

Medeiros, B. G., Medeiros, N. S. B., & Pinto, T. R. *Educação permanente em saúde mental: o suicídio na agenda do cuidado dos Agentes Comunitários de Saúde*

## **Educação permanente em saúde mental: o suicídio na agenda do cuidado dos Agentes Comunitários de Saúde**

### **Permanent education in mental health: the suicide on the health care agenda of Community Health Agents**

### **Educación permanente en salud mental: el suicidio en la agenda del cuidado de los Agentes Comunitarios de Salud**

Bruno Gonçalves de Medeiros<sup>1</sup>

Natany de Souza Batista Medeiros<sup>2</sup>

Tiago Rocha Pinto<sup>3</sup>

#### **Resumo**

O objetivo desse estudo foi avaliar as atitudes dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) frente ao comportamento suicida antes e depois da capacitação voltada para o manejo de casos com risco suicida. A pesquisa foi desenvolvida no município de Caicó (RN) por ser uma cidade com alto índice de suicídios. Responderam ao Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida (QACS) e a Escala de Atitudes Frente ao Suicídio (EAS) pré/pós-capacitação 38 ACS, com idades entre 27 e 61 anos (M = 38,7, DP = 8,9). Os resultados indicaram que depois da capacitação os ACS apresentaram atitudes mais positivas sobre a capacidade para lidar com os pacientes. As atitudes desfavoráveis em relação ao suicídio anômico foram mais presentes depois da capacitação. Ressalta-se a importância da capacitação dos profissionais com foco no desenvolvimento de atitudes menos moralistas e compassivas.

**Palavras-chave:** Suicídio. Atenção primária. Agentes Comunitários de Saúde. Prevenção do suicídio.

#### **Abstract**

---

<sup>1</sup> Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Graduado em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

<sup>2</sup> Mestre em Neurociência Cognitiva e Comportamento pelo Programa de Pós-Graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

<sup>3</sup> Doutor em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu/Universidade Estadual Paulista (FMB/Unesp). Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu/Universidade Estadual Paulista (FMB/Unesp). Graduado em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista (Unesp/Bauru).

*Medeiros, B. G., Medeiros, N. S. B., & Pinto, T. R. Educação permanente em saúde mental: o suicídio na agenda do cuidado dos Agentes Comunitários de Saúde*

The objective of this study was to evaluate the attitudes of the Community Health Agents (CHA) in relation to suicidal behavior before and after training aimed at handling cases with suicidal risk. The research was developed in the municipality of Caicó (RN) because it is a city with a high rate of suicides. 38 CHA, aged 27-61 years ( $M = 38.7$ ,  $SD = 8.9$ ), answered the Suicide Behavior Attitude Questionnaire (SBAQ) and the Scale of Attitudes Toward Suicide (EAS) Pre/Post training. The results indicated that after the training, the CHA showed more positive attitudes about the ability to deal with patients. The unfavorable attitudes towards anomic suicide were more present after the training. It is important to emphasize the importance of professional training focused on the development of less moralistic and compassionate attitudes.

**Keywords:** Suicide. Primary attention. Community Health Agents. Preventing suicide.

### **Resumen**

El objetivo de este estudio fue evaluar las actitudes de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) frente al comportamiento suicida antes y después de la capacitación volcada para el manejo de casos con riesgo suicida. La investigación fue desarrollada en el municipio de Caicó (RN) por ser una ciudad con alto índice de suicidios. 38 ACS, con edades entre 27 y 61 años ( $M = 38,7$ ,  $DP = 8,9$ ), respondieron el Cuestionario de Actitudes frente al Comportamiento Suicida (QACS) y la Escala de Actitudes frente al Suicidio (EAS) pre/post entrenamiento. Los resultados indicaron que después del entrenamiento, la ACS mostró actitudes más positivas sobre la capacidad de tratar con los pacientes. Las actitudes desfavorables en relación al suicidio anómico fueron más presentes después de la capacitación. Se resalta la importancia de la capacitación de los profesionales con foco en el desarrollo de actitudes menos moralistas y compasivas.

**Palabras-clave:** Suicidio; Atención Primaria; Agentes Comunitarios de Salud; Prevención del suicidio.

## Introdução

O suicídio constitui uma importante questão de saúde pública no mundo inteiro. As taxas de suicídio no Brasil cresceram 62,5% entre 1980 e 2012, ocupando o terceiro lugar em causa de morte no país, sendo que acidentes de trânsito e homicídios são as duas primeiras causas de morte, como mostra o “Mapa da Violência 2014 – Os Jovens do Brasil” (Waiselfisz, 2014).

Operacionalmente, o suicídio pode ser definido como “causar o fim à própria vida voluntariamente”, consistindo em um fenômeno paradoxal que desafia várias áreas do conhecimento, entre elas: Psicologia, Filosofia, Direito, Psiquiatria, Bioética, bem como diversas religiões e o senso comum (Daolio & Silva, 2009). O suicídio é a etapa final do comportamento suicida, que último envolve ainda ideação suicida e os comportamentos suicidas sem resultado de morte (Buitrago & Constanza, 2011).

A região do Seridó é uma região geográfica e cultural pertencente ao estado do Rio Grande do Norte e da Paraíba, no primeiro é composta por 24 municípios. Dados de 2013 do Datasus, demonstram que algumas cidades da região do Seridó/RN apresentaram um coeficiente de suicídio muito alto, próximo dos índices encontrados em países do leste europeu – variando de 15 a 30 por 100 mil habitantes (White & Holmes, 2006). Os maiores registros foram encontrados nas cidades de São José do Seridó: 22,28; Lagoa Nova: 21,23; Cerro Corá: 18,30; Carnaúba dos Dantas: 13,23; Caicó: 9,06; e Acari: 8,81, enquanto na cidade de Natal, a Capital do estado, a média foi de 3,04 (Ministério da Saúde, 2013).

