



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ROBERTO NASCIMENTO DE ALBUQUERQUE

**COMPORTAMENTO SUICIDA EM ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM: UM
ESTUDO À LUZ DO MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN**

BRASÍLIA

2020

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ROBERTO NASCIMENTO DE ALBUQUERQUE

**COMPORTAMENTO SUICIDA EM ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM: UM
ESTUDO À LUZ DO MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Área de Concentração: Políticas, Práticas e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Moema da Silva Borges

Co-Orientador: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

BRASÍLIA
2020

ROBERTO NASCIMENTO DE ALBUQUERQUE

**COMPORTAMENTO SUICIDA EM ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM: UM
ESTUDO À LUZ DO MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Moema da Silva Borges
PPGENF/Universidade de Brasília
Presidente

Prof.^a Dra. Roberta Ladislau Leonardo
Centro Universitário do Distrito Federal
Membro Externo

Prof.^a Dra. Maria Aparecida Gussi
ENF – *campus* Darcy Ribeiro/Universidade de Brasília
Membro Externo

Prof.^a Dra. Diana Lúcia Moura Pinho
PPGENF/Universidade de Brasília
Membro Interno

Prof.^a Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues
PPGENF/Universidade de Brasília
Membro Suplente

*Dedico este trabalho a Deus, aos meus pais (in memoriam),
à minha família, ao meu amor e a todos os alunos que me
ensinam diariamente o que é ser professor.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, inteligência suprema, causa primária de todas as coisas.

Aos meus pais, por sua capacidade de acreditar e investir em mim. Mãe, seu cuidado e sua dedicação foram a esperança e o incentivo para seguir. Pai, sua presença significou a segurança e a certeza de que não estou sozinho nesta caminhada. Minhas saudades eternas e o meu amor mais profundo.

Aos meus irmãos, José Herculano, Denise e Daisy, que nunca deixaram de acreditar em mim e no meu potencial. Obrigado pela paciência, pelo incentivo, pela força e, principalmente, por todo o carinho. Esta vitória também é de vocês!

Aos meus sobrinhos, Ana Carolina, Brunno, Carla Desirée, Maria Clara, Mariana, Rodrigo, Marina, Alexia, Ana Gabriela; às minhas sobrinhas-netas Ana Rita e Sophie que estiveram próximos a mim, fisicamente e/ou emocionalmente, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena. Amo todos vocês!

Aos meus familiares e “agregados e adotados”, meu muito obrigado!

Ao Macleuler, que me incentivou e cuidou de mim e dos meus passos durante essa árdua jornada do doutorado. Sem você nada disso teria sido possível!

Aos meus amigos, pelas alegrias, tristezas e angústias compartilhadas. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção me trouxeram muita paz e alegria.

Aos meus alunos, pessoas com quem amo partilhar a vida. Com vocês me sinto vivo de verdade. Obrigado por cada olhar, cada sorriso, cada abraço que recebo todos os dias. Tudo isso me traz paz na correria de cada semestre e a certeza de que estou no caminho certo.

À Universidade de Brasília, onde aprendi a refletir, questionar e nunca encarar a realidade como pronta. Aqui aprendi a ver a vida de uma maneira diferente. À você confiei toda minha formação acadêmica: graduação, especialização, mestrado e doutorado.

Ao curso de Enfermagem, que me ensinou a ver o ser humano de uma maneira holística, de verdade. Ensinou-me a perceber que exerço uma das mais belas profissões; que cuidar de alguém vai além de uma profissão, é um estilo de vida.

Aos meus professores e colegas do doutorado, pessoas com quem convivi nesses quatro últimos anos. Obrigado pelas risadas, companheirismo e troca de conhecimentos.

À banca examinadora composta pela prof.^a Dra. Diana Lúcia Moura Pinho, prof.^a Dra. Maria Aparecida Gussi, prof.^a Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues e prof.^a Dra. Roberta Ladislau Leandro por compartilharem seus conhecimentos e pelas sugestões para aprimorar esta tese.

Ao professor Dr. Pedro Sadi Monteiro, meu co-orientador, que me auxiliou nesse momento tão especial da minha vida.

E, por fim, a minha orientadora e companheira de sonho, professora Dra. Moema da Silva Borges. Agradeço, do fundo do meu coração, por mais de quinze anos de amizade e companheirismo. Obrigado pela persistência, pela dedicação, pelo desempenho, pelo profissionalismo, pelos puxões de orelha, pelo respeito e pela competência durante essa longa jornada. Muito do que sou como pessoa e profissional devo a você!

“O suicida não é um covarde, apenas não encontrou outro modo para matar uma dor que o matava todos os dias”.

(Sean Wilhelm)

RESUMO

ALBUQUERQUE, R.N. **Comportamento Suicida em Acadêmicos de Enfermagem: um estudo à luz do Modelo de Sistemas de Betty Neuman. 2020.** 196p. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

