



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

PUC-SP

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde

Cristiane Cacossi Picarelli

Prevenção de suicídio: estratégias para modificar a percepção e o conhecimento de
estudantes de medicina

Mestrado Profissional em Educação nas Profissões da Saúde

SOROCABA

2017

Cristiane Cacossi Picarelli

Prevenção de suicídio: estratégias para modificar a percepção e o conhecimento de
estudantes de medicina

Trabalho Final apresentado à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE PROFISSIONAL em **Educação nas Profissões de Saúde**, sob a orientação da **Prof.^a Dr.^a Cibele Isaac Saad Rodrigues**. Coorientador Prof. Dr. Carlos von Krakauer Hübner.

SOROCABA

2017

Elaborado pela Biblioteca Prof. Dr. Luiz Ferraz de Sampaio Júnior.
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – PUC-SP

P586 Picarelli, Cristiane Cacossi
Prevenção de suicídio: estratégias para modificar a percepção e o conhecimento de estudantes de medicina / Cristiane Cacossi Picarelli. -- Sorocaba, SP, 2017.

Orientadora: Cibele Isaac Saad Rodrigues.
Trabalho Final (Mestrado Profissional) -- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde.

1. Tentativa de Suicídio. 2. Estudantes de Medicina. 3. Educação Médica. 4. Psiquiatria Preventiva. I. Rodrigues, Cibele Isaac Saad. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde. III. Título.

Banca Examinadora

Aos meus pais,
pelo apoio incondicional em todas
as escolhas da minha vida.

Ao meu esposo,
pelo amor que transborda.

AGRADECIMENTOS

À prof.^a Cibele Isaac Saad Rodrigues, orientadora deste trabalho, pela disponibilidade, sabedoria, exigência e carinho com os quais me guiou e permitiu que eu iniciasse e concluísse esta tese. Obrigada por acreditar em mim.

Ao prof. Carlos von Krakauer Hübner, coorientador desta dissertação, mestre e amigo, por confiar em meu trabalho e me incentivar a seguir adiante. Por me abrir portas e me ajudar a construir pontes. Serei eternamente grata.

Aos membros da Banca Examinadora da Qualificação: Fernando Antônio Almeida e Elaine Aparecida Dacol Henna, pelas críticas construtivas e sugestões que permitiram que eu aprimorasse este trabalho.

À Isabel Cristina Campos Feitosa e ao Paulo José de Andrade, pela paciência e cuidado com que auxiliaram na formatação desta dissertação.

Ao professor Reinaldo José Gianini, que gentilmente atendeu a minha solicitação para esclarecer dúvidas sobre esse estudo.

À Heloisa Helena Armênio, secretária do Programa de Pós-Graduação em Educação nas Profissões de Saúde, pela presteza em esclarecer todas as dúvidas durante esses 2 anos.

Aos estudantes que me estimulam a me dedicar e acreditar na educação médica, em particular àqueles que participaram desta pesquisa.

Aos pacientes portadores de transtornos mentais, fonte inesgotável de motivação.

Ao meu esposo, Henrique de Souza Oliveira Santos, pelo apoio e ouvido atento, por compartilhar comigo as minhas angústias e dividir as responsabilidades e os prazeres da vida, mesmo quando este trabalho parecia sem fim.

Ao meu pai, Claudionor Picarelli que, despretensiosamente, abriu o caminho para que eu me enveredasse pela psiquiatria. Por desde a infância me permitir acompanhar suas peripécias na medicina e na arte, apresentando o mundo universitário, o teatro e o cinema. Obrigada por me mostrar que é possível ensinar dessa maneira e por ser exemplo da boa relação médico-paciente.

À minha mãe, Maria de Lourdes Cacossi Picarelli, por estar sempre ao meu lado me apoiando e incentivando. A quem devo os meus valores e cujos ensinamentos levarei por toda minha vida. Obrigada por ser quem é.

Aos meus irmãos: Tiago Cacossi Picarelli, pelo auxílio estatístico quando as análises pareciam sem solução; e Fábio Cacossi Picarelli que brindou nossa família com a chegada do meu pequeno afilhado Erasmo, trazendo mais motivação para a construção e o término desse trabalho.

Aos colegas e professores da Pós-Graduação em Profissões de Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo que tornaram essa caminhada mais leve e prazerosa.

Aos amigos e familiares que, de perto ou de longe, ficaram na torcida e entenderam minha ausência.

Navegadores antigos tinham uma frase gloriosa:
"Navegar é preciso; viver não é preciso".

Quero para mim o espírito [d]esta frase,
transformada a forma para a casar como eu sou:

Viver não é necessário; o que é necessário é criar.
Não conto gozar a minha vida; nem em gozá-lá penso.
Só quero torná-lá grande,
ainda que para isso tenha de ser o meu corpo
e a (minha alma) a lenha desse fogo.

Só quero torná-lá de toda a humanidade;
ainda que para isso tenha de a perder como minha.
Cada vez mais assim penso.

Cada vez mais ponho da essência anímica do meu sangue
o propósito impessoal de engrandecer a pátria e contribuir
para a evolução da humanidade.

É a forma que em mim tomou o misticismo da nossa Raça.¹

RESUMO

Picarelli CC. Prevenção de suicídio: estratégias para modificar a percepção e o conhecimento de estudantes de medicina.

Introdução: O suicídio é importante problema de saúde pública mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde, no ano de 2012 a taxa de suicídio foi aproximadamente 800 mil mortes, o equivalente a um suicídio a cada 40 segundos. As tentativas de suicídio são ainda mais prevalentes. Dentre os principais fatores de risco destacam-se a presença de transtorno mental e a tentativa de suicídio prévia. Sabe-se que a prevenção de suicídio é possível e não deve ser tarefa apenas de profissionais da saúde especializados. Assim, reconhece-se o papel fundamental do médico generalista para os planos de prevenção. É necessário saber identificar fatores de risco e de proteção, além de se trabalhar as crenças errôneas que traduzem muitas vezes atitudes e pensamentos enraizados repletos de preconceitos e julgamentos. Um bom momento de capacitação desses profissionais é durante a graduação médica. **Objetivo:** O presente estudo tem por objetivo avaliar a percepção e o conhecimento do estudante quintanista da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde (FCMS) da PUC-SP em relação ao tema suicídio – pré e pós a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem – e capacitá-los para a realização da abordagem adequada. **Materiais e métodos:** Trata-se de um ensaio clínico de temática educativa, não controlado e não pareado, quantitativo, prospectivo, descritivo, analítico e de intervenção. Foi aplicado o Questionário sobre a Atitude Frente ao Comportamento Suicida (QuACS), já validado, acrescido da obtenção de dados sociodemográficos. A capacitação foi realizada através de duas etapas: 1ª) apresentação de trechos de filmes escolhidos sobre o tema, com posterior problematização e debate; 2ª) dramatização de situações reais sobre suicídio. Para análise dos questionários utilizou-se o Statistical Data Analysis (SPSS) versão 17.0 e foram realizados os testes de Kolmogorov-Smirnov e Wilcoxon. **Resultados:** A amostra foi constituída por 87 estudantes quintanistas da FCMS da PUC-SP durante o estágio curricular de Psiquiatria, predominantemente composta por mulheres, raça branca, aproximadamente 24 anos, classe média alta e católica. Após a capacitação, verificou-se uma redução significativa dos sentimentos negativos diante do paciente que apresenta tentativa de suicídio e uma melhor percepção da capacidade profissional para lidar com esse paciente. Já as ideias em relação ao direito ao suicídio pouco se alteraram. **Discussão:** Com a capacitação houve mudança na percepção e melhora no conhecimento sobre o tema e foi possível reverter crenças errôneas. Estudantes percebem-se mais capazes em reconhecer o paciente que apresenta risco de suicídio e sentem-se mais seguros em oferecer cuidado. **Conclusão:** É possível promover mudanças positivas na percepção e no conhecimento do estudante frente ao tema suicídio, através do uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Palavras-chave: Tentativa de Suicídio, Estudante de Medicina, Educação Médica, Psiquiatria Preventiva.

ABSTRACT

Picarelli CC. Suicide Prevention: strategies to change perception and knowledge of medical students.

Introduction: Suicide is a critical global public health issue. According to the World Health Organization, in the year 2012 the suicide rate reached approximately 800 thousand deaths, the equivalent of one suicide every 40 seconds. Suicide attempts are even more prevalent. Among the main risk factors there are the presence of mental disorder and the previous suicide attempt. It is known that suicide prevention is possible and should not be the task of only specialized health professionals. Hence, it is recognized the fundamental role of the general practitioner for prevention plan. It is necessary to be able to identify risk and protection factors, as well as to work on the erroneous beliefs often translated into attitudes and deep-rooted thoughts full of prejudices and judgments. A good time to prepare these professionals is during their medical graduation. **Objective:** The objective of this study is to evaluate the perception and knowledge of the fifth-year student of the Faculty of Medical Sciences and Health (FCMS-PUC/SP) regarding to the subject of suicide – prior and later to the use of active teaching-learning methodologies – and enable them to carry out the appropriate approach. **Materials and methods:** This is an educational, uncontrolled and unpaired, quantitative, prospective, descriptive, analytical and interventional clinical trial. A validated Suicide Behavior Attitude Questionnaire (SBAQ) was administered, along with the acquisition of sociodemographic data. The training was carried out through two stages: 1st) presentation of selected film clips on the theme, with subsequent problematization and debate; 2nd) dramatization of real situations about suicide. The Statistical Data Analysis (SPSS) version 17.0 was used to analyze the questionnaires, and the Kolmogorov-Smirnov and Wilcoxon tests were also administered. **Results:** The sample consisted of 87 fifth-year students from the FCMS-PUC/SP during the Psychiatry curriculum, predominantly Caucasian women, about 24 years old, upper middle class and Catholic. After the training, there was a significant reduction of negative feelings towards the patient who presented suicide attempt and a better perception of the professional capacity to deal with this patient. The conception about the right to suicide has hardly changed. **Discussion:** With the training, there was a change in perception and improvement in knowledge about the issue and it was possible to reverse erroneous beliefs. Students perceive themselves to be more capable of recognizing the patient who is at risk for suicide and feel more secure in providing care. **Conclusion:** It is possible to promote positive changes in students' perception and knowledge regarding suicide through the use of active teaching-learning methodologies.

Key words: Suicide, Attempted; Suicide; Students, Medical; Education, Medical; Preventive Psychiatry.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Suicídio e Transtornos Mentais: distribuição em estudos com população geral	23
Figura 2 – Formulação do risco de suicídio	30
Figura 3 – Fluxograma dos participantes da pesquisa.....	38
Figura 4 – Percentual de participantes da pesquisa por gênero	44
Figura 5 – Renda familiar informada	46
Figura 6 – Quantidade de estudantes que se consideram ou não religiosos	48
Figura 7 – Relação percentual entre suicídio e doença mental, pré-questionário ..	49
Figura 8 – Relação percentual entre suicídio e doença mental, pós-questionário..	49
Figura 9 – Média das questões do QuACS, pré e pós-questionário.	52
Figura 10 – Desvio-Padrão das questões do QUACS, pré e pós-questionário.	52

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fatores de risco para o suicídio	22
Quadro 2 – Fatores de proteção contra o suicídio	25
Quadro 3 – Fatores QuACS	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Idade dos participantes	44
Tabela 2 – Raça dos estudantes participantes da pesquisa	45
Tabela 3 – Renda Média Domiciliar – Critério Brasil.....	45
Tabela 4 – Religião dos estudantes	47
Tabela 5 – Frequência à Igreja	47
Tabela 6 – Média e Desvio-Padrão das questões do QUACS, pré e pós-questionário	51
Tabela 7 – Média e Desvio-Padrão das questões não inclusas nos fatores, pré e pós-questionário.....	51
Tabela 8 – Resultado da análise estatística das questões, pré e pós-questionário.	55

LISTA DE SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ENADE	Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
EUA	Estados Unidos da América
FCMS	Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBM	International Business Machines
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
OMS	Organização Mundial de Saúde
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
QuACS	Questionário sobre a Atitude Frente ao Comportamento Suicida
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	15
1.1	Motivações para a pesquisa	15
1.2	Falando sobre suicídio	16
1.2.1	Definição	16
1.2.2	Histórico	16
1.2.3	Epidemiologia Mundial	17
1.2.4	Epidemiologia no Brasil	20
1.2.5	Fatores de Risco	21
1.2.6	Fatores de Proteção	25
1.2.7	Crenças errôneas	26
1.2.8	Meios de suicídio	26
1.2.9	Prevenção	27
1.3	Ensino da Saúde Mental no Curso de Medicina	31
1.4	Abordagem do suicídio com estudantes de medicina	31
1.5	Uso de Metodologias Ativas no Ensino da Psiquiatria	33
2.	OBJETIVOS	36
2.1	Geral	36
2.2	Específicos	36
3.	MATERIAIS E MÉTODOS	37
3.1	Desenho do projeto	37
3.2	Participantes do estudo	37
3.3	Instrumentos de coleta de dados	38
3.4	Étapas da pesquisa	40
3.5	Análise de Dados	43
3.6	Aspectos éticos	43
4.	RESULTADOS	44
4.1	Questionário Sociodemográfico	44
4.2	Questionário - QuACS	50
5	DISCUSSÃO	56
6	LIMITAÇÕES	62

7	CONCLUSÕES	64
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
	REFERÊNCIAS	66
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	73
	APÊNDICE B – VERIFICAÇÃO DE NORMALIDADE PELO TESTE DE KOLMOGOROV-SMIRNOV	74
	APÊNDICE C – RESULTADO DA ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS QUESTÕES E DOS FATORES	76
	ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES EM RELAÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICIDA	77
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	81

1. INTRODUÇÃO

1.1 Motivações para a pesquisa

Este projeto nasceu da ideia de romper estigmas, rasgar rótulos, quebrar preconceitos acerca do tema 'Suicídio'. Durante os meus anos de graduação médica, principalmente nos plantões de urgência, muito me assustava a dificuldade dos médicos em abordar o assunto. Os pacientes que lá chegavam, após tentativa de suicídio, eram atendidos prontamente apenas quando apresentavam risco iminente de morte. Em sua maioria, as tentativas de baixo e médio risco eram consideradas apenas manipulação e era comum ouvir frases do tipo "*deixa ele lá para pensar um pouco no que fez*" ou "*está fazendo isso para chamar atenção*". Quando recebiam alta, os pacientes raramente eram encaminhados para algum serviço de saúde mental para avaliação específica ou tratamento.

Quanto ao ambiente ambulatorial, raramente observei pacientes serem indagados sobre pensamentos e ideias suicidas, mesmo quando procuravam ajuda médica devido a algum transtorno mental como depressão, uso de álcool ou de substâncias ilícitas.

Durante muito tempo me questionei porque isso ocorria. Por que não falar sobre suicídio, se é possível preveni-lo?

Recentemente iniciei na carreira acadêmica e percebi que a dificuldade é decorrente, muitas vezes, do fato do tema não ter sido abordado durante a graduação. Como avaliar um assunto que não se conhece? Como falar sobre algo tão complexo com o paciente quando há tantas crenças errôneas permeando a mente dos futuros profissionais? Se o médico se coloca no papel daquele que está ali para salvar vidas, como ele pode aceitar que alguém tente tirar a própria vida? Na própria literatura sobre o assunto são comuns as descrições de sentimentos de raiva, desdém e hostilidade ligadas ao paciente suicida. Talvez ao lidar com pessoas que tentem se matar seja necessário entender que aquele ser humano está em sofrimento e que a função do médico é, muitas vezes, aliviar a dor.

Assim, surgiu a ideia de abordar o tema 'Suicídio' durante o estágio de Psiquiatria do 5º ano da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde (FCMS) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) durante a graduação, como parte da matriz curricular. Este projeto de pesquisa propõe avaliar o conhecimento

prévio dos estudantes e capacitá-los, através de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a abordar adequadamente o tema, para que a realidade relatada possa ser investigada, possivelmente confirmada e principalmente modificada.

1.2 Falando sobre suicídio

1.2.1 Definição

O termo Suicídio, deriva do latim e significa: *sui* = si mesmo e *caedes* = ação de matar. Segundo o dicionário Aurélio², significa desgraça ou ruína procurada de livre vontade ou por falta de discernimento. Embora seja uma definição ampla, não engloba os detalhes de um comportamento tão complexo³, influenciado por uma interação de fatores: pessoal, social, psicológico, cultural, biológico e ambiental.⁴ Um conceito, embora antigo, ainda hoje utilizado, é o de Rosenberg e colaboradores (1988) que caracteriza o suicídio como uma morte causada por lesão, envenenamento ou sufocação, com evidência, explícita ou implícita de que tenha sido auto infligida e de que havia intenção de se matar.⁵ Os métodos utilizados pelo indivíduo para cometer o ato, entre outros, são: afogamento ou submersão, tiro com armas de fogo, deglutição de corpos estranhos, precipitação, eletrocussão, enforcamento ou estrangulamento, intoxicação por gases, uso de instrumentos perfurantes e cortantes, incineração e envenenamento.⁶

1.2.2 Histórico

O suicídio está presente na humanidade desde os seus primórdios. Nessa época, já havia o medo de que os mortos retornassem para causar mal aos vivos. Acreditava-se que o espírito do suicida pudesse levar à destruição de um inimigo.⁷

O relato mais antigo de suicídio data de 2.500 a.C na Mesopotâmia, quando um grupo de pessoas ingeriu voluntariamente uma bebida envenenada e aguardou o seu efeito.⁸ No arquipélago da Ilha de Ceos na antiga Grécia, o suicídio possuía a finalidade de subsistência, os mais velhos matavam-se para que os mais jovens pudessem se alimentar.⁹

Historicamente, sob a ótica da antropologia e da filosofia, o suicídio evoluiu de ato condenável a possivelmente aceitável nos dias atuais. Nas antigas Grécia e Roma o suicídio era legítimo apenas quando autorizado pelo Estado. Em Atenas, eram vedadas as honras ao indivíduo que se suicidava e o cadáver tinha a mão

cortada e enterrada à parte. O Estado detinha tanto o poder de vetar quanto o de autorizar o suicídio. Com o Cristianismo, o suicídio passou a ser objeto de proibição, sujeito à sanção penal. A partir de 1789, com a Revolução Francesa, o suicídio deixa de ser crime. Atualmente, tende a ser visto menos como um pecado ou crime do que como resultado de uma doença e, como tal, ser objeto mais de compaixão do que de condenação.¹⁰

Camus em *O Mito de Sísifo*¹¹ tratava o suicídio como “único problema filosófico verdadeiramente sério”, enquanto Sêneca encarava o suicídio como via para a liberdade, ato não só legítimo como, muitas vezes, único que permite que uma vida digna possa terminar de uma forma digna.¹⁰ Seguindo a teoria sociológica de Emile Durkheim, na obra “O suicídio - Estudo sociológico”, o suicídio é visto como fenômeno social e não um problema individual.¹²

Ao final do século XVII, alguns livros discutiam a associação entre suicídio, loucura e melancolia. Já ao final do século XIX, Pinel e Esquirol associaram o suicídio a alienações mentais e, conseqüentemente, passível de prevenção e não punição ou julgamento.⁹ Na teoria psicanalítica, Freud propôs a ideia da existência de duas forças internas: pulsão de vida (representada por Eros, que nos impulsionaria a viver) e pulsão de morte (representada por Thanatos, que nos levaria à autodestruição). Quando o indivíduo apresenta um intenso conflito psíquico interno e possui muita dificuldade em lidar com essa situação, isso pode levar a um desequilíbrio entre essas forças, com predominância da pulsão de morte, podendo resultar no suicídio.¹³

1.2.3 Epidemiologia Mundial

O suicídio apresenta-se, atualmente, como importante questão de saúde pública. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2012 ocorreram 804 mil mortes por suicídio no mundo, o equivalente a um suicídio a cada 40 segundos e uma taxa ou coeficiente de suicídio (número de suicídios para cada 100 mil habitantes) de 11,4. Tal expressividade numérica torna-se ainda mais significativa quando se sabe que representa 1,4% de todas as mortes e é a 15ª causa de morte em todo o mundo.⁴

Estima-se que para cada adulto que efetiva o suicídio ocorram 20 outras tentativas. A OMS define tentativa de suicídio como qualquer comportamento suicida

não fatal referente à intoxicação auto infligida intencional, lesão ou autoagressão que pode ou não ter uma intenção ou resultado fatal. Tal ato resulta em importante fardo econômico e social para a comunidade devido a utilização de serviços de saúde para tratar os impactos físico, social e psicológico desse comportamento e, ocasionalmente, a incapacidade a longo prazo.⁴ Para além do próprio indivíduo, sabe-se que, para cada suicídio, há 5 ou 6 pessoas próximas ao falecido que sofrem consequências emocionais, sociais e econômicas.¹⁴

Suicídio é um fenômeno oculto, sub-registrado e subnotificado, devido a diversos fatores, dentre eles a deficiência na disponibilidade e confiabilidade dos dados.^{15,16} Apenas 1/3 dos países do mundo tem sistemas completos de registro civil que produzem dados adequados de mortalidade para políticas de saúde e monitoramento.¹⁶ Nos Estados Unidos (EUA), assim como em diversos outros países, faltam coerência, clareza e uniformidade nas leis e procedimentos para o preenchimento de declarações de óbitos em casos de suicídio. Sem critérios explícitos para a tomada de decisões e suscetíveis aos estigmas familiares e da comunidade, devido ao tabu que o tema gera, os médicos podem não registrar adequadamente nos prontuários e nem preencher declarações de óbitos de determinadas mortes como suicídio.^{5,13} Desconhece-se até que ponto os suicídios podem ser sub-relatados ou mal classificados, o que torna impossível precisar o verdadeiro número de mortes por suicídio, identificar fatores de risco ou planejar e avaliar intervenções preventivas.⁵

Há diferenças significativas nas taxas de suicídio dependendo do país ou região, do gênero e da idade da população analisada.