Devido a seu impacto social e o aumento constatado em todo o mundo, é importante estudar e intervir no fenômeno em todos os níveis de atenção à saúde (Botega, Werlang, Cais, & Macedo, 2006).

A maioria dos pacientes que cometem suicídio é atendida por um médico da Atenção Básica antes de serem avaliados por psiquiatra (Who, 2002). Sendo assim, os profissionais do primeiro nível de atenção são estratégicos para avaliação e intervenções, tendo também como função a detecção do risco de suicídio, etapa fundamental para prevenção e tratamento (Oliveira, Moreno, & Barbosa, 2018).

As atitudes dos profissionais de saúde frente ao suicídio sofrem influência de preconceitos e estigmas associados a pessoas com transtorno mental, o que pode afetar de modo decisivo no acesso ao tratamento e prevenção do suicídio (Funk, Drew, Freeman, & Faydi, 2010). A avaliação das atitudes em profissionais é um fator importante para a redução das vulnerabilidades desse grupo (Corrigan, Druss, & Perlick, 2014).

Apesar de o aumento das taxas de suicídio nos últimos anos ser um problema de saúde pública, em geral, os profissionais de saúde recebem pouco ou nenhum treinamento para avaliação e manejo de comportamentos suicidas, fator que contribui para os sentimentos negativos e a evitação existente na relação e no trabalho com pacientes em risco de suicídio (Oordt, Jobes, Fonseca, & Schmidt, 2009).

Como uma forma coordenada de prevenção do suicídio, têm sido desenvolvidos programas de treinamento para profissionais de saúde, com foco na identificação de vulnerabilidades, avaliação e identificação de risco suicida, mecanismos de apoio e tratamento (Szanto, Kalmar, Hendin, Rihmer, & Mann, 2007; Gask, Lever-Green, & Hays, 2008). Os estudos apontam que os programas para profissionais de nível superior apresentam resultados positivos quanto aos objetivos da capacitação, quando avaliadas as atitudes dos profissionais (Botega, 2015; Botega *et al.*, 2007; Cais, Silveira, Stefanello, & Botega, 2011; Gask, Lever-Green, & Hays, 2008).

O papel da atenção primária no cuidado em saúde mental tem sido amplamente discutido e ressaltado, tendo em vista que a presença de transtornos mentais comuns (como ansiedade e depressão) é frequente nesse serviço (Currid, Turner, Bellefontaine, & Spada, 2012). Além disso, o apoio social, a conexão e a proximidade são fatores protetores e os profissionais devem desenvolver competências para tais características (Cole-King, Parker, Williams, & Platt, 2013b).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) pode assumir muitas formas de intervenção considerando o planejamento estratégico, o treinamento dos profissionais, o direcionamento às necessidades locais, visando à implementação de intervenções em saúde adequadas. Considerando que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são mais próximos à população e têm vínculo, a capacitação visando à prevenção do suicídio deve ser pensada de forma estratégica a incluir esse profissional (Estellita-Lins, 2012; Filgueiras & Silva, 2011).

Uma das possibilidades é a formação contínua, com treinos de competências sobre o suicídio e suas características como um caminho para a prevenção do comportamento suicida e promoção da saúde mental. A Educação Permanente em Saúde (EPS) refere-se a aprender e ensinar incorporado ao cotidiano das organizações e ao trabalho, buscando a transformação das práticas, por meio da problematização (Alves, 2017).

Uma revisão sobre as estratégias de prevenção do suicídio aponta que ainda existem poucas evidências e relatos dos benefícios da atenção primária na prevenção do suicídio e que mais estudos devem ser realizados (Zalsman *et al.*, 2016). A porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde, a sua ligação política com a formação de

perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional são componentes centrais da EPS (Ceccim, 2005).

Diante desse contexto, foram desenvolvidas oficinas em espaços de educação permanente no intuito de discutir e instrumentalizar os ACS em relação à identificação, abordagem e intervenção frente ao fenômeno. Assim, o presente estudo tem como objetivo apresentar os resultados desse trabalho a partir da análise dos conhecimentos e atitudes dos Agentes Comunitários de Saúde diante do comportamento suicida antes e depois da capacitação, reconhecendo as mudanças fomentadas nesses espaços.

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, desenvolvida em consonância com os referenciais metodológicos da pesquisa-ação, tendo em vista a transformação da realidade social por meio da pesquisa (Tripp, 2005). Integra também um grupo de pesquisa sobre suicídio desenvolvido na região com projetos de mestrado, iniciação científica, conclusão de residência, e extensão voltados para a temática. Para tanto, privilegiou-se o trabalho de formação com os ACS, uma vez que o município conta com 148 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) distribuídos em 23 equipes de ESF, sendo eles convocados por memorando da Secretaria Municipal de Saúde. Dos profissionais convidados, 44 compareceram aos momentos presenciais e aceitaram participar do estudo, entretanto seis participantes foram eliminados por não realizarem alguma das etapas, restando 38 participantes.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma IES pública do estado do Rio Grande do Norte (sob o

Parecer nº 2.116.303). Os ACS que aceitaram participar do estudo preencheram o TCLE, receberam as instruções de preenchimento dos instrumentos, durando cerca de 30 minutos para finalizar e, logo depois, passaram por capacitação com duração de 4 horas. Posteriormente, em seus locais de trabalho, o pesquisador reaplicou os questionários para aqueles que participaram da primeira etapa do estudo.

Baseada na Coleção Guia de Referência Rápida – Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção (Prefeitura do Rio de Janeiro, 2016), a capacitação foi

para cinco grupos de ACS, tendo cada uma duração de 4 horas e sendo dividida em dois momentos: aspectos teóricos e práticos. Os conteúdos abordados no treinamento estão descritos no Quadro 1, sendo o embasamento teórico para o segundo momento focado no pragmatismo e no agir diante de casos com ideação suicida leve, além dos encaminhamentos e coordenação dos casos moderados e graves. Para isso, foram utilizados três casos clínicos com risco de suicídio leve, moderado e grave, para aplicação dos tópicos discutidos.