INTRODUÇÃO: O suicídio é um problema de saúde pública mundial e estima-se que, anualmente, mais de 800 mil pessoas morrem por esse motivo. Para a Organização Mundial da Saúde, o suicídio entre jovens de 15 a 29 anos configura-se como a segunda principal causa de morte, atrás apenas de causas externas. Nesse estudo optou-se por explorar o comportamento suicida de jovens universitários do curso de Enfermagem e o conteúdo da fala dos sujeitos foi interpretado à luz da Teoria do Modelo de Sistemas proposto por Betty Neuman. **OBJETIVO:** Analisar o processo do comportamento suicida de estudantes de Enfermagem à luz da Teoria de Enfermagem do Modelo de Sistemas de Betty Neuman. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, de caráter misto dividida em duas fases. A primeira consistiu da aplicação de quatro questionários com 1567 estudantes: Questionário Sociodemográfico; Avaliação do Estresse do Estudante de Enfermagem; Mini-RTM e; Escala de Ideação Suicida de Beck. A segunda fase consistiu de entrevista em profundidade com seis estudantes que já vivenciaram tentativas de suicídio. **RESULTADO:** Identificou-se que comportamento suicida entre acadêmicos de enfermagem tem sua maior magnitude entre os estudantes mais jovens, mulheres durante os primeiros dois anos do curso. Entretanto, não se pode desconsiderar o risco também detectado no período relativo ao início das atividades práticas continuadas. A integração dos resultados entre as duas fases permitiu afirmar que a multifatorialidade do comportamento suicida nos jovens contribuiu para o desenvolvimento da ideação, do planejamento e do ato suicida. Além disso, detectou-se que o risco de novas tentativas de suicídio entre os jovens que já intentaram contra a própria vida permaneceu elevado, já que os mesmos apresentaram dados significados de traços de depressão, estresse, ansiedade, detectados tanto na primeira quanto na segunda fase do estudo. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a magnitude detectada é preocupante, pois, trata-se de jovens em processo de formação, além de ser um preditor importante para a adoção de medidas preventivas visando a redução das possibilidades de êxito nas tentativas de

suicídio. Espera-se que as universidades incorporem ações de promoção da saúde e valorização da vida como um componente essencial e rotineiro em suas funções educacionais. O reconhecimento da problemática do comportamento suicida entre os jovens já é o primeiro passo para prevenir o suicídio ou novas tentativas. A detecção precoce e o manejo adequado dos diversos estressores explicitados neste estudo são elementos-chave para a criação de novos programas de prevenção do suicídio no âmbito universitário. Além disso, o Modelo de Teoria de Sistemas de Betty Neuman comprovou ser uma ferramenta eficiente na compreensão do comportamento suicida.

Palavras-Chave: Suicídio; Estudantes; Enfermagem; Comportamento Suicida; Teoria de Enfermagem.

ABSTRACT

ALBUQUERQUE, R.N. **Suicidal Behavior in Nursing Students: a study according to Betty Neuman's System Model.** 2020. 196p. Thesis (PhD) – Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasilia, Brasilia, 2020.

INTRODUCTION: Suicide is a worldwide public health problem and it is estimated that more than 800 thousand people die annually due to this reason. For the World Health Organization, suicide among young people aged 15 to 29 is the second leading cause of death, behind only external causes. This study decided to explore the suicidal behavior of young university students in the Nursing course, and the content of the subjects' speech was interpreted based on the Systems Model Theory proposed by Betty Neuman.

OBJECTIVE: To analyze the suicidal behavior of nursing students in the light of the Nursing Theory of the Betty Neuman Systems Model.

METHOD: This is an exploratory research, with a mixed character divided into two phases. The first consisted of the application of four questionnaires to 1,567 students: Sociodemographic Questionnaire; Nursing Student Stress Assessment; Mini-RTM and; Beck's Suicidal Ideation Scale. The second phase consisted of an in-depth interview with six students who had gone through suicide attempts.

RESULT: It was identified that suicidal behavior among nursing students has its greatest magnitude among younger students, women during the first two years of the course. However, the risk also detected in the period related to the beginning of continuous practical activities cannot be disregarded. The integration of results from the two phases allowed us to affirm that the multifactorial nature of suicidal behavior in young people contributed to the development of ideation, planning and the suicidal act. In addition, the risk of new suicide attempts among young people who have already tried to commit suicide remained high, as they presented significant data on traits of depression, stress, anxiety in both the first and second phases of the study.

CONCLUSION: This study concluded that the magnitude detected is worrisome, since it is about young people in the process of being graduated, besides the fact that it is an important predictor for the adoption of preventive measures aimed at reducing the chances of success in suicide attempts. Universities are expected to incorporate actions to promote health and value life as an essential and routine component of their educational role. Recognizing the problem of suicidal behavior among young people is already the first step in preventing suicide or further attempts. Early detection and proper

management of the various stressors explained in this study are key elements for the creation of new suicide prevention programs at the university level. In addition, Betty Neuman's Systems Theory Model was an efficient tool for understanding suicidal behavior.

Keywords: Suicide; Students; Nursing; Suicidal Behavior; Nursing Theory.

RESUMEN

ALBUQUERQUE, R.N. **Comportamiento suicida en estudiantes de enfermería: un estudio a la luz del Modelo de Sistemas de Betty Neuman.** 2020. 196p. Tesis (Doctorado). Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, 2020.