Embora a taxa de suicídio seja um pouco maior nos países de alta renda, aproximadamente 75% dos suicídios ocorrem nos países de baixa e média renda, dada a maior proporção da população global nestes países.⁴ O coeficiente de suicídio é alto na Europa Oriental; médio nos EUA, Austrália, Japão e Europa Central; e baixo na América Central e do Sul.¹⁷

As taxas mais elevadas de suicídio (acima de 35 por 100 mil) ocorrem na Bielorrússia, Casaquistão, Hungria, Letônia, Lituânia, Rússia e Ucrânia, enquanto as taxas mais baixas (inferiores a 2,5 por 100mil) aparecem em países islâmicos: Arábia Saudita, Egito, Emirados Árabes Unidos, Irã, Jordânia, Kuwait e Síria.¹⁸ O país com maior taxa de suicídio é a Lituânia, porém ao analisarmos números absolutos, as populosas China e Índia lideram o ranking.^{15,16}

Nos últimos anos a mortalidade por suicídio migrou da Europa Ocidental para a Europa Oriental e agora parece estar mudando para a Ásia. Futuramente, é provável que a Coreia do Sul assuma a liderança.⁷

O suicídio é cerca de 3,5 a 5 vezes mais frequente entre homens em relação às mulheres.¹⁸ Essa proporção é mais elevada na Europa (4:1) e mais baixa no Mediterrâneo Oriental (1,1:1).^{15,16} Analisando os países individualmente, essa proporção foi mais alta em Porto Rico (6,6), Eslováquia (6,6) e Polônia (6,4) e menor na China (0,9), atualmente o único país onde a taxa de mulheres que cometem suicídio é maior comparada aos homens.¹⁶

Globalmente o suicídio é responsável por 56% de todas as mortes violentas. Em países de alta renda ele é responsável por 81% das mortes violentas em ambos os sexos, enquanto em países de baixa e média renda responde por 44% de mortes violentas em homens e 70% em mulheres.⁴

Em quase todas as regiões do mundo as taxas de suicídio são menores abaixo dos 15 anos e maiores acima dos 70 anos. Já na faixa intermediária entre 15 e 70 anos variam entre regiões e países. Em países de baixa e média renda, adultos jovens e mulheres mais velhas apresentam taxas de suicídio mais elevadas do que países de alta renda, enquanto homens de meia idade têm taxas mais altas em países de alta renda. Em países de baixa e média renda a taxa de suicídio é 57% maior em homens.⁴

Segundo Bertolote, as taxas de suicídio em maiores de 65 anos são duas a três vezes maiores do que abaixo de 25 anos. Atualmente na maioria dos países altamente industrializados observa-se pico da taxa de suicídio entre 45 e 60 anos, porém a taxa em jovens está aumentando em velocidade superior a dos idosos.^{15,18}

Em homens, as maiores taxas são encontradas na faixa entre 15 e 29 anos no Sudeste Asiático, 45 a 59 anos na Europa e em maiores de 60 anos no Pacífico Ocidental. No sexo feminino verificam-se maiores taxas na faixa entre 15 e 29 anos no Sudeste Asiático e acima de 45 anos no Pacífico Ocidental. A taxa em homens é mais elevada na Lituânia (61,2), enquanto a Coreia do Sul possui a taxa mais elevada em mulheres (22,1).¹⁶

O suicídio gera importante impacto social e econômico. Cerca de 1,4% do ônus global ocasionado por doenças em 2002 foi devido a tentativa de suicídio e estima-se que em 2020 esse número aumente para 2,4%. Na faixa etária entre 15 e 44 anos, o suicídio é a 6ª causa de incapacitação.¹⁴ Mundialmente o suicídio é

responsável por 8,5% de todas as mortes em jovens de 15 a 29 anos, constituindo-se na segunda causa de morte nessa faixa etária, apenas após acidentes de trânsito.⁴

As estimativas para 2020 são ainda mais alarmantes, considerando que 1,5 milhão de pessoas irão morrer por suicídio e 10 a 20 vezes mais pessoas tentarão suicídio, o que representaria 1 morte a cada 20 segundos e 1 tentativa a cada 1 a 2 segundos.¹⁵

1.2.4 Epidemiologia no Brasil

O Brasil encontra-se abaixo da média mundial em relação à taxa de suicídios, porém por ser um país populoso encontra-se entre os dez países com maiores números absolutos de suicídio.^{14,17,19,20} Em 2011 foram 9.852 mortes registradas.¹⁷ Dados mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2013 apontam que ocorreram 27 mortes por suicídio a cada dia no referido ano.¹⁷

A partir de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), analisando o período de 1980 a 2000, Mello-Santos e colaboradores apontaram crescimento de 21% na taxa de suicídios no Brasil.²⁰ Seguindo a tendência mundial, os homens se suicidaram 2,3 a 4 vezes mais que as mulheres e os idosos acima de 65 anos apresentaram maiores taxas.^{19,20} Apesar do alarmante crescimento na faixa entre 15 e 24 anos, de 1.900%, essa porcentagem foi menor do que o aumento global.²⁰

No período entre 1980 e 2006 foram relatados no Brasil 158.952 casos de suicídio, excluindo os indivíduos com menos de 10 anos. Nesse período houve o crescimento de 29,5% na taxa total de suicídios. Igualmente seguindo a tendência mundial, predominam maiores taxas em indivíduos acima de 70 anos, enquanto a faixa que mais cresce é dos 20 aos 59 anos.¹⁹ Dados da cidade de São Paulo do período entre 1996 e 2000 apontam que 66% dos suicídios ocorreram entre 5 e 44 anos.²⁰

As diferenças regionais no Brasil são notáveis e o número de suicídios corrobora com essa constatação. Em estudo brasileiro em pequenos municípios no período de 2004 a 2010 verificou-se aumento das taxas de suicídio no Norte e Nordeste. As regiões Norte (Amazonas e Roraima) e Centro-Oeste (Mato Grosso do Sul) apresentam altas taxas de suicídio que podem ser explicadas pela

concentração da população indígena. Os idosos acima de 60 anos nas regiões Centro-Oeste e Sul e os adultos na faixa etária entre 40 e 59 anos na região Sul são os responsáveis pelas maiores taxas.^{19,21} Em contrapartida, na tese de Zanin, que analisou suicídio em idosos no Brasil no período de 2005 a 2010, os resultados indicaram a tendência decrescente nas taxas de suicídio em todas as regiões do Brasil.²²

Embora a associação entre taxas de suicídio e o tamanho da população seja controverso, foram encontrados dados que reforçam tal informação. De acordo com documento do Ministério da Saúde, ocorrem taxas de suicídio mais altas em pequenos municípios. Nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul as taxas de suicídio aumentam à medida que o tamanho da cidade diminui. Quanto menor a cidade, maior a chance de conhecer alguém que se suicidou e maior a possibilidade de que indivíduos que estão com dificuldades ou possuem transtornos mentais possam cometer suicídio. As diferenças na mortalidade por suicídio dependendo da área analisada podem refletir o risco agravado de uma concentração de pessoas em alto risco (efeito de composição) e/ou aspectos econômicos, sociais e culturais de uma área na saúde mental de uma população (efeito contextual).²¹

Apesar dos expressivos números de suicídio em nosso país, estima-se que esses quantitativos sejam ainda mais elevados. Segundo o IBGE, na comparação das projeções demográficas com o total de óbitos registrados nos cartórios brasileiros em 2006, estima-se que 15,6% dos óbitos não tenham sido registrados enquanto 13,7% das mortes ocorridas em hospitais possam não ter sido notificadas. Na declaração de óbito, as mortes por causas externas trazem geralmente a natureza da lesão, sem se referir à circunstância que ocasionou a morte. É esse o principal motivo pelo qual se registram, no Brasil, em torno de 10% de “óbitos por causas externas de tipo ignorado”. Dessa forma, não se sabe se as mortes foram por homicídio, suicídio ou acidente.^{17,18}

1.2.5 Fatores de Risco

É necessário identificar fatores de risco e de proteção para prevenir suicídio. Dentre os fatores de risco encontram-se os sociodemográficos, os psicossociais, os psiquiátricos, os clínicos e os relacionados ao comportamento suicida (Quadro 1).^{3,4,7,14,19,23,24} Dentre os principais fatores de risco destacam-se a presença de

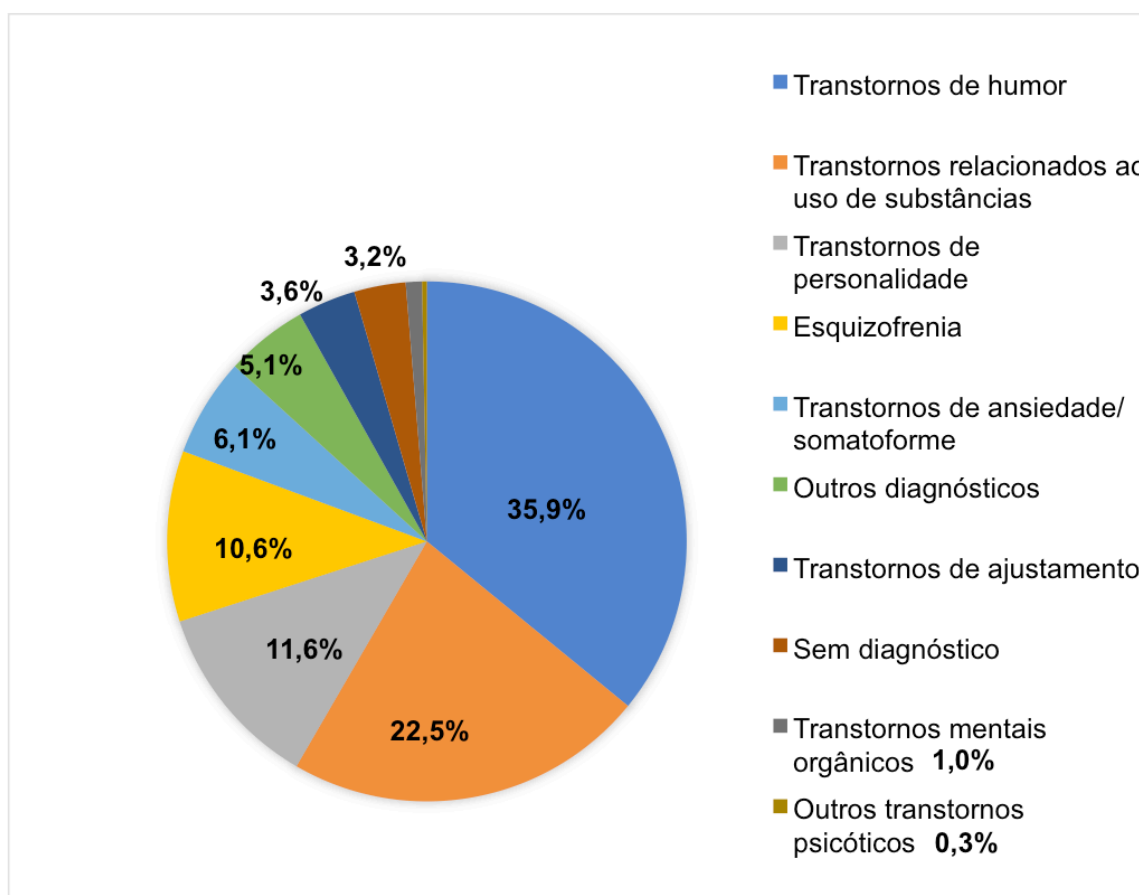
transtorno mental e a tentativa de suicídio prévia.^{4,7,14,17,23} Após uma tentativa de suicídio estima-se que o risco de suicídio aumente de 40 a 100 vezes em relação aos índices da população geral.^{25,26}

Quadro 1 – Fatores de risco para o suicídio
Sociodemográficos
Sexo masculino Raça branca Adultos jovens e idosos Separados ou divorciados, solteiros, viúvos Ateus Homossexuais e bissexuais Grupos étnicos minoritários
Psicossociais
Perda recente Perda ou separação dos pais na infância Abuso físico ou sexual Instabilidade familiar Ausência de apoio social Solidão e isolamento social Datas importantes Traços de personalidade: impulsividade, agressividade, labilidade do humor Baixa autoestima Pouca flexibilidade para enfrentar adversidades Histórico familiar de doença afetiva/alcoolismo/suicídio Desemprego e problemas financeiros Aposentadoria Violência doméstica Profissões: médicos, dentistas e policiais
Psiquiátricos
Transtornos do humor (depressão e transtorno bipolar) Dependência e abuso de álcool e de outras drogas Transtornos psicóticos Transtornos de personalidade (especialmente <i>borderline</i>)
Clínicos
Doenças físicas, incapacitantes, estigmatizantes, dolorosas e terminais
Relacionados ao comportamento suicida
Tentativa de suicídio prévia Ideação suicida verbalizada Intoxicação por álcool ou droga Disponibilidade dos meios Desesperança

Fonte: Autoria própria, adaptada.^{3,4,7,14,19,23,24}

Os transtornos mentais estão presentes na maioria dos casos de suicídio.^{15,17,18,24} Segundo Bertolote e colaboradores, 90 a 98% das pessoas que se suicidam têm transtorno mental por ocasião do suicídio.²⁷ Uma revisão de 31 artigos publicados entre 1959 e 2001, avaliando 15.629 suicídios, demonstrou que em 98% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental¹⁵ (Figura 1). Nota-se que, embora em cerca de 3% dos casos não haja diagnóstico, isso não significa que o indivíduo era saudável, mas sim que provavelmente não apresentou diagnóstico conclusivo sobre o tipo de transtorno mental que sofria. Depressão é o principal transtorno associado a tentativas de suicídio, ideação suicida e planos suicidas, sendo que 15% dos pacientes deprimidos morrem por suicídio.^{14,23} Segue-se, dentre os transtornos mentais associados ao suicídio, a dependência de álcool e de substâncias ilícitas.¹⁵

Figura 1 – Suicídio e Transtornos Mentais: distribuição em estudos com população geral



Fonte: Bertolote, J.M.; Fleischmann, A. (2002). (modificado)¹⁵

Nota: No trabalho original de Bertolote, todos os diagnósticos somam 99,7%. Portanto, o gráfico encontra-se automaticamente ajustado totalizando 100%.

O risco de suicídio agrava ainda mais quando há comorbidades, especialmente porque não são diagnosticadas e tratadas.^{18,23} Cerca de 75% dos pacientes dependentes de álcool que cometeram suicídio tiveram pelo menos um episódio depressivo e o próprio uso da substância aumenta a impulsividade e, conseqüentemente, o risco de suicídio.^{14,18}

Determinadas características de personalidade como impulsividade, agressividade, hostilidade, rigidez e temperamento têm importante relação com o suicídio.^{23,24} História de abuso sexual na infância também associa-se a comportamento suicida posterior.²³

Independentemente se o indivíduo encontra-se internado por razão psiquiátrica ou não, deve-se investigar o risco de suicídio. A incidência de suicídio é alta em hospitais gerais, estima-se que 3 a 5 vezes maior que na população geral¹⁷ e a presença de transtorno mental é detectada em 88% de suicídios que ocorrem neste ambiente.²⁸

Como já exposto anteriormente, as taxas de suicídio são mais altas em homens idosos, portanto é de fundamental importância a atenção à saúde mental da população masculina nos momentos de aposentadoria, perdas familiares e quando diagnosticados com doenças crônicas degenerativas que provoquem deficiências, perda de autonomia ou impotência sexual²⁹.

É necessário estar atento às frases de alerta de potenciais pacientes suicidas que podem sinalizar pensamentos, ideações e planejamentos suicidas: “Eu preferia estar morto”, “Eu não posso fazer nada”, “Eu não aguento mais”, “Eu sou um perdedor e um peso pros outros”, “Os outros vão ser mais felizes sem mim”. Os principais e recorrentes sentimentos de quem pensa em cometer suicídio são: depressão, desesperança, desamparo e desespero, conhecida como regra dos 4 D.^{14,24}

Um fator de risco nem sempre valorizado, mas que merece destaque no presente trabalho – uma vez que este visa estudantes de medicina – é a profissão. Médicos e dentistas destacam-se por apresentarem taxas de suicídio maiores do que a população geral. Tal dado pode ser explicado pelo conhecimento e acesso a meios letais, por estressores específicos da profissão e pela tendência para a agregação de mais indivíduos com transtornos psiquiátricos em certas profissões.^{30,31} O estudante de medicina, motivado por seus desejos de escolha da profissão, idealiza-se muitas vezes como um ser onipotente capaz de retardar, deter

ou mesmo anular a ameaça de morte. Quando ele inevitavelmente fracassa, gera sentimentos de culpa que favorecem o surgimento de quadros depressivos e suicídios.³⁰ Portanto, o estudante de medicina também é grupo de risco para suicídio e deve ser foco de atenção, cuidado e prevenção.

