

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE UMA INTERVENÇÃO PARA PROFISSIONAIS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE ACERCA DO SUICÍDIO

ZASSO, Izabele.¹
DONOMAI, Viviane Lais Yukari..²
GOLFF, Willyan Hardt.³

RESUMO

O suicídio é um problema de saúde pública. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) é a causa de cerca de 1 milhão de mortes por ano no mundo. A OMS estima que em 2020 este número chegará a 1,5 milhões. No Brasil, temos cerca de 30 mortes por suicídio por dia. A necessidade de prevenção, atendimento, caracterização correta dos casos e pronto atendimento, além do acompanhamento dos familiares de suicidas, que se tornam vítimas desta situação, são fundamentais. O objetivo deste estudo é verificar a eficácia de uma intervenção junto a uma equipe multidisciplinar de saúde, em atenção primária em saúde. Por meio de dados extraídos de questionários aplicados aos participantes, fez-se a comparação entre antes e depois do Grupo Experimental, que recebeu a intervenção, e do Grupo de Controle, que não recebeu a intervenção. As intervenções realizadas obtiveram pouca eficácia, já que ambos os grupos demonstraram melhora posterior às mesmas. O suicídio é um tema de relevância clínica e epidemiológica, no entanto, as equipes multidisciplinares não se sentem capacitadas preparadas para lidar com pacientes sob risco de suicídio, sendo necessária uma intervenção mais extensa e intensa para promover grandes mudanças.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio, Intervenção, Capacitação, Psicologia.

1. INTRODUÇÃO

O suicídio é definido como o ato de tirar a própria vida (BOTEGA, 2015). Embora a palavra suicídio tenha sua origem no século XVII, o assunto só se tornou relevante na década de 90, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) verificou que este era um tema que precisava ser integrado à Saúde Pública devido ao alto índice de suicídio. De acordo com estatísticas publica pela OMS (2012), tirar a própria vida era a segunda maior causa de morte no mundo.

Desta forma, o suicídio é visto como um tabu e, como ainda há preconceito acerca do tema, as pessoas têm receio de falar sobre ele. Este preconceito, por ser culturalmente disseminado, frequentemente está imbuído na visão dos profissionais da área de saúde. Por isso, em algumas situações, os profissionais têm dificuldade de intervir ou abordar uma pessoa com ideações e comportamentos suicidas.

Sendo assim, essa pesquisa tem como objetivos: promover e avaliar uma intervenção junto aos profissionais de uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada na Região Oeste do

¹Psicóloga e Mestre em Direitos Humanos. E-mail:izabelezasso19@gmail.com

²Acadêmica de psicologia décimo período. E-mail:vivianelaisdonomai@gmail.com

³Acadêmico de psicologia décimo período. E-mail:willyan.hgolff@gmail.com

Paraná, para que os profissionais possam identificar as pessoas com ideações e comportamentos suicidas e, também que sejam capazes de realizar uma possível intervenção com essas pessoas; e verificar se houve mudança significativa nos profissionais antes e após a intervenção.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O suicídio sempre existiu, no entanto só foi considerado um problema na área da saúde pública em 1990. E a partir dessa data é lançado periodicamente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) documentos com dados estatísticos sobre o número crescente de suicídios. Com o incentivo de OMS 28 países idealizaram e implementaram planos nacionais de prevenção ao suicídio. No entanto a OMS enfatiza que o comportamento suicida ainda é um tabu para as pessoas, tanto para aquelas que necessitam de ajuda profissional quanto para os próprios profissionais. Atualmente no campo da suicidologia a ideia é que os profissionais de saúde devem avaliar o risco de suicídio e prestar os devidos amparos adequados, no entanto não é o que acontece na maioria dos casos (BOTEGA, 2015).

2.1 COMPORTAMENTO SUICIDA

O comportamento suicida só se tornou assunto de saúde pública no final da década de 1990, por meio de um documento emitido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que divulgou estatísticas sobre o número crescente de casos, e difundiu estudos científicos sobre transtornos mentais e estratégias de prevenção ao suicídio. Para a Organização das Nações Unidas (1960), o conceito de comportamento suicida é definido como “um fenômeno multifatorial, multideterminado e transacional que se desenvolve por trajetórias complexas, porém identificáveis (p.07). Sendo, portanto, qualquer ato pelo qual o indivíduo cause lesão a si mesmo, independente do grau de intenção letal (BOTEGA, 2015).

Segundo dados da OMS (2014), cerca 800 mil pessoas cometem suicídio todos os anos. Seguindo esta estimativa, pode-se dizer que a cada 45 segundos alguém põe fim à sua vida. Os jovens e adultos jovens são os mais afetados, haja vista que essa é a segunda causa de morte de pessoas entre 19 e 25 anos de idade no mundo. Em termos globais o suicídio mata mais pessoas que os homicídios, acidentes de transporte, guerras e conflitos civis. Dessas mortes, são 50% entre

homens e 71% entre mulheres. Os índices variam de país para país, mas, no geral, é nos países onde a população tem baixa e média renda que ocorrem 75% dos suicídios.

No Brasil, o coeficiente de mortalidade por suicídio é considerado baixo se comparado ao de outros países, contudo essas taxas vêm crescendo. As regiões Sul e Centro-Oeste apresentam as taxas mais elevadas do país. E, ao contrário da ideia que se têm de que o suicídio é um fenômeno da urbanização, a taxa do mesmo entre os indígenas é elevada se comparada com outras populações (BARROS et al., 2007).