#### Quadro 1. Descrição do conteúdo do treinamento

---

**Epidemiologia do suicídio:** mudanças nas taxas de suicídio no mundo e no Brasil.

**Comportamento suicida:** definição; aspectos psicológicos; fatores de risco; fatores de proteção; mitos e verdades sobre o comportamento suicida.

**Avaliação do risco de suicídio:** etapas na avaliação de risco; avaliação da intencionalidade do suicídio; risco de gerenciamento de curto prazo; encaminhamentos.

---

Fonte: Elaborado pelos autores.

#### Instrumentos

*Escala de Atitude Frente ao Suicídio:* proposta por Aquino (2009), com o objetivo de identificar o nível de favorabilidade do respondente diante de três cenas específicas em que a tentativa ou o suicídio é cometido. Essas cenas foram escolhidas para representar os tipos de suicídio descritos por Durkheim (2000): egoísta, anômico e altruísta. Depois da descrição de cada um dos três cenários, são apresentados seis itens igualmente distribuídos entre os argumentos pró (favorabilidade; por exemplo, o personagem deveria pensar que o suicídio é uma saída para a situação e o único modo de salvar sua dignidade e liberdade) e contra (desfavorabilidade; por exemplo, o personagem deveria pensar que o suicídio é um ato de injustiça contra sua comunidade) o suicídio dos personagens

descritos. O instrumento apresenta evidências de validade fatorial e consistência interna (Aquino, 2009). Para fins de análise deste estudo, foram considerados apenas esse último item e os itens de atitudes desfavoráveis ao suicídio de cada cena.

*Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida (QACS):* proposto por Botega *et al.* (2005) com o objetivo de mensurar atitudes de profissionais de enfermagem, tem 21 itens abordando crenças, sentimentos e reações em relação às pessoas com comportamento suicida. A pontuação das questões é realizada por meio de uma marcação na escala, que pode variar de 0 a 10, sendo que 0 é igual à discordância total e 10 à concordância total. As perguntas contidas no instrumento foram agrupadas em três fatores: “sentimentos negativos perante o paciente suicida”, “percepção de capacidade profissional” e “direito ao suicídio”.

Também se solicitou aos participantes que respondessem a um conjunto de questões demográficas (e.g., sexo, idade, renda) com a finalidade de caracterizá-los.

### **Análises de dados**

Os dados da pesquisa foram estruturados e analisados estatisticamente com o software IBM SPSS Statistics V22.0. Foi feita uma análise descritiva das variáveis por meio do cálculo das frequências medianas, médias e desvios-padrão; e como análises inferenciais foram realizadas análises de correlação e comparação de médias e medianas. Foram considerados os três fatores da escala QACS: sentimentos em relação ao paciente, que se refere a sentimentos negativos e de impotência em relação ao paciente; percepção da capacidade profissional, que significa maior confiança em acolher indivíduos com comportamentos suicidas; e direito ao suicídio, que reflete uma atitude menos moralista e julgadora em relação ao suicídio. Também foram calculados três fatores para as Escalas de Atitudes Frente ao Suicídio (EAS): um fator referente a atitudes desfavoráveis ao suicídio anônimo (Easan); um fator de atitudes desfavoráveis ao suicídio altruísta (Easat); e atitudes desfavoráveis ao suicídio egoísta (Ease). Para Aquino (2009), os itens das atitudes desfavoráveis ao suicídio refletem os argumentos acerca da obrigatoriedade de conservação da vida e do suicídio como um ato de covardia e injustiça contra a comunidade.

### **Resultados**

#### **Análises Descritivas**

Os participantes apresentaram idades entre 27 e 61 anos ( $M = 38,7$ ,  $DP =$

8,9), sendo em sua maioria mulheres (86,8%). A maior parte dos voluntários era casada (63,2%) e todos os participantes se consideram religiosos e disseram fazer parte de alguma religião, sendo que 68,4% declararam ser católicos e apenas um disse não frequentar uma igreja regularmente. A renda média é de 1.327 reais ( $DP = 505,7$ ) e todos os participantes têm ensino médio completo, 23,7% têm ensino superior completo, 10,5% superior incompleto e 2,6% pós-graduação.

Na amostra, 97,4% dos participantes tinham contato com pessoas com transtorno mental e 63,2% têm contato com pessoas com ideação suicida. Além disso, 44,7% tiveram contato com alguém que já tentou suicídio e 47,4% tiveram contato com alguém que já se suicidou. A maior parte dos participantes consideram-se pessoas religiosas (78,9%). Em relação à ideação suicida, 94,7% afirmaram não ter qualquer ideia de se matar, um participante afirmou ter ideias relacionadas à morte, mas que não se mataria, e um participante afirmou que se mataria caso tivesse oportunidade. Esses dois últimos participantes foram contatados, ouvidos e encaminhados para os devidos serviços de apoio à saúde mental.

A Tabela 1 apresenta as medianas, médias e desvios-padrão das respostas dos participantes aos itens da QACS no teste e reteste. As respostas em cada item variavam de 0 a 10 pontos. Verifica-se que no teste a afirmação com menor média foi: *Apesar de tudo, penso que, se uma pessoa deseja se matar, ela tem esse direito*, e no reteste foi: *Quem quer se matar mesmo não fica “tentando” se matar*. A afirmação com menor mediana no teste foi: *Apesar de tudo, penso que, se uma pessoa deseja se matar, ela tem esse direito* e no reteste foram *Quem fica a ameaçar, geralmente, não se mata* e *Quem quer se matar mesmo não fica “tentando” se matar*.