1.2.6 Fatores de Proteção

Por outro lado, no Quadro 2 é possível visualizar o que se supõem serem os principais fatores protetores ao suicídio.³² Os dados sobre características que protegeriam ou impediriam o suicídio são escassos. É esperado que fatores associados à segurança e estabilidade possam contribuir para a consolidação da saúde e reduzir o impacto dos riscos, porém desconhece-se o papel específico desses fatores em relação ao comportamento suicida e não há evidências científicas que sustentem tal suposição.^{27,33}

As crenças religiosas ou espirituais podem atuar como protetores do suicídio, dependendo da cultura e do contexto em que estão inseridas. A própria fé pode ser um fator protetor, pois normalmente segue um sistema de crenças estruturado e pode favorecer um comportamento fisicamente e mentalmente benéfico. Por outro lado, muitas crenças e comportamentos religiosos podem contribuir para o estigma relacionado ao suicídio devido a posturas morais sobre o tema, desencorajando a busca por ajuda.⁴

Quadro 2 – Fatores de proteção contra o suicídio
Crianças em casa
Senso de responsabilidade para a família
Gravidez
Religiosidade
Gosto pela vida
Habilidade de avaliar a realidade
Habilidades positivas de enfrentamento e solução de problemas
Suporte social positivo
Relação terapêutica positiva

Fonte: Meleiro, A. (2004)³²

1.2.7 Crenças errôneas

É fácil compreender que atitudes e crenças errôneas impeçam a adequada avaliação e conduta e, por consequência, interfiram na prevenção do suicídio. As principais, segundo Botega⁷, estão listadas abaixo:

- Se eu perguntar sobre suicídio poderei induzir o paciente a isso.
- Ele está ameaçando se suicidar apenas para manipular...
- Quem quer se matar, se mata mesmo.
- O suicídio só ocorre quando há uma doença mental.
- No lugar dele eu também me mataria...
- Veja se da próxima vez você se mata mesmo!
- Quem se mata é bem diferente de quem apenas tenta.
- Uma vez suicida sempre suicida!

É importante salientar e frisar sempre que falar a respeito de suicídio não sugere as pessoas. Estudantes e médicos geralmente carregam essas ideias pré-concebidas, assim como a população geral sustenta tais pensamentos.

A maioria dos indivíduos suicidas comunica seus sentimentos e intenções suicidas²⁴ e, na maioria dos casos, sentem-se aliviados e acolhidos por expor pensamentos e sentimentos em relação ao suicídio.²⁷

Muitos dos pacientes suicidas são ambivalentes. Eles muitas vezes não querem realmente morrer, somente estão infelizes com a vida e se for dado apoio emocional adequado o risco diminui.^{4,14}

1.2.8 Meios de suicídio

Os meios de suicídio variam segundo cultura, acesso, gênero e faixa etária.¹⁷ Na Inglaterra e Austrália predominam o enforcamento e a intoxicação por gases; nos EUA as armas de fogo; na China e no Sri Lanka o envenenamento por pesticidas organofosforados.³⁴

No Brasil, a própria casa é o cenário da maioria dos casos de suicídio (51%), seguido de hospital (26%). O enforcamento predomina em 47% dos casos, seguido de armas de fogo (19%) e envenenamento (14%). Em homens predomina

enforcamento (58%), arma de fogo (17%) e envenenamento por pesticidas (5%). Em mulheres, também predomina enforcamento (49%) e outras causas são: fumaça/fogo (9%), precipitação de altura (6%), arma de fogo (6%) e envenenamento por pesticidas (5%).¹⁹

No Rio Grande do Sul verificou-se as maiores taxas de suicídio brasileiras, especialmente entre trabalhadores rurais e pescadores, provavelmente pela exposição aos pesticidas e condições de vida precária.^{22,35}

No Centro-Oeste ocorre alta taxa de mortalidade entre indígenas *Guarani-Kaiowã* em Mato Grosso do Sul.³⁶ Estudos internacionais com população indígena apontam como causas para o suicídio a desintegração cultural, a marginalização e o abuso de álcool.^{37,38}

Como já exposto anteriormente, os registros oficiais sobre suicídio são escassos e imprecisos, o que prejudica a análise correta sobre os meios utilizados para cometê-lo. As informações sobre métodos são fundamentais para restringir acesso aos meios, bem como para que se possa elaborar estratégias de prevenção. Entretanto, políticas de restrição requerem conhecimento dos métodos preferenciais dos diferentes grupos da sociedade e depende da cooperação e colaboração dos diversos setores. Muitos suicídios ocorrem impulsivamente e, em tais circunstâncias, o acesso fácil aos meios pode fazer a diferença se a pessoa consegue ou não efetivar seu intento.^{4,17}

1.2.9 Prevenção

O suicídio é um fenômeno passível de prevenção.^{4,39} A detecção precoce de transtornos mentais e de risco de suicídio, o correto encaminhamento e a assistência prestada a pessoas que tentaram o suicídio são estratégias fundamentais e parecem ser a maneira mais efetiva para sua prevenção.^{15,18,23}

A prevenção de suicídio não deve ser tarefa restrita apenas aos profissionais de saúde especializados. Luoma, Martin e Pearson (2002) revisando 40 estudos apontaram que 75% dos indivíduos que faleceram por suicídio tiveram contato com profissionais de saúde na atenção primária à saúde no ano anterior ao ato.⁴⁰ Entre pacientes que cometeram suicídio, calcula-se que 45 a 66% tiveram contato com médico clínico durante o mês em que morreram e de 10 a 40% procuraram o seu médico uma semana antes de se suicidar.⁴¹

Outros estudos realizados apontaram que cerca de 46% a 60% dos pacientes que foram atendidos com tentativas de suicídio foram dispensados sem uma avaliação psiquiátrica, principalmente quando o acometimento clínico era leve ou quando associado à intoxicação alcoólica.^{42,43}

Cerca de 15 a 25% dos indivíduos que tentaram suicídio farão nova tentativa no ano seguinte e 10% terão êxito em 10 anos.⁴⁴

Presença de ideação suicida ocorre em até 10% dos pacientes atendidos em cuidados primários e essa taxa pode chegar a 60% em pacientes depressivos.³⁹ Botega e colaboradores, em estudo com 515 moradores do município de Campinas, estimaram as taxas de prevalência ao longo da vida de ideação suicida de 17,1%, plano suicida de 4,8% e tentativa de suicídio de 2,8%. O comportamento suicida foi mais frequente em mulheres e jovens adultos.⁴⁵

Estudos com programas de intervenção e capacitação de profissionais comprovaram que essa é uma maneira eficaz de reduzir o coeficiente de mortalidade por suicídio.

Em Gotland, ilha sueca, foi realizada uma capacitação para médicos generalistas visando detecção e tratamento adequados da depressão, o que resultou em redução de 60% no coeficiente de mortalidade por suicídio, principalmente em mulheres e idosos. Além disso, houve um impacto positivo em relação a prescrição de medicamentos: aumento de 50% em antidepressivos, redução de 25% em benzodiazepínicos e aumento de 30% de lítio. Após quatro anos as taxas de suicídio voltaram a crescer ao nível anterior, sendo que 50% dos médicos que fizeram a capacitação não trabalhavam mais na atenção primária.^{46,47} É possível depreender que intervenções e capacitações em relação à prevenção do suicídio devem ser contínuas e estarem inseridas em programas de educação permanente.

Em outro estudo, dessa vez em Yasuzuca no Japão, associou-se um programa educacional sobre depressão a um projeto com base na comunidade para detecção de depressão em idosos. O resultado foi a redução de 64% do risco de suicídio em mulheres. No entanto, entre homens não houve diferença significativa.⁴⁸ Já em Nuremberg, na Alemanha, a Aliança de Nuremberg contra Depressão realizou um programa de intervenção com duração de dois anos em quatro níveis: treinamento de médicos de família e suporte; uma campanha pública informativa sobre depressão; parceria com facilitadores da comunidade, como professores, padres e

mídia local; e suporte para atividades de auto-ajuda e para grupos de alto risco para o suicídio. O efeito dessa intervenção foi a redução na frequência de atos suicidas, em Nuremberg, de 19% e 24% durante o primeiro e o segundo ano do programa, respectivamente.⁴⁹

Um ensaio clínico com 1.867 casos de tentativas de suicídio em cinco centros participantes do Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida – SUPRE – MISS (Campinas, Brasil; Chennai, Índia; Colombo, Sri Lanka; Karaj, Irã; Yuncheng, China) comparou uma intervenção psicossocial de baixo custo (entrevista motivacional e contatos telefônicos regulares) com o tratamento usual disponível (alta hospitalar, com ou sem encaminhamento ambulatorial). Ao final de 18 meses, menos mortes por suicídio ocorreram no grupo que recebeu a intervenção do que no grupo que recebeu tratamento usual.⁵⁰

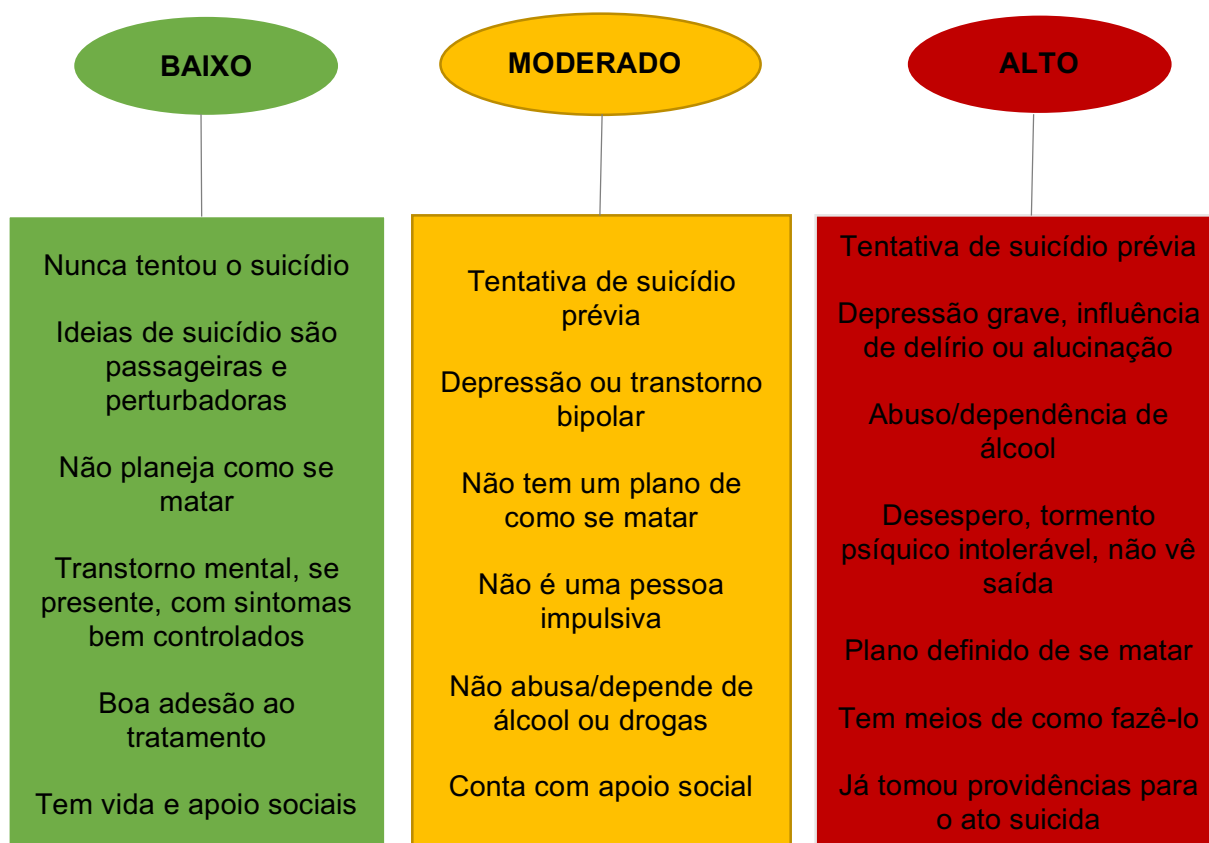
Dessa forma reconhece-se o papel fundamental do médico generalista para os planos de prevenção, como apontou a OMS no manual de prevenção do suicídio dirigido a esses profissionais.²⁴ Segundo essas orientações, no momento dos atendimentos realizados pelos médicos clínicos gerais, ocorrem grandes chances de detecção e prevenção de uma tentativa de suicídio, e em casos mais graves, o encaminhamento deve ser viabilizado para um especialista.^{24,44}

A entrevista clínica é o melhor método para avaliar o risco de suicídio e é necessário integrá-la junto às habilidades.^{27,51} Embora várias escalas tenham sido propostas, nenhuma delas demonstrou eficiência para detecção de risco de suicídio.⁵² Em revisão sistemática Ghasemi et. al⁵³ concluíram que não existe uma abordagem padrão-ouro no estudo de atitudes e ideações suicidas. As escalas que avaliam o risco de auto-agressão têm utilidade clínica limitada.⁵⁴ Batterham et. al⁵⁵ afirmam que as escalas disponíveis têm limitações para uso em estudos populacionais devido aos custos financeiros, embora pra os autores, a Escala de Ideação Suicida de Beck e o Questionário de Ideação Suicida de Adultos tenham evidências de robustez psicométrica, o que não foi confirmado em outros estudos já citados.⁵²⁻⁵⁴ Não há como prever quem cometerá suicídio, mas é possível avaliar o risco individual que cada paciente apresenta baseado nos fatores de risco e de proteção, através de entrevista clínica.²⁷

Assim, faz-se necessário avaliar: o que está acontecendo (eventos precipitantes, estressores agudos e crônicos), estado mental, intencionalidade suicida, principais fatores de risco e de proteção e, a partir dessa avaliação, formular

o risco de suicídio (Figura 2).⁷ É conhecido na literatura médica que erros por omissão possam ser prevenidos, se o avaliador executar o exame completo do risco de suicídio.⁵⁶

Figura 2 – Formulação do risco de suicídio



Fonte: Botega, N.J. (2015)⁷

É importante lembrar que a mídia pode e deve atuar como importante aliado na prevenção do suicídio. Quando determinadas práticas de comunicação de mídia são propagadas de forma sensacionalista, aumenta o risco de suicídios por imitação entre pessoas vulneráveis. A cobertura dos suicídios de celebridades é inadequada quando relatam métodos incomuns de suicídio, mostram imagens ou informações sobre a metodologia utilizada ou normalizam o suicídio como resposta aceitável a crises ou adversidades.⁴ Em 1774, o escritor alemão Goethe publicou a sua obra “Os sofrimentos do jovem Werther”, romance no qual o protagonista comete suicídio devido uma desilusão amorosa. O que se verificou, naquela época, foi um aumento de suicídios entre jovens. Este fenômeno ficou conhecido como “Efeito Werther”, usado ainda nos dias atuais para designar suicídios por imitação.

1.3 Ensino da Saúde Mental no Curso de Medicina

A maioria das faculdades de Medicina não incentiva o ensino do suicídio ou o faz de forma precária. Assim decorre que os alunos não apreendem as informações necessárias e nem desenvolvem habilidades para o diagnóstico e tratamento dos transtornos psiquiátricos prevalentes.⁵⁷ Se o transtorno mental não é detectado, falha-se na avaliação do risco de suicídio.

No já referido Plano Nacional de Prevenção do Suicídio da OMS¹⁴ destacam-se o objetivo de promoção de educação permanente dos profissionais de saúde da Atenção Básica, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina exigem o desenvolvimento de postura humanística no discente: médico com formação generalista, humanista, crítica, reflexiva e ética.⁵⁸ No entanto, pouco se discute sobre as atitudes dos estudantes e dos profissionais frente ao suicídio.

Em estudo australiano exploratório com entrevistas telefônicas semiestruturadas e pesquisas com escolas médicas, estudantes de Medicina e clínicos gerais, os estudantes que já receberam educação em prevenção de suicídio se classificaram melhores em habilidades nesse tema comparados àqueles que não receberam.⁵⁹

O conhecimento e a discussão contextualizada do tema pelos graduandos, junto a atividades e estágios curriculares, contribuem favoravelmente para a incorporação de atitudes positivas frente à morte e ao suicídio.^{13,57} Determinar as atitudes de certos grupos profissionais pode ser o primeiro passo para planejamento e implementação de programas de prevenção de suicídio.⁶⁰

1.4 Abordagem do suicídio com estudantes de medicina

Pouco há na literatura sobre a abordagem do tema suicídio para graduandos do curso de medicina e são eles que se constituirão, mais tarde, em profissionais responsáveis pelo atendimento aos pacientes com risco de suicídio.

Falta incentivo e há pouco treinamento sobre prevenção de suicídio no currículo médico gerando falta de conhecimento de fatores de risco e sensação de despreparo pelo estudante e futuro profissional de saúde.^{57,61} A própria educação

médica pouco prepara os estudantes para dilemas éticos que, inevitavelmente, ocorrerão em ambiente hospitalar.⁶² Os profissionais de saúde durante a graduação devem ter acesso aos conceitos de bioética para que possam melhor lidar com os pacientes e reconhecê-los como outros.⁶³

Em um estudo⁵⁷ realizado com estudantes da Faculdade de Medicina de Barbacena (MG) em 2013, visando verificar as atitudes de estudantes frente ao paciente suicida através do Questionário sobre a Atitude Frente ao Comportamento Suicida (QuACS), demonstrou-se que estudantes de períodos mais avançados exibem atitudes mais positivas em relação ao suicídio que alunos iniciantes no curso de Medicina. Os autores concluíram que o contato com o paciente suicida somado ao conhecimento teórico sobre o suicídio são passíveis de modificações favoráveis às atitudes dos estudantes.

Em pesquisa¹³ realizada na Universidade Federal do Rio de Janeiro com o objetivo de melhor conhecer visões, valores e atitudes dos médicos residentes em clínica médica em relação ao suicídio, os discursos revelaram que eles se apresentam sensibilizados com a questão do suicídio, entretanto não familiarizados com a bibliografia especializada e nem com os procedimentos de atendimento normatizados pelo Ministério da Saúde e pela OMS, revelando dificuldades para identificar e prestar atendimento a pacientes em risco de suicídio. Foi possível, por exemplo, identificar uma tendência religiosa de condenação ou reprovação do suicídio, o que é um dado preocupante, uma vez que no contexto médico o objetivo não seria reprovar ou estigmatizar o paciente, mas sim diagnosticar e tratar. Outros estudos apontam que estudantes de Medicina e de Psicologia e os médicos de forma geral, recebem pouco treinamento sobre prevenção ao suicídio e que as atitudes negativas em relação ao suicídio são comuns entre os estudantes de Medicina, embora algumas dessas atitudes possam mudar ao longo dos anos de formação médica.⁶⁴

Ressalta-se que um módulo eletivo sobre suicídio por 2 semanas para alunos dos 3º e 4º anos do Curso de Medicina em Hong Kong⁶⁴ evidenciou atitudes positivas em relação ao suicídio após a participação em módulo específico sobre o tema. Ao final do curso, verificou-se redução da avaliação negativa, diminuição do estigma e aumento da sensibilidade aos fatos relacionados com o suicídio.