De acordo com o Manual de Prevenção da Saúde da OMS (2000) alguns fatores podem ser considerados de risco para a tentativa ou ideação suicida: ser do sexo masculino, entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos; ser solteiro ou divorciado; isolamento social; perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância; personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade, humor lábil; doenças incapacitantes, dor crônica; transtornos mentais.

No que diz respeito ao espectro do comportamento agressivo, o suicídio é considerado um *iceberg*, pois estima-se que o número de tentativas supere o número de mortos em pelo menos 10 vezes. No entanto, não existem estudos sobre a abrangência das tentativas de suicídio. Existem diversos fatores que podem interferir na escolha do método utilizado, por exemplo: acesso a meios letais; cultura e preferências individuais; intenções subjacentes; comportamento autoagressivo.

Sabe-se que métodos não violentos são frequentes entre o sexo feminino, como o envenenamento e a ingestão de medicamentos. Em contrapartida, os homens tendem a utilizar-se de métodos mais agressivos como enforcamento e armas de fogo. No Brasil, os serviços de emergência apontam que os casos de ingestão excessiva de medicamentos, envenenamento e uso de armas de fogo são os mais predominantes (BOTEGA, 2015).

De acordo com a OMS (2014), os meios utilizados para o suicídio variam. Na Inglaterra e na Austrália predominam o enforcamento e a intoxicação por gases; nos Estados Unidos a arma de fogo, já na China e no Sri Lanka o envenenamento por pesticidas.

Transtornos mentais e tentativas anteriores são os principais fatores de risco para o suicídio. A depressão, o transtorno bipolar, a dependência de substâncias, a esquizofrenia e os transtornos de personalidade são condições que predispõem ao suicídio. Por este motivo, é de suma importância o diagnóstico e o tratamento dessas psicopatologias precocemente, do contrário, tais quadros podem evoluir para o suicídio (FUKUMITSU, 2015).

Dentro das psicopatologias que estão associadas com o suicídio (n=15.629), cerca de 36% são transtornos de humor, 22% transtornos relacionados ao uso de substâncias, 12% transtornos de personalidade e 11% esquizofrenia (BERTOLOTE & FLEISCHMANN, 2002).

A partir da década de 1990, a OMS começou a tratar o suicídio como um problema de saúde pública, e incentivou a criação de planos nacionais para sua prevenção. Os principais itens contidos nesses planos de prevenção ao suicídio são: conscientização da população, detecção e tratamento da depressão e outros transtornos mentais; atenção a pessoas que abusam de álcool e outras drogas; acesso a serviços de saúde mental; intervenções psicossociais em crises; treinamentos de profissionais da saúde em prevenção ao suicídio, entre outros (MANN; APTER; BARTOLOTE *et al.*, 2005).

2.2 SUICÍDIO NO BRASIL

O boletim epidemiológico lançado em 2017, emitido pelo Ministério da Saúde traz que o suicídio é a 15ª causa de mortalidade na população geral, e entre os jovens de 15 a 29 anos, é a segunda principal causa de morte. No período de 2011 a 2015 foi observado um aumento nas taxas de suicídio, sendo que o risco é quatro vezes maior entre homens do que entre as mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O Brasil está entre os países que assinaram o plano de Ação em Saúde Mental lançado em 2013 pela OMS, com o compromisso de reduzir em 10% o número de mortes por suicídio até 2020. Foi apresentada em 2017 uma agenda de diretrizes gerais, contendo a Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, que instituiu as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, a partir das quais o Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações neste campo. Com a publicação desta Agenda de Ações Estratégicas, o Ministério da Saúde ratifica este compromisso, estabelecendo novas ações e responsabilidades para as secretarias, departamentos e coordenações que compõem nossa estrutura organizacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Alguns marcos podem ser citados na trajetória do Brasil na prevenção deste fenômeno: a fundação do CVV (Centro de Valorização à Vida) em 1962; o estudo SUPRE-MISS em 2000; o lançamento de Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio e do Manual do Ministério da Saúde em 2006; o início de campanhas de prevenção ao suicídio conduzidas pela Associação Brasileira de Psiquiatria em 2009 (BOTEGA, 2015).

O Centro de Valorização da Vida - CVV foi fundado em São Paulo, em 1962. É uma associação civil sem fins lucrativos, filantrópica, reconhecida como de Utilidade Pública Federal, desde 1973 e presta serviço voluntário e gratuito de apoio emocional e prevenção do suicídio para todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo e anonimato. E em Cascavel - PR foi no ano de 2018 uma sede local, onde qualquer pessoa que precise do serviço pode ligar gratuitamente e funciona 24 horas (CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA - CVV, 2018).

2.3 PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Uma das principais recomendações da Organização Mundial da Saúde (2005) para a prevenção ao suicídio é a de dar treinamento para equipes envolvidas na prevenção, como capacitações técnicas e grupos de apoio. A maioria dos estudos sobre o suicídio e sua prevenção estão relacionados ao treinamento de médicos clínicos para diagnosticar e tratar a depressão, e identificar comportamentos suicidas (HERIKSSON S. & ISACSSON G., 2006).

Tendo em vista que as explicações para o fenômeno do suicídio são complexas e multifatoriais - ambiente inserido, contexto familiar, fatores biológicos, hábitos – percebe-se que há necessidade de se desenvolver estratégias que instrumentalizem e preparem profissionais ligados às áreas da saúde para prevenção e redução das tentativas de suicídio. (BEAUTRAIS & MISHARA, 2008).

