

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

MARIA ALINE LEOCÁDIO

ATITUDES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE AO PACIENTE COM
COMPORTAMENTO SUICIDA: ESTUDO SECCIONAL

UBERABA

2024

MARIA ALINE LEOCÁDIO

ATITUDES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE AO PACIENTE COM
COMPORTAMENTO SUICIDA: UM ESTUDO SECCIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação de Atenção em Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção de título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: O trabalho na saúde e na enfermagem.

Eixo temático: Organização e avaliação dos serviços de saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Aparecida Ferreira.

UBERABA

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

l591a Leocádio, Maria Aline
Atitudes das equipes de saúde da família frente ao paciente com comportamento suicida: estudo seccional / Maria Aline Leocádio. -- 2024. 84 f., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2024
Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Aparecida Ferreira

1. Suicídio. 2. Comportamento autodestrutivo. 3. Pessoal de saúde. 4. Atenção primária à saúde. 5. Saúde da família I. Ferreira, Lúcia Aparecida. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616.89-8.441.44

MARIA ALINE LEOCÁDIO

ATITUDES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE AO PACIENTE COM
COMPORTAMENTO SUICIDA: ESTUDO SECCIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Atenção em Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito para obtenção de título de Mestre em Atenção à Saúde.

Uberaba, 16 de fevereiro de 2024.

Aprovado em: 16 de fevereiro de 2024.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Lúcia Aparecida Ferreira (Orientadora)

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Fernanda Bonato Zuffi
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Vanessa Cristina Bertussi
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina/APDM

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me permitir vivenciar meus sonhos e por ser onipresente em minha vida! Por me mostrar de forma clara e vívida que nada é impossível...

Aos meus pais, pelo amor, apoio incondicional, por me incentivarem sempre, por não medirem esforços me ajudando a realizar meus sonhos, por cuidarem de mim, por acreditarem em mim e me auxiliarem em tudo! Vocês são meu alicerce! Essa conquista é nossa! Nada disso seria possível sem vocês! Amo vocês incondicionalmente!!!

Ao meu irmão Lucas, pelos momentos de descontração e apoio, que foram essenciais nesta caminhada. Amo você!!

Ao meu noivo Igor, por me incentivar e acreditar em mim, mesmo em momentos em que nem eu acreditei, obtive seu apoio e encorajamento. Amo você!!!

À minha querida avó Helena (in memoriam), que se orgulhava de me ver estudando, que acreditava que tudo poderia dar certo, pois nada é impossível para Deus! Obrigada pelas orações vovó. Deu certo, mais uma vez! Amo você para sempre!!!

Aos meus familiares, que estiveram presentes me incentivando e torcendo por mim nesses dois anos. Que me proporcionaram momentos de descontração em família e apoio nessa jornada! Amo vocês!

À Profª Drª Lúcia, minha orientadora, pela paciência, acolhimento, confiança, escuta, conselhos e incentivo! Muito obrigada pelas oportunidades que me proporciona e auxílio nessa caminhada!

Aos colegas do mestrado, em especial à Talita, Cynthia, Daiane, Sara, Eliane e Anna Herminia, por todos os cafés em que estivemos juntas, pelas conversas, trocas de saberes e apoio mútuo, sendo esses momentos de alívio e incentivo!

A Enf. Drª Marli, pelo apoio, paciência, incentivo e auxílio desde o início! Agradeço pelos momentos de escuta, pelos ensinamentos e os momentos de descontração e risadas ao longo do caminho! Você é brilhante!!!

A Doutoranda Fernanda, pelo auxílio na coleta e análise de dados, pelos conselhos, incentivo e apoio.

As Doutorandas Fabiana e Débora, pelo auxílio na coleta de dados e parceria nessa trajetória!

Aos amigos Lenniara e Lucas, pelo apoio e incentivo durante essa caminhada na pós graduação!

A Prof^a Dr^a Fernanda Zuffi e a Enf^a Dr^a Vanessa Bertussi pelas sugestões ofertadas para o enriquecimento deste estudo na qualificação!

Ao Prof. Dr. Vanderlei, pelo apoio, paciência e disponibilidade durante a fase de análise estatística da pesquisa!

A Prof^a Dr^a Leiner, pelo incentivo, confiança e ensinamentos durante o estágio docente em psiquiatria.

Aos amigos Luiza e Tomás, por me apresentarem de forma tão amável e humanizada a área da psiquiatria, pelo carinho, acolhimento, por acreditarem em mim e me proporcionarem momentos de descontração, risadas, escuta ativa, cafés e livros, muitos livros, durante essa jornada! Sorte a minha ter vocês por perto! Amo vocês!

A pequena Alice, minha filha do coração, minha pituquinha fofa, por todos os momentos de carinho, afeto, brincadeiras e alegria compartilhados. Você nem entende por ser tão pequenininha, mas traz paz, luz e doçura a minha vida, fazendo a diferença em meus dias! Amo você lince lince!

A Doutoranda Natália Inez, pelo auxílio na coleta de dados e apoio desde a graduação!

Aos participantes do grupo de pesquisa NESAMEVPES pela parceria e trabalho em conjunto na elaboração de artigos científicos e apresentações de trabalhos em eventos!

Aos membros do grupo de extensão CEPS e a Prof^a Dr^a Kelly Vedana, pelo acolhimento, incentivo e por todo conhecimento compartilhado sobre a temática de comportamento suicida.

Aos alunos do curso de graduação em enfermagem da UFTM, da disciplina de Enfermagem em Psiquiatria. Obrigada por todo carinho que todas as turmas que

passar tiveram comigo nessa jornada! Que vocês sejam enfermeiros acolhedores e preparados para oferecerem cuidado de excelência aos pacientes de vocês! Ao Dr. Neury Botega, pela autorização do uso de seu instrumento e de seus colegas (QUACS) na coleta de dados deste trabalho, o que possibilitou sua execução. Aos profissionais de saúde das equipes de saúde da família do município de Uberaba-MG que participaram deste trabalho. Sem vocês, nada seria possível.

Ao meu terapeuta, Gregório Kazi, por todo acolhimento e escuta ativa nessa jornada. Agradeço por me lembrar do que realmente importa: as variações de mundos que se encontram todos os dias cotidianos e que são possíveis para uma vida mais leve, feliz e cheia de VIDA. Obrigada por me ajudar a valorizar o descanso, o trabalho, o estudo, os relacionamentos, o lazer, e toda a vida que acontece no percurso. Minha saúde mental agradece!

Aos docentes do PPGAS, pelas ricas contribuições em minha formação no mestrado como docente e pesquisadora!

Aos colegas da Universidade de Uberaba, que me proporcionaram momentos de troca de saberes e vivências enquanto docente, e aos ex meus alunos do curso técnico em enfermagem, pelo carinho, momentos compartilhados e confiança em meu trabalho!

Aos secretários do PPGAS, Dani e Fábio, pelo auxílio, incentivo e apoio! À CAPES, pelo apoio financeiro que possibilitou a execução desta pesquisa!

À Secretaria Municipal de Saúde, pela autorização para que essa pesquisa fosse realizada nas unidades de Atenção Primária à Saúde. A todos que de forma direta ou indireta estiveram presentes nessa trajetória e me auxiliaram ou que torceram por mim... **MUITO OBRIGADA!!!**

LEOCÁDIO, M. A. **Atitudes das equipes de saúde da família frente ao paciente com comportamento suicida: estudo seccional**. 2024. 84f. Dissertação (Mestrado em atenção à saúde) – Pós-graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2024.

RESUMO

O suicídio é definido pela literatura como um comportamento autolesivo que resultou na morte do indivíduo. Este estudo objetivou analisar as atitudes dos profissionais das equipes de saúde da família da atenção primária frente ao comportamento suicida e analisar a influência das características sociodemográficas e ocupacionais dos profissionais sob as atitudes. Trata-se de um estudo seccional do tipo quantitativo. O presente estudo foi realizado em um município no interior do estado de Minas Gerais, nas unidades de atenção primária à saúde. A população do estudo foi constituída por 235 profissionais que compõem as equipes de saúde da família do município. Dois instrumentos foram utilizados para coleta de dados, sendo eles: questionário sociodemográfico e ocupacional; e o questionário de atitudes em relação ao comportamento suicida (QUACS). A coleta de dados ocorreu nas unidades de saúde no período de fevereiro à junho de 2023, e foram analisados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21. Destes participantes, as categorias profissionais mais frequentes foram os agentes comunitários de saúde (54%), mulheres (92,3%), e casadas (45,1%). Considerando a análise dos itens do instrumento (QUACS), é importante destacar que se observou uma percepção de despreparo em relação a abordagem e atendimento a pacientes com comportamento suicida por parte dos participantes. Os profissionais apresentaram menos sentimentos negativos relacionados ao suicídio, e apresentaram algumas atitudes moralistas em relação ao direito ao suicídio, contudo, apresentaram em menor quantidade. Os resultados ressaltam a importância da capacitação profissional com a adoção de estratégias de capacitações duradouras, matriciamento em saúde mental e rodas de conversas para a diminuição dos estigmas que envolvem a temática. Além disso, torna-se necessário o investimento em políticas públicas que garantam condições para que as pessoas tenham acesso à ações de promoção de saúde, prevenção do adoecimento, e tratamento, quando o adoecimento já estiver manifestado.

Palavras-chave: Comportamento autodestrutivo; Suicídio; Pessoal de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

LEOCÁDIO, M. A. **Attitudes of family health teams towards patients with suicidal behavior: a cross-sectional study.** 2024. 84f. Dissertation (Master in Health Care) – Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba, 2024.

ABSTRACT

Suicide is defined in the literature as a self-injurious behavior that results in the individual's death. This study aimed to analyze the attitudes of professionals from primary care family health teams towards suicidal behavior and analyze the influence of professionals' sociodemographic and occupational characteristics on attitudes. This is a quantitative cross-sectional study. The present study was carried out in a municipality in the interior of the state of Minas Gerais, in primary health care units. The study population consisted of 235 professionals who make up the city's family health teams. Two instruments were used to collect data, namely: sociodemographic and occupational questionnaire; and the Attitudes towards Suicidal Behavior Questionnaire (QUACS). Data collection took place in health units from February to June 2023, and were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 21. Of these participants, the most frequent professional categories were community health agents (54%), women (92.3%), and married (45.1%). Considering the analysis of the instrument items (QUACS), it is important to highlight that there was a perception of unpreparedness regarding the approach and care for patients with suicidal behavior on the part of the participants. Professionals presented fewer negative feelings related to suicide and presented some moralistic attitudes regarding the right to suicide, however, they presented fewer of them. The results highlight the importance of professional training with the adoption of lasting training strategies, mental health matrix support and conversation circles to reduce the stigma surrounding the topic. Furthermore, it is necessary to invest in public policies that guarantee conditions for people to have access to health promotion actions, prevention of illness, and treatment, when the illness has already manifested itself.

Keywords: Self-destructive behavior; Suicide; Health Personnel; Primary Health Care; Family Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados sociodemográficos e ocupacionais dos profissionais atuantes na ESF. Uberaba/MG, 2023. (n=235).....	36
Tabela 2 – Dados profissionais dos participantes da pesquisa com profissionais da ESF. Uberaba/MG, 2023. (n=235).....	38
Tabela 3 – Análise por perguntas do instrumento de coleta de dados dos profissionais atuantes na ESF. Uberaba/MG, 2023. (n=235).....	42
Tabela 4 – Análise descritiva da média global e por fatores do instrumento coletado com profissionais atuantes na ESF. Uberaba/MG, 2023. (n=235).....	44
Tabela 5 – Análise bivariada do desfecho Média Global dos profissionais atuantes na ESF. Uberaba/MG, 2023. (n=235).....	45
Tabela 6 – Análise bivariada do desfecho Fator 1 dos profissionais atuantes na ESF. Uberaba/MG, 2023. (n=235).....	46
Tabela 7 – Análise bivariada do desfecho Fator 2 dos profissionais atuantes na ESF. Uberaba/MG, 2023. (n=235).....	47
Tabela 8 – Análise bivariada do desfecho Fator 3 dos profissionais atuantes na ESF. Uberaba/MG, 2023. (n=235).....	49
Tabela 9 – Análise regressão linear múltipla do desfecho Média Global dos profissionais atuantes na ESF. Uberaba/MG, 2023. (n=235).....	50
Tabela 10 – Análise regressão linear múltipla do desfecho Fator 1 dos profissionais atuantes na ESF. Uberaba/MG, 2023. (n=235).....	50

Tabela 11 – Análise regressão linear múltipla do desfecho Fator 2 dos profissionais atuantes na ESF. Uberaba/MG, 2023. (n=235).....	51
Tabela 12 – Análise regressão linear múltipla do desfecho Fator 3 dos profissionais atuantes na ESF. Uberaba/MG, 2023. (n=235).....	51

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Humana

APS – Atenção Primária à Saúde

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

APS – Atenção Primária à Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

PASS - Power Analysis and Sample Size

PSF – Programa Saúde da Família

QUACS - Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SPSS - Statistical Package for the Social Science

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	15
2	INTRODUÇÃO.....	17
2.1	REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1.1	A Estratégia de Saúde da Família	19
2.1.2	Assistência ao Comportamento Suicida	21
2.1.3	Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida	24
3	PERGUNTA DE PESQUISA	27
4	JUSTIFICATIVA	28
5	OBJETIVOS	29
5.1	OBJETIVO GERAL	29
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
6	MATERIAIS E MÉTODO	30
6.1	TIPO DE ESTUDO	30
6.2	LOCAL DE ESTUDO	30
6.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	30
6.4	AMOSTRA E CÁLCULO AMOSTRAL	31
6.5	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	31
6.6	INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS	32
6.7	ANÁLISE DOS DADOS	33
6.8	ASPECTOS ÉTICOS	34
7	RESULTADOS	36
8	DISCUSSÃO.....	52
9	CONCLUSÃO.....	63
	REFERÊNCIAS.....	65
	APÊNDICES	72
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE TRABALHO	72
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	73

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) JUÍZES	76
APÊNDICE D – OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS	79
ANEXOS	81
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DO QUESTIONÁRIO PARA UTILIZAÇÃO DO MESMO	81
ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES EM RELAÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICIDA	82

1 APRESENTAÇÃO

O interesse pela área da psiquiatria teve início ainda na época da graduação em enfermagem, onde participei de diversos projetos de extensão e tive aulas práticas que me aproximaram mais dos pacientes psiquiátricos e de suas famílias. Estar em contato com os pacientes e profissionais de saúde de uma instituição de internação psiquiátrica do município me possibilitou novos olhares sobre o sofrimento psíquico vivenciado pelos pacientes e seus familiares no cotidiano. Isso contribuiu para o meu reconhecimento de que era nesta área que eu gostaria de me especializar.

Nos estágios realizados durante a graduação na Atenção Primária à Saúde, pude prestar assistência a muitos pacientes com sofrimento psíquico leve à moderado e percebi o potencial da APS para rastrear, identificar precocemente e tratar, juntamente com os demais serviços da Rede de Atenção Psicossocial, essas demandas de saúde mental sempre tão frequentes no território adscrito.

Contudo, percebi que, principalmente no período da pandemia, muitas queixas dos pacientes eram relativas a saúde mental e que muitos pacientes que já recebiam tratamento para transtornos mentais antes da pandemia tiveram sua situação de saúde mental muito agravada. Além disso, percebi que nem sempre os profissionais de saúde conseguiam atender essas demandas com escuta ativa e com o acolhimento necessário ao paciente.

As dificuldades observadas eram relacionadas também à sobrecarga de trabalho, a ausência de profissionais de referência em saúde mental diariamente nas unidades de saúde, a dificuldade dos profissionais de saúde de se relacionarem com pacientes com diagnósticos de transtornos mentais, dentre outros fatores.

Em meu trabalho de conclusão de curso da graduação, investiguei os desafios que envolvem os atendimentos de urgências e emergências psiquiátricas na atenção primária e identifiquei a partir disso que existem muitas barreiras a serem enfrentadas nesses momentos de extremo sofrimento do paciente psiquiátrico e de seus familiares, principalmente relacionadas ao atendimento aos pacientes com agitação psicomotora/comportamento agressivo e/ou comportamento suicida. Em 2020, tive a oportunidade de ingressar em um grupo de extensão que estuda diversas temáticas que envolvem a prevenção e a posvenção do suicídio, o que ampliou meu olhar para esta temática.

Tudo isso me levou as seguintes indagações: “O que os profissionais de saúde das equipes de saúde da família sentem em relação a um paciente com comportamento suicida? O que eles pensam sobre o paciente desejar retirar a própria vida? Quais são as atitudes dos profissionais das equipes de saúde da família para atender pacientes com comportamento suicida? Como é o preparo desses profissionais para prestar assistência a essas demandas?”.