Um estudo sueco com estudantes do 1º e do 10º semestre do Institute Karolinska verificou que os estudantes da série mais avançada são mais

conscientes que o transtorno mental é fator de risco para o suicídio e pensam que aqueles que tentam cometer suicídio não são responsáveis por suas próprias ações.⁶⁵

Em um estudo sobre crenças religiosas e atitudes em relação ao suicídio com estudantes de medicina do 4º ano da Queen's University Belfast, na Irlanda do Norte, constatou-se uma correlação negativa entre elas. A quase totalidade da amostra (93%) afirmava pertencer a uma religião ou possuir uma crença espiritual e 90% era constituída por católicos e protestantes. A crença religiosa/espiritual associava-se a crença de que não se tem o direito de tirar a própria vida.⁶⁶

A morte de um paciente por suicídio é uma das mais estressantes adversidades que um estudante possa vivenciar durante a formação médica gerando sentimentos de inadequação profissional, culpa e raiva.^{67,68}

Para trabalhar com o suicídio é preciso desconstruir valores e crenças individuais impregnados pelos preconceitos e conceitos construídos ao longo dos séculos.⁹

1.5 Uso de Metodologias Ativas no Ensino da Psiquiatria

“A habilidade do professor de Medicina precisa ir além da aula expositiva dialogada. Entre outros fatores, é necessário que tenha a iniciativa de criar, organizar e animar situações de aprendizagem”.⁶⁹

Há poucos estudos sobre o uso de metodologias ativas no ensino da Psiquiatria. Bonamigo e Destefani⁶⁹ revisaram 15 trabalhos da literatura mundial publicados entre 2005 e janeiro de 2010 com o objetivo de analisar a técnica de dramatização como estratégia de ensino na comunicação de más notícias ao paciente. Fazendo um paralelo do suicídio com as más notícias, uma vez que aquele nada mais é senão a abordagem de um tema árduo na área médica, podemos pensá-lo da mesma forma que se apresenta a comunicação das más notícias.

Para Varga e colaboradores⁷⁰, a utilização de pacientes simulados cria um ambiente protegido que permite o erro do estudante e a oportunidade de que aprenda com as suas dificuldades e falhas. A dramatização com pacientes simulados ocorre em quatro etapas: 1ª) um estudante simula e o outro observa; 2ª) ocorre a inversão dos papéis; 3ª) avaliação da atividade pelo ator, professor e os

próprios estudantes; 4^a) avaliação geral do professor e estudantes. O objetivo desse processo é propiciar ao estudante a construção de competência clínica e a prática reflexiva.

Perosa e Ranzani⁷¹ sugerem que a dramatização capacita o graduando a comunicar informações aos pacientes e familiares, principalmente quando recebe o *feedback* do grupo sobre o seu desempenho. Treinar o estudante durante o curso pode reduzir o desconforto e o estresse causados pela necessidade de comunicação de má notícia e auxilia-lo a enfrentar a situação de forma mais efetiva.

É importante que as metodologias ativas capacitem os futuros profissionais auxiliando os estudantes a desenvolverem suas habilidades. Os graduandos relataram melhorias em habilidades após intervenção de 2 horas com grupo de estudantes e paciente simulado, com a finalidade de lidar com desafios trazidos pelos pacientes com riscos de suicídio.⁵¹

Do ponto de vista prático, a dramatização representa a possibilidade de simulação de uma vivência real que proporciona ao estudante de Medicina um treinamento diretamente aplicável à sua vida profissional.

Além da dramatização, busca-se o uso do cinema para a discussão do suicídio, da mesma forma que a sétima arte é utilizada na Bioética.

O cinema pode ser utilizado como ferramenta, permitindo ao estudante relacionar a realidade apresentada com a sua própria e rever conceitos construídos ao longo dos anos.⁶³

Entre as possíveis estratégias metodológicas que despontam para o ensino-aprendizagem em bioética, o cinema emerge como uma eficaz alternativa, porque recria, nas telas, situações bem próximas da realidade. Estas podem provocar emoções e pensamentos capazes de deflagrar uma reflexão sobre questões morais e permitir a formação de juízos, habituando o aprendiz a utilizar o arco prática-teoria-prática na resolução de seus problemas.⁶³

Quando há tempo suficiente na aula para exibição do filme, o ideal é a apresentação dele na íntegra, tendo em vista a indissociabilidade entre seu valor artístico e o potencial para a educação. Quando o filme é mais longo do que o tempo previsto, a opção é expor trechos da película, desde que suficientes para integrar adequadamente o processo ensino-aprendizagem da temática. É possível solicitar que o estudante assista ao filme num momento extra aula, porém há o inconveniente

de acesso ao filme e o fato de ocorrer a perda do caráter educativo, já que a exposição ocorre fora da escola.⁶³

A utilização dos filmes funciona como um facilitador na relação estudante-professor, possibilitando muitas vezes um acesso que às vezes é restrito. No trabalho de Retamero et. al.⁷² com estudantes de Medicina que assistiram o filme A Ponte (The Bridge) como parte do currículo de neurociência para o entendimento sobre o suicídio, muitos graduandos procuraram os docentes de maneira particular ou fizeram contato por e-mail para discutir reações causadas pelo filme.

O cinema é um convite à reflexão sobre valores e atitudes, além de uma metodologia simples e acessível para aperfeiçoar o desempenho de estudantes e médicos. Coloca-os em contato direto com o universo da afetividade ao gerar sentimentos, emoções e paixões.⁷³

Em face a todos estes aspectos particulares do suicídio, esta temática coloca-se como grande e importante desafio a ser enfrentado pelas escolas médicas. Neste sentido, esta pesquisa pode subsidiá-las para uma reflexão crítica sobre como estão seus estudantes em relação a este relevante problema de saúde pública, marcado por estigmas e preconceitos profundos que devem ser suplantados com o conhecimento e desmistificação.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a percepção do estudante quintanista da FCMS da PUC-SP em relação ao tema suicídio.

2.2 Específicos

- ✓ Capacitar o estudante quintanista na abordagem do suicídio.
- ✓ Comparar o conhecimento pré e pós intervenção.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Desenho do projeto

Trata-se de um ensaio clínico de temática educativa, não controlado e não pareado, quantitativo, prospectivo, descritivo, analítico e de intervenção.

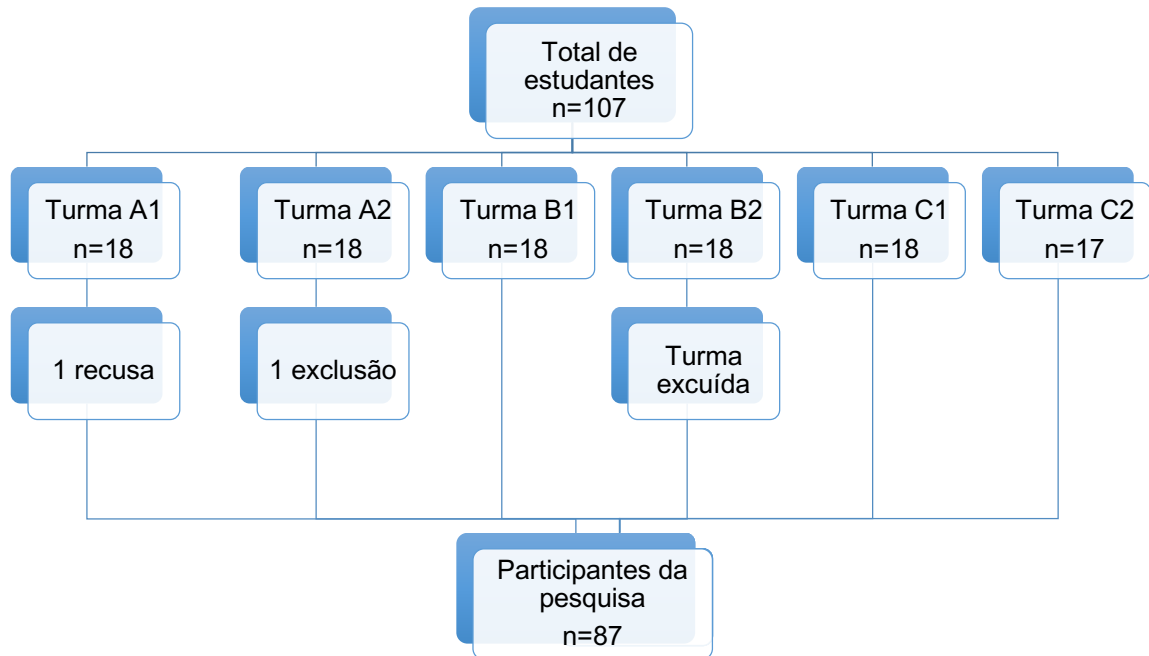
Foi utilizado um questionário com escala visual analógica, na qual ocorre mensuração. Turato⁷⁴ classifica a mensuração – pelo emprego de escalas – da frequência e intensidade de crenças e atitudes das pessoas frente ao processo de saúde-doença em pesquisa quantitativa.

Os dados foram coletados entre Março e Dezembro de 2016.

3.2 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram os estudantes quintanistas da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) no ano de 2016, sem restrições de gênero, etnia/raça e religião. Todos os estudantes (n=107) do referido ano de graduação foram submetidos a essa atividade didática que consta na grade curricular em comum acordo com a área de Psiquiatria, na qual eles são divididos em 6 grupos. Como o presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FCMS da PUC-SP em março de 2016, a primeira turma do estágio curricular em Psiquiatria (n=18) não pôde participar. Portanto, 89 estudantes foram convidados a participar da pesquisa e apenas um deles se recusou. Durante a aplicação da pesquisa houve a perda de um indivíduo – que adoeceu durante o estágio – e não participou das atividades curriculares propostas. Portanto, o número total de participantes foi de 87 estudantes (Figura 3). Foram analisados apenas os dados daqueles que concordaram em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), após a aprovação do CEP da FCMS da PUC-S (ANEXO B).

Figura 3 – Fluxograma dos participantes da pesquisa



Fonte: Autoria própria

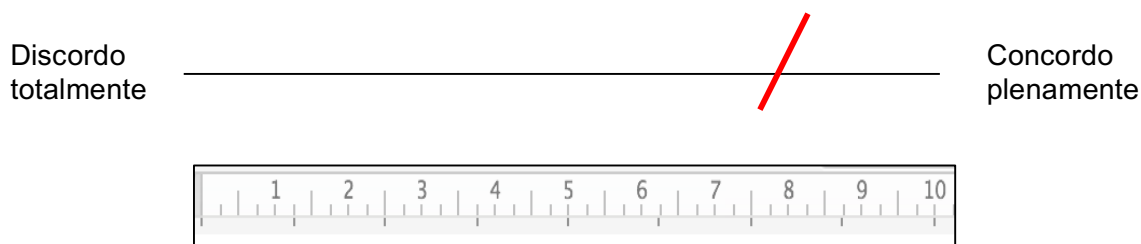
3.3 Instrumentos de coleta de dados

Foi aplicado o seguinte instrumento:

- ✓ Questionário sobre a Atitude Frente ao Comportamento Suicida (QuACS), conforme Anexo A. Este contém 21 afirmações, seguidas de uma escala analógica visual ancorada, em seus extremos, por *discordo totalmente* e *concordo plenamente*. Trata-se de um questionário de autopreenchimento construído e validado por Botega.²⁸ Já foi traduzido para o idioma inglês e utilizado em diversos estudos brasileiros indicando que a escala é sensível às mudanças após o treinamento em prevenção do suicídio. As perguntas contidas no QUACS foram agrupadas em três fatores: “*sentimentos negativos diante do paciente*”, “*percepção de capacidade profissional*” e “*direito ao suicídio*” (Quadro 3) e foram calculadas a análise fatorial e a consistência interna dos fatores descritos.²⁸ O entrevistado deve indicar um ponto em cada linha, o que melhor reflete suas crenças, sentimentos e reações (aspectos

cognitivos, afetivos e comportamentais).⁷⁵ Cada item corresponde a uma escala visual de 10 cm. Cada pergunta do questionário recebe uma pontuação de acordo com a marcação de distância sobre o que mais se aproxima da opinião do pesquisado. Como no exemplo a seguir:

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



Se o pesquisado assinala o ponto da linha como no exemplo acima, isso corresponde, em termos numéricos a 8 (em escala de 0 a 10) ou concordância de 80% em termos percentuais sobre sentir-se inseguro (a) em relação a cuidar de pacientes com risco de suicídio.

O estudo de validação mostrou que o referido instrumento é de fácil manuseio e simples para avaliar a atitude em relação aos suicidas. O questionário inclui também informações sobre religião, frequência a cultos religiosos, porcentagem de pacientes acometidos por transtorno mental.^{7,9,28,75} Para o presente projeto foram ainda acrescentados ao questionário outros dados sociodemográficos, além de gênero e religião, idade, etnia/raça e renda familiar.

Quadro 3 – Fatores QuACS

FATOR 1 – Sentimentos Negativos diante do Paciente
<i>Quem fica ameaçando, geralmente não se mata.</i>
<i>No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio.</i>
<i>Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio, e acabar induzindo o paciente a isso.</i>
<i>Às vezes dá raiva, porque tanta gente querendo viver...e aquele paciente querendo morrer.</i>
<i>A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar.</i>
<i>No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a ideia de suicídio.</i>
<i>Quem quer se matar mesmo, não fica “tentando” se matar.</i>
FATOR 2 – Percepção de Capacidade Profissional
<i>Me sinto capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar.</i>
<i>Me sinto capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar.</i>
<i>Acho que tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio.</i>
<i>Sinto-me inseguro (a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio.</i>
FATOR 3 – Direito ao Suicídio
<i>Apesar de tudo, penso que uma pessoa tem o direito de se matar.</i>
<i>Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho.</i>
<i>A vida é um dom de Deus, e só Ele pode tirar.</i>
<i>Quem tem Deus no coração, não vai tentar se matar.</i>
<i>Quando uma pessoa fala de pôr fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela.</i>
ITENS NÃO INCLUSOS NOS FATORES ACIMA
<i>Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental.</i>
<i>Acho que é preciso ser uma pessoa corajosa para se matar.</i>
<i>Se eu sugerir um encaminhamento ao psiquiatra para um paciente que falou em se matar, penso que isso será bem aceito pelo psiquiatra.</i>
<i>Um paciente internado dificilmente se mata sem que tenha um forte motivo para isso.</i>
<i>Eu já passei por situações que me fizeram pensar em suicídio.</i>

Fonte: Botega²⁸ (traduzido)

3.4 Etapas da pesquisa

A pesquisa constou de 3 etapas:

1. Aplicação do Questionário sobre a Atitude Frente ao Comportamento Suicida, realizada em salas de aulas, ao total de participantes que concordaram em participar da pesquisa pré-capacitação, ou seja, antes de serem expostos ao tema, independente do estágio em que se encontravam no internato. Este procedimento visou diagnosticar os conhecimentos prévios, sem a interferência da comunicação

entre os alunos ao longo do ano, o que poderia hipoteticamente se constituir em viés.

2. Capacitação realizada durante o período de estágio curricular na área de Psiquiatria por meio das seguintes estratégias ativas de ensino-aprendizagem reflexivas:

2.1 Apresentação e interpretação de trechos de filmes sobre o tema suicídio com debate, problematização e discussões ao final. Foi realizada no ambiente da sala de aula, com duração média de 1 hora. Foram utilizados os seguintes filmes: 'A Ponte', 'As horas', 'Elena' e 'Ensina-me a viver'.

Breve sinopse dos filmes e as justificativas da utilização dos mesmos:

- A Ponte (*The bridge*. 2005): O documentário do diretor Eric Steel contém cenas reais filmadas na famosa ponte Golden Gate em San Francisco no ano de 2004. Além de flagrar tentativas de suicídios e suicídios consumados, o diretor foi em busca de familiares e amigos daquelas pessoas para entender o motivo que as teriam levado ao ato. [O uso dos trechos que mostram histórias de pacientes com diagnóstico de depressão com e sem tratamento, além de tentativas de suicídio abortadas permite a discussão dos fatores de risco e de proteção do suicídio]. Tempo de duração dos trechos utilizados: 8 minutos.
- As horas (*The hours*. 2001): O filme do diretor Stephen Daldry mostra três histórias vividas por três mulheres em diferentes épocas, todas ligadas ao livro "Mrs. Dalloway". Uma dessas mulheres é Virginia Woolf (Nicole Kidman), autora do livro, que enfrenta um episódio de depressão psicótica. [O trecho utilizado é o do seu suicídio por afogamento, após deixar uma carta ao esposo, relatando os seus motivos para o ato]. Tempo de duração do trecho utilizado: 3 minutos.
- Elena (2011): O documentário brasileiro produzido por Petra Costa, irmã de Elena mostra cenas reais da infância das duas garotas e áudios gravados pela própria Elena quando viajou a Nova York com o sonho de se tornar atriz. O documentário explora a vida de Elena, suas dificuldades em lidar com o mundo, as suas fases depressivas, os seus traços de personalidade até culminar no seu suicídio. Petra, na época com 7 anos, busca de alguma forma reencontrar a irmã. [É utilizado um trecho com áudios e cartas de Elena

à sua família para a discussão dos Transtornos Mentais e suas relações com o suicídio]. Tempo de duração do trecho utilizado: 2 minutos.

- *Ensina-me a viver (Harold and Maude.1971)*: Neste filme dirigido por Hal Ashby, o jovem Harold (Bud Cort) tem obsessão pela morte, simulando diversas vezes o suicídio até conhecer Maude (Ruth Gordon), uma senhora apaixonada pela vida. [São utilizados pequenos trechos em que Harold simula a própria morte para apresentar aos estudantes as crenças errôneas em relação ao suicídio]. Tempo de duração dos trechos utilizados: 5 minutos.

2.2 Dramatização planejada de situação envolvendo tentativa de suicídio: simulação de uma situação-problema em sala de aula. O tempo de duração da teatralização foi de aproximadamente 15 minutos. A semi-turma (n=17 ou n=18) foi distribuída em círculo na sala de aula para que a dramatização ocorresse em seu centro. Um grupo de cinco estudantes se voluntariou para representar os personagens, cada um deles escolhendo o seu próprio papel. O estudante-ator tinha acesso a informações sobre as suas características pessoais e à parte da história, devendo improvisar os diálogos. Dessa forma, seria possível evitar que os estudantes agissem de acordo com o que acreditam ser mais desejável socialmente. Foram propostos os seguintes personagens:

- **Paciente:** Sexo feminino, 50 anos, levada à Unidade de Pronto Atendimento, após tentativa de suicídio por ingestão medicamentosa. Apresentava duas tentativas prévias.
- **Esposo da Paciente:** Cuidadoso, conhece o histórico da paciente e relata sobre o abandono do tratamento por parte da esposa.
- **Filha da Paciente:** Não acredita que a mãe quer realmente se matar. Apresenta diversas crenças errôneas em relação ao suicídio.
- **Médico (a) 1:** Realiza a anamnese e apresenta atitude de reprovação e crítica em relação a tentativa de suicídio da paciente.
- **Médico (a) 2:** Reavalia a paciente após estabilização clínica. Aconselha a paciente a não tentar suicídio novamente e programa alta sem encaminhamento e tratamento.