2.4 CAPACITAÇÃO PARA PROFISSIONAIS

Mann *et al.* (2005) aponta que as principais intervenções sobre o suicídio foram campanhas educacionais, a detecção e tratamento de pessoas com alto risco de suicídio, assim como, restrições a meios letais e a orientação aos veículos de mídia sobre como divulgar os casos adequadamente. Os estudos realizados por Mann *et al.* (2005) mostram que o preparo dos profissionais da área da saúde para reconhecer e proporcionar tratamento à depressão - um dos principais fatores de risco do suicídio, assim como a restrição ao acesso a meios letais para cometer o suicídio são importantes na prevenção do suicídio.

Estudos realizados por Rutz *et al.* (1995, 1997) & Rutz (2001) visam capacitar médicos generalistas para detectar a necessidade de pacientes de receberem o tratamento adequado da

depressão. Os autores observaram que, dois anos após a capacitação, houve uma redução de 60% da mortalidade por suicídio, considerando os pacientes atendidos na região.

O projeto denominado STORM (Skills Training on Risk Management), teve como objetivo capacitar profissionais da saúde primária, profissionais de saúde mental e emergencistas, que lidavam cotidianamente com pessoas com risco de suicídio. Esse estudo foi aplicado na Inglaterra com 167 profissionais ao longo de seis meses (APPLEBY et al., 2000; MORRIS et al. 2005; GASK et al., 2006). Num projeto com a equipe de um centro de cuidados (n=359) em Lancashire, os treinamentos foram realizados com duração de duas a oito horas semanais, dependendo da função em que atuavam, num período de seis meses. Ao final, foi obtido um resultado favorável de 47% de melhora dos profissionais para atuarem com pacientes com risco suicida.

Por outro lado, no Brasil os materiais relacionados às estratégias de prevenção do suicídio ainda são escassos. Alguns projetos, no entanto, podem ser citados como referência no país, a exemplo do programa SUPRE-MISS (Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida da Organização Mundial da Saúde), que visa diminuir a escassez de dados sobre o comportamento suicida em países emergentes e testar, em culturas distintas, estratégias de prevenção ao suicídio. O projeto realiza uma intervenção breve, que vai além do encaminhamento usual. O paciente passa por uma entrevista motivacional de aproximadamente 60 minutos, e é contactado posteriormente, via telefone ou visitas domiciliares, na 1ª, 2ª, 4ª, 7ª e 11ª semanas e no 4º, 6º, 12º e 18º mês. Após a tentativa de suicídio, essa medida tinha como objetivo auxiliar na adesão ao tratamento e evitar comportamentos suicidas futuros. Depois da execução do projeto notou-se que o grupo de indivíduos que passou pela intervenção breve (grupo experimental) diminuiu a incidência de suicídios em 4,4 vezes, se comparado com o grupo controle (CAIS; STEFANELLO et al., 2009).

Além do Brasil, mais sete países (África do Sul, China, Estônia, Irã, Sri Lanka e Vietnã) participaram deste programa sob a supervisão do *Australian Institute for Suicide Research and Prevention* e do *National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Health*, do Instituto Karolinska, na Suécia. (CAIS e STEFANELLO et al., 2009).

Outro projeto realizado no Brasil de prevenção ao suicídio, foi o de capacitação da equipe de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-UNICAMP). Os profissionais da enfermagem (n=317) foram submetidos a um breve treinamento de seis horas, que discutiu o tema prevenção ao suicídio. Pretendia-se com a intervenção, possibilitar o conhecimento e a mudar a percepção dos profissionais sobre o indivíduo com comportamento suicida. Para avaliar

os efeitos da intervenção, utilizou-se o instrumento QUACS - Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida, que foi aplicado aos participantes antes e após a intervenção. Os autores do estudo observaram mudanças favoráveis na atitude dos enfermeiros (BOTEGA et al., 2007).

2.5 A IMPORTÂNCIA DO PSICÓLOGO PARA A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Segundo Fukumitsu (2013) os psicólogos possuem uma grande importância ao lidar com casos de comportamentos suicidas, uma vez que é de sua competência trabalhar com as mazelas humanas, sejam relacionadas a transtornos mentais ou a outros sofrimentos diversos que o indivíduo possa apresentar.

Dentro de vários fatores a serem observados em pacientes com comportamento suicida, alguns sinais a serem observados são: a presença de um plano; a falta de esperança; depressão; fúria, raiva, sentimento de vingança; participação em atividades de alto risco, aparentemente sem pensar nas consequências; sentimentos de estar encurralado, não vislumbrando saída; aumento do uso de álcool ou drogas; afastamento dos amigos, da família e da sociedade; ansiedade, agitação, dificuldades para dormir ou dormir o tempo inteiro; alterações súbitas de humor e falta de sentido para viver (QUINNET, 2008). Dentro disso, o psicólogo está apto a treinar nos profissionais o olhar necessário neste campo, auxiliando na demonstração da forma de intervenção correta.

Conhecer os fatores de risco supracitados abarca somente uma parte de todo o trabalho necessário com o suicídio, sendo importante salientar que prevenção não significa previsão, pois o suicídio é multifatorial (FUKUMITSU, 2013). Para se trabalhar com o suicídio é necessário desenvolver algumas habilidades, uma vez que ao lidar com pacientes com comportamento suicida, se está lidando com um sofrimento específico e delicado da natureza humana. É importância que o profissional tenha um bom autoconhecimento para que possa lidar de forma assertiva e adequada com o paciente, sendo essas habilidades podem ser desenvolvidas com a ajuda e o auxílio do psicólogo.