Medeiros, B. G., Medeiros, N. S. B., & Pinto, T. R. Educação permanente em saúde mental: o suicídio na agenda do cuidado dos Agentes Comunitários de Saúde

Tabela 1. Medianas, Médias e Desvios-Padrão de cada questão e dos fatores do QACS e dos fatores da EAS na aplicação antes da capacitação (Teste) e depois (Reteste)

Item	Teste		Reteste	
	Mediana	Média (DP)	Mediana	Média (DP)
Q1 Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar;	7,56	6,94 (2,95)	8,37	7,89 (2,21)
Q2 Quem fica a ameaçar, geralmente, não se mata;	0,62	2,79 (3,39)	0,00	0,93 (1,75)
Q3 Apesar de tudo, penso que, se uma pessoa deseja se matar, ela tem esse direito;	0,00	1,25 (2,43)	0,81	1,57 (1,98)
Q4 Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho;	9,50	8,65 (2,46)	9,50	8,99 (1,42)
Q5 No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio;	0,62	1,98 (2,83)	1,50	2,90 (3,08)
Q6 A vida é um dom de Deus e só Ele pode tirar;	10,00	8,66 (2,62)	9,00	8,11 (2,81)
Q7 Sinto-me capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar;	5,62	5,50 (3,11)	4,75	4,17 (2,45)
Q8 Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental;	1,62	4,05 (4,05)	1,87	3,35 (3,01)
Q9 Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio e acabar induzindo o paciente a isso;	5,25	4,97 (3,85)	1,87	2,76 (2,68)
Q10 Tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio;	2,00	3,05 (3,10)	3,75	4,11 (2,97)
Q11 É preciso ter certa dose de coragem para se matar;	1,00	2,95 (3,63)	1,12	2,78 (3,02)
Q12 Sinto-me inseguro(a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio;	7,37	6,47 (3,31)	3,00	3,52 (2,58)
Q13 No fundo, às vezes, dá até raiva, porque tanta gente querendo viver... e aquele paciente querendo morrer;	0,87	3,31 (3,74)	2,12	3,29 (3,08)
Q14 Se eu sugerir uma interconsulta psiquiátrica para um paciente que falou em se matar, penso que isso será bem aceito pelo seu médico assistente;	9,00	7,57 (3,06)	7,75	7,10 (2,49)
Q15 A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar;	7,12	6,08 (3,35)	4,00	3,97 (3,08)
Q16 Quem tem Deus no coração não vai tentar se matar;	2,87	3,94 (3,72)	2,50	4,15 (3,52)
Q17 No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a ideia de suicídio;	0,62	2,61 (3,74)	1,12	2,03 (2,54)
Q18 Quando uma pessoa fala em pôr fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela;	9,75	9,14 (1,67)	8,75	8,32 (1,42)
Q19 Quem quer se matar mesmo não fica “tentando” se matar;	0,50	1,68 (2,76)	0,00	0,87 (1,55)
Q20 Um paciente internado dificilmente se mata sem que tenha um forte motivo para isso;	0,87	2,75 (3,30)	1,25	2,87 (2,91)
Q21 Eu já passei por situações que me fizeram pensar em cometer suicídio.	0,25	1,87 (3,53)	0,62	2,31 (3,07)

Medeiros, B. G., Medeiros, N. S. B., & Pinto, T. R. *Educação permanente em saúde mental: o suicídio na agenda do cuidado dos Agentes Comunitários de Saúde*

QACS – Sentimentos Negativos	3,60	3,68 (2,21)	3,75	3,38 (2,23)
QACS – Capacidade Profissional	4,77	4,77 (1,93)	6,20	6,16 (2,00)
QACS – Direito ao Suicídio	3,06	2,85 (1,91)	3,33	3,12 (1,60)
EASAN – Atitudes Desfavoráveis	3,00	3,05 (0,76)	3,33	3,40 (0,72)
EASE – Atitudes Desfavoráveis	3,00	3,08 (0,83)	3,33	3,37 (0,79)
EASAT – Atitudes Desfavoráveis	3,33	3,21 (0,79)	3,33	3,25 (0,67)

Fonte: Elaborada pelos autores.

A afirmação com maior média no teste foi: *Quando uma pessoa fala em pôr fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela*, e no reteste foi: *Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho*. A afirmação com maior mediana no teste foi: *A vida é um dom de Deus e só Ele pode tirar*, e no reteste foi: *Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho*.

Destacam-se os itens *Quem fica a ameaçar, geralmente, não se mata; A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar; Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio e acabar induzindo o paciente a isso* como tendo as maiores variações nas médias entre teste e reteste.

Em relação aos fatores da QACS, observa-se na Tabela 1 que no teste as maiores médias são apresentadas no fator Capacidade. Nesse fator também se observa a maior diferença antes e depois da capacitação. Os fatores direito ao suicídio e sentimentos negativos, bem como os fatores da EAS, apresentaram pouca variação nas médias nas diferentes condições de aplicação. No fator

sentimentos, houve uma leve diminuição da média depois da capacitação (de 3,68 para 3,38), enquanto nos fatores de atitudes desfavoráveis na EAS e no fator direito ao suicídio foi observado um leve aumento nas médias dos fatores no reteste, sugerindo que os participantes aumentaram suas atitudes frente à obrigatoriedade de conservação da vida. Observa-se, entretanto, que na EAS as médias e medianas em todos os fatores, tanto no teste quanto no reteste, apresentaram baixa variação e a predominância de respostas por volta de 3 (Nem Concordo, Nem discordo).

### Análises inferenciais

Para verificar a condição de normalidade na distribuição dos dados em relação aos fatores da QACS e da EAS, foi realizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov*. As percentagens no exame do SPSS foram significativamente desviantes da normalidade para os fatores, desse modo, foram realizados testes não paramétricos para as análises de correlação e comparação entre os fatores antes e depois da capacitação.