Após a dramatização, abria-se para discussão de cerca de 45 minutos e, quando pertinente, fazia-se a sugestão de inversão de papéis ou o convite para que outros

estudantes que haviam ficado na plateia atuassem como médicos da maneira que julgavam adequada.

3. Reaplicação do Questionário sobre a Atitude Frente ao Comportamento Suicida, ao final do Estágio em Psiquiatria, em sala de aula.

3.5 Análise de Dados

Para a análise dos questionários utilizou-se o SPSS – Statistical Data Analysis versão 17.0, um software elaborado para análises estatísticas e produzido pela International Business Machines (IBM). Foram aplicados os testes de Kolmogorov-Smirnov e o teste de Wilcoxon, cujas escolhas serão abordadas nos Resultados.

3.6 Aspectos éticos

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da FCMS da PUC-SP e foi aprovado em 08 de Março de 2016, sob parecer número 1.442.419, CAAE número 52856316.6.0000.5373.

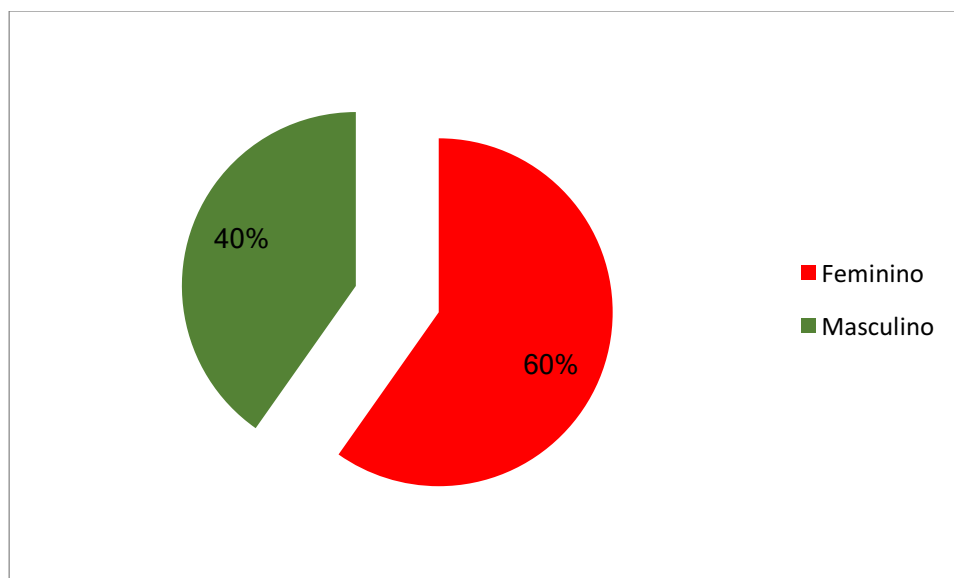
Os estudantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE (APÊNDICE A).

4. RESULTADOS

4.1 Questionário Sociodemográfico

A amostra da presente pesquisa foi constituída predominantemente por mulheres. De um total de 87 estudantes, 52 eram do sexo feminino e 35 do sexo masculino, representando 60% e 40%, respectivamente (Figura 4).

Figura 4 – Percentual de participantes da pesquisa por gênero



Nota: Os valores percentuais com 4 algarismos significativos são: 59,77% para o sexo feminino e 40,23% para o sexo masculino.

A média de idade da amostra foi de 23,85 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Idade dos participantes

Média	23,85 anos
Mediana	24 anos
Moda	24 anos

Fonte: Autoria própria

Embora o questionário seja composto pelo item Etnia, nos resultados será utilizado o termo Raça. Ambos são conceitos distintos. Raça está relacionada com características fenotípicas, como aparência e cor da pele; e a etnia é um conceito que engloba parâmetros como cultura, religião e linguagem.⁷⁶ Por isso, nessa

análise consideram-se as raças definidas pelo IBGE: Branca, Preta, Parda, Amarela ou Indígena.⁷⁷

De maneira ampla, os resultados para esse item dizem respeito à raça e, raramente, à etnia. Logo, respostas relacionadas à etnia ou à nacionalidade, para efeitos de tabulação, foram consideradas como *não informado*. A etnia quando declarada como *Negra* foi alterada para *Preta* e quando referida como *Caucasiana* substituída por *Branca*, de modo a seguir os critérios oficialmente estabelecidos.

Em relação à raça, a maioria declarou-se branca. Em termos percentuais: 79 brancos (90,8%), 6 pardos (6,9%), 1 preto (1,1%) e 1 não informado (1,1%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Raça dos estudantes participantes da pesquisa

Raça	Quantidade	Percentual
Branca	79	90,8
Parda	6	6,9
Preta	1	1,1
Não informou	1	1,1
Total	87	100,0

Fonte: Autoria própria

Nota: Os valores percentuais são aproximados em virtude dos algarismos significativos utilizados.

Sobre a renda familiar, por ter sido uma pergunta de caráter aberto, muitos informaram parâmetros pouco robustos como *aproximadamente* ou *acima de* impedindo, inclusive, a obtenção de dados estatísticos elementares tais como a média aritmética e a mediana da renda. A análise foi realizada seguindo os parâmetros de renda utilizados pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, através do Critério de Classificação Econômica do Brasil de 2015 (Tabela 3), que define os seguintes estratos socioeconômicos:

Tabela 3 – Renda Média Domiciliar – Critério Brasil

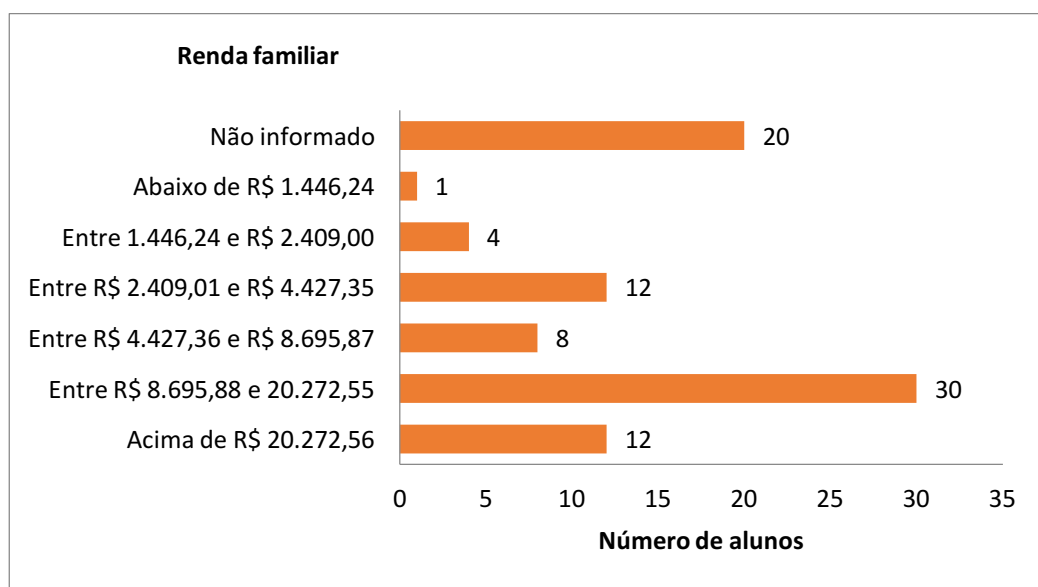
Estrato Sócio Econômico	Renda Média Domiciliar
A	R\$ 20.272,56
B1	R\$ 8.695,88
B2	R\$ 4.427,36
C1	R\$ 2.409,01
C2	R\$1.446,24
D-E	R\$ 639,78

Fonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2015).

Sobre os respondentes que não informaram a renda ou a informaram de modo mais genérico (*alta, média-alta, etc.*), para efeitos de tabulação, considerou-se como resposta *não informou*. Houve casos de respostas embasadas em salário mínimo. Para essas situações, considerou-se o valor nacional vigente no ano de 2016 (R\$ 880,00). Para valores informados como *aproximadamente* ou *acima de* considerou-se o numeral informado (por exemplo: *maior que 10.000*, lançado R\$ 10.000,00).

Portanto, a solução foi uma adaptação dos dados informados no questionário com os parâmetros oficialmente estabelecidos (Figura 5):

Figura 5 – Renda familiar informada



Fonte: A autoria própria

Pela análise da Figura 5, verifica-se que 20 estudantes ou, em termos percentuais, 22,99%, não informaram a renda. Excluindo-se aqueles que não informaram sua renda, pode-se dizer que o questionário é unimodal. Predomina o valor R\$ 8.800,00.

Na pergunta *Qual é a sua religião?*, para efeitos de tabulação, foram consideradas as seguintes respostas: *Católica, Evangélica, Adventista, Luterana, Protestante, Batista, Espírita, Umbanda, Budista, Judaica, Ateu, Agnóstico* ou *Não possui*. Aqueles que não se enquadraram nessa classificação (como Batista/Umbanda), foram denominados como *Outras*. Nas respostas em branco, ou

do tipo *apenas acredito em uma força superior* ou *um pouco de todas*, considerou-se que a o aluno *não informou* a religião.

Mais da metade da amostra declarou-se católica (55,2%). É importante salientar que 16,1% dos pesquisados não informaram a sua religião (Tabela 4).

Tabela 4 – Religião dos estudantes

Religião	Quantidade	Percentual
Agnóstica	1	1,1
Católica	48	55,2
Espírita	8	9,2
Evangélica	6	6,9
Judaica	2	2,3
Luterana	1	1,1
Não informado	14	16,1
Não possui	4	4,6
Outros	1	1,1
Protestante	2	2,3
Total	87	100,0

Fonte: Autoria própria

Nota: Os valores percentuais são aproximados em virtude dos Algarismos Significativos utilizados.

A maioria dos estudantes que responderam o questionário pouco ou nunca frequentam a Igreja (Tabela 5).

Tabela 5 – Frequência à Igreja

	Frequência Simples	Percentual acumulado
Uma vez por semana	15	17,24%
Uma vez por mês	18	37,93%
2 a 3 vezes por ano	14	54,02%
Aproximadamente uma vez por ano	5	59,77%
Nunca	17	79,31%
Quase nunca	18	100,00%
Total	87	-----

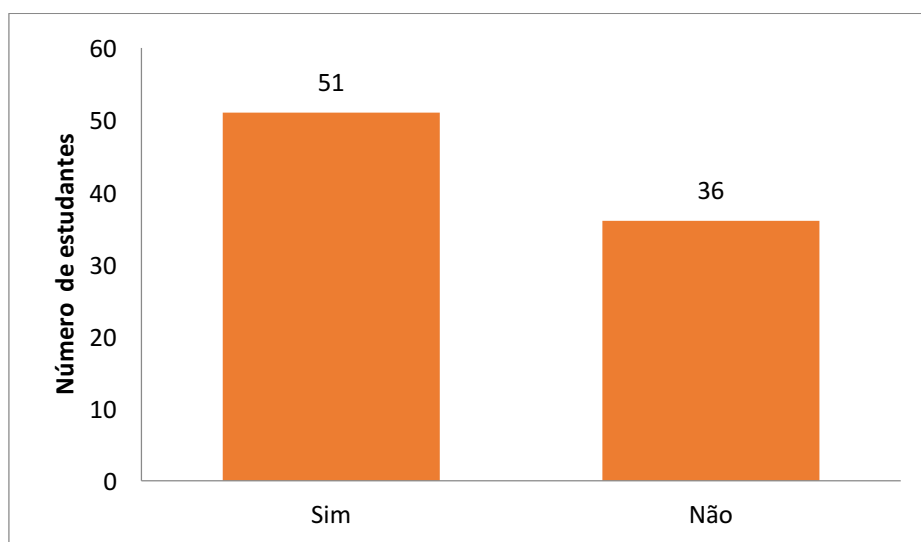
Fonte: Autoria própria

É preciso cautela no que diz respeito à análise sobre a frequência à Igreja, uma vez que algumas religiões denominam seus locais de culto como Templos ou

Mesquitas, por exemplo, adeptos do budismo, do islã e de algumas correntes evangélicas.

Ainda sob o aspecto religiosidade, sobre a pergunta *Você se considera uma pessoa religiosa?*, verificou-se que, 51 pesquisados se declararam pessoas religiosas (Figura 6).

Figura 6 – Quantidade de estudantes que se consideram ou não religiosos

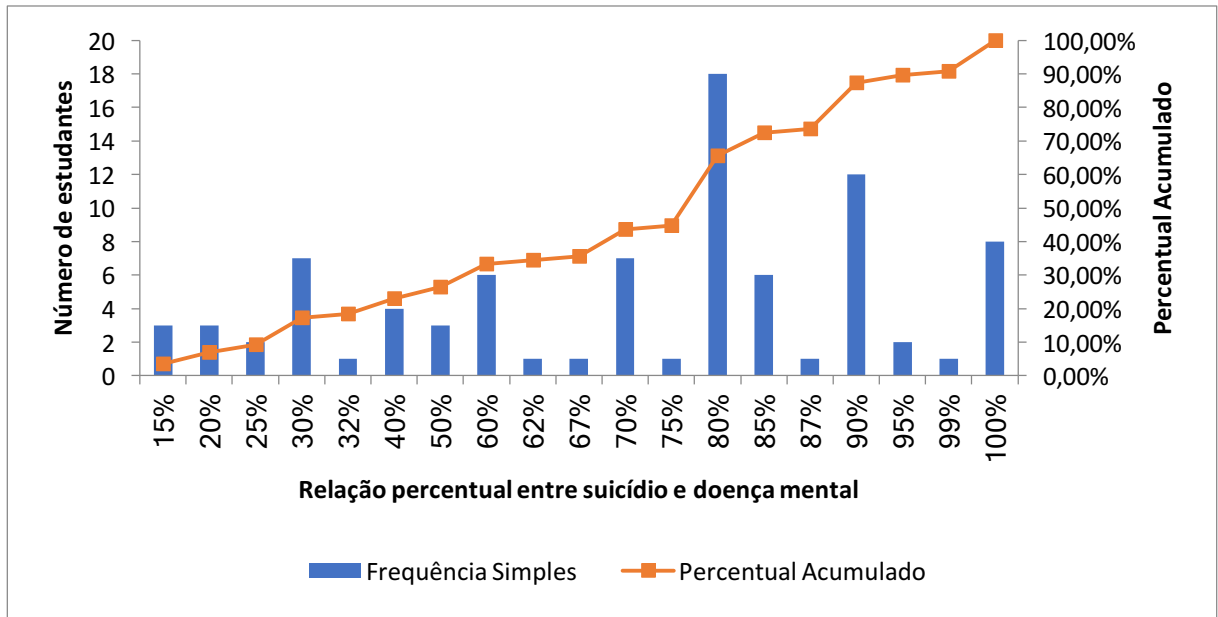


Fonte: Autoria própria

No que diz respeito à pergunta *Em sua opinião, entre as pessoas que cometeram suicídio, quantas você estima que sofriam de doença mental*, verificou-se no pré-questionário que 65,5% dos estudantes acreditam que essa relação é de até 80% (Figura 7). Ao analisarmos a mesma pergunta no pós-questionário observa-se que houve um deslocamento para percentuais mais elevados. Verifica-se que a maioria dos estudantes, cerca de 77% em termos percentuais, entende que a relação entre transtorno mental e suicídio é de no mínimo 90% (Figura 8).

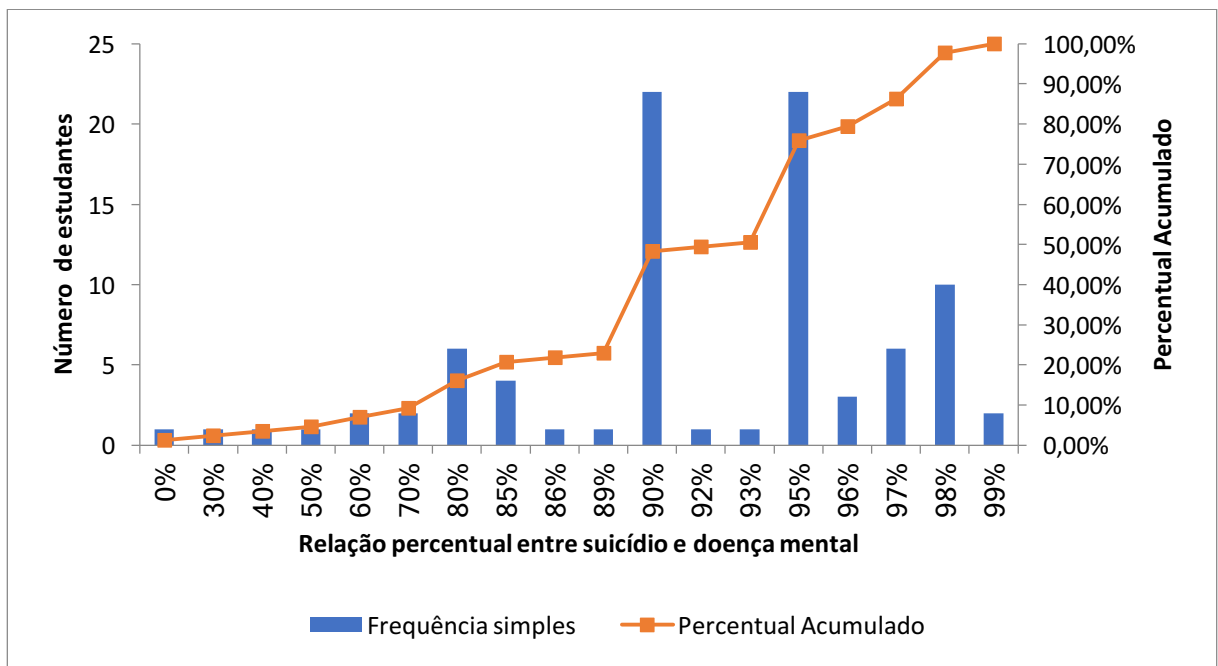
No pós-questionário houve um estudante que não respondeu a esta pergunta. Para efeitos de tabulação, digitou-se 0%.

Figura 7 – Relação percentual entre suicídio e doença mental, pré-questionário



Fonte: Autoria própria

Figura 8 – Relação percentual entre suicídio e doença mental, pós-questionário



Fonte: Autoria própria

4.2 Questionário - QuACS

Obteve-se medidas numéricas descritivas elementares do pré-questionário e do pós-questionário passíveis de serem analisadas por testes indutivos – Média e Desvio-Padrão.

Tais informações estão organizadas com base nos três fatores do QUACS: *Sentimentos negativos diante do paciente* (Fator 1), *Percepção de capacidade profissional* (Fator 2) e *Direito ao suicídio* (Fator 3). As questões não inclusas nesses três fatores também foram observadas: questão 8 (Q8) – *Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental*; questão 11 (Q11) – *Acho que é preciso ser uma pessoa corajosa para se matar*; questão 14 (Q14) – *Se eu sugerir um encaminhamento ao psiquiatra para um paciente que falou em se matar penso que isso será bem aceito pelo psiquiatra*; questão 20 (Q20) – *Um paciente internado dificilmente se mata sem que tenha um forte motivo para isso*; e, questão 21 (Q21) – *Eu já passei por situações que me fizeram pensar em suicídio*.