Essas dúvidas juntamente com as minhas vivências práticas e teóricas me levaram a elaborar este projeto de pesquisa. A temática é de extrema relevância, visto que, o suicídio é um problema de saúde pública mundial e a APS como parte da Rede de Atenção Psicossocial e coordenadora da Rede de Atenção à Saúde, possui a capacidade para atuar na prevenção do adoecimento psíquico, na identificação do comportamento suicida e no acompanhamento longitudinal dos indivíduos adoecidos e de seus familiares, cujas equipes de saúde da família possuem responsabilidade sanitária dentro do território adscrito.

Frente a isso, os profissionais de saúde que atuam nessas unidades devem estar preparados para a realização de atendimento qualificado aos pacientes e para a prevenção do suicídio no território.

Após a realização de revisão da literatura e a leitura exaustiva de estudos sobre a temática, este estudo foi elaborado e executado em um município no interior de Minas Gerais.

2 INTRODUÇÃO

O suicídio é definido pela literatura como um comportamento autolesivo que resultou na morte do indivíduo (BALDAÇA *et al.*, 2021). É considerado um fenômeno complexo que pode afetar diversas pessoas, independente de idade, sexo, origem, classe social e orientação sexual (PICCIN *et al.*, 2020).

No mundo, mais de 700.000 pessoas morrem em decorrência de suicídio todos os anos, e, para cada pessoa que morreu por suicídio, existem outras 27 que já tentaram algo contra sua própria vida, mas que não evoluíram para o óbito (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

No Brasil, de acordo com Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2011 a 2016 foram notificados 176.226 casos de violência autoprovocada, sendo 48.204 de tentativa de suicídio, onde 69,0% eram por pessoas do sexo feminino e 31,0% do sexo masculino (BRASIL, 2017c).

Contudo, é necessário esclarecer que dentro da temática que envolve o suicídio, existe um grupo de manifestações chamadas de comportamentos suicidas que envolvem autoagressão, ideação suicida e tentativa de suicídio (KORCZAK *et al.*, 2020).

A autoagressão é conceituada como qualquer ação intencionada de autolesão ou outra maneira de causar dano a si próprio, sem expectativa de morte pelo indivíduo. Já a ideação suicida, é toda ação realizada pelo indivíduo vista como uma saída para o sofrimento do mesmo, que envolve desde o pensamento suicida até ao desenvolvimento de um plano de suicídio e, por fim, a tentativa de suicídio é caracterizada pela realização de violência contra si com expectativa clara de morte pelo indivíduo (ZALSMAN *et al.*, 2016).

Os comportamentos suicidas são passíveis de rastreamento, monitoramento e prevenção sendo a atenção primária reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como ponto estratégico para tal (FERREIRA *et al.*, 2018).

A atenção primária é a “porta de entrada” e articuladora da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e, por trabalhar em territórios adscritos, possui a capacidade de identificar precocemente e manejar comportamentos suicidas na população sob sua responsabilidade (CHOI; LEE, 2017).

É fundamental que os profissionais de saúde deste nível de atenção prestem assistência adequada aos indivíduos com algum tipo de sofrimento emocional a fim

de que os mesmos desenvolvam estratégias eficazes que previnam ações auto lesivas (MAIA *et al.* 2017; DUEWEKE; BRIDGES, 2018; DUTRA *et al.* 2018; BOUKOUVALAS *et al.* 2020; ROTOLI *et al.*, 2019).

Contudo, o que a literatura científica apresenta é que a assistência à saúde mental na Atenção Básica ainda é vista como um desafio aos profissionais que ali atuam. As barreiras persistentes frente a prevenção do suicídio percorrem caminhos que vão desde a falta de preparo para a avaliação do risco em si, até a falta de conhecimentos cognitivos sobre a questão (MAGRINI, 2016; ROTOLI *et al.*, 2019; ELZINGA *et al.*, 2020).

Segundo a revisão integrativa da literatura realizada por Ferreira *et al.* (2018), os profissionais que atuam na Atenção Primária apresentam-se despreparados e desamparados pelos gestores para realizarem ações voltadas para a prevenção dos comportamentos suicidas. De acordo com os autores, existem também barreiras pessoais onde os profissionais de saúde ficam demasiadamente sensibilizados e impactados ao entrarem em contato com pacientes manifestando esses comportamentos.

Outros estudos na área também indicam que existem comportamentos negativos dos profissionais de saúde, impedindo que os indivíduos com comportamentos suicidas procurem por ajuda. As evidências apontam que há uma postura julgadora, moralista e opressora favorecendo o isolamento dos indivíduos em sofrimento e desencorajando um possível pedido de ajuda ou gestão da crise emocional (CARMONA-NAVARRO; PICHARDO-MARTÍNEZ, 2012; SILVA *et al.*, 2017; STORINO *et al.*, 2018; PICARELLI; HUBNER; RODRIGUES, 2020; MALLMANN *et al.*, 2021). Assim, é imprescindível a formação profissional qualificada para o desenvolvimento da capacidade de identificação do comportamento suicida, visando a promoção, proteção reabilitação da saúde mental, e contribuindo para a redução de mortes por suicídio.

Desta forma, este estudo objetiva analisar as atitudes dos profissionais das Equipes de Saúde da Família da Atenção Primária frente ao Comportamento Suicida. Assim, a pergunta deste estudo é “Como se dão as atitudes dos profissionais das equipes de saúde da família diante do comportamento suicida de pacientes?”

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1.1 A Estratégia de Saúde da Família

Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) que se tornou a principal estratégia para a ampliação do acesso a saúde e o primeiro contato com a população, mudando o modelo assistencial até então vigente. Alguns anos depois, o programa foi transformado em Estratégia Saúde da Família, apresentada pela Política Nacional de Atenção Básica (PINTO; GIOVANELLA; 2018).

A Estratégia Saúde da Família propõe a reorganização da Atenção Básica, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), visando a expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, reorientando o processo de trabalho com maior fundamentação nos princípios e diretrizes da mesma. Desta forma, ela busca ampliar a resolutividade das ações e impactar de forma qualificada na situação de saúde das pessoas e coletividades, através da atuação das Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2012).

Cabe destacar que, a Atenção Básica é a porta de entrada dos serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde, bem como, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2019). A Rede de Atenção Psicossocial determina os pontos de assistência à saúde mental dos pacientes no contexto do Sistema Único de Saúde, incluindo pacientes usuários de drogas (BRASIL, 2011).

Ela é composta por diversos serviços assistenciais, como, por exemplo, os Centros de Atenção Psicossociais; Unidades de Pronto Atendimento; Serviços Residenciais Terapêuticos; Atenção Primária à Saúde; Hospitais Gerais; dentre outros serviços. Assim, quando identificado o sofrimento psíquico do paciente, bem como, o diagnóstico de um transtorno mental, o paciente pode obter atendimento nos diversos serviços da RAPS para que suas necessidades de saúde sejam atendidas em sua integralidade, incluindo o cuidado longitudinal ofertado pela Atenção Básica (BRASIL, 2011).

A Equipe de Saúde da Família está lotada na Atenção Básica, sendo composta por diversas categorias profissionais, como, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo, ainda, fazer parte da equipe, o agente de combate às endemias e os profissionais de saúde bucal. Desta forma, o

processo de trabalho obtém maior potencial de ampliação e resolutividade (BRASIL, 2017a).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b) todos os profissionais das equipes de saúde da família possuem atribuições as quais devem desempenhar em seu território adscrito, sendo algumas delas: identificar grupos, indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidades; acolher os usuários, proporcionando atendimento humanizado; classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado e estabelecendo vínculos; dentre outras competências.

Desta forma, é necessário que os profissionais dessas equipes incorporem em suas atividades diárias olhares atentos sobre a população em que prestam cuidado, visto que, o indivíduo com sofrimento psíquico passa por alguns estágios até o desenvolvimento da intenção de morte por suicídio (BRASIL, 2017b; GONÇALVES; TOBIAS; TEIXEIRA; 2019).

No início, o paciente pode imaginar ou contemplar a ideia de suicídio, e, posteriormente, desenvolver um plano sobre como irá executar sua morte, até concretizar a ação auto destrutiva. Além disso, o ato suicida depende de vários fatores, não sendo regra a elaboração de um plano, podendo acontecer em momentos de impulsividade, influenciados por sentimentos de ambivalência entre o desejo de viver e o de colocar fim ao sofrimento, e a rigidez da crença em que só a morte poderá resolver seus problemas (BRASIL, 2017b).

No momento de avaliação do paciente, os profissionais das equipes de saúde devem priorizar aspectos, como: identificação da existência de ideação de um plano suicida atual; a caracterização da gravidade de tentativas de suicídio anteriores e da ideação suicida atual; a identificação de fatores de risco para o suicídio e os fatores protetores; identificar o suporte social do paciente; identificar a existência de diagnóstico psiquiátrico prévio; eleger tratamento terapêutico inicial para as condições do paciente; garantir a inserção do paciente nos serviços de saúde mental e realizar acompanhamento longitudinal (DEL- BEN *et al.*, 2017).

No entanto, autores expressam que os cuidados em saúde mental na atenção básica muitas vezes representam desafios frente a estigmatização que vivenciamos. Muitos serviços estabelecem protocolos de encaminhamentos para outros níveis de atenção, reduzindo a resolutividade e a integralidade dentro de seu serviço de saúde (FRATESCHI; CARDOSO, 2016; ROTOLI *et al.*, 2019).

Diante disso, deve-se considerar que o comportamento suicida evidencia grande sofrimento psíquico por parte do indivíduo que o manifesta, trazendo consigo danos que podem ser irreversíveis a pessoa, seus familiares, amigos e conhecidos. Desta forma, os profissionais que prestam atendimento através das Equipes de Saúde da Família necessitam ofertar assistência acolhedora e humanizada ao indivíduo e seus familiares, que corresponda aos princípios da equidade, integralidade e universalidade (FERREIRA *et al.*, 2018; RIBEIRO *et al.*, 2021).

2.1.2 Assistência ao Comportamento Suicida

Existem crises que acontecem no decorrer da vida que podem ser consideradas como crises vitais. Essas crises vitais ocorrem quando aparecem momentos de dificuldades nas fases que permeiam a vida, compostas por mudanças que já podem ser esperadas pelo indivíduo em cada fase do ciclo vital. Entretanto, existem crises que são circunstanciais, acontecendo de forma rara e inesperada. Nesses momentos de crises inesperadas, muitas vezes o indivíduo não sabe como controlar a situação (BOTEGA, 2015).

Assim, a crise pode levar o indivíduo a uma sensação de desmoronamento ou colapso, trazendo consigo sentimentos de angústia, tristeza, desespero, incapacidade, esgotamento, falta de perspectiva de solução de problemas, dentre outros diversos fatores. Nesta ocasião, caso o indivíduo não consiga exercer a resiliência e encontrar formas saudáveis de resolução do problema, ele pode adoecer e obter um comprometimento de sua saúde mental com o aumento de sua vulnerabilidade, podendo o suicídio surgir como a única solução para o problema ou situação insuportável (BOTEGA, 2015).

No contexto histórico, o suicídio foi apresentado por diferentes povos e culturas de diversas formas ao longo do tempo, como, por exemplo, parte de costumes tribais; rituais de suicídios em idosos considerados normais para evitar que eles necessitassem de cuidados na velhice; formas de escravos “se libertarem” da escravidão vivenciada; ato heróico que evitaria a desonra em guerras e combates ou por motivos de patriotismo; ofensa contra o Estado; ofensa para a sociedade; falta de fé; ato pecaminoso e imperdoável; e assim por diante (BOTEGA, 2015).

Atualmente, o suicídio é definido pela Organização Mundial da Saúde como um problema de saúde pública global, considerando tantas mortes por suicídio ocorrentes

todos os anos, ultrapassando o número de mortes causadas por malária, HIV/AIDS, câncer de mama, mortes na guerra e homicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Existem inúmeros fatores de risco para o suicídio que os profissionais de saúde devem observar, são eles: sexo masculino; adultos jovens e idosos; estados civis que proporcionam certa solidão como divórcio, viuvez e ser solteiro; orientação homossexual ou bissexual; ser ateu ou protestante; fazer parte de grupos étnicos minoritários; possuir transtornos mentais; histórico familiar de doença mental; falta de tratamento; tentativa prévia de suicídio; história familiar de suicídio; ideação suicida ou plano suicida estabelecido; ter sofrido violência, abuso físico, mental ou sexual; perda ou separação dos pais na infância; instabilidade familiar; ausência de apoio social; isolamento social; perda de ente querido recente; acontecimento estressante recente; datas importantes (também chamadas de reação de aniversário); desemprego; aposentadoria; bullying; baixa autoestima; desesperança; impulsividade; perfeccionismo; rigidez cognitiva; pouca flexibilidade para enfrentar situações adversas; acesso a meios letais; doenças físicas incapacitantes; dor crônica; estados de confusão de origem orgânica; relação terapêutica fraca ou instável (BOTEGA, 2015).

Contudo, apesar dos diversos fatores de risco que explicitam a multifatorialidade das causas do suicídio, é importante destacar que atualmente o suicídio é considerado crime em alguns países, e que, em um número pequeno de países é permitido o suicídio assistido. No Brasil, o suicídio assistido não é autorizado por lei e o suicídio não é visto como infração no contexto brasileiro por quem o executa, porém, quem induz, instiga alguém ao suicídio ou presta auxílio para a concretização do ato está sujeito a pena de reclusão (BARBAGLI, 2019; SAMPAIO; LAUPMAN, 2023; LUCAS; SOUZA; MALAFAIA, 2022; BRASIL, 1940).

Por outro lado, existem muitos fatores de proteção ao suicídio que os profissionais de saúde devem reforçar, sendo eles: flexibilidade cognitiva; disposição para receber aconselhamento em situações de tomada de decisão importante; disposição para buscar ajuda; abertura à experiência de outras pessoas; habilidade de comunicação; capacidade para avaliar a realidade de forma adequada; habilidades para solucionar os problemas da vida; ter bom relacionamento interpessoal; ter senso de responsabilidade em relação à família; ter crianças pequenas em casa; ter pais atenciosos e consistentes; ter apoio em situações de necessidade; participar de

grupos sociais; praticar alguma atividade religiosa; praticar atividade física; ter emprego; obter assistência nos serviços de saúde mental; gravidez; puerpério; boa qualidade de vida; padrão de sono eficaz; boa relação terapêutica (BOTEGA, 2015).

Caso o paciente apresente comportamento suicida, existem objetivos essenciais que devem ser alcançados a curto prazo e a médio prazo. A curto prazo, é necessário manter o paciente seguro, e a médio prazo é necessário manter o paciente estável. Além disso, se o paciente apresentar risco iminente de suicídio é necessária a internação psiquiátrica, mesmo que seja de forma involuntária (BOTEGA, 2015).

Imediatamente, nas primeiras 24 a 48 horas em que se detecte o risco iminente de suicídio – ou seja, o paciente apresenta ideação suicida alta e possui um plano para tirar a sua vida nas próximas horas ou próximos dias – é necessário impedir que o paciente se mate. Assim, o paciente deve ser mantido em segurança, afastando do paciente todos os meios letais que ele possa ter acesso, prestando apoio emocional e vigilância contínua, e incentivar que o paciente realize algumas atividades programadas que não ofereçam risco de morte. Além disso, deve-se iniciar o uso de psicofármacos para diminuir a ansiedade e a impulsividade do paciente, e para garantir uma boa noite de sono. Também é necessário que nesse momento sejam identificadas pessoas significativas para o paciente que possam prestar o devido apoio nesse momento. Posteriormente, deverá ser realizado o esclarecimento e fornecido o apoio aos familiares do paciente (BOTEGA, 2015).

Já a curto prazo – na primeira semana – é preciso monitorar o paciente a partir de consultas frequentes e telefonemas periódicos. Além disso, neste momento, deve ser elaborado o plano de segurança para que seja identificado possíveis gatilhos que proporcionem crises para o paciente, reduzir os estressores, aumentar o apoio social do paciente, facilitar contatos emergenciais e repetir as avaliações do paciente. Ainda, se faz necessário neste momento, que o paciente fique estável. Desta forma, é preciso diagnosticar e tratar transtornos mentais, criar formas saudáveis de lidar com o estresse, buscar a modificação de comportamentos prejudiciais, estimular que o paciente realize psicoterapia e facilitar e estimular a adesão ao tratamento (BOTEGA, 2015).

Para a prevenção do suicídio, são itens essenciais a serem executados a nível nacional: conscientização da população; divulgação responsável pela mídia; redução do acesso a meios letais; programas de promoção da saúde mental em escolas; detecção precoce e tratamento de transtornos mentais; assistência a pessoas que

abusam de álcool ou outras drogas; assistência a pacientes com doenças que proporcionam dor crônica ou incapacidade; acesso facilitado aos serviços de saúde mental; avaliação e cuidado longitudinal de pacientes com tentativas prévias de suicídio; assistência à pacientes em crise; apoio emocional a familiares enlutados por suicídio ou por outras causas; a criação e manutenção de políticas públicas voltadas para o aumento da qualidade de vida no trabalho e combate ao desemprego; manutenção de estatísticas epidemiológicas de tentativas de suicídio e suicídios realizados atualizadas; monitoramento da efetividade das ações de prevenção idealizadas pelo plano de prevenção ao suicídio; e por fim, treinamento de profissionais de saúde para a prevenção do suicídio (BOTEGA, 2015).