3. METODOLOGIA

O protocolo de intervenção elaborado teve como objetivo servir de instrumento educativo, ensinando como abordar e agir frente a pacientes com tentativa ou ideação suicida. A pesquisa se caracteriza como quantitativa descritiva e experimental - pesquisa-ação. Participaram desse estudo

os profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família (USF), na Região Oeste do Estado do Paraná. Não houveram restrições quanto à formação profissional dos participantes. Como critérios de inclusão estabeleceu-se que eles deveriam ter mais de 18 anos e trabalhar na USF em que estava sendo colhido os dados. Esses participantes foram distribuídos em dois grupos (Grupo Controle e Grupo Experimental), com características similares no que se refere à quantidade de participantes e as áreas de formação, tendo no total de 12 profissionais sendo estes estariam 6 em cada grupo.

O trabalho visava aumentar o conhecimento dos profissionais acerca do suicídio, e dar-lhes meios para lidar com situações em que o paciente apresente ideação e/ou tentativa de suicídio. Dada a especificidade desse estudo, considerou-se que a intervenção poderia produzir efeitos negativos nos participantes, como, por exemplo, incitar respostas emocionais acerca de vivências relacionadas ao suicídio, seja no contexto profissional ou pessoal. Caso esse tipo de resposta ocorresse, o participante seria abordado individualmente pelo pesquisador, que investigaria a necessidade de acolhimento e/ou orientação, e seria encaminhado para atendimento psicológico, caso houvesse necessidade e interesse. Destaca-se que a participação na pesquisa foi voluntária e a qualquer momento, se o participante não quisesse mais participar por quaisquer motivos, poderia se retirar da capacitação.

Para a coleta de dados foram utilizados dois questionários: o primeiro deles foi o QUACS - Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida (versão estendida), construído por Botega (2005) para avaliar atitudes dos profissionais de enfermagem, que também é utilizado para avaliar a percepção dos profissionais em geral. O questionário apresenta 25 questões, que podem ser agrupadas nos seguintes fatores: F1- sentimentos negativos diante do paciente, que corresponde às questões 6, 9, 13, 17, 19, 21, 23; F2 - Capacidade profissional, que corresponde às questões 5, 11, 14, 16; e F3 - Direito ao suicídio, que corresponde às questões 7, 8, 10, 20, 22. O segundo questionário utilizado foi uma adaptação do CHCPS - Questionário de Conhecimentos/Habilidades Clínicas em Prevenção ao Suicídio, instrumento construído pelo CAIS (2011), para avaliar a efetividade da capacitação de um grupo de profissionais da saúde. Este questionário apresenta 3 casos clínicos, tendo 15 perguntas a respeito dos mesmos.

Para a realização das atividades nos encontros (intervenção), utilizaram-se os seguintes materiais: um livreto confeccionado pelos pesquisadores, papéis cartões e canetas. O livreto apresentava algumas informações baseadas no Manual de Prevenção do Suicídio da OMS e um caso fictício elaborados pelos pesquisadores para que fossem de encontro com a realidade da USF. Uma

vez que a demanda foi levantada após uma reunião com a coordenadora da USF onde foi levantado a necessidade de uma intervenção para os profissionais de lá a respeito do suicídio.

Os participantes foram distribuídos em dois grupos (Grupo Experimental - GE e Grupo Controle - GC), conforme a disponibilidade de horários, e equilibrando a idade e a profissão entre os grupos. Todos os participantes responderam aos questionários durante dois momentos, o Grupo Experimental respondeu aos questionários antes da intervenção e após a intervenção e o Grupo Controle respondeu os questionários antes que o Grupo Experimental sofresse a intervenção e após o fim desta. Somente o Grupo Experimental passou pela intervenção, para que assim fosse possível verificar se a intervenção teve resultado naqueles que passaram por ela, comparando esses resultados com os resultados do Grupo Controle. O outro grupo será convidado a participar da intervenção ao final da pesquisa, mas os dados dessa intervenção são irrelevantes para esse estudo. A distribuição dos grupos e atividades desenvolvidas seguem apresentadas no quadro abaixo:

Quadro 1 - Delineamento do estudo

Delineamento do Estudo				
Grupo Experimental	Esclarecimento da pesquisa e preenchimento do TCLE	Avaliação Inicial (QUACS + CHCPS)	Realização da intervenção	Avaliação Final (QUACS + CHCPS + Quest. Satisfação)
Grupo Controle		Avaliação Inicial (QUACS + CHCPS)	Não houve intervenção.	Avaliação Final (QUACS + CHCPS)

Fonte: Os Autores.