Tabela 2. Correlação de *Spearman* para os fatores da QACS e os fatores da EAS, antes da capacitação

rô de Spearman	Sentimentos	Capacidade	Direito	EASAN Desfavorável	EASAT Desfavorável	EASE Desfavorável
Sentimentos	1,000	-	-	-	-	-
Capacidade	-,337*	1,000	-	-	-	-
Direito	,000	-,168	1,000	-	-	-
Easan desfavorável	,133	,036	-,222	1,000	-	-
Easat desfavorável	,117	-,025	-,281	,693**	1,000	-

Medeiros, B. G., Medeiros, N. S. B., & Pinto, T. R. Educação permanente em saúde mental: o suicídio na agenda do cuidado dos Agentes Comunitários de Saúde

Ease desfavorável	,068	-,019	-,220	,804**	,779**	1,000
-------------------	------	-------	-------	--------	--------	-------

Fonte: Elaborada pelos autores.

Nas correlações entre os fatores das escalas nas respostas dos participantes na condição basal, antes da capacitação, observa-se na Tabela 2 uma correlação negativa entre os fatores sentimentos e capacidade do QACS (-0,33,  $p < 0,05$ ). Essa correlação indica que quanto maior a percepção de capacidade para lidar com pacientes com comportamentos suicidas, menor os sentimentos negativos e de afastamento em relação aos pacientes. Além disso, observa-se na Tabela 2 que todos os fatores da EAS apresentam correlações positivas, fortes e significativas entre si, sugerindo que quanto mais fortes as atitudes desfavoráveis para determinado tipo de suicídio (egoísta, altruísta e anômico), tanto será mais forte as atitudes para os outros tipos, sendo, porém, a correlação entre as atitudes desfavoráveis para os suicídios egoísta e anômico mais forte (0,80,  $p < 0,001$ ).

Para avaliar a diferença entre os itens do QACS e entre os fatores dos questionários antes e depois da capacitação, foi utilizado o teste de Wilcoxon. Dos 21 itens do QACS, oito apresentaram diferenças significativas entre as aplicações do questionário. As questões 1 ( $z = -3,47$ ,  $p < 0,05$ ) e 12 ( $z = -4,93$ ,  $p < 0,01$ ), referentes ao fator Capacidade, apresentaram postos de medianas significativamente maiores, indicando que depois da capacitação a percepção de capacidade para lidar com pacientes com comportamento suicida aumentou. Além destes, outros itens apresentaram diferenças: questão 2: *Quem fica a ameaçar, geralmente, não se mata* ( $z = -4,15$ ,  $p < 0,05$ ); questão 9: *Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio e acabar induzindo o paciente a isso* ( $z = -4,23$ ,  $p < 0,05$ ); questão 15: *A gente se sente impotente diante de uma*

*pessoa que quer se matar* ( $z = -4,62$ ,  $p < 0,05$ ); questão 18: *Quando uma pessoa fala em pôr fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela* ( $z = -3,17$ ,  $p < 0,05$ ); e questão 19: *Quem quer se matar mesmo não fica “tentando” se matar* ( $z = -3,25$ ,  $p < 0,05$ ). Pela observação das diferenças, percebe-se que houve uma redução de alguns sentimentos e atitudes negativas em relação ao indivíduo com comportamento suicida depois da capacitação.

Em relação aos fatores dos questionários, apenas o fator Capacidade apresentou diferenças significativa nos escores antes e depois da capacitação ( $z = -4,05$ ,  $p < 0,001$ ), enquanto os fatores Direito ao Suicídio ( $z = -0,77$ ,  $p = 0,44$ ) e Sentimentos ( $z = -0,06$ ,  $p = 0,95$ ) não apresentaram diferenças. Nos fatores referentes às atitudes desfavoráveis aos tipos de suicídio da EAS, apenas o fator de atitudes desfavoráveis ao suicídio anômico apresentou diferenças antes e depois da intervenção ( $z = -2,47$ ,  $p < 0,05$ ), sendo que, inesperadamente, depois da intervenção, os escores aumentaram, indicando que houve um aumento das atitudes desfavoráveis para esse tipo de suicídio. Os escores para as atitudes desfavoráveis em relação ao suicídio altruísta ( $z = -0,37$ ,  $p = 0,70$ ) e egoísta ( $z = -1,72$ ,  $p = 0,084$ ) não apresentaram diferenças significativas.

## Discussão

Os resultados apontam para algumas modificações nas atitudes dos profissionais, especificamente sobre o fator Capacidade, legitimando a hipótese de que treinamentos e capacitações sobre o tema contribuem para o manejo de pessoas com ideação suicida e, conseqüentemente, à prevenção do suicídio (Botega, 2015; Botega et al., 2007; Cais, Silveira,

Stefanello, & Botega, 2011; Gask, Lever-Green, & Hays, 2008).

O trabalho de Cais *et al.* (2011) também verificou mudanças de atitudes antes e depois da capacitação para profissionais da saúde, voltada para avaliação e encaminhamentos práticos a serem tomados com pacientes com comportamento suicida. Nesse estudo, verificaram-se mudanças em 18 itens do QACS e nos três fatores desse instrumento. Também se observou um aumento de conhecimentos acerca do manejo de pacientes com risco de suicídio, avaliada pelo questionário de conhecimento de prevenção do suicídio.

Semelhante ao presente estudo, o trabalho de Botega (2015) verificou que, depois de um curso de 6 horas de prevenção do suicídio oferecido aos profissionais de enfermagem do Hospital das Clínicas da Unicamp, houve aumento na percepção de capacidade profissional e diminuição nos sentimentos negativos, mas sem mudanças no fator direito ao suicídio. O estudo de Bott *et al.* (2015) avaliou as atitudes de estudantes de Enfermagem antes e depois de um curso de extensão sobre “Comportamento Suicida”, sendo também verificado mudanças nos fatores “Sentimentos Negativos” e “Capacidade Profissional”. Todavia, o fator direito ao suicídio não apresentou diferenças entre os momentos de aplicação.