Desta forma, salienta-se que, apesar de complexo, o suicídio pode ser evitado e os profissionais de saúde exercem um papel primordial na assistência aos pacientes e na prevenção ao suicídio.

2.1.3 Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida

O Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida foi desenvolvido para medir as atitudes de enfermeiros em seus aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais diante do paciente com comportamento suicida. As situações apresentadas nas 21 afirmativas do instrumento correspondem a condições que podem ser vivenciadas em atendimentos generalistas e não apenas de psiquiatria. O instrumento foi o primeiro a ser elaborado no Brasil para medir as atitudes em relação ao comportamento suicida (BOTEGA *et al.*, 2005). Até o presente momento, o instrumento continua sendo o único existente elaborado no Brasil para medir essas atitudes.

O estudo de validação do instrumento avaliou as propriedades psicométricas (de estrutura fatorial e consistência interna) e verificou se as atitudes dos profissionais diante do suicídio variam de acordo com as características dos profissionais avaliados. No estudo de validação, 554 profissionais de enfermagem atuantes em um hospital geral da Universidade de Campinas foram convidados a participar. Destes, 317 profissionais de enfermagem compuseram a amostra final (BOTEGA *et al.*, 2005).

A validação do instrumento seguiu as seguintes etapas: a primeira etapa foi composta por revisão da literatura e condução de três grupos focais. Os profissionais que participaram dos grupos focais não participaram do estudo principal. A partir dos

grupos, surgiram 54 proposições sobre o comportamento suicida. As questões norteadoras da discussão no grupo foram: Na sua opinião, o que leva ao suicídio? Como você se sente em relação a um paciente que tentou suicídio? Você se sente capaz de avaliar o risco de suicida de um paciente e de lidar com essa situação? (BOTEGA *et al.*, 2005).

A segunda etapa foi caracterizada pela validação das frases elaboradas para o instrumento a partir das discussões do grupo focal e da revisão da literatura. Dez especialistas pontuaram a adequação das frases do instrumento, o que levou a seleção de 25 proposições (BOTEGA *et al.*, 2005).

Na terceira etapa do estudo, o instrumento com 25 proposições foi aplicado a 20 participantes que faziam parte da equipe de enfermagem atuantes no ambulatório como estudo piloto. Após a aplicação do teste piloto, três itens do questionário foram eliminados pois foram considerados como mal formulados e com baixa variância dos demais itens (BOTEGA *et al.*, 2005).

Por fim, na quarta etapa do estudo, a versão final do instrumento foi composta por 21 itens em escala visual analógica, em uma linha contínua de 100mm (10cm), onde em um extremo aparece a afirmativa “discordo totalmente” e no outro extremo “concordo plenamente”. Assim, o participante foi solicitado a traçar uma linha de intersecção na linha da escala visual analógica próximo ao que mais se aproximasse da sua resposta ao item para refletir suas reações, sentimentos e opiniões (BOTEGA *et al.*, 2005).

Após a aplicação do instrumento em sua versão final com os participantes (n= 317) e as análises realizadas, os resultados demonstraram que poucos profissionais se mostraram preparados para lidar com pacientes com risco de suicídio (17%), poucos sentiram-se capaz de perceber quando um paciente está em risco de suicídio (36%) e apenas 12% dos profissionais demonstraram concordar que o suicídio é um direito do paciente. Além disso, a maioria dos profissionais defendeu que a vida é um dom de Deus e só Ele pode tirá-la (85%) (BOTEGA *et al.*, 2005).

Por fim, os autores concluíram que foi possível elaborar o instrumento, sendo ele de fácil preenchimento para avaliar as atitudes dos profissionais de enfermagem para atender pacientes com comportamento suicida (BOTEGA *et al.*, 2005). Assim, o instrumento tem sido utilizado com a autorização dos autores em diversos estudos brasileiros em diferentes populações (estudantes universitários, enfermeiros, outros

profissionais de saúde), e será utilizado no presente estudo para coleta de dados com os profissionais das equipes de saúde da família.

3 PERGUNTA DE PESQUISA

“Como se dão as atitudes dos profissionais das equipes de saúde da família frente ao paciente com comportamento suicida na comunidade?”.

4 JUSTIFICATIVA

O comportamento suicida evidencia grande sofrimento psíquico por parte do indivíduo que o manifesta, trazendo consigo danos que podem ser irreversíveis a pessoa, seus familiares, amigos e conhecidos. Desta forma, os profissionais que prestam atendimento através das Equipes de Saúde da Família necessitam ofertar assistência acolhedora e humanizada ao indivíduo e seus familiares, que corresponda aos princípios da equidade, integralidade e universalidade (FERREIRA, et al., 2018; RIBEIRO, et al., 2021).

Frente a isso, torna-se necessário verificar se as atitudes dessas equipes corroboram com o que é preconizado pelas políticas públicas de saúde mental e com os dados encontrados por outros estudos da literatura, diante da posição estratégica da atenção primária para formação de vínculo com a população assistida e a prevenção do suicídio na comunidade.

Ademais, através do maior entendimento sobre como os profissionais atuam, torna-se possível a identificação das lacunas de conhecimento e de aperfeiçoamento da assistência, visando a melhoria da qualidade do cuidado prestado ao indivíduo, seus familiares, e a comunidade em geral, potencializando as ações em prol da redução da mortalidade por suicídio e promovendo a saúde mental da população.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as atitudes dos profissionais das Equipes de Saúde da Família da Atenção Primária frente ao Comportamento Suicida.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e ocupacional dos profissionais atuantes nas equipes de saúde da família;
- Determinar os escores de atitudes desses profissionais em relação ao comportamento suicida, em cada um de seus domínios e dimensões.
- Analisar a influência das características sociodemográficas e ocupacionais dos profissionais sob as atitudes em relação ao comportamento suicida na comunidade.

6 MATERIAIS E MÉTODO

6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo seccional do tipo quantitativo. A pesquisa quantitativa examina a associação entre variáveis que podem ser generalizadas para uma população por meio de inferências estatísticas (GALVÃO; PLUYE; RICARTE, 2018).

6.2 LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo foi realizado no município de Uberaba, no estado de Minas Gerais. Ele está localizado na região do Triângulo Mineiro e de acordo com o IBGE (2021) possui população estimada de 340.277 habitantes, com área territorial de 4.523,957km².

O município dispõe de 31 Unidades Básicas de Saúde. Nessas unidades, atuam equipes de saúde da família da área urbana e zona rural compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, auxiliares de saúde bucal, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

A coleta de dados ocorreu de forma presencial nas unidades de saúde, em dia e horário previamente combinado com as equipes de saúde, após o convite realizado presencialmente nas unidades de saúde pela pesquisadora.

6.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram convidados a participar deste estudo todos os profissionais de saúde atuantes nas Equipes de Saúde da Família das 31 Unidades de Saúde de Atenção Primária do município, sendo eles: médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, auxiliares de saúde bucal, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Como critérios de inclusão neste estudo, foram elencados os seguintes fatores: Os participantes devem ter idade superior a 18 anos e devem estar atuando nas equipes de saúde da família há no mínimo 6 meses.

Como critérios de exclusão (não participação), listamos os seguintes aspectos: Os profissionais que no período de coleta de dados estiverem afastados de suas atividades de trabalho por férias, motivos pessoais ou médicos.

6.4 AMOSTRA E CÁLCULO AMOSTRAL

O cálculo do tamanho amostral considerou um coeficiente de determinação $R^2=0,10$ em um modelo de regressão linear múltipla com 7 preditores, tendo como nível de significância ou erro do tipo I de $\alpha = 0,01$ e erro do tipo II de $\beta = 0,1$, resultando, portanto, em um poder estatístico apriorístico de 90%.

Utilizando-se o aplicativo PASS (Power Analysis and Sample Size), versão 15, introduzindo-se os valores acima descritos, obtém-se um tamanho de amostra mínimo de $n = 228$. Considerando uma perda de amostragem de 20% (recusas em participar), o número final de tentativas de entrevista será $n = 285$. A amostra foi coletada em todas as unidades de saúde de atenção básica do município, utilizando a coleta por convênencia. Desta forma, todos os profissionais das equipes de saúde da família do município foram convidados e os que aceitaram participar compuseram a amostra final do estudo.

6.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Após a autorização da realização da pesquisa pelas chefias do Departamento de Atenção Básica do município de Uberaba, e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, a pesquisadora entrou em contato pessoalmente com a gerencia e os profissionais das Equipes de Saúde da Família nas unidades de saúde para a realização do convite para participação na pesquisa.

Posteriormente, com os profissionais que aceitaram participar da pesquisa, foram agendados dias e horários para a realização da coleta de dados, de forma que a coleta não prejudicasse os atendimentos dos profissionais de saúde. A coleta de dados ocorreu de fevereiro à junho de 2023. A coleta de dados se iniciou pelo preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), juntamente com os instrumentos da pesquisa (APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico e de Trabalho; e ANEXO B – Questionário de Atitudes Relacionadas ao Comportamento Suicida).

A coleta de dados se deu da seguinte forma: Primeiramente foi realizado o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - APÊNDICE B). Após o preenchimento do TCLE, os participantes da pesquisa devem proceder

para responderem os questionamentos presentes nos instrumentos, que irão abranger questões sociodemográficas e de trabalho dos profissionais (APÊNDICE A), seguido pelo “Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida” desenvolvido por Botega e colaboradores em 2005, que possui 21 sentenças (ANEXO B). Os participantes levaram em média cerca de 20 minutos para responderem os instrumentos de coleta de dados de forma individualizada.

6.6 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA COLETA DE DADOS

Para a realização da coleta de dados, foi elaborado pela autora um instrumento, sendo ele: APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE TRABALHO – Contém informações como: data de nascimento, idade, profissão, sexo, naturalidade, estado civil, escolaridade, cor, religião, tempo de atuação na atenção primária, atuação em serviços específicos de saúde mental, treinamento prévio sobre a temática do suicídio, interesse em capacitações ou atualizações sobre a temática do suicídio.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e do Departamento de Atenção Básica do município, o questionário sociodemográfico e de trabalho foi enviado a três juízes doutores na temática do comportamento suicida para a validação de face e conteúdo dele. A seleção dos juízes convidados se deu a partir de pesquisa e avaliação de currículos dos juízes através da plataforma lattes, onde a pesquisadora entrou em contato com eles, e, posteriormente, os juízes que aceitaram participar da etapa de validação do questionário receberam via e-mail o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Ainda, foi utilizado na coleta de dados um questionário brasileiro validado (com a devida autorização do autor – ANEXO A), conforme descrito a seguir: ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES EM RELAÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICIDA (QUACS) – elaborado por Botega e colaboradores em 2005. Este questionário foi desenvolvido e validado para medir as atitudes em seus aspectos cognitivos, os componentes afetivos e comportamentais, dos profissionais de saúde em relação ao comportamento suicida.

Para responder o questionário, o profissional leu a sentença, e, posteriormente, traçou uma linha de intersecção na linha da escala visual analógica, próxima ao extremo que melhor represente sua resposta.

As sentenças do questionário são a respeito de situações clínicas que podem ser vivenciadas por profissionais no contexto geral e não apenas profissionais especialistas em saúde mental, abordando fatores relacionados ao comportamento suicida, o atendimento ao paciente, aos sentimentos e crenças dos profissionais a respeito do suicídio.

As 21 sentenças podem ser analisadas separadamente ou em três fatores, sendo eles: Sentimentos em relação ao suicídio (Quanto maior a pontuação nesses fatores, maior presença de sentimentos negativos); Capacidade profissional para lidar com as situações que envolvem o comportamento suicida (Quanto maior a pontuação, mais confiantes os profissionais se sentem para lidar com o comportamento suicida); Concepções sobre o direito ao suicídio (Quanto maior a pontuação, menos atitudes moralistas os profissionais possuem) (BOTEGA, et al. 2005).

6.7 ANÁLISE DOS DADOS

Após a autoaplicação dos instrumentos (APÊNDICE A; ANEXO B), os dados foram digitados duplamente em planilha, no programa Excel e, em seguida, os erros de codificação ou de digitação foram verificados, comparados e corrigidos. Posteriormente, os dados foram transportados e analisados no programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 21.

As variáveis categóricas foram analisadas empregando-se distribuição de frequências absolutas e relativas, ao passo que as variáveis quantitativas foram analisadas utilizando-se medidas de centralidade (média, mediana e desvio padrão). A análise para determinar os escores de atitudes incluiu medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão, mínimo, máximo, e alfa de cronbach para avaliar a consistência interna do questionário). Já a influência dos dados sociodemográficos e ocupacionais sob as atitudes, foram analisadas a partir de test t (para preditores dicotômicos) e correlações de Pearson (para preditores quantitativos), sendo uma análise bivariada. Ainda, a influência simultânea entre variáveis sociodemográficas e ocupacionais sob os escores das atitudes, incluiu a análise de regressão linear múltipla.

Posteriormente às análises realizadas, a pesquisadora realizou a condensação das informações obtidas, apresentando os resultados, apontamentos e considerações necessárias sobre os dados adquiridos na pesquisa.

6.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi primeiramente analisado e autorizado pelas chefias do Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Uberaba-MG, bem, como, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, e só teve início após a aprovação e autorização dos mesmos (CAAE: 66179222.8.0000.5154).

Posteriormente a aprovação da pesquisa e autorização da realização da mesma, os profissionais atuantes nas Equipes de Saúde da Família das Unidades de Atenção Primária foram convidados a participar.

A execução desta pesquisa respeitou a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que aborda a pesquisa com seres humanos. Todos os profissionais que aceitaram participar da pesquisa foram orientados quanto aos riscos e benefícios da mesma. Após os esclarecimentos sobre a pesquisa, os profissionais convidados receberam Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B), podendo após a leitura do mesmo, aceitar ou recusar a participação nesta pesquisa. O profissional que aceitou participar da pesquisa, assinou duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde uma via foi retida pelo profissional e outra via foi arquivada pela pesquisadora, onde será guardada por 6 anos, e posteriormente, serão incineradas.

RISCOS: Os participantes que aceitaram participar desta pesquisa tinham riscos acerca da perda da confidencialidade de seus dados. Esse risco foi minimizado pelo acesso restrito dos dados apenas pela pesquisadora e a substituição de qualquer nome por números ordinais, de acordo com a ordem de resposta dos instrumentos. O risco de constrangimento ao responder os questionamentos foi minimizado com a oferta da pesquisadora ao participante da desistência imediata da pesquisa ou do resguardo do direito em não responder perguntas. Além disso, por se tratar de um tema sensível, a pesquisadora se colocou à disposição dos participantes convidados caso os mesmos necessitassem conversar posteriormente sobre a temática, sendo acolhidos imediatamente pela mesma, e se necessário, encaminhados para

atendimento psíquico com profissional especialista. Ressaltamos que nenhum profissional que participou da pesquisa necessitou de atendimento após a resposta dos questionários.

BENEFÍCIOS: Ao participarem da pesquisa, os participantes contribuíram no fornecimento de dados para uma possível intervenção nos serviços, seja com educação permanente, capacitações ou atividades de aperfeiçoamento para a equipe sobre as ações desenvolvidas em seu cotidiano de serviço na temática abordada nesta pesquisa, o que poderá refletir diretamente na qualidade da assistência prestada à comunidade.

7 RESULTADOS

Para a validação de face e conteúdo do Questionário Sociodemográfico e Ocupacional foram convidados através da plataforma lattes 30 profissionais de saúde doutores com expertise na temática de comportamento suicida. Desses 30 profissionais, apenas três compuseram a amostra, pois os demais não responderam ao e-mail de convite, e uma profissional justificou que estava em período de férias.

Primeiramente, os três juízes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi adaptado em um formulário online. Após a leitura do TCLE e a concordância em participar da etapa de validação, os juízes foram direcionados ao formulário de validação de face e conteúdo do Questionário Sociodemográfico e Ocupacional. Em cada item do Questionário Sociodemográfico e Ocupacional, os juizes marcaram se concordavam com o item do questionário. Caso eles não concordassem, no espaço indicado poderiam expressar suas sugestões para alterações futuras e adequação do questionário.

A partir disso, as alterações realizadas no Questionário Sociodemográfico e Ocupacional, a partir da sugestão dos três juizes foi apenas “inserir se o participante é praticante da religião, caso ele tenha assinalado que possui religião”. Assim, esse item foi incluído no questionário. Os juizes, de forma geral, consideraram que o questionário era efetivo para coletar os dados sociodemográficos e ocupacionais necessários. Após a validação de face e conteúdo do questionário, a pesquisadora procedeu para a coleta de dados da pesquisa.