Para análise dos dados foram calculados os escores dos 3 fatores do QuACS:

- FATOR 1 = Q2+Q5+Q9+Q13+Q15+Q17+Q19 = 70 pontos;
- FATOR 2 = Q1+Q7+Q10+Q12 = 40 pontos
- FATOR 3: Q3+Q4+Q6+Q16+Q18 = 50 pontos.

As questões Q8, Q11, Q14, Q20 e Q21 não são somadas aos fatores pois não possuem semelhanças com os fatores construídos.⁹

Em *Sentimentos negativos diante do paciente*, quanto maior a pontuação maior a presença de tais sentimentos, os quais podem dificultar o auxílio ao indivíduo que apresentou uma tentativa de suicídio. Em relação ao fator *Percepção de capacidade profissional*, quanto maior a pontuação, mais confiante o profissional se sente para lidar com indivíduos com comportamento suicida. No fator *Direito ao suicídio*, uma maior pontuação pode significar uma atitude mais “moralista”.⁷⁵

As Médias e Desvios-Padrões das questões encontram-se a seguir (Tabelas 6 e 7).

Tabela 6 – Média e Desvio-Padrão das questões do QUACS, pré e pós-questionário

Fatores do QuACS	Pontuação máxima	Pré		Pós	
		Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão
Fator 1 – Sentimentos					
Negativos diante do Paciente	70	20,1	9,3	10,8	7,4
Fator 2 – Percepção da Capacidade Profissional					
	40	17,7	4,6	32,0	4,6
Fator 3 – Direito ao Suicídio					
	50	23,9	7,1	22,3	6,5

Fonte: Autoria própria

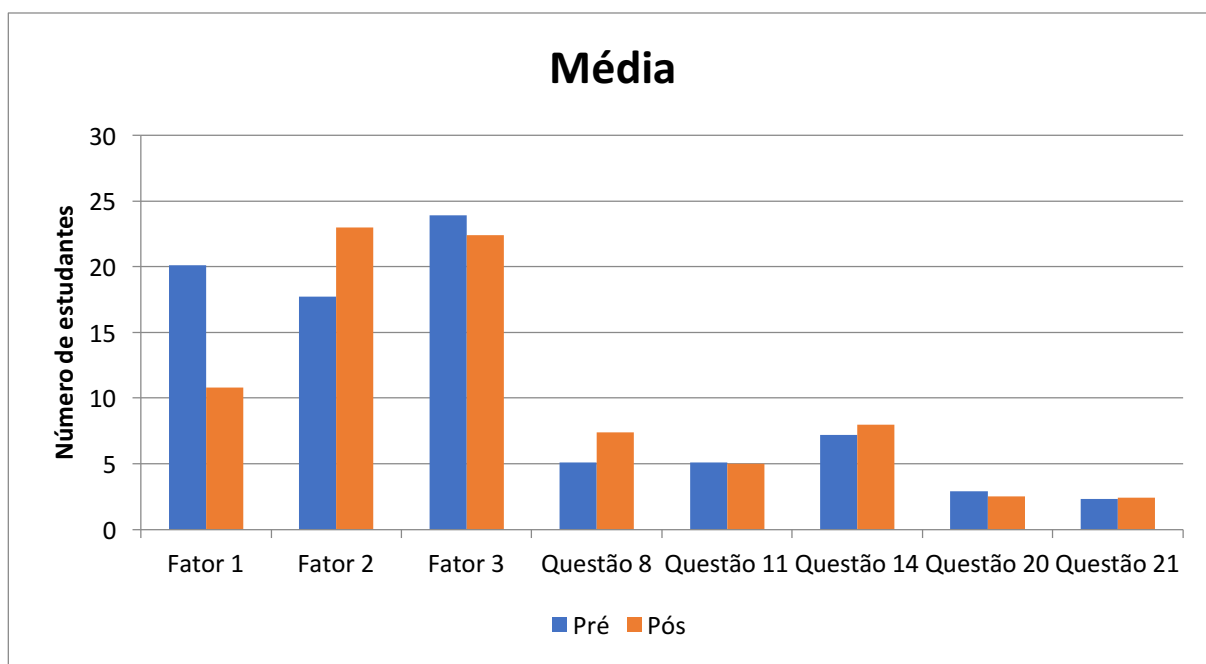
Tabela 7 – Média e Desvio-Padrão das questões não inclusas nos fatores, pré e pós-questionário

Item do QuACS não inclusos nos fatores	Pré		Pós	
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão
8. Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental.	5,1	3,3	7,5	2,7
11. Acho que é preciso ser uma pessoa corajosa para se matar.	5,1	3,3	5,0	3,3
14. Se eu sugerir um encaminhamento ao psiquiatra para um paciente que falou em se matar, penso que isso será bem aceito pelo psiquiatra.	7,3	2,5	8,0	2,5
20. Um paciente internado dificilmente se mata sem que tenha um forte motivo para isso.	2,9	2,8	2,7	2,7
21. Eu já passei por situações que me fizeram pensar em suicídio.	2,3	3,2	2,4	3,4

Fonte: Autoria própria

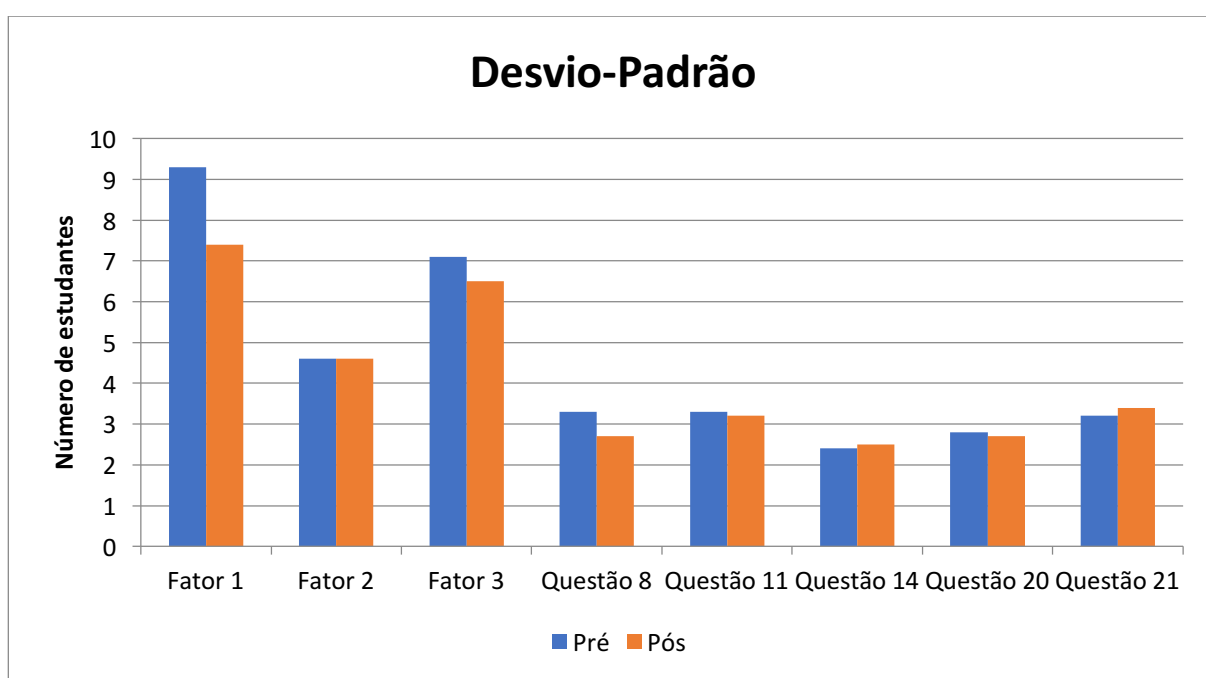
Os dados acima podem ser colocados em gráficos para melhor visualização e comparação das informações apresentadas nas tabelas (Figuras 9 e 10).

Figura 9 – Média das questões do QuACS, pré e pós-questionário.



Fonte: Autoria própria

Figura 10 – Desvio-Padrão das questões do QUACS, pré e pós-questionário.



Fonte: Autoria própria

Pode-se observar alterações em todos os itens, com destaque para os três fatores QuACS. Contudo, tal aspecto não significa que houve efetivamente, em termos de análise estatística, uma alteração na percepção dos estudantes. Para tanto, devemos realizar os estudos relacionados à Estatística Indutiva.

Nos estudos indutivos o interesse é generalizar os resultados de modo a “tirar conclusões sobre um grande número de eventos com base na observação de parte deles”.⁷⁸ Ou seja, para análise do presente estudo, garantir ou não que as percepções dos alunos, após a realização da capacitação, foram modificadas.

Para a validação dos dados, em um primeiro momento verificou-se a possibilidade de utilizar a Estatística Paramétrica, ou seja, se os resultados da amostra são normalmente distribuídos. Tecnicamente, para amostras suficientemente grandes já se pode considerar que a população tende a uma Distribuição Normal.⁷⁹

Para Levine, Stephan e outros⁸⁰, amostras de tamanho igual ou superiores a 30 já tendem à normalidade. Entretanto, para verificar tal hipótese, realizou-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov (APÊNDICE B). Essa análise é relevante, pois determina se é possível analisar a amostra por meio da Estatística Paramétrica (que tem como base os estudos probabilísticos) ou se é adequado utilizar testes não paramétricos.

É importante, ainda, salientar que os testes não-paramétricos são habitualmente utilizados nas ciências do comportamento quando não é possível determinar se o modelo é Normal ou por não exigirem o rigor da Distribuição Normal.⁷⁸

O Teste de Kolmogorov-Smirnov nos permite observar se a Distribuição tende à normalidade, ou não. Para tanto, estabelece-se duas hipóteses:

- Hipótese Nula (H0): a Distribuição é Normal
- Hipótese Alternativa (H1): a Distribuição não é Normal.

Caso o nível de significância seja superior a 0,05 (ou 5%), não rejeitamos a Hipótese Nula. Ou seja, podemos dizer que podemos ter uma Distribuição Normal⁸¹ e, conseqüentemente, utilizar os testes paramétricos. Caso contrário, utilizam-se os testes não-paramétricos.

Observando os resultados (APÊNDICE B), verifica-se que a maior parcela dos itens não segue os moldes de uma Distribuição Normal. Portanto, o mais adequado é a utilização dos testes não-paramétricos.

Segundo Siegel⁷⁸ os testes não paramétricos, “não exigem hipóteses muito numerosas ou rigorosas sobre os parâmetros”.

Como temos amostras dependentes (o pré-questionário e o pós-questionário foram aplicados em um mesmo grupo), de acordo com Field (2009)⁸¹, o teste adequado é o de Wilcoxon (APÊNDICE C).

Verifica-se que, das 21 questões, 12 diferem significativamente no que diz respeito à percepção dos alunos quanto aos itens estudados (Q1, Q2, Q5, Q7, Q8, Q9, Q10, Q12, Q13, Q15, Q18, Q19). Já em relação aos fatores, 2 diferem significativamente: *Sentimentos negativos diante do paciente* e *Percepção de capacidade profissional*. No entanto, *Direito ao suicídio* não apresenta diferença significativa. Em relação aos resultados da capacitação, pode-se afirmar que, estatisticamente, houve alteração quanto a percepção dos estudantes em relação ao suicídio.

Conclui-se que houve uma redução quanto aos sentimentos negativos diante do paciente, acompanhado de uma maior variabilidade nas respostas e um aumento na percepção de sentir-se profissionalmente capacitado para lidar com pacientes que apresentam comportamento suicida, com uma pequena redução na variação das respostas.

Sobre o fator *Direito ao suicídio* não existem evidências de que a capacitação trouxe mudanças quanto à percepção.

A seguir, as perguntas do questionário que podem ser consideradas satisfatórias quanto ao objetivo da capacitação profissional, ou seja, a mudança de percepção ($p < 0,05$). (Tabela 8).

Tabela 8 – Resultado da análise estatística das questões, pré e pós-questionário.

Pergunta	Média	Pré Coeficiente de Variação	Média	Pós Coeficiente de Variação
1. Me sinto capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar.	4,5	54,4%	6,7	33,4%
2. Quem fica ameaçando, geralmente não se mata.	2,5	105,2%	0,4	170,5%
5. No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio.	3,4	85,9%	2,4	107,5%
7. Me sinto capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar	4,2	58,8%	6,5	33,0%
8. Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental.	5,1	64,0%	7,5	36,6%
9. Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio, e acabar induzindo o paciente a isso.	3,3	84,4%	1,3	140,4%
10. Acho que tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio.	2,4	90,9%	6,0	39,3%
12. Sinto-me inseguro (a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio.	6,6	40,4%	3,8	71,4%
13. Às vezes dá raiva, porque tanta gente querendo viver... e aquele paciente querendo morrer.	2,5	103,2%	1,4	155,9%
15. A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar.	5,9	42,4%	4,8	65,5%
18. Quando uma pessoa fala de por fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela.	7,6	27,0%	6,8	40,2%
19. Quem quer se matar mesmo, não fica “tentando” se matar.	2,5	108,7%	0,7	169,4%

Fonte: Autoria própria

Verifica-se, como exposto anteriormente, que a maioria das questões nas quais ocorreu mudança significativa são aquelas listadas no fator *Sentimentos negativos diante do paciente* (Q2, Q5, Q9, Q13, Q15, Q19) e *Percepção de capacidade profissional* (Q1, Q7, Q10, Q12). Em *Direito ao suicídio* e nos itens não inclusos em nenhum desses fatores ocorreu apenas uma questão com mudança significativa (Q18 e Q8, respectivamente).

5 DISCUSSÃO

Historicamente, até a década de 1960, a profissão médica foi dominada pelos homens. Gradualmente as mulheres conquistaram espaço e geraram transformações nos bancos das universidades e nos ambientes laborais, até atingir o que se vê no atual século XXI: a feminização da medicina.⁸² É o que se encontra no universo da presente pesquisa, composta em sua maioria por mulheres. Em concordância com esses dados, o estudo ecológico de Scheffer & Cassenote verificou, a partir de dados do Conselho Federal de Medicina, que desde 2009 houve inversão do número de novos médicos registrados, predominando o gênero feminino. No grupo com 29 anos ou menos, 53,31% são mulheres.⁸³

Quase 80% dos participantes declararam possuir uma religião, a maioria católica. Por outro lado, embora cerca de 60% dos estudantes considerem-se religiosos, a maioria pouco ou nunca frequenta a Igreja. Em comparação com um estudo realizado na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em uma disciplina eletiva chamada Espiritualidade e Medicina dirigida a estudantes de medicina e enfermagem com 114 inscritos, 76% dos estudantes declararam alguma religião, 20% consideram-se agnósticos e 4% são ateus. Corroborando nossos achados, aproximadamente metade do grupo se classificou como não participativo ou esporádico (51%) e outra metade participativa.⁸⁴

Em relação à raça a maioria declarou-se branca (90,8%). Os pardos e pretos somaram 8%, índice este superior à média nacional. Em estudo realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP), com as informações dos estudantes que fizeram o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE), apenas 2,66% dos concluintes em 2010 eram pardos ou pretos.⁸⁵ Fazendo um paralelo com dados do IBGE de 2014, nota-se que não aparecem na amostra as raças amarela e indígena (correspondentes a 0,9% da população brasileira). Segundo dados oficiais do referido ano, a maior parte da população declarou-se branca (45,5%), como na presente pesquisa, porém em percentual significativamente menor. Ainda segundo o IBGE⁸⁶, as raças parda e preta somam 45% e 8,6%, respectivamente, o que não se reproduziu em nossos achados. Estes se justificam pela realidade da maioria das escolas médicas, onde a raça branca é predominante, tanto que houve a criação de programas governamentais como o

PROUNI em 2004 para permitir acesso de jovens afrodescendentes, indígenas ou portadores de necessidades especiais ao ensino superior, por meio de cotas.⁸⁷

Quanto aos dados do questionário, através da análise dos resultados, verifica-se a redução da ideia de que aquele paciente que ameaça o suicídio não se mata, ou seja, ocorreu o entendimento que falar sobre suicídio ou ameaçar que o fará é um fator de risco e, portanto, o indivíduo que sofre precisa de cuidado. Isso demonstra que ocorreu a compreensão de que essa ideia, embora amplamente pensada e divulgada, é errônea. Entretanto, é relevante destacar que o item possui uma variabilidade muito alta, o que significa que as percepções estão extremadas.

Com a capacitação percebe-se que os estudantes evitam menos se envolver profissionalmente com pacientes que tentaram o suicídio. Contudo, tanto *a priori* quanto *a posteriori* os resultados variaram significativamente. Um aspecto muito positivo a ser ressaltado é que os estudantes melhoraram sua capacidade de percepção quanto a reconhecer um suicida em potencial.

Verifica-se um aumento importante no conhecimento de que quem geralmente se mata tem algum transtorno mental, como afirmado por diversos dados da literatura já citados.^{15,17,18,24} Como exposto anteriormente, o transtorno mental se enquadra como o principal fator de risco de suicídio e, embora nem sempre seja possível evitar, é passível de tratamento e, conseqüentemente, pode ser prevenido.

Os estudantes diminuíram o receio em relação a perguntar a pacientes sobre ideias suicidas. Entretanto, é relevante ressaltar que há uma grande variabilidade nas respostas, sinal que, enquanto alguns sentem-se mais seguros, outros ainda permanecem receosos em lidar com o tema.

Os graduandos aumentaram significativamente a sensação de preparo para lidar com pacientes suicidas com uma redução do coeficiente de variação. Muitos sentiram-se mais seguros, como ocorreu no módulo eletivo em Hong Kong⁶⁴ e na capacitação de equipes de saúde em Campinas.⁷⁵ Entretanto, o aumento no coeficiente de variação pode ser resultado de uma manutenção de parte dos estudantes quanto ao item insegurança: enquanto alguns avançaram, outros podem ter estagnado ou até regredido, mostrando a necessidade de educação permanente sobre o tema, não podendo ser abordado em um único momento na graduação médica.

Notou-se que o sentimento de raiva, em uma escala de 0 a 10, é reduzido. E *a posteriori* reduziu-se ainda mais. Os valores do Coeficiente de Variação podem

significar a existência de extremos: ou o profissional mantém-se distante emocionalmente ou envolve-se negativamente. Uma possível explicação para esse achado é o fato que os estudantes adquirem conhecimentos ao longo da capacitação e tornam-se mais conscientes da presença de transtorno mental e sua associação com o suicídio.

O sentimento de impotência diminuiu, porém com um aumento do Coeficiente de Variação, significando que muitos mantêm a sensação de incapacidade.

Houve uma redução sobre interferir nas ideias suicidas do paciente, mas provavelmente essa interferência alterou-se em uma pequena parte do grupo, uma vez que o aumento do Coeficiente de Variação foi na ordem de 13,18%.