Os elementos da capacitação oferecida no presente estudo, bem como nos citados anteriormente, promoveram mudanças favoráveis no fator capacidade profissional. Entende-se que a percepção de autoeficácia pode colaborar para melhor prestação de serviço e cuidado ao paciente (Trigo, Teng, & Hallak, 2007), sendo isso corroborado com a correlação negativa observada nos dados entre sentimentos negativos e capacidade profissional. Entretanto, diferentemente dos estudos citados, no presente estudo o fator Sentimentos Negativos não apresentou

diferenças significativas antes e depois da capacitação. Esse fator é composto por três questões e verifica-se que as questões 13 (*No fundo, às vezes, dá até raiva, porque tanta gente querendo viver... e aquele paciente querendo morrer*) e 15 (*A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar*), que o compõe, apresentaram menores pontuações depois da capacitação, e a pontuação nesse último item foi significativamente diferente. Isso indica que depois da capacitação os profissionais sentem menor raiva e impotência frente ao paciente que quer se matar.

Já na questão 5 (*No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio*) houve um aumento não significativo da média depois da capacitação, podendo indicar que os profissionais tendem a apresentar uma postura mais evitativa e de pouco envolvimento com tais pacientes. Levantam-se algumas hipóteses para explicar o ocorrido: a capacitação, por limitação temporal, foi voltada para o pragmatismo do manejo do risco de suicídio e do paciente, deixando de lado outras habilidades e aptidões, como a empatia, maior aproximação com o paciente e a compaixão. Gask, Lever-Green e Hays (2008) ressaltam a preocupação em relação a capacitações na temática do suicídio que não incluam o desenvolvimento de habilidades mais complexas de comunicação clínica e de atitudes que requerem autorreflexão e reflexão sobre o contexto, de modo a desenvolver maior sensibilidade para as experiências dos pacientes.

Outro ponto é a sobrecarga de atividades e responsabilidades que o cuidado com pacientes suicidas acarreta. Quando os profissionais se sentem pressionados, pacientes que demandam maior atenção e cuidado podem ser fonte de sentimentos negativos. Cole-King *et al.* (2013a) discutem dados que revelam como

pacientes que têm pensamentos suicidas ou se automutilam são tratados com maior frequência com hostilidade ou falta de empatia e ressaltam a importância na mudança de paradigma na formação profissional, de modo a envolver intervenções pragmáticas e compassivas.

O fator Direito ao Suicídio também não apresentou diferenças significativas entre os momentos de aplicação do questionário. A ausência de efeito da capacitação nesse fator também foi observada no estudo de Botega (2015) e o de Bott *et al.* (2015). Nessa subescala há afirmativas relacionadas a valores morais e religiosos, atitudes mais estáveis e mais difíceis de mudança (Botega, 2015). Além disso, o suicídio ainda é marcado por uma série de controvérsias e dilemas éticos e, muitas vezes, é visto como um ataque à sociedade ou a crenças religiosas, mas, do ponto de vista libertário, ele é tido como uma possível decisão racional para evitar dor ou sofrimento (Ho, 2014).

Os profissionais de saúde podem compreender que a pessoa que tenta suicídio não precisa realmente de ajuda, tendo em vista que sua ação é intencional, ou então que seu ato foi consequência de covardia ou desespero (Bott *et al.*, 2015). Mas as discussões acerca do direito ao suicídio ainda são marcadas pela influência de tradições religiosas (Carasevici, 2016) e não são alvo de intervenção na maioria das capacitações realizadas para profissionais de saúde.

Na Escala Frente às Atitudes Suicidas, as atitudes desfavoráveis apresentaram, em sua maioria, respostas por volta do valor “neutro” da escala (Nem Concordo, Nem discordo). As atitudes desfavoráveis frente ao suicídio altruísta e o egoísta não apresentaram diferenças e verificou-se um aumento significativo nas atitudes desfavoráveis frente ao suicídio anômico. Nesse fator, os participantes deveriam opinar sobre uma cena do filme *Um Sinal de Esperança*, no qual um

personagem chamado Samuel se suicida diante de seu desapontamento com a notícia de que não havia sinais de que a II Guerra Mundial estava perto do fim. Os itens diante da situação foram: *Samuel deveria pensar que ele tem a obrigação de conservar a vida pelo fato de ser uma pessoa; Samuel deveria pensar que o suicídio é um ato de covardia; Samuel deveria pensar que o suicídio é um ato de injustiça contra a sua comunidade.*

Para Durkheim os suicídios anômicos são movidos por falta de regulação, sendo marcado por emoções como raiva, decepção, irritação e cansaço exasperado (Abrutyn & Mueller, 2014), podendo ocorrer em momentos de depressão econômica ou opressão massiva como no exemplo da cena apresentada na escala. A compreensão da obrigação de conservar a vida, nesse caso, pode estar associada à visão de que o suicídio é um sinal de “fraqueza”. Durkheim afirma que no período de crises econômicas ou de grande opressão existem mecanismos regulatórios que podem diminuir a probabilidade do indivíduo se suicidar, como o casamento, bom trabalho e a religião (Hodwitz & Frey, 2016); a falta de mecanismos de controle pode ser apontada como formas de fragilidade do sujeito.

Outra perspectiva teórica é a de que ideias compartilhadas, como definir o suicídio como positivo ou negativo, podem contagiar e aumentar as taxas de suicídio (Phillips & Luth, 2018). Um estudo verificou, por meio de uma escala atitudinal de justificativas para o suicídio, que os sujeitos que encaravam positivamente o suicídio eram 14 vezes mais propensos a se preparar ativamente para se suicidar (Joe, Romer, & Jamieson, 2007). Os autores apontam para o papel dos fatores culturais e das atitudes sociais no comportamento suicida. O estudo de Phillips e Luth (2018) sugere que ensinamentos religiosos estão associados à menor propensão para encarar o suicídio

aceitável, independentemente do tipo de suicídio, e que sujeitos que se sentem aceitos em uma comunidade religiosa têm menos chances de cometer suicídio. No estudo, eles defendem que a aceitação do suicídio e condenação moral e religiosa do indivíduo são fatores de risco para o suicídio.