Participaram da pesquisa 235 profissionais da atenção básica, atuantes nas equipes de saúde da família da cidade de Uberaba/MG. Destes participantes, as categorias profissionais mais frequentes foram os agentes comunitários de saúde (54%), seguidos de enfermeiros (15,3%) e técnicos de enfermagem (12,3%). Desses profissionais a maioria eram mulheres (92,3%), de Uberaba (63,8%) e casadas (45,1%). Quanto a cor da pele autorreferida, a maioria se declarou branca (51,9%) e possuíam ensino médio completo (34,5%). Quanto a religião 90,2% declararam possuir alguma, porém, apenas 54,9% disseram ser praticantes (Tabela 1).

Tabela 1 – Dados sociodemográficos e ocupacionais dos profissionais atuantes na ESF. Uberaba/MG, 2023. (n=235)

VARIÁVEIS	N	%
PROFISSÃO		
Enfermeiro	36	15,3
Médico	9	3,8
Dentista	17	7,2
Técnica de enfermagem	29	12,3
Auxiliar de saúde bucal	13	5,5
Agente comunitário em saúde	127	54
GÊNERO		
Masculino	16	6,8
Feminino	217	92,3
NATURAL DO MUNICÍPIO INVESTIGADO		
Sim	150	63,8
Não	78	33,2
ESTADO CIVIL		
Casado	106	45,1
Amasiado/união estável	37	15,7
Solteiro	60	25,5
Viúvo	2	0,9
Divorciado	19	8,1
Outro	10	4,3
ESCOLARIDADE		
Ensino Médio completo	81	34,5
Curso técnico/Profissionalizante	53	22,6
Superior completo	39	16,6
Especialização/Residência	44	18,7
Mestrado	10	4,3
Doutorado	6	2,6
COR DA PELE		
Branca	122	51,9
Preta	22	9,4
Parda	83	35,3
Amarelo	2	0,9

Outro	2	0,9
RELIGIÃO		
Sim	212	90,2
Não	22	9,4
PRATICANTE DA RELIGIÃO		
Sim	129	54,9
Não	71	30,2

Fonte: dos autores, 2023.

Quanto ao perfil profissional, a maioria (75,3 %) já atuava na APS há 5 anos ou mais, nunca atuaram em serviços de saúde mental (80,4%), já haviam atendido pacientes que apresentaram algum comportamento suicida em sua unidade de trabalho (58,7%) e realizavam ações de prevenção ao suicídio (52,8%), porém, não haviam recebido nenhum curso ou capacitação específica (86,6%) sobre a temática de suicídio. Contudo, desejavam receber em algum momento a capacitação (88,1%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Dados profissionais dos participantes da pesquisa com profissionais da ESF. Uberaba/MG, 2023. (n=235)

VARIÁVEIS	N	%
TEMPO DE ATUAÇÃO NA APS		
Menos de 1 ano	22	9,4
1 ano	12	5,1
2 anos	0	0
3 anos	8	3,4
4 anos	13	5,5
5 anos ou mais	177	75,3
JÁ ATUOU EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL		
Sim	44	18,7
Não	189	80,4
JÁ ATENDEU PACIENTE COM COMPORTAMENTO SUICIDA		
Sim	138	58,7

Não	95	40,4
REALIZA AÇÕES DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO		
Sim	124	52,8
Não	105	44,7
POSSUI TREINAMENTO ESPECÍFICO PARA ATENDER PACIENTES COM COMPORTAMENTO SUICIDA		
Sim	31	13,2
Não	204	86,8
TEM INTERESSE EM CAPACITAÇÃO SOBRE O TEMA		
Sim	207	88,1
Não	28	11,9

Fonte: dos autores, 2023.

Após as análises realizadas, o coeficiente de alfa de cronbach obtido na análise da consistência interna do instrumento nesta pesquisa foi de 0,522, o que não apresenta boa consistência interna dos itens pelos profissionais que responderam o questionário.

Considerando a análise dos itens do instrumento, é importante destacar que se observou uma percepção de despreparo em relação a abordagem e atendimento a pacientes com comportamento suicida por parte dos participantes. Houveram médias baixas (que tendem a discordo totalmente das sentenças do instrumento QUACS), principalmente as respostas dos participantes em relação as sentenças “Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar” (5,79), “Sinto-me capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar” (4,75), “Tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio” (3,26) o que pode indicar que os profissionais não se sentem aptos para o atendimento das demandas de pacientes com comportamento suicida (Tabela 3).

Além disso, houve média alta para a sentença “Sinto-me inseguro para cuidar de pacientes com risco de suicídio” (6,13), o que indica a insegurança dos profissionais de saúde para o atendimento de pacientes com essas demandas.

Contudo, apesar da insegurança, nas sentenças “No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio” (3,36) e “Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio, e acabar induzindo o paciente a isso” (4,17) podemos perceber que os profissionais não evitam se envolver com pacientes que tentaram suicídio e não tem receio de perguntar a fim de investigar a ideação suicida dos pacientes.

O instrumento também destacou algumas percepções importantes sobre a visão dos profissionais das equipes de saúde da família em relação ao suicídio, como, por exemplo, o identificado pela sentença “A vida é um dom de Deus, e só Ele pode tirar” que obteve uma média alta (8,31), indicando alta concordância dos profissionais com a sentença, reafirmando a influência da religião e de crenças do profissional em como ele percebe a vida, a morte e o suicídio. Outro ponto importante é que muitos participantes destacaram através da sentença “Apesar de tudo, penso que, se uma pessoa deseja se matar, ela tem esse direito” (2,56) que não veem como situação de direito a pessoa retirar a própria vida, o que pode estar associado também a comportamentos religiosos e espirituais, visto a média alta da primeira sentença destacada neste parágrafo sobre a vida ser um dom de Deus e só Ele poder tirá-la. (Tabela 3).

Além disso, a sentença “Quando uma pessoa fala de por fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela” (8,33) apresentou média alta, o que pode indicar que os profissionais não veem o suicídio como direito do paciente. Contudo, nas sentenças “Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho” (7,63) e “Quem tem Deus no coração não vai tentar se matar” (3,94) podemos identificar que os profissionais percebem que o atendimento ao paciente pode fazer diferença, e que, mesmo o paciente tendo Deus no coração ele pode tentar se matar, evidenciando que, na percepção deles, o suicídio não é falta de Deus. (Tabela 3).

Outro ponto a ser evidenciado é a percepção dos profissionais de que um atendimento que envolva escuta ativa e acolhimento pode ou poderia ter evitado a morte por suicídio, como o demonstrado pela concordância alta com as sentenças “Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho” (7,63) (Tabela 3).

Além disso, na sentença “No fundo, às vezes, dá até raiva, porque tanta gente querendo viver... e aquele paciente querendo morrer” (3,43) a média foi baixa,

indicando que os profissionais não sentem raiva dos pacientes com comportamento suicida. (Tabela 3).

Os profissionais destacaram que uma consulta especializada em psiquiatria (com profissional especialista na área) seria bem aceita pelo médico da equipe, a partir da alta concordância com a sentença “Se eu sugerir uma interconsulta psiquiátrica para um paciente que falou em se matar, penso que isso será bem aceito pelo seu médico assistente” (7,2). Ainda, foi percebido alguns conhecimentos dos profissionais em relação aos fatores de risco para o suicídio a partir das sentenças “Quem fica a ameaçar, geralmente não se mata” (3,30) onde a discordância prevaleceu, “Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental” (4,81) onde muitos discordaram e não generalizaram a associação do suicídio com doenças mentais, “Quem quer se matar mesmo, não fica ‘tentando’ se matar” (3,38) onde muitos profissionais discordaram e demonstraram não minimizar as tentativas de suicídio dos pacientes. (Tabela 3)

Contudo, na sentença “Um paciente internado dificilmente se mata sem que tenha um forte motivo para isso” (4,11) a média de concordância foi baixa, o que pode indicar que na percepção deles os pacientes podem se matar mesmo sem um forte motivo para isso. Ainda, na sentença “No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a ideia do suicídio” (2,61) a discordância prevaleceu, o que demonstra que o suicídio não é aceitável pelos profissionais mesmo em caso de doenças físicas. (Tabela 3).

A sentença “A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar” (6,46) apresentou média alta, o que pode indicar o sentimento de impotência dos profissionais diante de pacientes com comportamento suicida, porém, na sentença “Quando uma pessoa fala de por fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela” (8,33) a média também foi alta, o que demonstra que, mesmo com o sentimento de impotência diante do paciente, os profissionais tentam fazer o paciente mudar de ideia. (Tabela 3).

Por fim, a sentença “Acho que é preciso ter certa dose de coragem para se matar” (5,99) obteve média baixa, o que indica que os profissionais não relacionam o suicídio a um ato de coragem. Já sobre o comportamento suicida dos próprios profissionais de saúde, a sentença “Eu já passei por situações que me fizeram pensar em cometer suicídio” (3,36) obteve média baixa, o que indicou que a maioria dos

profissionais não passaram por situações que os fizessem pensar em retirar a própria vida (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise por perguntas do instrumento de coleta de dados dos profissionais atuantes na ESF. Uberaba/MG, 2023. (n=235)

	MÉDIA	MEDIANA	DESVIO PADRÃO
Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar	5,79	5,8	2,55
Quem fica a ameaçar, geralmente não se mata	3,30	2,1	2,72
Apesar de tudo, penso que, se uma pessoa deseja se matar, ela tem esse direito	2,56	1,15	2,68
Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho	7,63	8,4	2,30
No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio	3,36	2,3	2,6
A vida é um dom de Deus, e só Ele pode tirar	8,31	9,8	2,67
Sinto-me capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar	4,75	5,1	3,31
Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental	4,81	4,5	3,31
Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio, e acabar induzindo o paciente a isso	4,17	4	2,65
Tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio	3,26	2,2	2,55
Acho que é preciso ter certa dose de coragem para se matar	5,99	6,1	3,09

Sinto-me inseguro(a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio	6,13	6,7	2,9
No fundo, às vezes, dá até raiva, porque tanta gente querendo viver... e aquele paciente querendo morrer	3,43	1,9	3,02
Se eu sugerir uma interconsulta psiquiátrica para um paciente que falou em se matar, penso que isso será bem aceito pelo seu médico assistente	7,2	7,7	2,41
A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar	6,46	6,7	2,74
Quem tem Deus no coração, não vai tentar se matar	3,94	2,7	3,04
No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a ideia de suicídio	2,61	1,3	2,43
Quando uma pessoa fala de por fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela	8,33	9,2	2,21
Quem quer se matar mesmo, não fica “tentando” se matar	3,38	1,8	2,93
Um paciente internado dificilmente se mata sem que tenha um forte motivo para isso	4,11	3,6	2,97
Eu já passei por situações que me fizeram pensar em cometer suicídio	3,36	1,3	3,23

Fonte: dos autores, 2023.

Quanto a análise da média global do instrumento e dos seus fatores identificou-se uma média global de 4,9 ($\pm 0,85$), onde o fator 1, relacionado aos sentimentos em relação ao suicídio indicou uma média de 3,82 ($\pm 1,37$), indicando pensamentos que discordam das afirmativas que compõem este fator (sentenças 2, 5, 9, 13, 15, 17 e 19), o que representa que os profissionais apresentaram menos sentimentos negativos relacionados ao suicídio. Já o fator 2, relacionado a capacidade profissional

de atendimento a pacientes em risco de suicídio (sentenças 1, 7, 10 e 12), indicou uma média 4,99 ($\pm 1,40$), valores que indicam uma percepção de baixo preparo para atendimento a este público e menos confiança dos profissionais para o atendimento dessas demandas. Já o terceiro fator, relacionado a percepção dos profissionais sobre o direito ao suicídio dos pacientes, identificou uma média de 6,16 ($\pm 1,24$) sendo uma média maior, onde os profissionais apresentaram algumas atitudes moralistas em relação ao direito ao suicídio, contudo, apresentaram em menor quantidade (Tabela 4).

Tabela 4 – Análise descritiva da média global e por fatores do instrumento coletado com profissionais atuantes na ESF. Uberaba/MG, 2023. (n=235)

	MÉDIA	MEDIANA	MINIMO	MÁXIMO	DESVIO PADRÃO
MÉDIA TOTAL	4,90	4,81	2,71	7,43	0,85
FATOR 1 - Sentimentos em relação ao paciente	3,82	3,71	1	7,59	1,37
FATOR 2 - Capacidade para lidar com situações que envolvem o comportamento suicida	4,99	5,10	1	8,70	1,40
FATOR 3 - Direito ao suicídio	6,16	6,22	2,42	10	1,24

Fonte: dos autores, 2023.

Quanto a análise bivariada, é importante destacar que metodologicamente as variáveis foram agrupadas de forma categórica e dicotômica, considerando a análise descritiva inicial de distribuição de frequências, assim, criando categorias que representassem a população.

A análise bivariada para o desfecho da média global do instrumento identificou como resultados significativos ($p \leq 0,05$) os seguintes preditores: escolaridade ($p=0,005$), onde os profissionais com nível superior ou maior grau apresentaram maiores médias finais; e faixa etária que obteve um valor de p de $<0,001$, indicando que as pessoas acima de 42 anos obtiveram médias maiores. Isso pode indicar que pessoas com nível superior ou maior grau e com idade acima de 42 anos concordaram mais com as sentenças do instrumento no contexto geral (Tabela 5).

Tabela 5 – Análise bivariada do desfecho Média Global dos profissionais atuantes na ESF. Uberaba/MG, 2023. (n=235)

VARIÁVEL INDEPENDENTE	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	Valor de p£
SEXO			0,091
Masculino	4,55	0,84	
Feminino	4,93	0,85	
NATURAL DO MUNICÍPIO INVESTIGADO			0,818
Sim	4,89	0,8	
Não	4,91	0,93	
POSSUI RELIGIÃO			0,655
Sim	4,91	0,86	
Não	4,83	0,78	
ATUAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL			0,432
Sim	4,82	0,87	
Não	4,93	0,84	
JÁ ATENDEU PACIENTE COM COMPORTAMENTO SUICIDA			0,434
Sim	4,86	0,84	
Não	4,95	0,87	
REALIZA AÇÕES DE PREVENÇÃO CONTRA SUICÍDIO			0,706
Sim	4,93	0,84	
Não	4,89	0,85	
PROFISSÃO*			0,256
ACS	4,96	0,83	
Outros	4,84	0,87	
ESTADO CIVIL*			0,095
Com companheiro	4,82	0,86	
Sem companheiro	5,02	0,82	

ESCOLARIDADE*			0,005
Ensino médio ou Técnico	4,71	0,88	
Superior completo e demais graduações	5,03	0,80	
COR DA PELE*			0,564
Branca	4,93	0,90	
Outras	4,87	0,80	
TEMPO DE ATUAÇÃO NA APS*			0,206
5 anos ou mais	4,95	0,87	
4 anos ou menos	4,78	0,79	
FAIXA ETÁRIA*			<0,001
Até 41 anos	4,70	0,76	
42 anos ou mais	5,15	0,89	

Fonte: dos autores, 2023.

*Categorias criados após análise descritiva e distribuição de frequências

£ Teste t para amostras independentes

Para o fator 1 (Sentimentos em relação ao suicídio) as variáveis que se apresentaram significativas foram faixa etária ($p=0,009$), onde pessoas com mais de 42 apresentaram médias maiores para este fator; escolaridade ($p=0,049$) que identificou que pessoas com nível superior completo ou graus superiores obtiveram maiores médias; e tempo de atuação na APS ($p=0,025$) destacando os que trabalham a 5 anos ou mais obtiveram médias superiores. Dessa forma, pessoa com mais de 42 anos; com escolaridade de nível superior completo ou graus superiores; e ter atuado há 5 anos ou mais na APS; concordaram mais com as sentenças desse fator (Tabela 6).

Tabela 6 – Análise bivariada do desfecho Fator 1 dos profissionais atuantes na ESF. Uberaba/MG, 2023. (n=235)

VARIÁVEL INDEPENDENTE	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	Valor de p
FAIXA ETÁRIA			0,009
Até 41 anos	3,61	1,29	
42 anos ou mais	4,08	1,43	

POSSUI RELIGIÃO			0,584
Sim	3,84	1,40	
Não	3,67	0,99	
GÊNERO			0,122
Masculino	3,30	1,56	
Feminino	3,86	1,35	
PROFISSÃO			0,233
ACS	3,93	1,43	
Outros	3,72	1,29	
ESTADO CIVIL			0,759
Com companheiro	3,89	1,40	
Sem companheiro	3,79	1,33	
ESCOLARIDADE			0,049
Ensino médio completo ou técnico	3,61	1,40	
Superior completo ou demais pós graduações	3,97	1,34	
TEMPO DE ATUAÇÕES NA APS			0,025
5 anos ou mais	3,93	1,33	
4 anos ou menos	3,46	1,46	

Fonte: dos autores, 2023.