Ressalta-se que a capacitação não alterou as questões 3, 4, 6, 11, 14, 16, 17, 20 e 21. Dentre elas as dos itens não inclusos nos fatores analisados: Q11) *Acho que é preciso ser uma pessoa corajosa para se matar;* Q14) *Se eu sugerir um encaminhamento ao psiquiatra para um paciente que falou em se matar, penso que isso será bem aceito pelo psiquiatra;* Q20) *Um paciente internado dificilmente se mata sem que tenha um forte motivo para isso;* Q21) *Eu já passei por situações que me fizeram pensar em suicídio.*

A maior parte das questões em *Direito ao suicídio* também não sofreram mudança significativa: Q3) *Apesar de tudo, penso que uma pessoa tem o direito de se matar;* Q4) *Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho;* Q6) *A vida é um dom de Deus e só ele pode tirar;* Q16) *Quem tem Deus no coração, não vai tentar se matar.* Uma possível explicação para este achado é a correlação moderadamente negativa entre crença religiosa/espiritual com a crença de que não se tem o direito de morrer.⁶⁶ Uma vez que a crença religiosa manteve-se durante a capacitação, não alterou os pensamentos dos estudantes em relação ao direito ao suicídio.

Em *Sentimentos negativos diante do paciente* apenas a questão 17 não sofreu alteração: *No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a ideia de suicídio.* É provável que o estudante avalie os prejuízos causados pela doença física e a cronicidade do fato, porém se isso afeta o julgamento e a capacidade de decisões racionais do paciente, o profissional deve intervir e ofertar tratamento.⁶² O estudante precisa ser auxiliado a reconhecer quando os processos patológicos podem distorcer as percepções, ideias, razões, sentimentos e crenças do paciente para que ele possa atuar.⁸⁸

A menor pontuação em *Sentimentos negativos diante do paciente* no pós-questionário revela a redução de tais sentimentos, possibilitando um melhor atendimento e cuidado ao paciente que tentou suicídio. O aumento da pontuação em *Percepção de capacidade profissional* indica que os estudantes se sentem mais preparados e confiantes em lidar com pacientes com comportamento suicida. Já em *Direito ao suicídio* a mudança não significativa corresponde provavelmente a uma atitude que se mantém moralista. O trabalho de Cais⁷⁵, corrobora com esses achados. No entanto, ressalta-se que em sua capacitação, as questões relativas ao *Direito ao suicídio* não atingiram significância estatística no que corresponde aos indivíduos que responderam ao questionário nos três tempos (antes do curso, ao final do curso e após 9 meses da capacitação), provavelmente devido ao tamanho reduzido da amostra. O mesmo fator mostrou-se significativamente modificado pela capacitação quando consideradas todas as respostas preenchidas em cada tempo de avaliação (antes do curso, ao final do curso ou após 9 meses), ou apenas os indivíduos que responderam antes do curso e também ao final do curso.

É necessário esclarecer que, além dessa capacitação em relação ao tema Suicídio, durante o estágio curricular em Psiquiatria, os graduandos do 5º ano também realizam evoluções diárias de pacientes internados na Enfermaria de Psiquiatria do Hospital Regional de Sorocaba – discutindo os casos com residentes e preceptores – onde invariavelmente são atendidos pacientes com tentativas de suicídio. Sem dúvida, essa experiência vivenciada serve como acesso direto e fator facilitador para o aprendizado na abordagem do paciente suicida. Também é possível que o módulo de Reflexões dado no 4º ano do curso de medicina possa ter dado alguma bagagem pregressa em relação ao tema morte e morrer e outros conteúdos correlatos de Bioética que possam ter tornado o estudante da FCMS da PUC-SP mais preparado para enfrentar suicidas.⁸⁹

É nosso pensar que as mudanças adicionais ocorreram devido à capacitação dos estudantes aliada a essas habilidades e não pelo amadurecimento do estudante durante o Curso de Medicina. Achados semelhantes foram encontrados no estudo, já citado anteriormente, com graduandos de Barbacena, comparando grupo de alunos do 1º ao 7º período com o grupo de alunos do 8º ao 12º período. Nesse estudo não houve diferenças nos fatores *Sentimentos negativos diante do paciente* e *Capacidade profissional*, porém em *Direito ao suicídio* os alunos mais adiantados apresentam atitudes mais positivas.⁵⁷

Os resultados também positivos encontrados no trabalho em Hong Kong com o módulo eletivo sugerem que, além de incluir o módulo no currículo médico, ocorreu aumento da confiança em lidar com questões relacionados ao suicídio e melhora das habilidades na entrevista com o paciente.⁶⁴

Diferentemente dos médicos clínicos que geralmente já tiveram contato com pacientes com comportamento suicida, mesmo que a educação durante a graduação tenha sido falha, estudantes têm pouca ou nenhuma experiência no tema suicídio e por isso podem necessitar de uma abordagem gradual ao longo dos anos de formação para sentirem-se capacitados.⁵⁹ Capacitações específicas, ainda que curtas em duração, podem ter papel importante na formação dos estudantes, mas é recomendável otimizar este aprendizado longitudinalmente no currículo formal porque a retenção do conhecimento e o desenvolvimento de atitudes e habilidades requer maior exposição a este inquietante tema.^{90,91} Em um estudo com residentes em clínica médica verificou-se a tendência religiosa de condenação ou reprovação do suicídio.¹³

Em todas as semi-turmas submetidas à capacitação, após a discussão da temática com a utilização dos trechos dos filmes, um ou mais graduandos procuraram a pesquisadora para conversar sobre o suicídio. Trouxeram histórias de pensamentos e planejamentos suicidas em algum momento da vida, histórias de suicídios na família, preocupação com amigos e familiares sobre a possibilidade de estarem pensando em suicídio e como poderiam – ou se deveriam – abordar o assunto. Alguns externaram ainda os sentimentos que os filmes lhe causaram, como no trabalho de Retamero⁷² e nas situações vivenciadas por Blasco.⁷³

A dramatização de uma situação real – com a participação voluntária dos estudantes nos papéis de médico, paciente ou familiares – trouxe reações inusitadas por parte dos estudantes que ora riam, ora se emocionavam com as falas. Os graduandos recebiam os papéis que desempenhariam, mas tinham a liberdade para criarem as suas próprias falas no contexto da encenação. A discussão, após a dramatização, trouxe diversos comentários daqueles que assistiram ou participaram ativamente como críticas ou elogios à abordagem de colegas – permitindo a inversão de papéis quando necessário – e a recordação de diversos casos reais dentro da psiquiatria ou de outras áreas clínicas ou cirúrgicas com as quais os quintanistas já haviam tido contato anteriormente com pacientes que apresentavam comportamento suicida. Como concluiu Sher⁹², provavelmente, aulas magistrais,

seminários e leituras sejam métodos inadequados de ensino aprendizagem para o suicídio porque formas tradicionais não permitem colocá-los face-a-face com o problema.

Outro ponto de destaque desta pesquisa é permitir sua reprodutibilidade em outras escolas médicas de modo sistematizado e contextualizado.

O uso do questionário QuACS, já validado, ainda é pouco aplicado no cenário da temática do suicídio, mostrou-se ferramenta útil e de fácil aplicação para a validação da capacitação, embora mais estudos na área médica sejam necessários para consolidá-lo como instrumento de avaliação.

Além disso, nossos achados apontam a importância dos estudantes perceberem-se imbuídos de saberes atitudinais e não apenas cognitivos para poder enfrentar o desafio de experimentar interações com os pacientes suicidas mais produtivas, humanas e empáticas.

6 LIMITAÇÕES

O presente estudo apresenta algumas limitações que precisam ser apresentadas e discutidas, uma vez que podem ter interferido nos resultados expostos.

Em relação aos dados socioeconômicos inseridos no questionário proposto, eles poderiam ser aprimorados: ao invés de perguntas abertas seria de maior valia transformá-las em perguntas fechadas, de modo a possibilitar uma análise mais objetiva e evitar falhas como as citadas nos quesitos renda familiar, etnia (ou raça) e religião.

O questionário (QuACS), embora já validado, foi inicialmente utilizado em estudo com profissionais de enfermagem e neste estudo prestou-se aos graduandos em Medicina.

Não houve uma comparação com um grupo-controle, isto é, com um grupo de estudantes que não tiveram acesso à capacitação para que seja possível inferir que as mudanças relacionadas a conhecimentos e atitudes ocorreram devido à capacitação e não, por exemplo, a outros fatores como o próprio amadurecimento estudantil dentro do curso médico, embora seja improvável. A ausência desse grupo-controle se justifica, uma vez que a presente capacitação faz parte da matriz curricular do estágio em Psiquiatria da PUC-SP no 5º ano da faculdade. Considerar um grupo-controle, seria selecionar estudantes de outro ano, com mais ou menos conhecimento dentro do curso, o que tornaria inadequada a comparação.

É possível também que tenha ocorrido viés por contaminação experimental no que se refere ao comportamento social desejável, limitação de qualquer estudo focado em atitudes^{51,60}, isto é, o estudante responde aos itens do questionário de acordo com aquilo que entende como mais aceito pela sociedade e não necessariamente sobre o que pensa.

Não é possível utilizar outras capacitações para fins de análise comparativa com os nossos achados, quer porque elas são escassas na literatura médica, quer porque diferem substancialmente em relação à metodologia, público-alvo, conteúdo ministrado, metodologias de ensino-aprendizagem utilizadas e formas diversas de análise dos resultados encontrados.⁷⁵

Apesar das limitações expostas, a partir da análise de resultados, verifica-se que esta temática é de suma importância, deve ser abordada processualmente durante o curso médico e a utilização de metodologias ativas como o uso de filmes e de dramatização foram eficazes em permitir que os estudantes se sentissem mais capazes de ajudar pacientes que apresentam pensamento, ideação, planejamento ou tentativa de suicídio.

7 CONCLUSÕES

Os estudantes quintanistas da FCMS da PUC-SP iniciam o estágio de Psiquiatria sentindo-se despreparados e receosos em lidar com o tema suicídio. Através do uso de metodologias ativas de aprendizagem – exibição de trechos de filmes com posterior discussão e a dramatização de situações ligadas ao tema suicídio – os estudantes percebem-se mais capazes em reconhecer o paciente que apresenta risco de suicídio e sentem-se mais seguros em oferecer cuidado.

O presente estudo verificou melhora no conhecimento dos estudantes sobre o tema suicídio e a capacitação permitiu reverter crenças errôneas que até então permeavam a mente dos futuros profissionais.

Conclui-se que a capacitação, através de metodologias ativas de aprendizagem, foi efetiva em produzir melhorias em relação à percepção da capacidade profissional do estudante e em reduzir os sentimentos negativos destes em relação ao paciente suicida, ao gerar maior conhecimento, mudar atitudes, reduzir estigmas e propiciar a abordagem adequada do paciente que apresenta tentativa de suicídio.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O suicídio é um grave problema de saúde pública mundial que necessita ser discutido em todos os cursos de saúde nas instituições de ensino superior. Capacitar os estudantes de medicina em relação ao tema é fundamental e urgente, uma vez que eles se constituirão nos futuros médicos generalistas que atenderão muitos dos pacientes portadores de transtorno mental, com riscos e tentativas de suicídio, e podem tornar-se agentes de prevenção, transformando esta triste realidade.

Atuar sobre crenças errôneas, muitas vezes enraizadas socialmente na mente dos estudantes, é de fundamental importância para que essas ideias não gerem atitudes negativas frente ao paciente. Portanto, faz-se necessário fornecer ao graduando meios para o seu aprendizado, possibilitando gerar conhecimento, desenvolver habilidades, diminuir estigmas sociais e modificar atitudes, capacitando o futuro profissional a prestar assistência e fazer os encaminhamentos adequados aos pacientes suicidas.

A utilização de metodologias ativas rompe barreiras, considera os conhecimentos e vivências prévias, facilita o acesso ao professor e o relacionamento deste com o discente. Permite também, o encontro do estudante com seus medos, angústias, conflitos, dúvidas e pré-conceitos, podendo ser ponto de partida para a constituição de uma adequada relação médico-paciente.

É importante compreender que a análise do presente trabalho corresponde à percepção dos estudantes ao término de um estágio curricular e, embora tenha apresentado mudanças positivas em relação à percepção, conhecimento e capacidade, pode não resultar em uma mudança definitiva de postura profissional. Essa validação deve ocorrer por meio de um estudo mais prolongado e amplo, de modo que os estudantes possam ser observados em sua rotina profissional após a capacitação.

REFERÊNCIAS

1. Pessoa F. O poeta fingidor. 1ª ed. São Paulo: Ed. Globo; 2009. p.36-37.
2. Ferreira ABH. Dicionário Aurélio da língua portuguesa. 5ª. Curitiba: Positivo; 2010. Suicídio; p.1979.
3. Meleiro AMASM, Bahls S-C. O comportamento suicida. In: Meleiros AMAS, Teng CT, Wang YP, organizadores. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma; 2004. p. 13–36.
4. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014.
5. Rosenberg ML, Davidson LE, Smith JC, Berman AL, Buzbee H, Gantner G, et al. Operational criteria for the determination of suicide. *J Forensic Sci.* 1988;33(6):1445–56.
6. Lopes-Cardoso Á. O direito de morrer: suicídio e eutanásia. Mem Martins: Publicações Europa-América; 1986 apud Ferreira R. O suicídio [Trabalho de avaliação contínua]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2008. p.4.
7. Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015. p.14,29-30.154.
8. Netto NB. Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007. p.12.
9. Silva LLT. Atitudes e percepções de estudantes e professores de enfermagem frente ao suicídio de adolescentes [doutorado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014. p.23-4,27,121.
10. Serra JMP. O suicídio considerado como uma das belas artes. Covilhã: LusoSofia; 2008. p.6-10.
11. Camus A. O mito de Sísifo. 6ª ed. Rio de Janeiro: Best Bolso; 2010.
12. Durkheim É. O suicídio. São Paulo: Editora Martin Claret; 2003.
13. Ramos INB, Falcão EBM. Suicídio: um tema pouco conhecido na formação médica. *Rev Bras Educ Med.* 2011;35(4):507–16.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; Unicamp; Opas; 2006. 74 p.
15. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World psychiatry.* 2002;1(3):181–5.

16. Värnik P. Suicide in the world. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(3):760–71.
17. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol USP*. 2014;25(3):231–6.
18. Botega N, Bertolote JM, Hetem LA, Bessa MA. Prevenção do suicídio. *Debates Psiquiatr Hoje*. 2010;2(1):10–20.
19. Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(Supl II):86–94.
20. Mello-Santos C, Bertolote JM, Wang Y-P. Epidemiology of suicide in Brazil (1980 - 2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(2):131–4.
21. Marín-León L, Oliveira HB, Botega NJ. Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small counties. *Rev Panam salud pública = Pan Am J public Heal*. 2012;32(5):351–9.
22. Zanin A. Suicídio em idosos no Brasil de 2005 a 2010 [trabalho de conclusão de especialização]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013. p.29,32.
23. Chachamovich E, Stefanello S, Botega N, Turecki G. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(Supl I):18–25.
24. Organização Mundial da Saúde. Prevenção do suicídio : um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra: OMS; 2000. 22 p.
25. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997;170:205–28.
26. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *Br J Psychiatry*. 2002;181:193–9.
27. Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(Supl II):S87-95.
28. Botega NJ, Reginato DG, Silva SV, Cais CFS, Rapeli CB, Mauro MLF, et al. Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(4):315–8.
29. Minayo MCS, Meneghel SN, Cavalcante FG. Suicídio de homens idosos no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2012;17(10):2665–74.

30. Meleiro AMAS. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Rev Assoc Med Bras.* 1998;44(2):135–40.
31. Boxer PA, Burnett C, Swanson N. Suicide and occupation: a review of the literature. *J Occup Environ Med.* 1995;37(4):442–52.
32. Meleiro AMAS, Teng CT. Fatores de risco de suicídio. In: Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP, organizadores. *Suicídio: estudos fundamentais.* São Paulo: Segmento Farma; 2004. p.109–31.
33. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis.* 2004;25(4):147–55.
34. Bertolote JM. *O suicídio e sua prevenção.* São Paulo: Editora UNESP; 2012. p.39–58.
35. Meneghel SN, Victora CG, Faria NMX, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(6):804–10.
36. Orellana JD, Balieiro AA, Fonseca FR, Basta PC, Souza MLP. Spatial-temporal trends and risk of suicide in Central Brazil: an ecological study contrasting indigenous and non-indigenous populations. *Rev Bras Psiquiatr.* 2016;38(3):222–30.
37. Leenaars AA. Suicide among indigenous peoples: introduction and call to action. *Arch Suicide Res.* 2006;10(2):103–15.
38. Hunter E, Harvey D. Indigenous suicide in Australia, New Zealand, Canada, and the United States. *Emerg Med.* 2002;14(1):14–23.
39. Lake CR. How academic psychiatry can better prepare students for their future patients. Part I: the failure to recognize depression and risk for suicide in primary care; problem identification, responsibility, and solutions. *Behav Med.* 2008;34(3):95–100.
40. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry.* 2002;159(6):909–16.
41. World Health Organization. *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours – SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS.* Geneva: WHO; 2002. 97 p.
42. Bergmans Y, Links PS. A description of a psychosocial/psychoeducational intervention for persons with recurrent suicide attempts. *Crisis.* 2002;23(4):156–60.
43. Cooper JB, Lawlor MP, Hioreh U, Kapur N, Appleby L. Factors that influence emergency department doctors' assessment of suicide risk in deliberate self-harm patients. *Eur J Emerg Med.* 2003;10(4):283–7.

44. Botega NJ, Werlang BSG, Cais CFS, Macedo MMK. Prevenção do comportamento suicida. *Psico*. 2006;37(3):213–20.
45. Botega NJ, Marín-León L, Oliveira HB, Barros MBA, Silva VF, Dalgalarondo P. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(12):2632–8.
46. Rutz W, von Knorring L, Pihlgren H, Rihmer Z, Wålinder J. Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. *Lancet*. 1995;345(8948):524.
47. Rutz W. Preventing suicide and premature death by education and treatment. *J Affect Disord*. 2001;62(1–2):123–9.
48. Oyama H, Fujita M, Goto M, Shibuya H, Sakashita T. Outcomes of community-based screening for depression and suicide prevention among Japanese elders. *Gerontologist*. 2006;46(6):821–6.
49. Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med*. 2006;36(9):1225–33.
50. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*. 2008;86(9):703–9.
51. Fiedorowicz JG, Tate J, Miller AC, Franklin EM, Gourley R, Rosenbaum M. Intervention for medical students assessment of suicide risk. *Acad Psychiatry*. 2013;37(6):398–401.
52. Weinberg I, Ronningstam E, Goldblatt MJ, Schechter M, Wheelis J, Maltzberger JT. Strategies in treatment of suicidality: identification of common and treatment-specific interventions in empirically supported treatment manuals. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(6):699–706.
53. Ghasemi P, Shaghghi A, Allahverdipour H. Measurement scales of suicidal ideation and attitudes: a systematic review article. *Heal Promot Perspect*. 2015;5(3):156–68.
54. Quinlivan L, Cooper J, Meehan D, Longson D, Potokar J, Hulme T, et al. Predictive accuracy of risk scales following self-harm: multicentre, prospective cohort study. *Br J Psychiatry*. 2017;210(6):429–36.
55. Batterham PJ, Ftanou M, Pirkis J, Brewer JL, Mackinnon AJ, Beautrais A, et al. A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. *Psychol Assess*. 2015;27(2):501–12.