No presente estudo, a amostra é marcadamente religiosa, de modo que todos os participantes têm religião e a maior parte vai frequentemente à igreja. Isso pode explicar a maior visão moralista e religiosa acerca da obrigatoriedade da vida, observada por meio da pontuação nos questionários. Além disso, a capacitação não trouxe elementos reflexivos sobre as perspectivas históricas e discussões atuais éticas acerca do suicídio, como o suicídio racional e a eutanásia (Ho, 2014).

Uma limitação importante em comparação com outros estudos é o formato da capacitação. Enquanto no presente estudo foram utilizadas 4 horas, o estudo de Cais, Silveira, Stefanello, & Botega (2011) teve duração de 18h; na pesquisa de Gask, Lever-Green e Hays (2008), foram utilizadas 32h; e no estudo divulgado por Botega (2015) foram utilizadas 6 horas. Os programas de treinamento baseiam-se em competências essenciais que demonstraram ser eficazes no aumento de conhecimentos e habilidades específicas para lidar com o suicídio (Cole-King, Parker, Williams, & Platt, 2013b). A profundidade e amplitude desses programas de treinamento baseados em evidências variam de 6 horas a 16 horas (Schmitz *et al.*, 2012).

Os dados de resultados relativos à mudança de comportamento em resposta a esses treinamentos estão emergindo, com mudanças documentadas em até 6 meses após o treinamento (Botega, 2015; Botega *et al.*, 2007; Cais, Silveira, Stefanello, & Botega, 2011; Gask, Lever-Green, & Hays, 2008; Jacobson & Berman, 2010). Assim, ressalta-se a importância da aplicação de

protocolos de capacitações desenvolvidas e validadas, bem como um maior tempo de capacitação para abrangência de temas reflexivos e atitudes compassivas.

O presente estudo apresenta limitações, em especial nos aspectos do desenvolvimento da capacitação e nas avaliações. A capacitação sofreu consequências de fatores contextuais e políticos, acarretando em menor tempo para o desenvolvimento das atividades e captação dos profissionais. Ademais, focou em aspectos pragmáticos de avaliação do risco do suicídio, manejo do paciente e das diretrizes de encaminhamentos. Mesmo com participação dos voluntários, observa-se que aspectos fundamentais para a prevenção do suicídio por parte da atenção primária, como a maior vinculação dos profissionais aos pacientes, desenvolvimento de empatia e atitudes compassivas, não foram contemplados.

A avaliação antes e depois da capacitação não contemplou questionários que avaliassem os conhecimentos abordados na capacitação. Além disso, os participantes não tiveram a oportunidade de avaliar anonimamente o conteúdo e a dinâmica da intervenção. Apesar disso, o projeto foi importante na região por colaborar com o aprofundamento da discussão do fenômeno e o apoio da universidade em relação à emergência do tema. Pretensiosamente, esse é o primeiro estudo que investiga atitudes frente ao suicídio em ACS.

Esse estudo corrobora com evidências de que treinamentos breves contribuem de maneira significativa para a prevenção do suicídio e mudanças de atitudes frente a pacientes com comportamento suicida. Por exemplo, protocolos têm sido desenvolvidos, como o CALM e STORM (Gask, Lever-Green, & Hays, 2008; Sale *et al.*, 2017), visando ao desenvolvimento de competências e habilidades essenciais para o manejo de casos suicidas. Além disso, no estado de

Washington/EUA, como política de prevenção foi instaurada a recomendação de pelo menos 6 horas de treinamento para avaliação, tratamento e manejo de pacientes suicidas a cada 6 anos (Stuber & Quinnett, 2013).

Por fim, os ACS são profissionais de nível médio da ESF que convivem em situações precárias de trabalho, falta de motivação, falta de suporte técnico-científico, adoecimento relacionado ao trabalho e, especificamente, na amostra adotada neste estudo, salários atrasados há meses (Jardim & Lancman, 2009; Ursine, Trelha, & Nunes, 2010; Martines & Chaves, 2007). Para além de treinamentos, capacitações e outras medidas de educação permanente em saúde, são necessários também questionamentos acerca de como a categoria pode desempenhar o que é esperado, tendo condições de trabalho tão adversas e precárias.

Estudos futuros devem considerar a validação de protocolos em contextos brasileiros para a diversidade de profissionais de saúde, em especial os da atenção primária, que demonstrem evidências de eficácia na mudança de atitudes, no conhecimento sobre o manejo de casos de tentativa e ideação suicida e no desenvolvimento de atitudes favoráveis para vinculação do usuário, aumentando assim o leque de ações e da resolutividade da Atenção Primária em questões de Saúde Mental.

## Referências

- Abrutyn, S., & Mueller, A. S. (2014). The socio emotional foundations of suicide: A micro sociological view of Durkheim's suicide. *Sociological Theory*, 32(4), 327-351.
- Alves, E. D. (2017). Política de Educação e desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 1(1).
- Aquino, T. A. A. (2009). *Atitudes e intenções de cometer o suicídio: seus correlatos existenciais e normativos*. Tese de doutorado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba.
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida: avaliação e manejo*. Artmed Editora.
- Botega, N. J. et al. (2005). Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 315-318.
- Botega, N. J., et al. (2007). Maintained attitudinal changes in nursing personnel after a brief training on suicide prevention. *Suicide and Life – Threatening Behavior*, 37(2), 145-153.
- Botega, N. J., Werlang, B. G., da Silva Cais, C. F., & Macedo, M. M. K. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, 37(3), 5.
- Bott, N. C. L., de Araújo, C., Martins, L., Costa, E. E., & de Almeida Machado, J. S. (2015). Nursing students attitudes across the suicidal behavior. *Investigación y educación en enfermería*, 33(2), 334-342.
- Buitrago, C., & Constanza, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 11(1), 62-68.
- Cais, C. F. S., Silveira, I. U., Stefanello, S., & Botega, N. J. (2011). Suicide prevention training for professionals in the public health network in a