INTRODUCCIÓN: El suicidio es un problema de salud pública en todo el mundo y se estima que más de 800 mil personas mueren cada año. Para la Organización Mundial de la Salud, el suicidio entre jóvenes de 15 a 29 años es la segunda causa de muerte, solo después de causas externas. En este estudio, se decidió explorar el comportamiento suicida de jóvenes estudiantes universitarios en el curso de Enfermería, y el contenido del discurso de los sujetos se interpreto basado en la Teoría del Modelo de Sistemas propuesta por Betty Neuman. **OBJETIVO:** Analizar el comportamiento suicida de los estudiantes de enfermería a la luz de la teoría de enfermería del Modelo de Sistemas de Betty Neuman. **MÉTODO:** Esta es una investigación exploratoria, con un carácter mixto dividido en dos etapas. La primera consistió en la aplicación de cuatro cuestionarios con 1.567 estudiantes: Cuestionario Sociodemográfico; Evaluación del Estrés del Estudiante de Enfermería; Mini-RTM y; Escala de Ideación Suicida de Beck. La segunda etapa consistió en una entrevista en profundidad con seis estudiantes que ya habían sufrido intentos de suicidio. **RESULTADO:** Se identificó que el comportamiento suicida entre los estudiantes de enfermería tiene su mayor magnitud entre los estudiantes más jóvenes, las mujeres durante los primeros dos años del curso. Sin embargo, el riesgo también detectado en el período relacionado con el inicio de actividades prácticas continuas no puede ser ignorado. La integración de resultados de las dos etapas nos permitió afirmar que la naturaleza multifactorial del comportamiento suicida en los jóvenes contribuyó al desarrollo de la ideación, la planificación y el acto suicida. Además, el riesgo de nuevos intentos de suicidio entre los jóvenes que ya han intentado contra sus propias vidas se mantuvo alto, ya que presentaron datos significativos sobre los rasgos de depresión, estrés y ansiedad tanto en la primera como en la segunda fase del estudio. **CONCLUSIÓN:** Se concluye que la magnitud detectada es preocupante, ya que son jóvenes en proceso de formación, además de ser un importante predictor para la adopción de medidas preventivas destinadas a reducir las posibilidades de éxito en los intentos de suicidio. Se espera que las universidades incorporen acciones para promover la salud y valorar la vida

como un componente esencial y rutinario de su función educativa. Reconocer el problema del comportamiento suicida entre los jóvenes ya es el primer paso para prevenir el suicidio o nuevos intentos. La detección temprana y el manejo adecuado de los diversos factores estresantes explicados en este estudio son elementos clave para la creación de nuevos programas de prevención del suicidio a nivel universitario. Además, el Modelo de Teoría de Sistemas de Betty Neuman fue una herramienta eficiente para comprender el comportamiento suicida.

Palabras clave: Suicidio; Estudiantes; Enfermería; Comportamiento Suicida; Teoría de Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo Diátese-Estresse para o comportamento suicida.....	54
Figura 2	Componente interativa traço-estado do modelo do processamento...	55
Figura 3	Teoria dos Modos Suicidas.....	57
Figura 4	Modelo do Evitamento Experiencial do Parassuicídio.....	59
Figura 5	Modelo do Cubo Suicida.....	60
Figura 6	Modelo dos Sistemas de Neuman.....	62
Figura 7	Comportamento suicida.....	65
Figura 8	Taxa de suicídio no mundo, 2015	66
Figura 9	Taxa de suicídio entre homens, 2015	66
Figura 10	Taxa de suicídio entre mulheres, 2015	67
Figura 11	Principais causas de morte de adolescentes, por sexo e idade, 2015	68
Figura 12	Número de notificações por lesão autoprovocada por sexo e ano, no Brasil, 2011 a 2016.....	69
Figura 13	Proporção de notificações de tentativas de suicídio por sexo e região de residência, Brasil, 2011 a 2016.....	69
Figura 14	Distribuição espacial de taxa de mortalidade por suicídio, por sexo e Unidade da Federação, Brasil, 2011 a 2015.....	70
Figura 15	Número de notificações de violência autoprovocada por ano, Distrito Federal, 2013 a 2018.....	71
Figura 16	Número de notificações de tentativas de suicídio por sexo e ano de ocorrência. Distrito Federal, 2013 a 2018.....	71
Figura 17	Número de notificações de tentativas de suicídio por faixa etária, sexo e ano. Distrito Federal, 2013 a 2018.....	72
Figura 18	Dendograma do corpus das entrevistas com alunos, organizado em 2 eixos e 4 classes	128
Figura 19	Diagrama do comportamento suicida adaptado ao diagrama do Modelo de Sistemas de Neuman	140

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Fatores de risco para o suicídio	37
Quadro 2	Aspectos psicodinâmicos fundamentais do suicídio	50
Quadro 3	Estressores intra, inter e extrapessoais dos sujeitos da segunda fase da pesquisa, 2018.....	130

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de notificações de tentativas de suicídio por região administrativa, sexo e ano. Distrito Federal, 2013 a 2018.....	72
Tabela 2	Dados sociodemográficos dos estudantes que participaram da pesquisa	84
Tabela 3	Média, mediana e desvio padrão dos domínios dos itens da Avaliação do Estresse do Estudante de Enfermagem (AEEE).....	85
Tabela 4	Média dos itens da Avaliação do Estresse do Estudante de Enfermagem (AEEE).....	86
Tabela 5	Distribuição dos discentes de enfermagem quanto ao nível de estresse por domínio da Avaliação do Estresse do Estudante de Enfermagem (AEEE).....	88
Tabela 6	Avaliação do Mini-RTM por semestre, sexo, faixa etária e turno de estudo.....	89
Tabela 7	Frequência das questões aplicadas no Mini-RTM.....	90
Tabela 8	Frequências relativas do Mini-RTM por sexo	91
Tabela 9	Tentativas de suicídio entre os estudantes por sexo, semestre e faixa etária em uma instituição privada de educação superior no Distrito Federal, 2017.....	93
Tabela 10	Frequência das questões da primeira parte da Escala de Ideação Suicida de Beck por sexo.....	94
Tabela 11	Frequência das questões 6 a 19 da Escala de Ideação Suicida de Beck por sexo.....	95
Tabela 12	Frequência da questão 20 (tentativas prévias de suicídio) da Escala de Ideação Suicida de Beck por sexo.....	96
Tabela 13	Frequência da questão 21 (desejo de morrer) da Escala de Ideação Suicida de Beck por sexo	97
Tabela 14	Frequência das entrevistas com score igual ou maior que 6 da Escala de Ideação Suicida de Beck para as variáveis sexo, semestre e faixa etária.....	97
Tabela 15	Perfil dos 181 entrevistados que afirmam ter tentado suicídio anteriormente.....	98
Tabela 16	Perfil psicossocial do estudante que já tentou o suicídio	99