No primeiro dia, os profissionais foram esclarecidos de todos procedimentos, e concordando assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE – apêndice 1), e responderam aos instrumentos QUACS e o CHCPS. O processo demorou cerca de 50 minutos. A intervenção junto ao GE foi constituída por 3 encontros de em um total 2 horas cada junto com o questionário, realizados semanalmente. O quadro 2 abaixo apresenta o protocolo de intervenção com os temas e objetivos de cada encontro:

Quadro 2 - Protocolo de intervenção

PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO		
1º ENCONTRO	2º ENCONTRO	3º ENCONTRO
- Aplicar o questionário; (50 minutos) - Entrega do material para o GE; - Identificar por meio de roda de discussão a experiência dos participantes junto a pacientes com risco de ideação suicida, apresentar informações sobre o suicídio; - Trabalhar o cuidado com o cuidador por meio de conversas com o objetivo de conscientizar e informar quais os serviços a que devem recorrer, considerando também o cuidador como uma pessoa vulnerável à condições de adoecimento mental.	- Treinar por meio de <i>role play</i>, as habilidades e formas de abordar o paciente, utilizando casos fictícios de acordo com a realidade local.	- Conduzir a confecção de cartões personalizados pelos profissionais, para que os profissionais tenham um material que irá servir de apoio e revisão do que foi discutido nos encontros; - Reaplicação dos questionários. (50 minutos)

Fonte: Os Autores.

Quadro 3 - Número de participantes

Número de Participantes
GRUPO EXPERIMENTAL : 6 PARTICIPANTES
GRUPO CONTROLE: 6 PARTICIPANTES
NÚMERO DE INDIVÍDUOS QUE RESPONDERAM OS QUESTIONÁRIOS (GE): ANTES: 6 DEPOIS: 6
NÚMERO DE INDIVÍDUOS QUE RESPONDERAM OS QUESTIONÁRIOS (GC): ANTES: 6 DEPOIS: 6

Fonte: Os autores.

A população foi composta por um total de 12 participantes sendo que foram divididos em dois grupos o GC e o GE, os quais foi estabelecido um critério de paridade, ou seja, tentou manter um equilíbrio quanto a função desempenhada dentro da USF apresentada no Quadro 3. A amostra foi composta por cinco funcionárias do sexo feminino e um funcionário do sexo masculino e com idades que variavam de 20 anos a 46 anos. Dentro das religiões citadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características Sociodemográficas dos Profissionais

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA	
	GC	GE
GÊNERO		
Feminino	6	5
Masculino	0	1
FAIXA ETÁRIA		
>30	2	3
30 a 40	3	2
<40	1	1
PROFISSÕES		
Enfermeira e administrativo	0	1
ACS	2	1
Dentista	1	1
Técnica Enfermagem	1	1
Auxiliar de Saúde Bucal	1	1
Atendente	1	0
Médica	0	1
Atendente de Farmácia	1	0
RELIGIOSIDADE		
Consideram-se religiosos	4	6
RELIGIÃO		
Católica	4	4
Espírita	0	1
Evangélica	0	1
Testemunha de Jeová	1	0

Fonte: Os Autores.

4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir das análises verificou-se que não houve diferença significativa entre as respostas antes e após a intervenção, pois considera-se que se o p-valor for inferior a 0,05, então não existe diferença significativa nas respostas de antes e depois. O questionário QUACS apresenta 4 fatores de escala: 1) Sentimentos Negativos, 2) Capacidade Profissional, 3) Direito ao Suicídio e 4) Outros. Fez-se a comparação entre os dados antes e depois da intervenção do Grupo Experimental (GE), com os dados do Grupo Controle (GC). Por meio dos resultados obtidos foi possível perceber que houve uma pequena diferença no fator de sentimentos negativos do grupo que sofreu a intervenção (GE), quando comparado ao grupo que não sofreu (GC), no entanto, este valor é pouco significativo. Da mesma forma, no fator capacidade profissional não houveram diferenças significativas após a intervenção ao comparar os dois grupos. No fator direito ao suicídio, nota-se que o Grupo Controle apresentou uma mudança maior se comparado com o grupo que passou pela intervenção, o que demonstra que os efeitos do tempo (casos atendidos na USF, outras capacitações pelas quais os profissionais possam ter passado ou quaisquer outras situações que tenham agregado conhecimento acerca do suicídio) tiveram maior interferência do que a capacitação realizada.

Para o GE a intervenção modificou sentimentos negativos e desmistificou crenças a respeito do suicídio. Identificou-se que a intervenção apresentou pouca eficácia, já que os resultados de melhora obtidos não foram significativos, como pode ser observado nos dados abaixo. Na tabela 2 pode-se observar a média pré e pós intervenção de ambos os grupos.

Tabela 2 - P-valores dos testes t para diferença significativa entre antes e depois para cada pergunta

P-valores dos testes t para diferença significativa entre antes e depois para cada pergunta		
Fatores e Perguntas	Grupo Controle	Grupo Experimental
<i>Fator 1 - Sentimentos Negativos</i>		
2. Ficar deprimido é a maneira como pessoas mais frágeis lidam com dificuldades da vida	0.817	0.666
5. Me sinto capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar	0.448	0.105
9. No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio	0.73	0.713
13. Tenho receio de perguntar sobre ideias de	0.931	0.12

suicídio, e acabar induzindo o paciente a isso		
15. Acho que é preciso ser uma pessoa corajosa para se matar	0.822	0.989
17. Às vezes dá raiva, porque tanta gente querendo viver... e aquele paciente querendo morrer	0.268	0.938
19. A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar	0.944	0.045*
<i>Fator 2 - Capacidade Profissional</i>		
1. É difícil diferenciar se os pacientes se apresentam simplesmente infelizes, ou se têm uma depressão que necessita de tratamento	0.385	0.067
7. Apesar de tudo, penso que uma pessoa tem o direito de se matar	0.687	0.644
10. A vida é um dom de Deus, e só Ele pode tirar	0.746	0.935
12. Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental	0.567	0.258
<i>Fator 3 - Direito ao Suicídio</i>		
8. Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho	0.103	0.133
11. Me sinto capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar	0.429	0.231
14. Acho que tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio	0.874	0.296
20. Quem tem Deus no coração, não vai tentar se matar	0.221	0.566
21. No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a ideia de suicídio	0.463	0.777
<i>Fator 4 – Outros</i>		
3. A depressão reflete uma característica do paciente que é difícil modificar	0.856	0.113
4. Ficar deprimido faz parte do processo de	0.885	0.749