Medeiros, B. G., Medeiros, N. S. B., & Pinto, T. R. *Educação permanente em saúde mental: o suicídio na agenda do cuidado dos Agentes Comunitários de Saúde*

- large Brazilian city. *Archives of Suicide Research*, 15(4), 384-389.
- Carasevici, B. (2016). Dilemmas in the attitude towards suicide. *Revista medico-chirurgicală a Societății de Medicină Naturalistidin Iași*, 120(1), 152-157.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & saúde coletiva*, 10(4), 975-986.
- Cole-King, A., Green, G., Gask, L., Hines, K., & Platt, S. (2013a). Suicide mitigation: a compassionate approach to suicide prevention. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(4), 276-283.
- Cole-King, A., Parker, V., Williams, H., & Platt, S. (2013b). Suicide prevention: are we doing enough? *Advances in psychiatric treatment*, 19(4), 284-291.
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental healthcare. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70.
- Currid, T. J., Turner, A., Bellefontaine, N., & Spada, M. M. (2012). Mental health issues in primary care: implementing policies in practice. *British Journal of Community Nursing*, 17, 21-24.
- Daolio, E. R., & Silva, J. V. (2009). Os significados e os motivos do Suicídio: as representações sociais de pessoas residentes em Bragança Paulista, SP. *Centro Universitário São Camilo*, 3(1), 68-79.
- Durkheim, E. O. (2000). *O suicídio: um estudo sociológico*. (Mônica S., Trad.). Rio de Janeiro: Zahar Editores
- Estellita-Lins, C. et al. (2012). Experimentando agir localmente no suicídio. Trocando Seis por Meia Dúzia: o suicídio como emergência do Rio de Janeiro. *FAPERJ*, Rio de Janeiro.
- Filgueiras, A. S., & Silva, A. L. A. (2011). Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21, 899-916.
- Funk, M., Drew, N., Freeman, M., Faydi, E. (2010). Mental Health and Development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: World Health Organization and Mental Health and Poverty Project.
- Gask, L., Lever-Green, G., & Hays, R. (2008). Dissemination and implementation of suicide prevention training in one Scottish region. *BMC Health Services Research*, 8(1), 246.
- Ho, A. O. (2014). Suicide: rationality and responsibility for life. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(3), 141-147.
- Hodwitz, O., & Frey, K. (2016). Anomic suicide: a Durkheimian analysis of European normlessness. *Sociological Spectrum*, 36(4), 236-254.
- Jacobson, J. M., & Berman, A. L. (2010). Outcomes from behavioral outcomes evaluations of the RRSR training (Recognizing and responding to suicidal risk): An advanced training program for the clinical practitioner. In Paper presentation at the 43rd

- American Association of Suicidology Annual Meeting, Orlando, Florida, April (Vol. 23).
- Jardim, T. D. A., & Lancman, S. (2009). Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13, 123-135.
- Joe, S., Romer, D., & Jamieson, P. E. (2007). Suicide acceptability is related to suicide planning in US adolescents and young adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(2), 165-178.
- Martines, W. R. V., & Chaves, E. C. (2007). Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(3), 426-433.
- Ministério de Saúde. (2013). Estatísticas vitais, mortalidade. Recuperado em 29 setembro, 2013, de <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>.
- Oliveira, C. S., Moreno, V., & Barbosa, G. C. (2018). Comportamento suicida e profissionais de saúde: revisão de literatura. *Revista Uningá Review*, 25(2).
- Oordt, M. S., Jobes, D. A., Fonseca, V. P., & Schmidt, S. M. (2009). Training mental health professionals to assess and manage suicidal behavior: can provider confidence and practice behaviors be altered?. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(1), 21-32.
- Phillips, J. A., & Luth, E. A. (2018). Beliefs about suicide acceptability in the United States: how do they affect suicide mortality?. *The Journals of Gerontology: Series B*.
- Prefeitura do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. (2016). Coleção Guia de Referência Rápida – Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção. Rio de Janeiro.
- Sale, E., et al. (2017). Counseling on Access to Lethal Means (CALM): an evaluation of a suicide prevention means restriction training program for mental health providers. *Community mental health journal*, 1-9.
- Schmitz, W. M., et al S. (2012). Preventing Suicide through Improved Training in Suicide Risk Assessment and Care: An American Association of Suicidology Task Force Report Addressing Serious Gaps in U.S. Mental Health Training. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42, 292-304.
- Stuber, J., & Quinnett, P. (2013). Making the case for primary care and mandated suicide prevention education. *Suicide and life-threatening behavior*, 43(2), 117-124.
- Szanto, K., Kalmar, S., Hendin, H., Rihmer, Z., & Mann, J. J. (2007). A suicide prevention program in a region with a very high suicide rate. *Archives of general psychiatry*, 64(8), 914-920.
- Trigo, T. R., Teng, C. T., & Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista de psiquiatria Clínica*, 34(5), 223-233.

Medeiros, B. G., Medeiros, N. S. B., & Pinto, T. R. *Educação permanente em saúde mental: o suicídio na agenda do cuidado dos Agentes Comunitários de Saúde*

Tripp, D. (2005). Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e pesquisa*, 31(3).

Ursine, B. L., Trelha, C. S., & Nunes, E. F. P.A. (2010). O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(122).

Waiselfisz, J. J. (2014). Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil. Brasília: FLACSO.

White, A., & Holmes, M. (2006). Patterns of mortality across 44 countries among men and women aged 15-44 years. *The journal of men's health & gender*, 3(2), 139-151.

WHO (2002). Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS. World Health Organization: Geneva.

Zalsman, G. et al. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659.

Recebido em: 28/2/2018

Aprovado em: 20/4/2020