Tabela 17	Frequência dos itens da Avaliação de Estresse dos Estudantes de Enfermagem (AEEE) que já tentaram o autoextermínio.....	100
Tabela 18	Comparação entre a AEEE geral dos estudantes e a AEEE dos estudantes que já tentaram suicidar-se.....	101
Tabela 19	Frequência das questões aplicadas no mini-RTM aos alunos que já tentaram o autoextermínio	102
Tabela 20	Comparação entre médias da avaliação geral dos estudantes e dos estudantes que já tentaram o suicídio, de acordo com as maiores pontuações em cada item do mini-RTM.....	103
Tabela 21	Frequência das questões aplicadas na Escala de Ideação Suicida de Beck aos alunos que já tentaram o autoextermínio.....	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

5-HIAA	Ácido 5-hidroxi-indolacético
5-HTT	5-Hidroxitriptofano
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
AC	Análise de Correspondência
AEEE	Avaliação do Estresse do Estudante de Enfermagem
ALCESTE	Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos do Texto
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	Associação Americana de Psiquiatria
BDNF	Fator neurotrófico derivado do cérebro
BSI	Escala de Ideação Suicida de Beck
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFM	Conselho Federal de Medicina
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CQCT	Convenção Quadro para Controle do Tabaco
CVV	Centro de Valorização da Vida
d.C	Depois de Cristo
DF	Distrito Federal
ENADE	Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
ENPS	Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio
FEM	Feminino
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
GABA	Ácido gama-aminobutírico
IASP	Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio
IML	Instituto Médico Legal
JK	Juscelino Kubitschek
LAI	Lesões autoprovocadas anteriormente
LCR	Líquido cefalorraquidiano
L-DOPA	L-dihidrofenilamina

LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis
MAOA	Enzima mitocondrial monoaminoxidase A
MASC	Masculino
MEC	Ministério da Educação
Mini-RTM	Mini-Rastreo de Transtornos Mentais
MS	Ministério da Saúde
MS/GM	Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro
NASFs	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NEPS	Núcleos de Educação Permanente em Saúde
NESC/UFRJ	Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDPS	Plano Distrital de Prevenção ao Suicídio
PNAISARI	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PPGEnf	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
ProUNI	Programa Universidade para Todos
PSE	Programa Saúde na Escola
PUC-RS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RHS	Rede HumanizaSUS
RNA_m	Ácido ribonucleico mensageiro
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES/DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificações
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TH	Tirosina hidroxilase
TJDF	Tribunal de Justiça do Distrito Federal
TPH	Triptofano hidroxilase

TRF	Tribunal Regional Federal
UCE	Unidades de Contexto Elementar
UCI	Unidades de Contexto Inicial
UnB	Universidade de Brasília
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	24
INTRODUÇÃO	27
OBJETIVOS	31
PARTE II – REVISÃO DA LITERATURA	33
2.1 O SUICÍDIO E O COMPORTAMENTO SUICIDA	34
2.1.1 Fatores de Risco para o Comportamento Suicida	36
2.2 A HISTÓRIA DO SUICÍDIO	38
2.2.1 As Civilizações Grega e Romana	38
2.2.2 Idade Média	40
2.2.3 Idade Moderna	42
2.2.4 Idade Contemporânea	43
2.3 MODELOS TEÓRICOS DO COMPORTAMENTO SUICIDA	45
2.3.1 Modelo Neurobiológico e Genético	45
2.3.1.1 Sistema Serotoninérgico	45
2.3.1.2 Genes TPH1 e TPH2	46
2.3.1.3 Genes Envolvidos na Síntese e Degradação de Neurotransmissores	46
2.3.1.4 Sistema Dopaminérgico e Noradrenérgico	47
2.3.1.5 Sistema Gabaérgico e Glutamatérgico	47
2.3.1.6 Neurotrofinas	48
2.3.2 Modelo Antropológico	48
2.3.3 Modelos Psicológicos	49
2.3.3.1 Perspectiva Psicodinâmica	49
2.3.3.2 Perspectiva Sistêmica	50
2.3.3.3 Perspectiva Cognitiva	51
2.3.3.4 Perspectivas Integradoras	52
2.3.3.5 Modelo Diátese-Estresse	54
2.3.3.6 Modelo Interação Traço-Estado	55
2.3.3.7 Teoria dos Modos Suicidas	55
2.3.3.8 Modelo do Evitamento Experiencial	58
2.3.3.9 Modelo do Cubo Suicida	59