envelhecimento		
6. Quem fica ameaçando, geralmente não se mata	0.333	0.595
12. Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental	0.567	0.258
16. Sinto-me inseguro(a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio	0.894	0.123
18. Se eu sugerir um encaminhamento ao psiquiatra para um paciente que falou em se matar, penso que isso será bem aceito pelo psiquiatra	0.694	0.32
22. Quando uma pessoa fala de pôr fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela	0.241	0.828
23. Quem quer se matar mesmo, não fica “tentando” se matar	0.135	0.115
24. Um paciente internado dificilmente se mata sem que tenha um forte motivo para isso	0.426	0.915
25. Eu já passei por situações que me fizeram pensar em suicídio	0.783	0.651

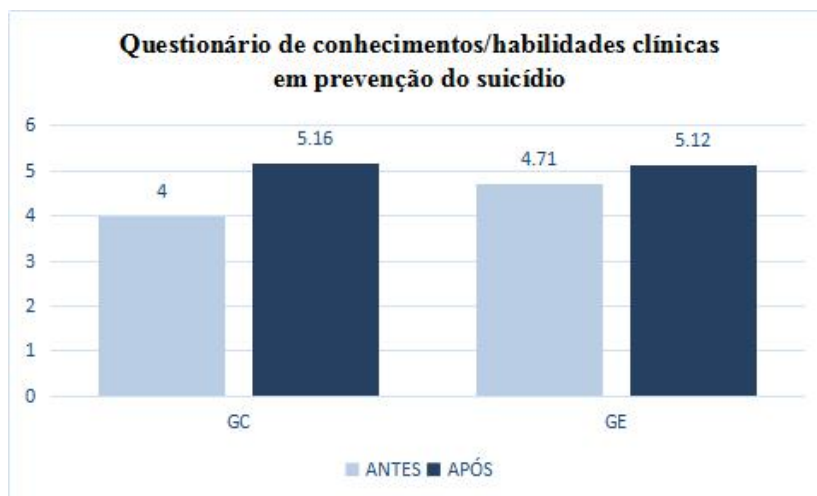
Fonte: Os Autores.

* significativamente diferente com 95% de confiabilidade

Quanto ao questionário de conhecimentos/habilidades clínicas em prevenção do suicídio, nota-se uma melhora dos escores, no entanto, ambos os grupos apresentaram um desempenho superior, considerando as avaliações pré e pós intervenção, o que nos diz que o avanço em questão não foi movido pela capacitação. É possível verificar com esses dados que a intervenção adquiriu o formato terapêutico e não de capacitação, o que é demonstrado pelo fator sentimentos negativos sobre o suicídio.

Para a análise dos dados do Questionário de conhecimento/habilidades clínicas em prevenção do suicídio, existe um escore máximo de 15 pontos, e cada alternativa possui o valor de 1 ponto. A avaliação foi dividida em três categorias, sendo elas: de 0-5 – conhecimento baixo, 6-10 – conhecimento médio e 11-15 – conhecimento alto. O questionário foi aplicado antes e após a intervenção em ambos os grupos, podendo assim verificar se houve ou não uma eficácia na intervenção. Desta forma, levantou-se que ambos os grupos apresentaram evolução, passando de conhecimentos baixos para médios acerca do suicídio.

Gráfico 1 - Questionário de conhecimentos/habilidades clínicas em prevenção do suicídio (CHCPS)



Fonte: Os Autores.

Com os dados coletados pode-se verificar que a intervenção foi mais de cunho terapêutico do que de capacitação, assim refutando a hipótese de que a intervenção em formato de capacitação para atender pacientes com comportamentos suicidas seria eficaz no sentido de os profissionais aprenderem a identificar os fatores de risco, de como abordar o tema com o paciente, como fazer este acolhimento e qual encaminhamento realizar. A intervenção serviu para desmistificar e quebrar alguns tabus sobre o paciente e pessoas que apresentam comportamento suicida. A morte é uma assunto tabu e difícil de ser tratado inclusive pelos médicos e profissionais da área da saúde que tem como elemento não somente a vida, mas também como ofício, uma vez que o significado de vida e morte é dado pelo cultura de determinada época e país a morte no presente momento é visto como um fator inerente ao ser humano no entanto é buscado vencê-la e esquece que é é uma luta invencível tendo em vista que dentro da cultura arraigada pela sociedade e por aqueles que fazem parte e trabalham no âmbito da saúde são condicionados e aprendem que a missão deles é lutar contra a morte (MELO, 2012).