Considerando o fator 2 (Capacidade profissional) as variáveis significativas foram, faixa etária ($p=0,05$), com os maiores de 42 anos com maiores médias; e estado civil ($p=0,006$) onde as pessoas sem companheiro apresentaram médias maiores. Isso pode indicar que as pessoas com mais de 42 anos e sem companheiro concordaram mais com as sentenças desse fator (Tabela 7).

Tabela 7 – Análise bivariada do desfecho Fator 2 dos profissionais atuantes na ESF. Uberaba/MG, 2023. (n=235)

VARIÁVEL INDEPENDENTE	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	Valor de p
-----------------------	-------	---------------	------------

FAIXA ETÁRIA			0,050
Até 41 anos	4,83	1,30	
42 anos ou mais	5,19	1,51	
POSSUI RELIGIÃO			0,416
Sim	5,01	1,41	
Não	4,75	1,35	
GÊNERO			0,771
Masculino	5,08	1,51	
Feminino	4,97	1,40	
PROFISSÃO			0,995
ACS	4,98	1,34	
Outros	4,98	1,50	
ESTADO CIVIL			0,006
Com companheiro	4,79	1,43	
Sem companheiro	5,31	1,32	
ESCOLARIDADE			0,954
Ensino médio completo ou técnico	4,96	1,38	
Superior completo ou demais pós graduações	4,95	1,38	
TEMPO DE ATUAÇÕES NA APS			0,789
5 anos ou mais	4,97	1,45	
4 anos ou menos	5,03	1,30	

Fonte: dos autores, 2023.

Para o terceiro fator (Direito ao suicídio), destaca-se a faixa etária ($p \leq 0,001$) como variável significativa onde novamente as pessoas com 42 anos ou mais apresentaram maiores medias; e a variável “possui religião” onde quem possuía uma religião apresenta medias maiores ($p=0,03$). Isso pode indicar que os profissionais com idade de 42 anos ou mais e que possuíam religião concordaram mais com as sentenças desse fator (Tabela 8).

Tabela 8 – Análise bivariada do desfecho Fator 3 dos profissionais atuantes na ESF. Uberaba/MG, 2023. (n=235)

VARIÁVEL INDEPENDENTE	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	Valor de p
FAIXA ETÁRIA			<0,000
Até 41 anos	5,85	1,20	
42 anos ou mais	6,53	1,19	
POSSUI RELIGIÃO			0,03
Sim	6,22	1,22	
Não	5,62	1,30	
GÊNERO			0,273
Masculino	5,82	1,42	
Feminino	6,17	1,21	
PROFISSÃO			0,820
ACS	6,15	1,21	
Outros	6,19	1,26	
ESTADO CIVIL			0,512
Com companheiro	6,11	1,21	
Sem companheiro	6,22	1,28	
ESCOLARIDADE			0,178
Ensino médio completo ou técnico	6,03	1,22	
Superior completo ou demais pós graduações	6,25	1,25	
TEMPO DE ATUAÇÕES NA APS			0,702
5 anos ou mais	6,17	1,23	
4 anos ou menos	6,10	1,26	

Fonte: dos autores, 2023.

Para a análise de regressão, as variáveis que obtiveram valores de $p \leq 0,2$ (faixa etária, profissão, estado civil, escolaridade e tempo de atuação na APS) entraram no modelo e foram analisadas como possíveis preditores. Para a média global confirmaram-se como preditores: a escolaridade de nível superior ou mais com

maiores ($p=0,012$) e a faixa etária de 42 anos ou mais também com maiores médias ($p\leq 0,001$) (Tabela 9).

Tabela 9 – Análise regressão linear múltipla do desfecho Média Global dos profissionais atuantes na ESF. Uberaba/MG, 2023. (n=235)

VARIÁVEL INDEPENDENTE	BETA	Valor de p
PROFISSÃO	0,013	0,851
ESTADO CIVIL	0,087	0,177
ESCOLARIDADE	0,180	0,012
TEMPO DE ATUAÇÃO NA APS	-0,027	0,685
FAIXA ETÁRIA	0,247	<0,001
POSSUI RELIGIÃO	-0,032	0,627

Fonte: dos autores, 2023.

Para o primeiro fator (sentimentos em relação ao suicídio) a faixa etária de 42 anos ou mais confirmou-se como variável significativa ($p=0,013$) apresentando maiores médias. Para o fator 2 (capacidade profissional), o estado civil sem companheiro apresentou maiores médias e foi confirmada como preditor do fator ($p=0,018$). Já para o fator 3 (direito ao suicídio) a variável de faixa etária, também com aquelas de 42 anos ou mais apresentando maiores médias, se confirmou como preditor do fator ($p\leq 0,001$), assim como possuir religião ($p=0,039$) (Tabela 10, 11, e 12).

Tabela 10 – Análise regressão linear múltipla do desfecho Fator 1 dos profissionais atuantes na ESF. Uberaba/MG, 2023. (n=235)

VARIÁVEL INDEPENDENTE	BETA	Valor de p
PROFISSÃO	-0,041	0,573
ESTADO CIVIL	-0,016	0,810
ESCOLARIDADE	0,098	0,183

TEMPO DE ATUAÇÃO NA APS	-0,102	0,130
FAIXA ETÁRIA	0,166	0,013
POSSUI RELIGIÃO	-0,044	0,511

Fonte: dos autores, 2023.

Tabela 11 – Análise regressão linear múltipla do desfecho Fator 2 dos profissionais atuantes na ESF. Uberaba/MG, 2023. (n=235)

VARIÁVEL INDEPENDENTE	BETA	Valor de p
PROFISSÃO	0,029	0,696
ESTADO CIVIL	0,160	0,018
ESCOLARIDADE	-0,002	0,984
TEMPO DE ATUAÇÃO NA APS	0,022	0,744
FAIXA ETÁRIA	0,115	0,089
POSSUI RELIGIÃO	-0,047	0,491

Fonte: dos autores, 2023.

Tabela 12 – Análise regressão linear múltipla do desfecho Fator 3 dos profissionais atuantes na ESF. Uberaba/MG, 2023. (n=235)

VARIÁVEL INDEPENDENTE	BETA	Valor de p
PROFISSÃO	0,027	0,713
ESTADO CIVIL	0,007	0,909
ESCOLARIDADE	0,093	0,201
TEMPO DE ATUAÇÃO NA APS	0,044	0,503
FAIXA ETÁRIA	0,277	<0,001
POSSUI RELIGIÃO	-0,136	0,039

Fonte: dos autores, 2023.

8 DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstraram que a categoria profissional com maior número de profissionais são os agentes comunitários de saúde (54%), seguido pelo pessoal de enfermagem, onde 15,3% são enfermeiros e 12,3% são técnicos de enfermagem.

Sobre a maior categoria profissional desse estudo (agentes comunitários de saúde), cabe destacar que, eles constituem majoritariamente a maior categoria profissional de saúde dentro das equipes de saúde da família do Brasil, visto que, dentro da equipe mínima é necessário ter ao menos seis agentes comunitários de saúde e as demais profissões apenas um por equipe (BRASIL, 2017a).

O fato de os agentes comunitários de saúde morarem e trabalharem dentro do mesmo território adscrito, faz com que esses profissionais estejam constantemente imersos dentro da comunidade, sendo notável que nenhuma categoria profissional que compõe as equipes de saúde da família conhece mais a comunidade local do que os agentes comunitários de saúde (NUNES *et al.*, 2022). Isso pode facilitar a identificação do comportamento suicida também por esses profissionais e a comunicação aos demais membros da equipe de saúde da família.

A maioria dos profissionais do presente estudo são do sexo feminino (92,3%), casados (45,1%) e com a escolaridade mais frequente sendo ensino médio completo (34,5%). Esses dados corroboram com os dados encontrados em outros estudos na literatura brasileira (MOREIRA *et al.*, 2016; MARTINS *et al.*, 2020; PONTES *et al.*, 2022) e nos Estados Unidos, onde as mulheres tem o histórico de sempre auxiliar nos cuidados aos adoecidos em diversas categorias profissionais, incluindo enfermeiras, o que aumentou mais ainda no contexto da pandemia do COVID-19 (RABINOWITZ; RABINOWITZ, 2021).

Os dados encontrados demonstram a feminização do trabalho na área da saúde, onde, de acordo com autores (KRUG *et al.*, 2017), muitas categorias profissionais na saúde são em sua maioria composta por profissionais de sexo feminino, como os agentes comunitários de saúde e os profissionais de enfermagem, o que reforça o papel de prestadoras de cuidados que as mulheres desempenham na sociedade há anos, principalmente nas profissões da área da saúde.

Em relação a cor da pele, a maioria (51,9%) dos profissionais se declararam brancos. Esse dado se relaciona ao encontrado em um estudo realizado com

profissionais da atenção primária à saúde em um município de Minas Gerais, onde a maioria dos profissionais se declarou branco (71,42%). Além disso, neste estudo, 90,2% dos participantes declararam possuir alguma religião. Esse dado também vai ao encontro do estudo realizado por outras autoras, onde 92% dos profissionais de 06 equipes de saúde da família afirmaram possuir religião (ALMEIDA; VEDANA, 2020).

Em outro estudo, realizado por Silva e Souza (2021) com profissionais de equipes de saúde da família de Santa Cruz Cabralia na Bahia, evidenciou que os profissionais em sua maioria demonstravam ser pessoas religiosas, sendo 70% dos médicos, 89% dos enfermeiros, e 94,5% dos técnicos de enfermagem.

As análises realizadas no presente estudo oportunizaram o conhecimento das atitudes dos profissionais das equipes de saúde da família que atuam na atenção primária à saúde frente ao comportamento suicida de pacientes na comunidade do município investigado. De modo geral, os profissionais participantes apresentaram despreparo para atender pacientes com essas demandas e sentimentos de impotência diante do paciente com comportamento suicida.

Esses achados corroboram com outros estudos na literatura científica, que apontam que os profissionais de saúde de diversas categorias profissionais apresentaram atitudes negativas em relação ao comportamento suicida, com evidência de despreparo para lidar com esses pacientes e alta necessidade de capacitação profissional sobre a temática do suicídio (ALMEIDA; VEDANA, 2020; SANTOS *et al.*, 2022).

No presente estudo, a análise do Fator 1 (Sentimentos em relação ao suicídio), indicou que os profissionais participantes apresentaram menos sentimentos negativos relacionados ao suicídio. Esse dado é encontrado na literatura segregado por categorias profissionais, onde médicos e enfermeiros apresentaram atitudes mais positivas em relação aos sentimentos, do que técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. De acordo com autores, esses dados podem ser devido ao maior contato de médicos e enfermeiros com pacientes com ideação suicida (STORINO *et al.*, 2018).

Cabe ressaltar que no presente estudo não foi possível apresentar os dados de forma segregada por categoria profissional, visto que, o número de profissionais por categoria profissional era desproporcional, sendo a maior parte composta por agentes comunitários de saúde (54%). Para apresentar os dados separados por categoria

profissional, a amostra deve ser estratificada aleatória, não podendo-se comparar o número de agentes comunitários de saúde com outras categorias profissionais em menor número, o que caracterizaria viés de amostra.

Contudo, a literatura evidencia de forma separada, que muitos profissionais de nível técnico e médio apresentam sentimentos negativos em relação ao suicídio, em comparação com profissionais de nível superior (STORINO *et al.*, 2018).

Em estudo realizado por Almeida e Vedana (2020), foi identificado que os profissionais que não tiveram contato com profissionais que tentaram suicídio, que não tiveram leitura prévia de material sobre a temática, e que possuíam religião, apresentaram mais sentimentos negativos em relação à pacientes com comportamento suicida. Este dado, não corresponde ao encontrado neste estudo, visto que, apesar de apenas 13,2% dos profissionais participantes terem treinamento prévio sobre a temática, a maioria não apresentou sentimentos negativos diante do paciente com comportamento suicida.

Em relação aos sentimentos relacionados ao comportamento suicida, a literatura apresenta que muitos profissionais relatam que se sentem impotentes, com uma alta carga de estresse, o que afeta a própria saúde mental dos profissionais de saúde. Alguns casos de alta complexidade podem levar os profissionais de saúde a se sentirem deprimidos, com medo, tensos, nervosos, impotentes, culpados, impressionados, vulneráveis, dentre outros sentimentos que afetam os profissionais de saúde. Assim, o olhar também deve ser voltado para os trabalhadores que acabam tendo que lidar com angústias diante dos atendimentos (FERREIRA; FAJARDO; MELLO, 2019; PAES *et al.*, 2020; FERREIRA *et al.*, 2021).

Frente a isso, é extremamente necessário o apoio dos gestores; a criação de políticas públicas que reforcem as ações de promoção da saúde mental; o matriciamento em saúde mental; o cuidado ao usuário prestado em rede de atenção à saúde; capacitações sobre a temática; realização de reciclagens sobre o tema; articulação e comunicação com os demais serviços de saúde; articulação e comunicação com o serviço social; com a área da educação e com a família (SANTOS; ALENCAR; DOMINGOS, 2021; KAWASHIMA *et al.*, 2020; FAGUNDES; CAMPOS; LANGARO; CARVALHO; BONAMIGO, 2021; GOMES, 2023; SOLIN; TAMMINEN; PARTONEN, 2021; FREITAS; MARTINS-BORGES, 2022; BRITO *et al.*, 2020).

Na literatura científica, o suicídio é caracterizado como o último ato de um processo de sofrimento psíquico que a cada dia se fortalece mais diante do cotidiano do paciente adoecido. Desta forma, no cotidiano de vida do paciente, é possível perceber mudanças de comportamento por familiares, amigos e pessoas próximas, o que pode indicar que o paciente precisa de ajuda. Assim, os profissionais de saúde podem prestar acolhimento e assistência ao paciente nesses momentos, trabalhando em conjunto com a família do paciente, e buscando evitar o desfecho irrecuperável de um suicídio (MARQUETTI; KAWAUCHI; PLEFFKEN, 2015).

A família tem um papel muito importante no tratamento do paciente com comportamento suicida, podendo causar tanto um impacto positivo quando presta apoio, acolhimento e auxílio no tratamento, podendo contribuir para a prevenção do suicídio do familiar adoecido, como também podendo causar impacto negativo na vida do paciente quando apresenta muitos conflitos, violência, traição e isolamento, o que pode agravar o risco de suicídio do paciente (SILVA; MARCOLAN, 2021).

Contudo, apesar de o suicídio ser considerado como um problema grave de saúde pública que é multifatorial e muito complexo, o suicídio ainda é visto como um tabu e é envolto por estigmas, crenças errôneas e mitos, o que dificulta o diálogo sobre a temática com a sociedade e reforça interpretações errôneas do sofrimento psíquico do paciente por quem está por perto dele, em um momento em que ele necessita imensamente de ajuda e acolhimento (ALMEIDA *et al.*, 2022).

Além disso, o tabu sobre o suicídio e a morte se estende também ao tabu sobre o suicídio infanto juvenil, onde o diálogo sobre esses acontecimentos na infância e na adolescência são raros e cercados por muitos preconceitos e medos. Torna-se, então, necessário o aumento do diálogo sobre a temática do suicídio infantojuvenil, principalmente nos setores de educação e saúde, afim de promover o reconhecimento do sofrimento psíquico da criança e do adolescente, para reforçar estratégias de prevenção do suicídio também neste público (SILVA FILHO; MINAYO, 2021).

Sobretudo, cabe destacar que o paciente psiquiátrico sofre muitos estigmas diante da sociedade, muitas vezes não conseguindo obter emprego, não conseguindo estudar em instituições de ensino, sendo considerado como incapaz e sofrendo exclusão em diversos contextos de sua vida, incluindo nos aspectos que envolvem os atendimentos de saúde. A partir dessa exclusão, acompanhada muitas vezes por assédio moral e diversos tipos de violência, o paciente pode ao invés de melhorar sua situação de saúde, se ver diante de muitos obstáculos e desafios para obter melhora

da sua condição de saúde, e para o agravamento de tudo, muitas vezes o paciente não encontra apoio e acolhimento nem nos serviços de saúde, diante de tanto preconceito.

Assim, é necessário reforçar que diante dos princípios do SUS, o paciente psiquiátrico deve ser atendido considerando a universalidade do cuidado, onde a assistência à saúde é um direito de todos e é tida como um dever do Estado. Além disso, devemos reforçar que o princípio da integralidade do cuidado abrange também os cuidados relacionados à saúde mental do paciente, bem como, a equidade abrange a oferta de assistência qualificada e humanizada, de acordo com as condições do paciente no momento. Ainda, considerando a descentralização do cuidado, o paciente deve ser inserido nos diversos serviços da Rede de Atenção à Saúde, bem como, da Rede de Atenção Psicossocial, que tem a atenção primária à saúde como porta de entrada e coordenadora dos demais serviços da rede.

Dessa forma, inserido nos diversos tipos de serviços de saúde, considerando suas necessidades singulares, o paciente psiquiátrico deve obter o cuidado qualificado que tem por direito. Sobretudo, a continuidade da assistência, onde o paciente obtém assistência nos diversos serviços de saúde, mas, continua sendo acompanhado pela equipe que possui responsabilidade sanitária pela comunidade naquele território.