2.4	A TEORIA DE ENFERMAGEM E O MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN	61
2.4.1	Pressupostos Básicos do Modelo de Sistemas de Neuman	63
2.5	EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO	64
2.5.1	O Suicídio no Mundo	65
2.5.2	O Suicídio no Brasil	68
2.5.3	O Suicídio no Distrito Federal	70
	PARTE III – MÉTODOS	74
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	75
3.1.1	Cenário do Estudo	76
3.2	PRIMEIRA FASE.....	76
3.2.1	CrITÉrios de Inclusão e Exclusão	76
3.2.2	Instrumentos de Coleta de Dados	77
3.2.3	Procedimento de Coleta de Dados	78
3.2.4	Tratamento e Análise dos Dados	79
3.3	SEGUNDA FASE	79
3.3.1	CrITÉrios de Inclusão e Exclusão	79
3.3.2	Instrumento de Coleta de Dados	80
3.3.3	Procedimento de Coleta de Dados	80
3.3.4	Tratamento e Análise dos Dados	80
3.4	ASPECTOS ÉTICOS	81
	PARTE IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO	82
4.1	PRIMEIRA FASE	83
4.1.1	Perfil Sociodemográfico dos Estudantes de Enfermagem	83
4.1.2	Avaliação do Estresse do Estudante de Enfermagem	85
4.1.3	Avaliação do Mini-Rastreo de Transtornos Mentais	89
4.1.4	Avaliação da Escala de Ideação Suicida de Beck	93
4.2	PERFIL DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM QUE JÁ TENTARAM O SUICÍDIO	98
4.3	ANÁLISE E DISCUSSÃO DA PRIMEIRA FASE.....	107
4.3.1	O Perfil do Estudante Suicida	107
4.3.2	A Desesperança e a Depressão no Comportamento Suicida	110
4.3.3	A Ansiedade e o Estresse no Comportamento Suicida	111

4.4	SEGUNDA FASE	114
4.4.1	História dos Indivíduos.....	115
4.5	DESVELANDO O COMPORTAMENTO SUICIDA.....	127
4.5.1	O Sofrimento Psíquico do Suicida.....	127
4.5.2	Eixo 1.....	128
4.5.2.1	O Sentir e o Agir	128
4.5.3	Eixo 2	134
4.5.3.1	Conexões Familiares e a Reconstituição da vida.....	134
4.6	INTEGRAÇÃO DOS RESULTADOS.....	138
PARTE V – CONSIDERAÇÕES FINAIS		141
5.1	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	142
REFERÊNCIAS		146
APÊNDICES		166
APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico		167
APÊNDICE B – Entrevista Semiestruturada		168
ANEXOS		169
ANEXO A – Ações Estratégicas de Prevenção ao Suicídio (OMS/Ministério da Saúde/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF)		170
ANEXO B – Avaliação do Estresse do Estudante de Enfermagem (AEEE)		183
ANEXO C – Mini-Rastreamento de Transtornos Mentais (Mini-RTM).....		184
ANEXO D – Escala de Ideação Suicida de Beck.....		186
ANEXO E – Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....		189
ANEXO F – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....		191
PRODUÇÃO ACADÊMICA		195
Artigo		196

A vida acadêmica sempre me fascinou. Atuo há mais de quinze anos no âmbito da docência e, em especial, na docência universitária. Nos últimos anos tive duas importantes oportunidades de desempenhar a tarefa de coordenador adjunto do curso de Enfermagem em duas diferentes instituições (uma na região Nordeste e outra na região Centro-Oeste). E isso foi crucial para a escolha do tema de estudo do meu doutorado.

Na função de coordenador, recebia em minha sala muitos alunos que vivenciavam situações de grande sofrimento psíquico, tais como: questões familiares (briga com pais, separações conjugais, etc.), cobranças dos pais e professores (“sejam os melhores”, “o mercado de trabalho está saturado e não aceita profissionais medíocres”, “estou pagando sua faculdade, portanto não faça de qualquer maneira”, etc.), medos e ansiedades advindas do próprio curso de Enfermagem (“profissional de saúde não pode errar! Um equívoco pequeno pode causar a morte do paciente”), além de conflitos emocionais que poderiam incidir diretamente no cuidado com o paciente (“como vou cuidar de alguém, principalmente lidar com os medos e anseios dessa pessoa se eu mesmo vivo num intenso medo e ansiedade? ”).

Horas de conversa foram necessárias para tentar compreender a razão de tal sofrimento que, em alguns casos, culminaram em ideação suicida e tentativas de suicídio. Lamentavelmente, alguns desses alunos não suportaram a dor e consumaram o suicídio.

Frente a essa tensa realidade, muitas indagações vieram em minha mente. Será que a universidade tem adoecido os jovens? Ou os jovens já chegam adoecidos, portando grande sofrimento psíquico quando ingressam a universidade? Como nós, professores universitários, podemos ajudar esses jovens a superar tal sofrimento? Estudantes de cursos da saúde são mais suscetíveis ao comportamento suicida (ideação, planejamento e ato suicida)?

Sabe-se que estudantes universitários sempre foram considerados colaboradores da ciência, participando de várias pesquisas, nas mais diferentes áreas. Porém, ultimamente esses mesmos universitários têm despertado outro tipo de interesse nos pesquisadores, ou seja, estudar sua saúde mental e sua qualidade de vida no próprio âmbito universitário.

Observa-se que a mídia tem divulgado constantemente casos de suicídio de estudantes universitários em todo Brasil, e, sobretudo de estudantes da área da saúde. Mas o que tem acontecido entre os estudantes universitários para que esse número de suicídio tenha aumentado tanto? Essas questões me intrigavam.

Observava que o estudante, ao ingressar na universidade, passam por situações de crise, uma vez que saem do seu ambiente familiar e se deparam com um mundo desconhecido, podendo viver múltiplos conflitos. Devido a isso, podem desenvolver desequilíbrio emocional, decorrente da insegurança originada talvez, por essa nova realidade.

A não superação da crise, decorrente da não adaptação às novas vivências ou ao novo ambiente, poderá ser um fator de estresse, desencadeando dificuldades de relacionamento, baixa produtividade, angústias, processos depressivos e, em situações mais graves, perda do interesse pela vida, culminando em ideação suicida e tentativas de suicídio.