Quanto os dados epidemiológicos da região oeste do Paraná não é divulgado, no entanto a vigilância epidemiológica da região os possuem, mas não foi possível ter acesso a esses dados uma vez que precisaria ser elaborado outro projeto solicitando esses dados e não há tempo hábil para tal, numa pesquisa futura ou para uma publicação poderia reavaliar essa possibilidade de conseguir tais dados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desse trabalho foi a capacitação dos funcionários de uma USF do Oeste do Paraná, para que se sentissem preparados para atender pacientes sob risco de suicídio. Após uma reunião com a coordenação da USF e foi levantado a demanda da capacitação a respeito do suicídio. A intervenção foi estruturada em três encontros de duas horas semanais por conta da disponibilidade da USF e o cronograma dos pesquisadores, divididos em duas horas de avaliação, com a aplicação dos questionários, e quatro horas de capacitação. Verificou-se que após as intervenções com o Grupo Experimental, que foram compostas por três encontros, e a experiência adquirida no trabalho na Unidade para o Grupo Controle, o Grupo Experimental apresentou melhora no aspecto de sentimentos negativos frente a paciente sob risco de suicídio.

Com base nos relatos dos profissionais, pode-se aferir que os mesmos já não se sentem tão impotentes diante de uma pessoa que queira tirar a própria vida, uma vez que nas intervenções foram realizadas explicações sobre o comportamento e a ideação suicida e como lidar com ambos. Foi entregue a cartilha elaborada pelos pesquisadores com base no Manual de Prevenção do Suicídio contendo o conteúdo que seria trabalhado nos encontros, foram realizados treinos por meio de *role plays* simulando quais seriam as possíveis abordagens a esses pacientes sob risco de suicídio, e por fim foram confeccionados por eles alguns cartões, através das perguntas norteadoras elaboradas pelos acadêmicos de Psicologia, que apresentavam respostas rápidas para determinadas situações às quais eles poderiam estar sujeitos com esses pacientes, de forma a lembrar o que foi debatido na intervenção. Acredita-se, no entanto, que se mais capacitações ocorressem e se estas fossem focadas nos tópicos que não foram explorados de forma tão completa pela presente intervenção, como a questão de direito ao suicídio e a capacidade profissional, talvez o conjunto de dados apresentasse uma variação maior, mais expressiva.

Devido a isto, os resultados foram positivos na questão de sentimentos negativos, porém não nos outros fatores, que seriam de direito ao suicídio e capacidade profissional. Percebeu-se também, com o questionário de conhecimentos e habilidades clínicas em prevenção do suicídio, que os dois grupos apresentaram crescimento, mostrando que o trabalho realizado foi positivo para os profissionais. Contudo, como não houve grande variação em termos numéricos, acredita-se o que o número de intervenções foi insuficiente, e que as metodologias utilizadas nas intervenções poderiam ser melhoradas em alguns aspectos como: o fator tempo e trabalhar de forma específica cada um dos três fatores. O uso de outras mídias como vídeos e slides, assim como o uso de outros

procedimentos, como um intensivo dos *role plays* - que se mostrou eficaz no treinamento, além de aperfeiçoar as habilidades individuais de intervir, talvez os profissionais apresentassem resultados mais significativos tanto no questionário QUACS, quanto no Questionário de Conhecimentos/Habilidades Clínicas em Prevenção ao Suicídio.

Em relação ao avanço de ambos os grupos no período em que foi realizada a intervenção, pode-se supor que tenha sido causado pelas campanhas que ocorrem no mês de setembro, que coincidentemente é o mês de prevenção ao suicídio, ou ainda por diversos outros fatores como: a discussão do conteúdo trabalhado na intervenção entre os grupos, a experiência adquirida através do trabalho na unidade, a curiosidade dos profissionais em conhecer melhor o assunto, entre outros.

A pesquisa teve como objetivo evidenciar a importância de se capacitar os profissionais que trabalham na atenção primária para lidar com pacientes suicidas, além de apresentar e analisar os dados obtidos através da intervenção realizada. A intervenção, por sua vez, visou capacitar estes profissionais, concedendo maior segurança para lidar com esses casos e explicando a importância de estar preparado para estas situações, e quais são os possíveis encaminhamentos e ações a tomar, já que está é uma unidade que faz o atendimento inicial a estes pacientes.

Os dados do presente trabalho também podem auxiliar futuros artigos e projetos com o mesmo objetivo, demonstrando quais pontos devem ser melhorados para atingir uma maior eficácia. É importante que o tempo implicado na capacitação seja maior e que os materiais trabalhados sejam focados no que será contemplado pelos questionários aplicados, avaliando de forma mais assertiva o que os profissionais aprenderam de fato.

REFERÊNCIAS

APPLEBY, L.; MORRISS, R.; GASK, L.; ROLAND, M.; PERRY, B.; LEWIS, A.; BATTERSBY, L.; COLBERT, N *et al.* (2000) ***An educational intervention for front-line health professionals in the assessment and management of suicidal patients (The STORM Project)***. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/an-educational-intervention-for-frontline-health-professionals-in-the-assessment-and-management-of-suicidal-patients-the-storm-project/9099DA0D16076F54140BBAC20484721A>>. Acesso em: 04 maio 2018.

BEAUTRAIS, A. L.; MISHARA, B. L. (2008). ***World Suicide Prevention Day: "think globally, plan nationally, act locally"***. Disponível em: < <http://psycnet.apa.org/record/2008-08441-001> >. Acesso em: 04 maio, 2018.

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A.; DE LEO, D.; BOLHARI, J.; BOTEGA, N.; DE SILVA, D., *et al.* (2005). ***Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey.*** Disponível em:

<<https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/suicide-attempts-plans-and-ideation-in-culturally-diverse-sites-the-who-supremiss-community-survey/17824080DA5B46AE5495DBEA57A66260>>. Acesso em: 04 maio 2018.