Perante o exposto, deve ser reafirmado que nos cuidados assistenciais em saúde não há espaço para estigmas e preconceitos com nenhum tipo de paciente, seja qual for a sua condição de saúde, pois o Sistema Único de Saúde prevê em seus princípios e diretrizes como os serviços de saúde devem prestar assistência aos seus pacientes, bem como, a lei 10.216 de 2001 prevê todos os direitos dos pacientes psiquiátricos que devem ser garantidos, cobrados e respeitados por todos, além de prever aspectos que envolvem a proteção do paciente portador de transtorno mental.

Porém, com todas as dificuldades e desafios presentes na abordagem da temática do suicídio com a sociedade, é necessário que primeiramente se exista um vínculo e uma relação de confiança entre os profissionais de saúde, a família e a população no contexto geral, para que a comunicação seja adequada e facilitada. Assim, os agentes comunitários de saúde que atuam nas equipes de saúde da família são peças fundamentais para facilitar essa comunicação, pois eles estão constantemente inseridos no território adscrito, além de pertencerem e residirem no território com suas próprias famílias (FERREIRA; FAJARDO; MELLO, 2019).

Em relação à idade dos profissionais de saúde, foi observado no presente estudo que profissionais com idade igual ou superior à 42 anos apresentaram mais concordância com as questões do fator 1, que evidenciam, por exemplo: que eles preferem não se envolver com pacientes com comportamento suicida, que se sentem impotentes diante de uma pessoa que quer se matar, que têm receio de perguntar sobre ideais de suicídio, dentre outras sentenças do fator. Assim, profissionais com idade igual a 42 anos ou mais, apresentaram mais sentimentos negativos em relação aos pacientes com comportamento suicida do que os profissionais de saúde com idade inferior à mencionada. Outra variável que apresentou significância com este fator foi “tempo de atuação na APS”, onde profissionais que atuam há mais de 5 anos concordaram mais com as sentenças deste fator.

Podemos inferir que a idade do profissional de saúde e o tempo de atuação na APS pode estar relacionada com o contato que ele teve com a temática em sua formação profissional desde a graduação e como a discussão sobre a temática do suicídio foi ignorada ao longo dos anos. A temática nem sempre foi abordada nas salas de aula no contexto de cursos de graduação. Atualmente, o assunto ainda é um tabu, porém, vem sendo mais discutido nas universidades, juntamente com a execução de campanhas e pesquisas universitárias com a temática de prevenção do suicídio e promoção da valorização da vida.

Além disso, considerando o a maior categoria profissional da amostra do presente estudo, composta por 54% de agentes comunitários de saúde, deve-se refletir se eles possuem acesso à temática de atendimento ao paciente com comportamento suicida nos cursos profissionalizantes e reciclagens que são realizadas para o aprimoramento da assistência realizada por eles dentro do território adscrito. Assim, é necessário refletir se esses profissionais que representam em números grande parte da equipe de saúde da família têm acesso à temática em sua formação e se têm conhecimento suficiente para contribuir na identificação e rastreamento do comportamento suicida no território.

A literatura aponta que o atendimento dos profissionais que atuam na atenção primária à saúde à população do território é considerado como o mais adequado, visto que, esses profissionais estão em local estratégico dentro da comunidade para a realização da promoção da saúde e acompanhamento mais próximo dos pacientes, devendo ser deixado de lado, todo e qualquer preconceito ou tabu no momento de assistência aos pacientes na comunidade (FERRACIOLI *et al.*, 2019).

Contudo, muitos profissionais que atuam na atenção primária à saúde, não investigam o comportamento suicida dos pacientes, nem mesmo quando os pacientes já apresentam algum transtorno mental diagnosticado, como a depressão maior (FELDMAN *et al.*, 2007). Isso pode expressar, mais uma vez, o sentimento de insegurança dos profissionais de saúde da atenção primária no atendimento dessas demandas.

No Fator 2 (capacidade profissional), os profissionais do presente estudo apresentaram baixo preparo para atender pacientes com comportamento suicida além de pouca confiança para prestar assistência a esses pacientes. Esses dados corroboram com outros estudos da literatura onde os profissionais de saúde da atenção primária não se sentiram preparados para atender essas demandas, apresentando fragilidades no momento do atendimento. Dessa forma, os gestores dos serviços de saúde devem garantir que os pacientes sejam acompanhados de forma adequada nos serviços de saúde, pois muitas capacitações só ocorrem após a morte por suicídio de um paciente (SILVA; SOUZA, 2021; FREITAS; MARTINS-BORGES, 2022; SANTOS *et al.*, 2022; STORINO *et al.*, 2018; SILVA; NÓBREGA; OLIVEIRA, 2018; CARVALHO *et al.*, 2023; ERBUTO *et al.*, 2021).

A literatura aponta que diante de uma demanda de paciente com comportamento suicida, é essencial que os profissionais de saúde estejam aptos para enxergar o paciente com a sua individualidade, como uma pessoa singular, com diferentes maneiras de viver e enxergar a vida. Desta forma, os profissionais podem auxiliar o paciente a ampliar as possibilidades para resolução de problemas, buscando a valorização da vida e a percepção de que a morte não é a única saída para alívio do sofrimento psíquico, da dor e do desespero vivenciado em vida (ANDRADE; ARAÚJO; SOUZA, 2019).

Um estudo de meta-análise realizado por Grigoroglou *et al.* (2021) evidenciou que o cuidado colaborativo que é realizado por profissionais de saúde de forma interdisciplinar pode ser uma solução para o gerenciamento da ideação suicida na atenção primária. Os programas de atendimento aos pacientes devem incluir intervenções psicológicas baseadas em evidências científicas. Além disso, de acordo com os autores, esses programas baseados em cuidado colaborativo se mostraram ser mais eficazes em tratamentos de idosos que apresentam maior risco para o suicídio.

Em relação a capacitação dos profissionais, autores indicam que além de ofertar capacitações, é também necessário oferecer condições aos profissionais para que essas capacitações possam acontecer, como, por exemplo, disponibilidade de tempo; espaço adequado e estrutura necessária para as atividades da capacitação; organização dos serviços para que os atendimentos não se acumulem; reforçar atividades de prevenção do adoecimento psíquico para evitar sobrecarga e acúmulo de atendimentos futuros; além de profissionais disponíveis que ensinem sobre a temática abordada nas capacitações (LOPES *et al.*, 2019).

Um estudo realizado por Almeida e Vedana (2020) com profissionais de equipes de saúde da família de um município de Minas Gerais demonstrou que os profissionais que tiveram treinamento sobre a temática do comportamento suicida, que tiveram contato com pessoas que tentaram suicídio, que realizaram leitura de material sobre suicídio, e que tiveram contato com profissionais de saúde que tentaram suicídio, demonstram maior capacidade profissional para lidar com pacientes que apresentam comportamento suicida. Isso reforça que ao ter contato com a temática e ao ter contato com pessoas que expressaram esse tipo de comportamento, os profissionais de saúde se sentem mais sensibilizados e/ou aptos a lidarem com essas demandas.

No presente estudo, ter estado civil sem companheiro foi significativo para o fator 2 (capacidade profissional). Dessa forma, os profissionais de saúde que não possuem companheiros se sentiram menos preparados para prestar assistência aos pacientes com comportamento suicida. Assim, podemos inferir que os profissionais de saúde que possuem companheiros se sentem de alguma forma mais amparados e preparados para lidar com demandas tão complexas como o comportamento suicida.

Neste estudo, a maioria dos profissionais (86,2%) negou possuir treinamento específico para atender pacientes com comportamento suicida, dado que corrobora com um estudo da literatura, onde 89% dos profissionais das equipes de saúde da família de um município do interior de Minas Gerais afirmaram não possuir treinamento prévio para lidar com essas demandas relacionadas ao paciente com comportamento suicida. Além disso, no estudo 54% dos profissionais negaram já ter realizado leitura sobre a temática (ALMEIDA; VEDANA, 2020).

Outro estudo realizado por Freitas e Martins-Borges (2022) demonstrou que 80% dos profissionais atuantes na atenção básica que participaram do estudo nunca receberam capacitações para lidar com a temática do suicídio. Além disso, o acesso

dos profissionais de saúde à capacitação sobre a temática esteve relacionada à busca do próprio profissional em adquirir mais conhecimentos sobre o assunto.

É importante destacar que apesar de a maioria dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família do presente estudo terem negado possuir treinamento específico para atender pacientes com comportamento suicida (86,2%), a maioria dos profissionais expressou desejo em receber capacitações sobre a temática (88,1%) e que realiza ações de prevenção ao suicídio (52,8%). Autores reforçam que para a execução de ações de prevenção de suicídio e para a devida qualidade da assistência prestada ao paciente é necessário investimento em formação e qualificação dos profissionais de saúde (MARCOLAN; SILVA, 2019).

Ademais, a maioria dos profissionais das equipes de saúde da família (80,4%) declararam não ter trabalhado previamente em serviços específicos de saúde mental, dado que corrobora com um estudo realizado com profissionais da atenção básica, onde a maioria dos profissionais também declarou não ter atuado em serviços específicos de saúde mental (71,44%) (LEOCÁDIO *et al.*, 2022). Isso pode dificultar a sensibilização dos profissionais de saúde sobre as temáticas específicas que envolvem a saúde mental e o sofrimento psíquico do paciente e de seus familiares.

Cabe ressaltar que o suicídio deve ser uma temática abordada em todos os níveis de atenção da Rede de Atenção à Saúde, e não é restrito aos serviços especializados em saúde mental (MOLL *et al.*, 2023).

Em relação ao atendimento a pacientes com comportamento suicida, neste presente estudo, a maioria dos profissionais (58,7%) relatou já ter atendido pacientes com comportamento suicida. Esse dado, vai ao encontro de um estudo quase-experimental realizado com profissionais da atenção primária à saúde, onde 45,3% dos profissionais relataram já ter tido contato com pessoas que realizaram tentativas de suicídio. Para além disso, no estudo citado, apenas 7,7% dos participantes relataram ter tido contato com a ficha de notificação compulsória, o que expressa a fragilidade dos atendimentos (SANTOS *et al.*, 2022).

De acordo com a Portaria nº 204 do Ministério da Saúde, os casos de violência autoprovocada, sendo comprovados os suspeitos, devem ser notificados de forma obrigatória em ficha de notificação compulsória em serviços públicos ou privados em até 24 horas (RIO GRANDE DO SUL, 2016). A necessidade de notificação obrigatória desses casos deve ser de conhecimento dos profissionais de saúde e deve ser executada conforme recomendações da Portaria.

Assim como neste presente estudo, em estudo realizado por Silva e Souza (2021) foi evidenciado que os profissionais das equipes de saúde da família apresentaram despreparo para atender pacientes com comportamento suicida, sentimentos de insegurança, incapacidade para lidar com o paciente, e manifestaram atitudes moralistas em relação aos pacientes com comportamento suicida.

Os autores ressaltam a importância da capacitação profissional com a adoção de estratégias de capacitação e educação permanente, matriciamento em saúde mental e rodas de conversa para discussões sobre a temática do suicídio e para a diminuição dos estigmas que envolvem a temática (SILVA; SOUZA, 2021).

O Fator 3 (direito ao suicídio), apresentou no presente estudo uma média maior, o que indica que a maioria dos profissionais não se opõem ao direito do paciente. Porém, as variáveis “faixa etária” e “possuir religião” estiveram relacionadas com atitudes mais moralistas e a não percepção dos profissionais de saúde sobre o direito do paciente ao suicídio. Dessa forma, podemos inferir que os profissionais com idade igual ou superior à 42 anos e que possuem religião, permitem que suas crenças pessoais interfiram na assistência ao paciente, o que pode afastar o paciente do serviço de saúde, ao invés de promover o vínculo necessário entre profissionais e pacientes para um relacionamento terapêutico adequado e eficaz.

Autores indicam que ao prestar assistência a pacientes com comportamento suicida, os profissionais de saúde devem prezar pela formação de vínculo com o paciente, exercer a empatia e buscar a compreensão do comportamento suicida do paciente, que muitas vezes pode estar relacionado à questões sociais e familiares (ANDRADE; ARAÚJO; SOUZA, 2019).

Além disso, autores expressam que o comportamento suicida está relacionado e interage com expectativas e fracassos atribuídos pelo paciente em questões relacionadas à vida cotidiana; as relações interpessoais, como a necessidade de vínculo e sensação de pertencimento, acolhimento e sentimento de serem necessários para outras pessoas; e as representações da tentativa de suicídio, como, um desejo de fuga, necessidade de aliviar a dor e o sofrimento psíquico, a evitação do suicídio, o medo, e a atribuição de novos significados (ALVES; SILVA; VEDANA, 2020).

Assim, podemos destacar que o paciente com comportamento suicida está buscando se livrar do sofrimento psíquico e obter alívio da dor. Contudo, em momentos de adoecimento psíquico, o paciente pode ter dificuldades para enxergar a

realidade com clareza, dificuldade para obter e manter uma rede de apoio, dificuldades para pedir ajuda, dificuldades para encontrar outras saídas e resoluções de problemas, o que pode fazê-lo enxergar o suicídio como a única saída no momento.

No Brasil, o suicídio não é considerado como crime. Porém, de acordo com o código penal brasileiro, induzir, incitar ou auxiliar uma pessoa a tirar a própria vida é crime, com pena de reclusão de dois a seis anos, se o suicídio for consumado; ou reclusão de um a três anos, se a tentativa de suicídio ocasionar lesão grave ao indivíduo (BRASIL, 1940).

Assim, a temática do suicídio acaba sendo cercada de medos também relacionados à penalidades criminais, fazendo com que, muitos profissionais de saúde tenham medo de induzir o paciente ao suicídio se abordarem o assunto.

Diante disso, torna-se evidente a necessidade de capacitações contínuas com os profissionais que atuam nas equipes de saúde da família, para que os mesmos se sintam mais aptos para rastrear o comportamento suicida, identificarem o sofrimento psíquico dos pacientes e familiares, promoverem a valorização da vida, e acolherem de forma ética e baseada em evidências científicas os pacientes que estão manifestando suas dores e vulnerabilidades em momentos de extrema tristeza e falta de recursos e/ou ferramentas para resolução de problemas de forma saudável e adequada.

Salientamos que de acordo com a Lei 8.080 de 1990, a saúde tem como determinantes e condicionantes diversos fatores, dentre eles: a moradia, alimentação, o meio ambiente, o saneamento básico, o trabalho, a renda, a atividade física, o lazer, o transporte, a educação, e o acesso aos bens e serviços essenciais à vida (BRASIL, 1990).

Frente a isso, cabe reforçar que não podemos falar sobre saúde mental ou prevenção do suicídio de pacientes sem profissionais de saúde capacitados para atendê-los com todas as suas singularidades e sem considerar todos os aspectos que circundam suas diversas formas de vida, incluindo o suprimento de tudo aquilo que é essencial à vida e que determina e condiciona à situação de saúde dos indivíduos.

9 CONCLUSÃO

O presente trabalho investigou as atitudes dos profissionais das equipes de saúde da família da atenção primária frente ao comportamento suicida, e identificou que os profissionais que participaram do estudo apresentaram poucos sentimentos negativos em relação ao comportamento suicida de pacientes, contudo, apresentam despreparo profissional para atender pacientes com comportamento suicida, e que apesar disso, a maioria não se opõe ao direito ao suicídio do paciente.

Diante dos resultados do estudo, percebe-se que as atitudes desses profissionais das equipes de saúde da família podem ser influenciadas por características pessoais como idade, religião, ter companheiro tempo de atuação no serviço de saúde, e que essas variáveis podem afetar diretamente a qualidade da assistência ofertada pelos profissionais aos pacientes e seus familiares no território.

Este estudo permitiu a identificação das atitudes dos profissionais das equipes de saúde da família à respeito da assistência prestada aos pacientes com comportamento suicida que estão cotidianamente no território adscrito onde essas equipes exercem responsabilidade sanitária e evidenciou que os profissionais dessas equipes necessitam de capacitação sobre a temática, amparo e incentivo dos gestores, acesso facilitado às capacitações e recursos para lidar com pacientes que apresentam comportamento suicida.

Além disso, a partir dos resultados do estudo se observa que os profissionais participantes expressaram menos sentimentos negativos em relação ao paciente com comportamento suicida e a maioria não se opôs ao direito dos pacientes. Isso pode demonstrar que as concepções dos profissionais em relação à temática pode estar mudando ao longo do tempo e que os profissionais estão se tornando mais acolhedores e compreensivos sobre o sofrimento do paciente.

Ressaltamos a importância de investimentos dos gestores em capacitações duradouras sobre a temática de atendimento ao paciente com comportamento suicida, com rodas de conversa, simulação realística, palestras, cursos, dentre outros métodos de ensino, que abordem desde conceitos básicos até o rastreamento, avaliação e manejo do paciente, e de seus familiares, visto que, a maioria dos profissionais que participaram deste estudo necessitam de capacitação profissional e têm interesse em capacitações futuras sobre a temática.