Por essas razões decidi estudar sobre o comportamento suicida no âmbito universitário. Assim, espero que as reflexões advindas deste estudo possam identificar questões relevantes para o entendimento do comportamento suicida entre estudantes universitários e suscite a discussão da criação de estratégias eficientes dentro das universidades para combater tal problema.

As mortes por lesões autoprovocadas intencionalmente (LAI), comumente denominados por suicídios, são um sério problema de saúde pública e tem despertado atenção de estudos em diversas áreas científicas (MOTA, 2015).

De acordo com relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre prevenção do suicídio, mais de 800.000 pessoas morrem por esta causa todos os anos; em torno de uma pessoa a cada quarenta segundos. Desses suicídios, cerca de 75% ocorrem em países de baixa e média renda (OMS, 2014).

Outro dado importante é o alto índice de suicídio entre jovens. O suicídio aparece como a segunda principal causa de morte na juventude, entre pessoas com 15 e 29 anos, atrás apenas dos acidentes de trânsito (OMS, 2014). Nessa faixa etária do desenvolvimento ocorrem mudanças significativas nos níveis sociais, familiares, físicos e afetivos e o jovem pode experimentar momentos de ansiedade e angústia. Isso aumenta o risco de problemas emocionais, dentre os quais a depressão e o risco de suicídio (ORES, 2012).

Esses momentos de ansiedade e angústia também podem ser vistos no contexto universitário. Desde a entrada no ensino superior até a conclusão do curso, observam-se mudanças no estilo de vida dos jovens. A vida universitária é caracterizada por um período conturbado, marcado por desafios e incertezas que podem estar na origem de vários problemas de saúde mental, entre os quais os comportamentos suicidas. Além disso, a vida universitária marca o início de um processo de transição para o mundo do trabalho e para a autonomia própria do jovem adulto (GONÇALVES; SEQUEIRA; DUARTE; FREITAS, 2014).

A entrada na universidade leva o estudante a traçar caminhos de expectativas e ilusões em relação ao futuro profissional, e em grande medida, também pessoal. No entanto, em função de características pessoais e de determinadas circunstâncias sociais e culturais, a adaptação do jovem ao contexto universitário pode não ser bem-sucedida. Isso pode conduzir a uma vulnerabilização da saúde mental do estudante universitário, o que pode favorecer a manifestação de conflitos existenciais e traços psicopatológicos latentes e, no extremo, o ato suicida (PEREIRA & CARDOSO, 2015).

Devido à falta de maturidade psicossocial para conseguir lidar e gerir as novas situações de estresse com as quais irá se confrontar durante a vida universitária, indica que o jovem precisa encontrar suporte em seus vínculos afetivos familiares, nas redes de apoio da própria instituição universitária e uma boa relação com os colegas de curso (NASCIMENTO et. al., 2016).

Em pesquisa realizada com 940 mil graduandos com media de faixa etária de 24 anos, pela Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (Andifes), apontou que sete em cada dez alunos de instituições federais no Brasil sofrem algum tipo de sofrimento psíquico ou emocional, sendo o estresse, a ansiedade e a depressão os problemas mais comuns (ANDIFES, 2018).

Nos cursos das áreas da saúde os desafios do jovem podem tornar as vivências ainda mais estressante levando a distúrbios de ansiedade e de sofrimento psíquico, o que demanda uma rede de suporte mais robusta. Segundo Lima (2013) os estudantes da área da saúde são mais propensos a sofrerem pressões impostas diante de qualquer falha ou falta de preparo devido a possibilidade de morte de paciente; podem sentir culpa pelo que não sabe e com isso se sentir paralisado pelo medo de errar; a presença de sentimento de impotência, que muitas vezes são responsáveis por ideias de abandono do curso e depressão; o estresse acumulado durante o curso e a privação de sono e; o fácil acesso aos métodos para cometimento do ato suicida (LIMA,2013).

A incerteza com a profissão é outro fator relevante para analisar o comportamento suicida entre estudantes universitários, e em especial, do curso de Enfermagem. Nascimento et. al. (2016) revelaram que 33% dos estudantes de Enfermagem gostariam de fazer outro curso. Essa realidade, que de certa forma parecia não corresponder às suas expectativas iniciais, pode levar os estudantes ao sentimento de frustração, e por consequência, um comportamento suicida. Outros fatores também foram descritos como facilitadores do processo de pensamento suicida entre estudantes de enfermagem, tais como decepções amorosas, dinâmica familiar conturbada, depressão, e o lidar com o sofrimento alheio. Todos esses fatores corroboram a necessidade de atentar-se para a saúde psicossocial dos estudantes de enfermagem (NASCIMENTO et. al., 2016).

É evidente que esses estudantes estão sujeitos a sentimentos fortes e contraditórios. Dessa forma, reforça-se a necessidade desses jovens terem um acompanhamento de sua integridade biopsicológica e espiritual para poder lidar com o sofrimento humano (LEAL, 2013).

Assim, denota-se que o estudante de enfermagem necessita de sólida competência emocional para passar pelo processo de lidar com a dor e o pesar do outro. Além disso, ele é solicitado a dar conta de suas atribuições familiares, pessoais, acadêmica, social e profissional. Isso exige inúmeros esforços e, quando não são plenamente atendidas, resultam em sofrimento psíquico e possível ideação suicida (NASCIMENTO et. al., 2016).

De uma maneira geral, diversos são os fatores que têm sido apontados na literatura associados ao comportamento suicida, o que demonstra ser esse um evento multifatorial e multidimensional. Aspectos mais subjetivos como desesperança, impulsividade, agressividade, percepção do corpo, dificuldades de comunicação e falta de pertencimento social têm sido apontados como possíveis fatores que desencadeiam o processo de ideação suicida entre jovens (PEREIRA; CARDOSO, 2015; GVION et al., 2015).

