instituto para Desenvolvimento da Educação LTDA - IPADE de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e suas justificativas.
5. Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP/Instituto para Desenvolvimento da Educação LTDA - IPADE ao término do estudo, período máximo 13/06/2017.

Fortaleza, 13 de junho de 2016.

Olga Vale Oliveira Machado
Coordenadora

CEP/Instituto para Desenvolvimento da Educação LTDA - IPADE

Campus D. Luis
Av. Dom Luis, 911 | Aldeota | [85] 3457.5300
CEP 60160-230 | Fortaleza | Ceará

Campus Parque Ecológico
Rua João Adolfo Gurgel, 133 | Cocó | [85] 3265.8100
CEP 60192-345 | Fortaleza | Ceará