Além disso, torna-se necessário o investimento em políticas públicas que garantam condições para que as pessoas tenham acesso às diversas variáveis que são determinantes e condicionantes de saúde, e acesso às ações de promoção de saúde, prevenção do adoecimento e tratamento, quando o adoecimento já estiver manifestado.

Este estudo apresenta limitações como a abordagem seccional, a coleta de dados através de amostra por conveniência e por se limitar a um único município no interior de Minas Gerais. Além disso, outra limitação do estudo é a amostra desproporcional por categoria profissional, onde os agentes comunitários de saúde estiveram em maior número do que os demais profissionais, fazendo que não fosse possível a identificação de qual categoria profissional apresentou mais sentimentos positivos ou negativos, preparo profissional e compreensão ou julgamento do direito ao suicídio do paciente.

Entretanto, este estudo contribui ricamente para a identificação e conhecimento das atitudes dos profissionais das ESF e do que é necessário melhorar em relação ao preparo dos profissionais das equipes de saúde da família do município investigado, bem como, para que os gestores das unidades de saúde possam ofertar e estimular constantes capacitações dos profissionais de saúde sobre o atendimento ao paciente com comportamento suicida no município. Além disso, o estudo evidenciou que os profissionais apresentam poucos sentimentos negativos e não se opõem ao direito do paciente, o que pode representar uma melhora em relação ao tabu e mitos sobre a temática do suicídio.

Assim, sugerimos que mais estudos sejam desenvolvidos com esse público para identificar quais tipos de capacitações realizadas com os profissionais dessas equipes são mais eficazes para melhorar as atitudes em relação com comportamento suicida.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. S.; VEDANA, K. G. G. Formação e atitudes relacionadas às tentativas de suicídio entre profissionais de Estratégias de Saúde da Família. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 16, n. 4, p. 92–99, 2020.
- ALMEIDA, D. L. *et al.* Saberes em saúde mental e a prática profissional na estratégia saúde da família. **Interfaces Científicas - Humanas e Sociais**, v. 9, n.3, p.27–42, 2022.
- ALVES, A. C.; SILVA, A. C.; VEDANA, K. G. G. A experiência da tentativa de suicídio na perspectiva de adultos. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 16, n. 4, p. 49-57, 2020.
- ANDRADE, J. V.; ARAÚJO, D. C.; SOUZA, S. M. Quebrando o tabu: a realização de um workshop sobre prevenção do suicídio. **Vivências**, v. 15, n. 29, p. 237–244, 2019.
- BALDAÇARA, L. *et al.* Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior. Part 1. Risk factors, protective factors, and assessment. **Brazilian Journal of Psychiatry [online]**, v. 43, n. 5, p. 525-37, 2021.
- BARBAGLI, M. **O suicídio no Ocidente e no Oriente**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2019.
- BOTEGA, N. J. **Crise Suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BOTEGA, N. J. *et al.* Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 27, v. 4, p. 315-8, 2005.
- BOUKOUVALAS, E. *et al.* Exploring Health Care Professionals' Knowledge of, Attitudes Towards, and Confidence in Caring for People at Risk of Suicide: a Systematic Review. **Archives of Suicide Research**, v. 24, sup. 2, p. 1-31, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**: Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_r ep.html. Acesso em: 22 ago. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 20 ago 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da saúde, 2017a. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 23 ago 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Prevenção do suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2017b. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 05 ago 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Volume 48 N° 30**. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2017c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/apresentacoes/2017/2017-025-perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-brasil-e-a-rede-de-aten-ao-a-sa-de-pdf>. Acesso em: 06 jun 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.080 de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **DECRETO-LEI Nº 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940**. Descreve o delito de induzimento, instigação ou auxílio a suicídio, que consiste no ato de ajudar alguém a tirar a própria vida. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF: Ministério da saúde, 1941. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/direito-facil/edicao-semanal/induzimento-instigacao-ou-auxilio-a-suicidio>. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NOTA TÉCNICA Nº 11/2019**: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. 2019. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/legislacao/nota_saudental.pdf. Acesso em: 08 ago 2023.

BRITO, M. D. L. de S. *et al.* Suicidal behavior and prevention strategies from teachers' perspective. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 4, 2020.

CARMONA-NAVARRO, M. C.; PICHARDO-MARTÍNEZ, M. C. Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: influence of emotional intelligence. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 6, p. 1161-1168, 2012.

CARVALHO, R. J. *et al.* Suicídio: uma abordagem na atenção básica de saúde no Brasil. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba**, v. 1, n. 1, p. 31-38, 2023.

CHOI, Y. J.; LEE, W. Y. The prevalence of suicidal ideation and depression among primary care patients and current management in South Korea. **International Journal of Mental Health Systems**, v. 11, n. 1, p. 1-8, 2017.

DEL-BEN, C. M. *et al.* Emergências Psiquiátricas: manejo da agitação psicomotora e avaliação do risco suicida. **Medicina (Ribeirão Preto, Online)**, v. 50, sup. 1, 98-112, 2017.

DUEWEKE, A. R.; BRIDGES, A. J. Suicide interventions in primary care: A selective review of the evidence. **Families, systems & health: the journal of collaborative family healthcare**, v. 36, n.3, p. 289-302, 2018.

Dutra K. *et al.* Experiencing suicide in the family: from mourning to the quest for overcoming. **Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]**, v. 71, sup. 5, p. 2146-2153, 2018.

ELZINGA, E. *et al.* Engaging primary care professionals in suicide prevention: A qualitative study. **Public Library of Science**, v. 30, n. 15, p. e0242540, 2020.
ERBUTO, D. *et al.* Suicide-related knowledge and attitudes among a sample of mental health professionals. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 16, p. e8296, 2021.

FAGUNDES, G. S.; CAMPOS, M. R.; FORTES, S. L. C. L. Matriciamento em Saúde Mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica. **Ciencia & saude coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2311–2322, 2021.

FELDMAN, M.D. *et al.* Let's not talk about it: suicide inquiry in primary care. **Annals of family medicine**, v. 5, n. 5, p. 412-418, 2007.
FERRACIOLI, N. G. M. *et al.* Os bastidores psíquicos do suicídio: uma compreensão psicanalítica. **Vínculo**, v. 16, n. 1, p. 01-17, 2019.

FERREIRA, G. da S.; FAJARDO, A. P.; MELLO, E. D. Possibilidades de abordagem do tema do suicídio na Estratégia Saúde da Família. **Physis**, v. 29, n. 4, p. 1-20, 2019.

FERREIRA, M. L. *et al.* Comportamento suicida e atenção primária à saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 9, n. 4, p. 50-54, 2018.

FERREIRA, M. L. *et al.* Sensibilidade moral dos profissionais da atenção primária nas situações de vulnerabilidades relacionadas ao comportamento suicida. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, p. e43810414282, 2021.

FRATESCHI, M. S.; CARDOSO, C. L. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. **Psico**, v. 47, n. 2, p.159-168, 2016.

FREITAS, A. P. A.; MARTINS-BORGES, L. Comportamento Suicida e Políticas Públicas: Estudo Comparativo entre as Atitudes dos Profissionais da Atenção Básica. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 624-644, 2022.

GALVÃO, M. C. B.; PLUYE, P.; RICARTE, I. L. M. Métodos de pesquisa mistos e revisões de literatura mistas: conceitos, construção e critérios de avaliação. **INCID: Revista de Ciência da Informação e Documentação**, v. 8, n. 2, p. 4-24, 2017.

GOMES, A. V. *et al.* Gestão do cuidado ao comportamento suicida na atenção primária à saúde. **Revista Enfermagem Atual in Derme**, v. 97, p. e02311, 2023.

GONÇALVES, J. M.; TOBIAS, G. C.; TEIXEIRA, C. C. Saúde Mental na Atenção Primária a Saúde. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 17, n. 60, p. 101-116, 2019.

GRIGOROGLOU, C. *et al.* Effectiveness of collaborative care in reducing suicidal ideation: An individual participant data meta-analysis. **General Hospital Psychiatry**, v. 71, p. 27–35, 2021.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Cidades e Estados. Uberaba, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/uberaba.html>. Acesso em: 02 out 2021.

KAWASHIMA, Y. *et al.* Two-day assertive-case-management educational program for medical personnel to prevent suicide attempts: A multicenter pre-post observational study: Effects of case-management training. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v. 74, n. 6, p. 362–370, 2020.

KORCZAK, D. J. *et al.* A suicide prevention strategy for youth presenting to the emergency department with suicide related behaviour: protocol for a randomized controlled trial. **BMC Psychiatry**, v. 20, n. 20, p. 1-11, 2020.

KRUG, S. B. F. *et al.* Trabalho, sofrimento e adoecimento: a realidade de agentes comunitários de saúde no sul do brasil. **Trabalho Educação e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 771–788, 2017.

LANGARO, P. M.; CARVALHO, D. de; BONAMIGO, E. L. Care for patients with suicidal behavior: perception of health professionals. **Revista O Mundo da saúde**, v. 45, e1542020, p. 533–540, 2021.

LEOCÁDIO, M. A. *et al.* Atendimento as Urgências e Emergências Psiquiátricas na Atenção Primária: Desafios envolvidos no cuidar. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 13, p. e501111335605, p. 1-17, 2022.

LOPES, F. H.; MARQUETTI, F. C. Suicídio, seus sentidos histórico-sociais e o sofrimento humano. **Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer**, v. 4, n. 7, p. 5–7, 2019.

LUCAS, L. S.; SOUSA, J. E. P. de.; MALAFAIA, G. S. de. Suicídio: Conceito, estatísticas e representações. In: MARTIN, A. C. *et al.* **Prevenção do risco de suicídio: guia para profissionais de saúde**. Ponta Grossa-PR: Atena, 2022. Cap. 1, p. 1.

MAGRINI, D. F. **Atitudes dos profissionais de enfermagem que atuam em emergências diante do comportamento suicida e fatores associados**. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-04042017-154707/pt-br.php>. Acesso em: 20 jul. 2021.

- MAIA, R. da S. *et al.* Comportamento suicida: reflexões para profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 19, n. 3, p. 33-42, 2017.
- MALLMANN, A. C. M. S. *et al.* Cuidados de enfermagem no atendimento ao indivíduo com tentativa de suicídio. **Revista Ciência & Humanização do Hospital de Clínicas de Passo Fundo**, v. 1, n. 1, p. 138-152, 2021.
- MARCOLAN, J. F.; SILVA, D. A. da. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. **Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer**, v. 4, n. 7, p. 31, 2019.
- MARQUETTI, F. C.; KAWAUCHI, K. T.; PLEFFKEN, C. O suicídio, interditos, tabus e consequências nas estratégias de prevenção. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 2, n.1, p. 29-40, 2015.
- MARTINS, A. P. L. *et al.* Perfil dos profissionais da Atenção Básica no Município de Araranguá/SC. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e261985668, 2020.
- MOLL, M. F. *et al.* Intervenções para a prevenção do suicídio na atenção primária à saúde. **Revista Família Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 11, n. 1, p. e6421, 2023.
- MOREIRA, I. J. B. *et al.* Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1–12, 2016.
- NUNES, R. Z. de S. *et al.* Entre o sofrimento e a saúde: considerações sobre o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Revista de APS**, v. 25, n. 1, p. 70-88, 2022.
- PAES, M. R. *et al.* Percepções de profissionais de enfermagem de um hospital geral sobre pacientes com comportamento suicida. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 6, p. 101-107, 2020.
- PICARELI, C.; HUBNER, C.; RODRIGUES, C. Prevenção de suicídio: modificando percepção e conhecimento de estudantes de medicina. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 21, n. 2, p. 446-455, 2020.
- PICCIN, J. *et al.* The research output on child and adolescent suicide in Brazil: a systematic review of the literature. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 2, p. 209-213, 2020.
- PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: Expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.
- PONTES, A. F. *et al.* Perfil dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde da cidade do Recife - PE. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, p. e18911931814, 2022.

RABINOWITZ, L. G.; RABINOWITZ, D. G. Women on the frontline: A changed workforce and the fight against COVID-19. **Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges**, v. 96, n. 6, p. 808–812, 2021.

RIBEIRO, P. L. *et al.* Manejo na prevenção do comportamento suicida dos usuários da Atenção Primária à Saúde: Revisão sistemática. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e02101018547, 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa. **DECRETO Nº 53.361, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2016**. Institui Comitê de Promoção da Vida e de Prevenção do Suicídio. Rio Grande Do Sul: Assembleia Legislativa, 2016. Disponível em: <https://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/DEC%2053.361.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2024.

ROTOLI, A. *et al.* Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 3, p. e20180303, 2019.

SAMPAIO, L. N.; LIMA, C. L. F. Suicídio Assistido: Uma análise comparada. **DIGE-Direito Internacional e Globalização Econômica**, v. 10, n. 10, p. 73-87, 2023.

SANTOS, D. C. R. dos.; ALENCAR, R. A.; DOMINGOS, T. da S. Workshops for approaching suicidal behavior: implementation in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, sup. 3, p. e20200405, 2021.

SANTOS, D. C. R. dos. *et al.* Atitudes profissionais em relação ao comportamento suicida na atenção primária à saúde: um estudo quase-experimental. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 31, p. e20210350, 2022.

SILVA, D. A. da.; MARCOLAN, J. F. Tentativa de suicídio e suicídio no Brasil: análise epidemiológica. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 54, n. 4, p. e-181793, 2021.

SILVA FILHO, O. C. da.; MINAYO, M. C. de S. Triplo tabu: sobre o suicídio na infância e na adolescência. **Ciencia & saude coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2693–2698, 2021.

SILVA, F. P. da.; SOUZA, Â. C. de. Atitudes dos profissionais no cuidado em situação de suicídio: estudo transversal. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 20, p. e20216418, 2021.

SILVA, N. K. N. da. *et al.* Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 13, n. 2, p. 71-77, 2017.

SILVA, P. F.; NÓBREGA, M. do P. S. S.; OLIVEIRA, E. Conhecimento da equipe de enfermagem e agentes comunitários sobre o comportamento suicida. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v. 12, n. 1, p. 112-117, 2018.

SOLIN, P.; TAMMINEN, N.; PARTONEN, T. Suicide prevention training: self-perceived competence among primary healthcare professionals. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 39, n. 3, p. 332–338, 2021.

STORINO, B. D. *et al.* Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 369-377, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve>. Acesso em: 05 jun 2021.

ZALSMAN, G. *et al.* Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. **Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 7, 646-59, 2016.

APENDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE TRABALHO

DADOS DO PROFISSIONAL	
NÚMERO DO PARTICIPANTE:	
NOME DA UNIDADE DE SAÚDE (UBS/UMS/USF):	
PROFISSÃO: ① ENFERMEIRO ② MÉDICO ③ DENTISTA ④ TÉCNICO DE ENFERMAGEM ⑤ AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL ⑥ AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	
DATA DE NASCIMENTO: / /	IDADE: (Em anos)
SEXO BIOLÓGICO: ① MASCULINO ② FEMININO	NATURAL DO MUNICÍPIO INVESTIGADO: ① SIM ② NÃO
ESTADO CIVIL: ① CASADO ② AMASIADO (MORA JUNTO) ③ SOLTEIRO ④ VIÚVO ⑤ DIVORCIADO ⑥ OUTRO	
ESCOLARIDADE: ① ENSINO MÉDIO COMPLETO ② TÉCNICO/PROFISSIONALIZANTE ③ SUPERIOR COMPLETO ④ ESPECIALIZAÇÃO/RESIDÊNCIA ⑤ MESTRADO ⑥ DOUTORADO	
COR: ① BRANCO ② PRETO ③ PARDO ④ INDÍGENA ⑤ AMARELO ⑥ OUTRO	
POSSUI RELIGIÃO: ① SIM ② NÃO	
TEMPO DE ATUAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ① MENOS DE 1 (UM) ANO ② 1 (UM) ANO ③ 2 (DOIS) ANOS ④ 3 (TRÊS) ANOS ⑤ 4 (QUATRO) ANOS ⑥ 5 (CINCO) ANOS OU MAIS	
POSSUI ATUAÇÃO (ATUAL OU PRÉVIA) EM SERVIÇOS ESPECÍFICOS DE SAÚDE MENTAL: ① SIM ② NÃO	
JÁ REALIZOU ATENDIMENTO A PACIENTES COM COMPORTAMENTO SUICIDA EM SUA UNIDADE DE TRABALHO? ① SIM ② NÃO	
REALIZA AÇÕES/CAMPANHAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO PARA A POPULAÇÃO EM SUA UNIDADE DE TRABALHO? ① SIM ② NÃO	
POSSUI TREINAMENTO ESPECÍFICO SOBRE A TEMÁTICA DO SUICÍDIO? ① SIM ② NÃO	
POSSUI INTERESSE EM CAPACITAÇÕES OU ATUALIZAÇÕES FUTURAS SOBRE A TEMÁTICA DO SUICÍDIO? ① SIM ② NÃO	

APÊNDICE B – TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos você a participar da pesquisa: Atuação das equipes de saúde da família frente ao comportamento suicida: Um estudo seccional. O objetivo desta pesquisa é analisar as atitudes dos profissionais das Equipes de Saúde da Família da Atenção Primária frente ao Comportamento Suicida.