BOTEGA, N. J.; SILVA, S. V.; REGINATO, D. G.; RAPELI, C. B.; CAIS, C. F.; MAURO, M. L.; STEFANELLO, S.; CECCONI, J. P. (2007) *Maintained attitudinal changes in nursing personnel after a brief training on suicide prevention. Suicide and Life-Threatening Behavior*. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1521/suli.2007.37.2.145>>. Acesso em: 04 maio 2018.

BOTEGA, N. J. **Crise Suicida Avaliação e Manejo**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2015.

CAIS, C. F., STEFANELLO, S.; FABRÍCIO MAURO, M. L.; VAZ SCANAVICINI de FREITAS, G.; BOTEGA, N. J. (2009). *Factors associated with repeated suicide attempts. Preliminary results of the WHO Multisite Intervention Study on Suicidal Behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil*. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/record/2009-07643-008>>. Acesso em: 19 maio 2018.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA. (2018). Disponível em <<https://www.cvv.org.br/o-cvv/>> acessado em 19 de novembro de 2018.

FUKUMITSU, Karina O.; SCAVACINI, Karen. (2013). **Suicídio e manejo psicoterapêutico em situações de crise: uma abordagem gestáltica**. Revista da Abordagem Gestáltica. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v19n2/v19n2a07.pdf>> acessado em 16 de novembro de 2018

FUMITSU, K. O. et al. (2015). **Posvenção: uma nova perspectiva para o suicídio**. Revista Brasileira de Psicologia. Disponível em: <<http://revpsi.org/wp-content/uploads/2015/12/Fukumitsu-et-al.-2015-Posven%C3%A7%C3%A3o-uma-nova-perspectiva-para-o-suic%C3%ADdio-Posven%C3%A7%C3%A3o-uma-nova-perspectiva-para-o-suic%C3%ADdio.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2018.

GASK, L.; DIXON, C.; MORRISS, R.; APPLEBY, L.; GREEN, G. (2006) **Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide**. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2006.03875.x>>. Acessado em 19 maio 2018.

GASK, L.; LEVER-GREEN, G.; HAYS, R. (2008). **Dissemination and implementation of suicide prevention training in one Scottish region**. Disponível em <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1049732315570120>>. Acessado em 19 maio 2018.

HENRIKSSON, S.; ISACSSON, G. (2006). **Increased antidepressant use and fewer suicides in Jamtland county, Sweden, after a primary care educational programme on the treatment of depression**. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0447.2006.00822.x>>. Acesso em: 19 maio 2018.

MELLO, A. A. M.; SILVA, L. C. (2012). **A estranheza do médico frente à morte: lidando com a angústia da condição humana**. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000100008&lng=pt&nrm=iso> acessado em 20 de novembro 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). (2000). **Prevenção do Suicídio: Um Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária.** Disponível em <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf> acessado em 29 junho 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. (1996). **Diretrizes para Prevenção do Suicídio para Formulação e implementação para nações Estrangeiras.** Disponível em <<https://www.livingworks.net/assets/Hidden-Content-for-Competition/PreventionofSuicide-UN-1996.pdf>> acessado em 19 de novembro de 2018.

MANN, J. J.; APTER, A.; BERTOLETE, J.; BEAUTRAIS, A.; CURRIER, D.; HAAS, A. (2005) *et al.* **Suicide Prevention Strategies.** Disponível em: <http://apsychoserver.psych.arizona.edu/JJBAREprints/PSYC621/Mann_et_al_JAMA_2005.pdf>. Acesso em: 06 maio 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2017). Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/busca?searchword=suicidio&searchphrase=all>> acessado em 17 de novembro de 2018.

MORRIS, R.; GASK, L.; WEBB, R.; DIXON, C.; APPLEBY, L. (2005). ***The effects on suicide rates of an educational intervention for front-line health professionals with suicidal patients (the STORM Project).*** Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16045062>>. Acesso em: 18 out. 2018.

QUINNET, P. (2008). ***QPR Gatekeeper Enhanced Course Review.*** Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/254002929_QPR_Gatekeeper_Training_for_Suicide_Prevention_The_Model_Rationale_and_Theory> acessado em 18 de novembro de 2018.

R CORE TEAM. R: ***A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing.*** (2018). Vienna, Austria. Disponível em <<https://www.R-project.org/>>. > acessado em 22 de outubro de 2018.

RUTZ, W.; VON KNORRING, L.; PIHLGREN, H.; RIHMER, Z.; WALINDER, J. (1995). ***Prevention of male suicides: lessons from Gotland study.*** Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(95\)90622-3/fulltext#articleInformation](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(95)90622-3/fulltext#articleInformation)> acessado em 05 maio 2018.

RUTZ, W.; WALINDER, J.; VON KNORRING, L.; RIHMER, Z.; PIHLGREN, H. (1997) ***Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality an update from the Gotland study.*** Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13651509709069204>> acessado em 05 maio 2018.

RUTZ, W. (2001). ***Preventing suicide and premature death by education and treatment. Journal of Affective Disorders.*** Disponível em: <[https://www.jad-journal.com/article/S0165-0327\(00\)00356-6/pdf](https://www.jad-journal.com/article/S0165-0327(00)00356-6/pdf)>. Acesso em 05 maio 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2003). *The World Health Report 2003: Shaping the future*. Disponível em: < http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf>. Acessado em 19 maio 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO, 2017. Disponível em: < http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_AS_suicide_rates_bothsexes_2015.png?ua=1>. Acesso em: 05 maio 2018.