56. Meleiro AMAS, Scalco AZ, Mello-Santos C. Abordagem médica da tentativa de suicídio. In: Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP, organizadores. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma; 2004. p.157–74.
57. Magalhães CA, Neves DMM, Brito LMDM, Leite BBC, Pimenta MMF, Vidal CEL. Atitudes de estudantes de medicina em relação ao suicídio. *Rev Bras Educ Med*. 2014;38(4):470–6.
58. Brasil. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. *Diário Of da União*. 2014;(117):8–11.
59. Hawgood JL, Krysinska KE, Ide N, De Leo D. Is suicide prevention properly taught in medical schools? *Med Teach*. 2008;30(3):287–95.
60. Öncü B, Soykan Ç, Ihan IÖ, Sayil I. Attitudes of medical students, general practitioners, teachers, and police officers toward suicide in a Turkish sample. *Crisis*. 2008;29(4):173–9.
61. Taliaferro LA, Borowsky IW. Physician education: a promising strategy to prevent adolescent suicide. *Acad Med*. 2011;86(3):342–7.
62. Barrett NA. The medical student and the suicidal patient. *J Med Ethics*. 1997;23(5):277–81.
63. Cezar PHN, Gomes AP, Siqueira-Batista R. O Cinema e a educação bioética no curso de graduação em medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2011;35(1):93–101.
64. Yousuf S, Beh PSL, Wong PWC. Attitudes towards suicide following an undergraduate suicide prevention module: experience of medical students in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 2013;19(5):377–85.
65. Wallin U, Runeson B. Attitudes towards suicide and suicidal patients among medical students. *Eur Psychiatry*. 2003;18(7):329–33.
66. Nelson J., Collins A, Foster T, Cooper S. Religious beliefs and attitudes toward suicide in a cohort of medical students at Queen’s University Belfast. *Ulster Med J*. 2013;82(3):194–5.
67. Puttagunta R, Lomax ME, McGuinness JE, Coverdale J. What is the prevalence of the experience of death of a patient by suicide among medical students and residents? A systematic review. *Acad Psychiatry*. 2014;38(5):538–41.
68. Krueger DW. Patient suicide: model for medical student teaching and mourning. *Gen Hosp Psychiatry*. 1979;1:229–33.
69. Bonamigo EL, Destefani AS. A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. *Rev Bioética*. 2010;18(3):725–42.

70. Varga CRR, Almeida VC, Germano CMR, Melo DG, Chachá SGF, Souto BGA, et al. Relato de experiência: o uso de simulações no processo de ensino-aprendizagem em medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(2):291–7.
71. Perosa GB, Ranzani PM. Capacitação do médico para comunicar más notícias à criança. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(4):468–73.
72. Retamero C, Walsh L, Otero-Perez G. Use of the film *The Bridge* to augment the suicide curriculum in undergraduate medical education. *Acad Psychiatry*. 2014;38(5):605–10.
73. Blasco PG. A sétima arte e humanização da Medicina. *Rev Ser Médico*. 2017;79:26–9.
74. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):507–14.
75. Cais CFS. Prevenção do suicídio: estratégias de abordagens aplicadas no município de Campinas-SP [doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2011. p.49,64,101-2.
76. Santos DJS, Palomares NB, Normando D, Quintão CCA. Raça versus etnia: diferenciar para melhor aplicar. *Dent Press J Orthod*. 2010;15(3):121–4.
77. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características étnico-raciais da população: um estudo das categorias de classificação de cor ou raça. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
78. Siegel S. Estatística não-paramétrica. São Paulo: McGraw-Hill; 1975.
79. Guerra JM, Donaire D. Estatística indutiva: teoria e exercícios. São Paulo: Livraria Ciência e Tecnologia; 1982.
80. Levine DM, Stephan DF, Krehbiel TC, Berenson ML. Estatística: teoria e aplicações. 6ª ed. Rio de Janeiro: LTC; 2013.
81. Field A. Descobrendo a estatística usando o SPSS. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
82. Ávila RC. Formação das mulheres nas escolas de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2014;38(1):142–9.
83. Scheffer MC, Cassenote AJF. A feminização da medicina no Brasil. *Rev Bioética*. 2013;21(2):268–77.

84. Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde. A experiência na graduação da UNIFESP [Internet]. UNIFESP. 2017 [acesso em 03 abr. 2017]. Disponível em:
http://www2.unifesp.br/centros/cehfi/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=38:a-experiencia-na-graduacao-da-unifesp&catid=16:sobre-espiritualidade-e-saude&Itemid=3
85. Capuchinho C. No curso de medicina, apenas 2,7% dos formandos são negros [Internet]. UOL educação. 2013 [acesso em 03 abr. 2017]. Disponível em:
<https://educacao.uol.com.br/noticias/2013/05/20/negros-ainda-sao-minoria-entre-formados-no-ensino-superior.htm>
86. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de indicadores 2014. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
87. Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005. Diário Of da União. 2005;1:7.
88. Coverdale J, McCullough LB, Roberts LW. The ethics of psychiatric education. *Psychiatr Clin North Am.* 2009;32(2):413–21.
89. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde. Projeto pedagógico do curso de medicina da PUC-SP 2010. Sorocaba: PUC-SP; 2010. 204-205 p.
90. De Silva E, Bowerman L, Zimitat C. A suicide awareness and intervention program for health professional students. *Educ Heal.* 2015;28(3):201.
91. Kato TA, Suzuki Y, Sato R, Fujisawa D, Uehara K, Hashimoto N, et al. Development of 2-hour suicide intervention program among medical residents: First pilot trial. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2010;64(5):531–40.
92. Sher L. Teaching medical professionals about suicide prevention: what's missing? *Q J Med.* 2011;104:1005–8.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadora: Cristiane Cacossi Picarelli

Orientadora: Prof^ª Dra. Cibele Isaac Saad Rodrigues

Coorientador: Prof. Dr. Carlos von Krakauer Hübner

Título da pesquisa: “Prevenção de Suicídio: O que sabem os estudantes de medicina?”

Nome (participante): _____

Caro participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada “*Prevenção de Suicídio: o que sabem os estudantes de medicina?*”, referente a Trabalho de Conclusão de tese de mestrado. O objetivo deste estudo é avaliar o seu conhecimento prévio em relação ao suicídio e a sua posterior aquisição de conhecimento.

Sua forma de participação no estudo consiste em responder a um questionário simples em dois momentos: antes e após atividades de intervenção com o uso de metodologias ativas de ensino e aprendizagem (dramatização e utilização de filmes com problematização e debates ao final).

Não será cobrado nada e não haverá gastos nem riscos na sua participação neste estudo, portanto não estão previstos ressarcimentos ou indenizações. Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar, ou retirar seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação, se assim o preferir.

Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para mais informações a respeito do estudo, a qualquer momento.

Em caso de dúvidas e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora Cristiane Cacossi Picarelli pelo telefone (11) 99847-8900 ou com o presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Prof. Dr. José Augusto Costa, no telefone (15) 3212-9896.

Eu confirmo que fui informado(a) sobre os objetivos desta pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este termo de consentimento, que vai assinado em duas vias, sendo uma cópia para mim e uma para a pesquisadora. Portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário(a) desta pesquisa.

_____/_____/_____
(data)

(Assinatura do participante)

(Assinatura do pesquisador)

APÊNDICE B – VERIFICAÇÃO DE NORMALIDADE PELO TESTE DE KOLMOGOROV-SMIRNOV

(continua)

Item	Amostra	Nível de Significância	Rejeita-se a H0?
Questão 1	Pré-questionário	0,0225	SIM
	Pós-questionário	0,0075	SIM
Questão 2	Pré-questionário	0,0000	SIM
	Pós-questionário	0,0000	SIM
Questão 3	Pré-questionário	0,0015	SIM
	Pós-questionário	0,0376	SIM
Questão 4	Pré-questionário	0,0014	SIM
	Pós-questionário	0,0004	SIM
Questão 5	Pré-questionário	0,0002	SIM
	Pós-questionário	0,0000	SIM
Questão 6	Pré-questionário	0,0011	SIM
	Pós-questionário	0,0000	SIM
Questão 7	Pré-questionário	0,0373	SIM
	Pós-questionário	0,0013	SIM
Questão 8	Pré-questionário	0,0005	SIM
	Pós-questionário	0,0000	SIM
Questão 9	Pré-questionário	0,0000	SIM
	Pós-questionário	0,0000	SIM
Questão 10	Pré-questionário	0,0000	SIM
	Pós-questionário	0,0004	SIM
Questão 11	Pré-questionário	0,0821	NÃO
	Pós-questionário	0,0109	SIM
Questão 12	Pré-questionário	0,0171	SIM
	Pós-questionário	0,0205	SIM
Questão 13	Pré-questionário	0,0000	SIM
	Pós-questionário	0,0000	SIM
Questão 14	Pré-questionário	0,0007	SIM
	Pós-questionário	0,0000	SIM

(conclusão)			
Item	Amostra	Nível de Significância	Rejeita-se a H0?
Questão 15	Pré-questionário	0,2000	NÃO
	Pós-questionário	0,0019	SIM
Questão 16	Pré-questionário	0,0000	SIM
	Pós-questionário	0,0000	SIM
Questão 17	Pré-questionário	0,0002	SIM
	Pós-questionário	0,0000	SIM
Questão 18	Pré-questionário	0,0013	SIM
	Pós-questionário	0,0030	SIM
Questão 19	Pré-questionário	0,0000	SIM
	Pós-questionário	0,0000	SIM
Questão 20	Pré-questionário	0,0000	SIM
	Pós-questionário	0,0000	SIM
Questão 21	Pré-questionário	0,0000	SIM
	Pós-questionário	0,0000	SIM
Fator 1	Pré-questionário	0,2000	NÃO
	Pós-questionário	0,0045	SIM
Fator 2	Pré-questionário	0,0848	NÃO
	Pós-questionário	0,1793	NÃO
Fator 3	Pré-questionário	0,2000	NÃO
	Pós-questionário	0,2000	NÃO

APÊNDICE C – RESULTADO DA ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS QUESTÕES E DOS FATORES

Item	Nível de Significância (p)	São significativamente diferentes?
Questão 1	0,0000	SIM
Questão 2	0,0000	SIM
Questão 3	0,3586	NÃO
Questão 4	0,2420	NÃO
Questão 5	0,0277	SIM
Questão 6	0,1642	NÃO
Questão 7	0,0000	SIM
Questão 8	0,0000	SIM
Questão 9	0,0000	SIM
Questão 10	0,0000	SIM
Questão 11	0,8565	NÃO
Questão 12	0,0000	SIM
Questão 13	0,0012	SIM
Questão 14	0,0576	NÃO
Questão 15	0,0075	SIM
Questão 16	0,4491	NÃO
Questão 17	0,1374	NÃO
Questão 18	0,0146	SIM
Questão 19	0,0000	SIM
Questão 20	0,3871	NÃO
Questão 21	0,9634	NÃO
Fator 1	0,0000	SIM
Fator 2	0,0000	SIM
Fator 3	0,1683	NÃO

ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE ATITUDES EM RELAÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICIDA

Este questionário pesquisa atitudes em relação ao comportamento suicida. Evite pensar demais para responder. Estamos interessados em sua resposta espontânea, a primeira ideia que lhe ocorrer. Você não será pessoalmente identificado quando da análise e publicação dos dados. Alguma informação pedida é para criar um código que lhe representa. Agradecemos sua participação.

Sexo: MASC FEM

Idade:

Etnia:

Renda familiar:

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

“Eu gosto de ouvir música sertaneja”

Discordo totalmente _____ / _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ / _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ / _____ Concordo plenamente

INÍCIO DO QUESTIONÁRIO

1. Me sinto capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar.

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

2. Quem fica ameaçando, geralmente não se mata.

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

7. Me sinto 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 ideias de suicídio, e acabar induzindo o paciente a isso.

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

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

Discordo totalmente _____ Concordo plenamente

Você se considera uma pessoa religiosa? [] NÃO [] SIM

Qual é sua religião?

Com que frequência você vai à igreja?

- [] Uma vez por semana
- [] Uma vez por mês
- [] 2 a 3 vezes por ano
- [] Aproximadamente uma vez por ano
- [] Quase nunca
- [] Nunca

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

RESPOSTA:%

Obrigado por sua colaboração!

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS E DA SAÚDE-
PUC/SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevenção de Suicídio: O que sabem os estudantes de Medicina?

Pesquisador: CRISTIANE CACOSI PICARELLI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52856316.6.0000.5373

Instituição Proponente: Fundação São Paulo - Campus Sorocaba da PUC-SP Fac Ciências Med e da

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.442.419

Apresentação do Projeto:

Esse projeto de pesquisa faz parte do Programa de Mestrado Profissional da PUC/SP.

No resumo os autores fazem uma introdução ao tema do suicídio e dizem que:

O suicídio configura-se como importante questão de saúde pública mundial na atualidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde, no ano de 2012 a taxa de suicídio foi de 800 mil mortes, sendo a segunda causa de morte entre jovens de 19 a 25 anos. Embora de extrema relevância, esse número é considerado subestimado. Sabe-se que a prevenção de suicídio é possível e não deve ser tarefa restrita apenas a profissionais da saúde especializados. Dados de literatura mostram que aproximadamente 45% dos pacientes com risco suicida procuram o médico no mês anterior

à consumação do ato, assim, reconhece-se o papel fundamental do médico generalista para os planos de prevenção. É necessário saber identificar fatores de risco e de proteção, além de se trabalhar as crenças irracionais que traduzem muitas vezes atitudes e pensamentos enraizados repletos de pré-conceitos e julgamentos. Certamente, um bom momento de capacitação desses profissionais seja durante a graduação médica. O presente projeto tem por objetivo avaliar o conhecimento do estudante quintanista da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP em relação ao tema suicídio – pré e pós a utilização de metodologias ativas de ensino aprendizagem – e capacitá-los para a realização da abordagem adequada.

Endereço: Rua Joubert Wey, 290

Bairro: Vergueiro

CEP: 18.030-070

UF: SP

Município: SOROCABA

Telefone: (15)3212-9896

Fax: (15)3212-9896

E-mail: cepfcms@pucsp.br

**FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS E DA SAÚDE-
PUC/SP**



Continuação do Parecer: 1.442.419

Trata-se de um estudo quantitativo, prospectivo, transversal, descritivo e analítico. Será aplicado o questionário já validado sobre a Atitude Frente ao Comportamento Suicida (QuACS) acrescido da obtenção de dados sociodemográficos. Pretende-se que a capacitação seja realizada através de dramatização de situações reais sobre suicídio e da apresentação de trechos de filmes escolhidos sobre o tema, com posterior problematização e debate. Espera-se que os estudantes apresentem lacunas no conhecimento e diversas crenças errôneas em relação ao tema, os quais podem ser revertidos com a capacitação por meio do uso de metodologias ativas.

A hipótese do estudo é que os estudantes do curso médico da FCMS da PUC-SP têm preconceito sobre o suicídio e não foram expostos ou foram pouco expostos ao tema e evitam abordá-lo.

aA pesquisa constará de 3 etapas:1. Aplicação de

Questionário de Avaliação do Comportamento Suicida ao total de participantes que concordem em participar da pesquisa pré capacitação, ou seja, antes que sejam expostos ao tema, independente do estágio em que se encontrem no internato. Este procedimento visa diagnosticar os conhecimentos prévios, sem a interferência da comunicação entre os alunos ao longo do ano, o que poderia hipoteticamente se constituir em viés.2. Capacitação realizada durante o período de estágio curricular na área de Psiquiatria por meio das seguintes estratégias de ensino aprendizagem inovadoras: 2.1 Dramatização planejada de situações reais sobre suicídio em pequenos grupos.2.2 Apresentação e interpretação de filmes sobre o tema suicídio com debate, problematização e discussões ao final. Serão utilizados trechos dos seguintes filmes: 'A Ponte', 'As horas', 'Elena' e 'Ensina-me a viver'. 3. Reaplicação do Questionário de Avaliação do Comportamento Suicida.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os autores os objetivos estão divididos em:

Objetivo Primário:

Avaliar o conhecimento do estudante quintanista da FCMS da PUC-SP em relação ao tema suicídio.

Objetivo Secundário:

- Capacitar o estudante quintanista na abordagem do suicídio.- Comparar o conhecimento pré e pós intervenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sobre isso os autores informam:

Riscos:

Endereço: Rua Joubert Wey, 290	CEP: 18.030-070
Bairro: Vergueiro	
UF: SP	Município: SOROCABA
Telefone: (15)3212-9896	Fax: (15)3212-9896 E-mail: cepfcms@pucsp.br

**FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS E DA SAÚDE-
PUC/SP**



Continuação do Parecer: 1.442.419

Os riscos são mínimos, uma vez que não promove danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual dos indivíduos da população pesquisada.

Benefícios:

Possibilidade de gerar conhecimento e sensibilização sobre a prevenção do suicídio.

Observa-se que não há riscos iminentes na forma de obtenção de dados dessa pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho é muito interessante e sugere uma boa experiência para os alunos do curso de Medicina.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos solicitados estão em acordo com as normas desse comitê. Estão presentes: o projeto, a folha de rosto, os 3 currículos lattes dos envolvidos, o TCLE, autorização do diretor da faculdade de Medicina e carta para o coordenador desse CEP.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Considerações Finais a critério do CEP:

Acatar

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_651722.pdf	31/01/2016 11:24:45		Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	31/01/2016 11:23:37	CRISTIANE CACOSI	Aceito
Outros	Lattes_Carlos.pdf	31/01/2016 11:08:29	CRISTIANE CACOSI	Aceito
Outros	Lattes_Cibele.pdf	28/01/2016 15:49:41	CRISTIANE CACOSI	Aceito
Outros	Lattes_Cristiane.pdf	28/01/2016 15:48:58	CRISTIANE CACOSI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodePesquisaCristiane.docx	28/01/2016 15:46:27	CRISTIANE CACOSI PICARELLI	Aceito

Endereço: Rua Joubert Wey, 290

Bairro: Vergueiro

CEP: 18.030-070

UF: SP

Município: SOROCABA

Telefone: (15)3212-9896

Fax: (15)3212-9896

E-mail: cepfoms@pucsp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS E DA SAÚDE-
PUC/SP



Continuação do Parecer: 1.442.419

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo1_TCLE.docx	28/01/2016 15:43:36	CRISTIANE CACOSSÍ PICARELLI	Aceito
Outros	CartaCEP_Cristiane.pdf	28/01/2016 15:41:33	CRISTIANE CACOSSÍ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao.pdf	15/01/2016 13:02:41	CRISTIANE CACOSSÍ PICARELLI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOROCABA, 08 de Março de 2016

Assinado por:
José Augusto Costa
(Coordenador)

Endereço: Rua Joubert Wey, 290
Bairro: Vergueiro **CEP:** 18.030-070
UF: SP **Município:** SOROCABA
Telefone: (15)3212-9896 **Fax:** (15)3212-9896 **E-mail:** cepfcms@pucsp.br