Sua participação é importante, pois o comportamento suicida evidencia grande sofrimento psíquico por parte do indivíduo que o manifesta, trazendo consigo danos que podem ser irreversíveis a pessoa, seus familiares, amigos e conhecidos. Desta forma, os profissionais que prestam atendimento através das Equipes de Saúde da Família necessitam ofertar assistência acolhedora e humanizada ao indivíduo e seus familiares, que corresponda aos princípios da equidade, integralidade e universalidade. Frente a isso, torna-se necessário verificar se as atitudes das equipes corroboram com o que é preconizado pelas políticas públicas de saúde mental e com os dados encontrados por outros estudos da literatura, diante da posição estratégica da atenção primária para formação de vínculo com a população assistida e a prevenção do suicídio na comunidade.

Ademais, através do maior entendimento sobre como os profissionais atuam, torna-se possível a identificação das lacunas de conhecimento e de aperfeiçoamento da assistência, visando a melhoria da qualidade do cuidado prestado ao indivíduo, seus familiares, e a comunidade em geral, potencializando as ações em prol da redução da mortalidade por suicídio e promovendo a saúde mental da população.

Caso você aceite participar desta pesquisa será necessário responder os questionamentos presentes em dois instrumentos, que irão abranger questões sociodemográficas e de trabalho, seguido por questões específicas sobre as Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida, em sua própria unidade de trabalho, com tempo estimado de 20 minutos para conclusão dos preenchimentos, em data previamente combinada com a equipe de saúde da família.

Os riscos desta pesquisa são a perda da confidencialidade de seus dados e o risco de constrangimento ao responder os questionamentos. Para minimizar os riscos serão tomadas as seguintes providências: acesso restrito dos dados apenas pela pesquisadora e a substituição de qualquer nome por números ordinais, de acordo com a ordem de resposta dos instrumentos, e, o risco de constrangimento ao responder os questionamentos será minimizado com a oferta da pesquisadora ao participante da desistência imediata da pesquisa ou do resguardo do direito em não responder perguntas. Além disso, por se tratar de um tema sensível, a pesquisadora se coloca à disposição dos participantes convidados caso os mesmos necessitem conversar posteriormente sobre a temática, sendo acolhidos imediatamente pela mesma, e se necessário, encaminhados para atendimento psíquico com profissional especialista.

Espera-se que de sua participação na pesquisa seja possível obter o fornecimento de dados para uma possível intervenção nos serviços, de modo a beneficiar sua prática no trabalho, seja com educação permanente, capacitações ou atividades de aperfeiçoamento para a equipe sobre as ações desenvolvidas em seu cotidiano de

serviço, o que poderá refletir diretamente na qualidade da assistência prestada a comunidade, na sua segurança frente ao atendimento a essas demandas, assim como, será possível a identificação da realidade vivenciada por profissionais e pacientes diariamente, visto que o comportamento suicida pode ocorrer na comunidade, trazendo sofrimento para o indivíduo, seus familiares e amigos, bem como, aos profissionais de saúde que os assistem nesses momentos críticos e de intensa fragilidade.

Você poderá obter quaisquer informações relacionadas a sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, por meio dos pesquisadores do estudo. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido. Você poderá não participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto aos pesquisadores, ou prejuízo quanto ao seu trabalho, bastando você dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Você não será identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores da pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador(es):

Nome: Dra. Lúcia Aparecida Ferreira

E-mail: lap2ferreira@yahoo.com.br

Telefone: 16 99991 - 3691

Endereço: Praça Manoel Terra, 330. Centro. Uberaba-MG.

Nome: Maria Aline Leocádio

E-mail: maria.alineleoc@gmail.com

Telefone: 34 99631 – 8830

Endereço: Praça Manoel Terra, 330. Centro. Uberaba-MG.

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6803, ou no endereço da Av. Getúlio Guaritá, 159, Casa das Comissões, Bairro Abadia – CEP: 38025-440 – Uberaba-MG – de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00. Os Comitês de Ética em Pesquisa são

colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas, quanto a sua integridade e dignidade, e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o meu trabalho. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, Atuação das equipes de saúde da família frente ao comportamento suicida: um estudo seccional, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba,//.....

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador assistente

Telefone de contato dos pesquisadores:

Maria Aline Leocádio 34 99631 - 8830

Lúcia Aparecida Ferreira 16 99991 - 3691

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Juízes

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Atitudes das equipes de saúde da família frente ao comportamento suicida: estudo seccional”, coordenado por mim, Prof^a Dr^a Lúcia Aparecida Ferreira.

O objetivo desta pesquisa é analisar as atitudes dos profissionais das Equipes de Saúde da Família da Atenção Primária frente ao Comportamento Suicida.

Gostaria de contar com sua participação, uma vez que o estudo se justifica de grande importância tendo-se em vista que o comportamento suicida evidencia grande sofrimento psíquico por parte do indivíduo que o manifesta, trazendo consigo danos que podem ser irreversíveis a pessoa, seus familiares, amigos e conhecidos, assim, os profissionais que atuam nas equipes de saúde da família na Atenção Primária à Saúde possuem ferramentas estratégicas como o desenvolvimento de vínculo com os pacientes na comunidade, para a identificação precoce, acolhimento, intervenção e acompanhamento longitudinal diante da manifestação do comportamento suicida pelos pacientes do território, o que torna o estudo extremamente relevante.

Caso você aceite participar desta pesquisa, será necessário, voluntariamente, validar a face e conteúdo de um instrumento de coleta de dados da pesquisa, sendo ele o instrumento sociodemográfico e de trabalho. Serão garantidos a você a privacidade e sigilo.

Não haverá constrangimento ou desconforto em avaliar o instrumento de pesquisa. O risco previsto de participação nessa pesquisa é o de perda da confidencialidade. Entretanto, este será minimizado com a utilização de codificação que garante o anonimato e preservação de identidade. A qualquer momento, você poderá recusar-se a responde-la.

Não estão previstos benefícios diretos aos juízes. Como benefício indireto, espera-se obter a partir dos resultados o perfil sociodemográfico e de trabalho dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família do município investigado, visando a identificação da atuação e ações realizadas pelos mesmos frente aos pacientes com comportamento suicida na comunidade.

Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar desse estudo, e qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido.

Você pode recusar a participar da validação do instrumento de pesquisa, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo quanto ao seu vínculo empregatício, e para isso, basta comunicar ao pesquisador que lhe enviou este instrumento por e-mail. Em qualquer momento, você pode obter quaisquer informações sobre a sua participação, diretamente com os pesquisadores ou por contato com o CEP/UFTM.

Sua identidade não será revelada a ninguém, ela será de conhecimento somente dos pesquisadores de pesquisa. Seus dados serão publicados em conjunto sem risco de você ser identificado, mantendo seu sigilo e privacidade.

Você tem o direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

O questionário de pesquisa será utilizado somente para os objetivos desta pesquisa. Caso haja interesse, por parte dos pesquisadores, em utilizar seus dados em outro projeto de pesquisa, você será novamente contatado para decidir se participa ou não dessa nova validação de instrumento de coleta de dados, e se concordar, deverá assinar um novo TCLE.

Contato:

Pesquisador responsável: Profª Drª Lúcia Aparecida Ferreira

Endereço: Praça Manoel Terra, nº 330 – Bairro Abadia – CEP 38015-045.

E-mail: lap2ferreira@yahoo.com.br

Telefone/Celular: (16) 99991-3691

Pesquisador assistente: Maria Aline Leocádio

Endereço: Rua Douradinho, nº 170 – Bairro Jardim Uberaba – CEP 38057- 690.

E-mail: maria.alineleoc@gmail.com Telefone/Celular: (34) 99631-8830

*Dúvidas ou denúncia em relação a essa pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo e-mail cep@uftm.edu.br, pelo telefone (34) 3700-6803, ou diretamente no endereço Avenida Getúlio Guaritá, nº 159, Casa da Comissões, Bairro Abadia – Uberaba/MG, CEP: 38.025-440, das 8h às 12h e das 13h às 17h, de segunda a sexta feira.

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima referente a pesquisa “Atitudes das equipes de saúde da família frente ao comportamento suicida: estudo seccional”, coordenado pela Profª Drª Lúcia Aparecida Ferreira. Compreendi para que serve a pesquisa e quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios da pesquisa. Entendi que sou livre para interromper minha participação a

qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o(a) tratamento/serviço que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar da pesquisa. Concordo em participar da pesquisa,

“Atitudes das equipes de saúde da família frente ao comportamento suicida: estudo seccional”, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba, ___/___/_____

NOME/ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Prof.^a Dr.^a Lúcia Aparecida Ferreira

(16) 99991-3691

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Maria Aline Leocádio (34) 99631-8830

PESQUISADOR ASSISTENTE

APÊNDICE D – OFÍCIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS



UBERABA
GOVERNO MUNICIPAL
SECRETARIA DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DO TRABALHO E DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Formulário: SUBMISSÃO DE PROJETO DE PESQUISA

SEÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE - SES

SUBMISSÃO DE PROJETO Nº 46/ 2022

Uberaba, 23 de dezembro de 2022.

Senhor Secretário,

Chega a este Departamento a solicitação de autorização para realização de projeto de pesquisa:

Solicitante: Maria Aline Leocádio CPF: 121.858.756-39

Instituição de ensino: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Curso: Pós Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde (Nível mestrado)

Finalidade de uso dos resultados do projeto de pesquisa (assinale somente uma):

Trabalho de Conclusão de Curso Dissertação Tese Revista científica Evento

Título: Atuação das Equipes de Saúde da Família frente ao comportamento suicida e fatores relacionados: estudo seccional.

Local de realização: 31 Unidades Básicas de Saúde do município de Uberaba – MG.

Objetivo: Analisar as atitudes dos profissionais das Equipes de Saúde da Família da Atenção Primária frente ao Comportamento Suicida

Justificativa: O comportamento suicida evidencia grande sofrimento psíquico por parte do indivíduo que o manifesta, trazendo consigo danos que podem ser irreversíveis a pessoa, seus familiares, amigos e conhecidos. Frente a isso, torna-se necessário verificar se as atitudes das equipes corroboram com o que é preconizado pelas políticas públicas de saúde mental.

Metodologia: Trata-se de um estudo seccional do tipo quantitativo, a ser realizado nas 31 Unidades Básicas de Saúde do município com os profissionais atuantes nas equipes de saúde da família, a partir de dois questionários: o questionário sociodemográfico e de formação, e o questionário de atitudes relacionadas ao comportamento suicida.

Cronograma de execução do projeto:

Nº	ETAPAS DA EXECUÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA*	MÊS / ANO
1	Início da coleta de dados na rede municipal de saúde	02/2023
2	Término da coleta de dados na rede municipal de saúde	06/2023
3	Conclusão do projeto (previsão)	10/2023
4	Defesa pública (banca avaliadora) – se for a finalidade	12/2023
5	Submissão para publicação (revista ou Anais...) – se for a finalidade	12/2023

*Essas etapas permitirão compreender melhor o período de execução do projeto e o planejamento com a equipe da rede de saúde.

Av. Guilherme Ferreira, 1539 – CEP 38022-200 – (34) 3331-2732
 educacao.saude@edu.uberaba.digital.com.br (eventos e cursos)
 educacao.saude@edu.uberaba.digital.com.br - pesquisa.saude@edu.uberaba.digital.com.br



UBERABA
CIVIL MUNICIPAL
SECRETARIA DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DO TRABALHO E
DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Formulário: SUBMISSÃO DE PROJETO DE PESQUISA

SEÇÃO DE EDUCAÇÃO
EM SAÚDE - SES

Termo de Anúncia Institucional (TAI-SMS): Em consideração ao Artigo 10, da Resolução CNS nº 580, de 22 de março de 2018, a Secretaria de Saúde, como participante/coparticipante da pesquisa, manifesta estar ciente dos objetivos e de suas atribuições para a realização da mesma. Entretanto, vincula a aprovação de execução em definitivo, somente após a reapresentação desta proposta à SMS para uma nova avaliação, desde que aprovada pela CEP. Segue parecer da SMS para o Termo de Anúncia Institucional.

Indicação para o TAI-SMS:

Deferido Indeferido

Data: 27/12/2022

Sétimo Bóscolo Neto
Secretário Municipal de Saúde
Decreto 153/2021

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Informo que o CEP se manifestou ser (X) favorável ou () contrário à execução da pesquisa, cujo parecer oficial encontra-se anexo a esse instrumento. Esta ação é obrigatória e necessária ao recebimento deste instrumento e deliberação definitiva pela SMS, cumprindo assim todos os requisitos formais inerentes à liberação da pesquisa.

Sr(a) Secretário(a) de Saúde,

Informo que a proposta de pesquisa encaminhada à esta Secretaria apresenta todos os requisitos formais cumpridos. Sendo assim, direciono a mesma para o seu parecer definitivo sobre a sua execução.

Data: 27/12/2022

Natália Rodrigues dos Santos
Chefe da Seção de Educação em Saúde
Decreto 3023/2022

Sandra Mara Pulveiro da Silva Oliveira
Chefe de Depto. de Gestão do Trabalho e da
Educação em Saúde
Decreto 2124/2022

Deliberação da Secretaria de Saúde para a execução da pesquisa:

Deferido Indeferido

Data: 27/12/2022

Sétimo Bóscolo Neto
Secretário Municipal de Saúde
Decreto 153/2021

Declaro estar ciente do parecer final emitido pela Secretaria de Saúde e também quanto à obrigatoriedade da entrega de cópia da publicação (TCC, dissertação, tese ou artigo), quando concluída, para seu registro na Seção de Educação em Saúde da SMS.

Cliente do solicitante:

Nome: Maria Alice Assunção
CPF: 121.858.756-39

Data: 28/12/2022

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DO QUESTIONÁRIO PARA UTILIZAÇÃO DO MESMO

Bom dia Prof. Dr. Neury,
Como o Sr. está? Espero que esteja tudo bem!

Meu nome é [redacted], entrei em contato com o Sr dias atrás, solicitando autorização do uso do Questionário elaborado pelo sr em meu projeto de pesquisa para o mestrado que irei submeter ao processo seletivo da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Lendo o artigo de validação do questionário, notei que ele foi desenvolvido para avaliar as atitudes do pessoal de enfermagem, porém, encontrei diversos artigos na literatura que o utilizaram com diferentes públicos (universitários, equipe multiprofissional). Como havia mencionado anteriormente, o público alvo de minha futura pesquisa, serão os profissionais da equipe de saúde da família (médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliares de saúde bucal...). Por isso, venho novamente, solicitar a vossa autorização para uso do questionário com esse público alvo, visto que, no artigo de validação do instrumento foi mencionado o pessoal de enfermagem. Gostaria de saber se existe alguma contra indicação ou recusa do sr. em utilizá-lo com a equipe multiprofissional em meu futuro trabalho...

Obrigada imensamente pela sua atenção!

Aguardo retorno,



Neury Botega
para mim ▾

Oi
Sem problemas! Uso autorizado!
Bom fim de semana.
Neury

sex., 1 de out. 16:57 (há 22 horas)



ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES EM RELAÇÃO AO
COMPORTAMENTO SUICIDA (Botega e colaboradores, 2005)

**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 idéia que lhe ocorrer, sem se preocupar se é "certo" ou "errado".

Algumas informações solicitadas logo abaixo permitirão criar um código. Desse modo, você não será identificado quando analisarmos os dados. Por favor, use LETRA DE FORMA.

Agradecemos sua participação.

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

EXEMPLOS

"EU GOSTO DE OUVIR MÚSICA SERTANEJA"

Discordo totalmente _____ / _____ Concordo plenamente

A resposta acima indica concordância com a proposição, mas não uma concordância total. A concordância total seria indicada por um traço ao final da linha, como abaixo:

Discordo totalmente _____ / _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ / _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

2. Quem fica a ameaçar, geralmente não se mata

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

8. Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo _____ Concordo
totalmente plenamente

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

Discordo _____ Concordo
totalmente plenamente

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

Discordo _____ Concordo
totalmente plenamente

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

Discordo _____ Concordo
totalmente plenamente

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

Discordo _____ Concordo
totalmente plenamente

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

Discordo _____ Concordo
totalmente plenamente

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

Discordo _____ Concordo
totalmente plenamente

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

Discordo _____ Concordo
totalmente plenamente

19. Quem quer se matar mesmo, não fica "tentando" se matar

Discordo _____ Concordo
totalmente plenamente

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

Discordo _____ Concordo
totalmente plenamente

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

Discordo _____ Concordo
totalmente plenamente