Ressalta-se que diferentes fatores podem estar associados ao comportamento suicida entre jovens universitários. Desafios próprios do processo de desenvolvimento pessoal, social e acadêmico demandam maturidade e autonomia desses jovens para tomada de decisões frente às determinações rígidas do ambiente acadêmico (SANTOS et al, 2017).

Dessa forma, identificar os fatores que se associam à presença de comportamento suicida nos estudantes universitários, em especial dos estudantes de enfermagem, pode constituir uma importante ferramenta para que ações de prevenção e proteção sejam planejadas, tanto por parte dos gestores da universidade, bem como das equipes de saúde e educação que assistem esses estudantes dentro e fora do campus universitário.

Nessa perspectiva, ressalta-se que a Ciência da Enfermagem pode também contribuir com outras áreas do conhecimento, para a discussão sobre o comportamento suicida. O Modelo de Sistemas de Betty Neuman é um modelo dinâmico baseado no relacionamento entre o indivíduo e leva em consideração todas as variáveis que afetam a resposta particulares aos fatores estressores presentes no ambiente.

Esse Modelo de Sistemas explica como a estabilidade do sistema é alcançada em relação aos estressores impostos ao indivíduo. Assim, essa problemática proposta por Neuman torna-se extremamente relevante para a compreensão do comportamento suicida.

Frente ao tema exposto, o presente estudo tem como questão norteadora: “O que favorece o desenvolvimento do comportamento suicida nos estudantes universitários do curso de Enfermagem”?

OBJETIVO GERAL

- Analisar o processo do comportamento suicida de estudantes de Enfermagem à luz da Teoria de Enfermagem dos Modelos de Sistemas de Betty Neuman.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil epidemiológico e social dos estudantes;
- Descrever os fatores demográficos, socioeconômicos, psicológicos e psiquiátricos associados ao comportamento suicida entre estudantes;
- Identificar os fatores de risco intrapessoais, interpessoais e extrapessoais relacionados ao comportamento suicida entre estudantes;
- Traçar a trajetória do comportamento suicida (ideação suicida – planejamento – tentativa – ato suicida) por meio da Teoria de Enfermagem dos Modelos de Sistemas de Betty Neuman;

2.1 O SUICÍDIO E O COMPORTAMENTO SUICIDA

Durante o processo de existência, o ser humano experiencia o mundo de distintas formas. Algumas pessoas proporcionam a autorrealização baseadas na harmonia e na felicidade. Entretanto, em outros momentos, podem faltar as condições necessárias que possibilitarão o crescimento e o desenvolvimento das potencialidades do ser humano. A inexistência dessas condições pode contribuir para perda do sentido da vida, para um vazio existencial, o que pode levar o ser humano a se desesperar. E diante do sofrimento e do desespero, a pessoa pode perceber a morte como a solução para a sua dor, um alívio para a sua existência, isto é, encontra no suicídio uma alternativa para a vida (SILVA; ALVES; COUTO, 2016).

Frente ao exposto, a *suicidologia*, comumente conhecida como a ciência que busca o estudo científico do suicídio e sua prevenção, traz em seu escopo a necessidade de se entender as possíveis causas do suicídio, como elaborar um plano de intervenção em crises e elaborar planos adequados de prevenção ao suicídio e proteção à vida (SHNEIDMAN, 1985; SARAIVA; GIL, 2014).

E para compreender o campo da suicidologia, faz-se necessário entender e definir alguns termos, tais como: suicídio, a pessoa suicida, o parassuicídio e o comportamento suicida (ideação, planejamento e tentativa de suicídio).

Suicídio

O suicídio pode ser definido de diversas maneiras. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio é um ato com um resultado fatal, que foi deliberadamente iniciado e preparado, com o prévio conhecimento do seu resultado final através do qual o indivíduo pensou fazer o que desejava. Ainda se refere ao suicídio como “ato iniciado e protagonizado por alguém para se matar deliberadamente, sabendo que leva a um desfecho fatal” (OMS, 1998; 2003).

Para a Associação Americana de Psiquiatria (APA), o suicídio consiste na morte autoprovocada com evidências, sejam elas implícitas ou explícitas de que a pessoa pretendia/tinha intenção de morrer (APA, 2010).

Para o sociólogo Émile Durkheim, o suicídio pode ser definido como a morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo cometido por um indivíduo que conhecia o resultado desse seu comportamento (DURKHEIM, 1896).

Além disso, o suicídio não pode ser visto como um ato aleatório, sem finalidade; ele é vivenciado como a melhor saída disponível, pela qual o propósito é encontrar uma solução para um sofrimento intenso, insuportável e interminável (MELEIRO, 2013).

A Pessoa Suicida

Define-se como pessoa suicida aquela pessoa que tendo decidido acabar com a sua vida, ou agindo num impulso súbito para o fazer, mata-se escolhendo o método mais efetivo disponível e assegurando-se da ausência de interferência por outrem (STENGEL, 1964).

Ideação Suicida

A ideação suicida pode ser definida como pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida, que podem ser vistos como precursores de comportamentos autolesivos ou atos suicidas; podem apresentar-se sob a forma de desejos e/ou plano para cometer suicídio, sem que haja necessariamente tentado o autoextermínio (SHNEIDMAN, 1987). Portanto, pensar é diferente de agir – a verdadeira ideação suicida é aquela no qual o indivíduo se pensa a si próprio enquanto agente de sua morte (SARAIVA; GIL, 2014).

Planejamento Suicida

O planejamento suicida é aquele no qual a pessoa já possui a ideação suicida e já se deteve na elaboração dos detalhes do seu ato suicida como, por exemplo, o método, o local, o horário e, eventualmente, o desfecho e consequências (GIL, 2006).

Tentativa Suicida

Já a tentativa de suicídio é definida como qualquer tipo de comportamento autolesivo não-fatal, com evidências, sejam elas implícitas ou explícitas de que a pessoa tinha intenção de morrer (APA, 2010).

Parassuicídio

O termo parassuicídio é visto como um termo análogo ao suicídio, porém a pessoa não considera, propositadamente, a orientação psicológica para a morte (KREITMAN, 1977).

O parassuicídio é definido como um ato não fatal, no qual o indivíduo inicia deliberadamente um comportamento fora do comum que, sem a intervenção e outros, causará lesão, ou deliberadamente ingere uma substância em excesso para além da dose prescrita ou reconhecida geralmente como dose terapêutica, com o objetivo de provocar mudanças desejadas pelo indivíduo, através das consequências físicas atuais ou esperadas (SARAIVA; GIL, 2014).

Ou seja, o parassuicida busca se envolver em situações de risco que podem ser fatais ou não. A morte seria, então, uma consequência desses atos.

Comportamento Suicida

Os comportamentos suicidas englobam uma diversidade de gestos que vão desde a ideação suicida até ao suicídio consumado, passando pelos graus intercalares da tentativa de suicídio e do parassuicídio (SARAIVA, 2010).

Assim, o comportamento suicida refere-se a um conjunto de atitudes que incluem: o pensamento de que uma ação auto infligida resulte em sua morte (ideação suicida), o planejamento, a tentativa e o próprio suicídio (APA, 2010).

Presentemente, o fenômeno do comportamento suicida configura-se como uma discussão extremamente complexa e difícil de ser abordado. Alguns fatores contribuem para tal, o mais importante é o fato da morte no mundo ocidental ser um tema de difícil abordagem por se constituir em um tabu social, mesmo em espaços como os cursos profissionais da área da saúde em geral. Do ponto de vista clínico, é importante compreender o sofrimento para entender a lógica que organiza o movimento humano para chegar ao ato do suicídio (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

Desta maneira, esse presente estudo busca compreender o comportamento suicida entre os estudantes de enfermagem, o qual inclui as questões relacionadas à ideação, planejamento e a tentativa do suicídio propriamente dita.

2.1.1 Fatores de Risco para o Comportamento Suicida

Conhecer as situações que atuam como fatores de risco para o suicídio pode auxiliar os profissionais de saúde na identificação de situações de risco e de crise. Botega (2015) elencou os principais fatores de risco para o suicídio, dentre eles fatores sociodemográficos, transtornos mentais, fatores psicossociais, dentre outros.

O Quadro 1 apresenta os principais fatores de risco para o suicídio.

Quadro 1 - Fatores de risco para o suicídio.

<p>Fatores Sociodemográficos</p> <p>Sexo masculino;</p> <p>Adultos jovens (19 a 49 anos) e idosos;</p> <p>Estados civis: viúvo, divorciado, solteiro (principalmente entre homens);</p> <p>Orientação homossexual ou bissexual;</p> <p>Ateus, protestantes tradicionais, católicos, judeus;</p> <p>Grupos étnicos minoritários;</p>
<p>Transtornos Mentais</p> <p>Depressão, transtorno afetivo bipolar, abuso/dependente de álcool e outras drogas, esquizofrenia, transtornos de personalidade (principalmente <i>borderline</i>);</p> <p>Comorbidade psiquiátrica (ocorrência de mais de um transtorno ao mesmo tempo);</p> <p>História familiar de doença mental;</p> <p>Falta de tratamento ativo e continuado em saúde mental;</p> <p>Ideação ou plano suicida;</p> <p>Tentativa de suicídio pregressa;</p> <p>História familiar de suicídio;</p>
<p>Fatores Psicossociais</p> <p>Abuso físico ou sexual;</p> <p>Perda ou separação dos pais na infância; instabilidade familiar;</p> <p>Ausência de apoio social;</p> <p>Isolamento social;</p> <p>Perda afetiva recente ou outro acontecimento estressante;</p> <p>Datas importantes (reações a aniversários);</p> <p>Desemprego;</p> <p>Aposentadoria;</p> <p>Violência doméstica;</p> <p>Desesperança, desamparo;</p> <p>Ansiedade intensa;</p> <p>Vergonha, humilhação (<i>bullying</i>);</p> <p>Baixa autoestima;</p> <p>Traços de personalidade: impulsividade, agressividade, labilidade de humor; perfeccionismo;</p> <p>Rigidez cognitiva, pensamento dicotômico;</p>

Pouca flexibilidade para enfrentar adversidades;
Outros
Acesso a meios letais (armas de fogo, veneno);
Doenças físicas incapacitantes, estigmatizantes, dolorosas ou terminais;
Estados confusionais orgânicos;
Falta de adesão ao tratamento, agravamento ou recorrência de doenças preexistentes;
Relação terapêutica frágil ou instável.

Fonte: Botega (2015).

Essa diversidade de fatores de risco que podem levar a pessoa ao suicídio foi reiterado por Jerome Bruner, psicólogo estadunidense, o qual refletiu sobre o comportamento humano. Para ele, o comportamento humano não pode ser completamente explicado de dentro para fora, apenas à custa da personalidade, das alterações do humor, da inteligência ou da genética, independentemente das circunstâncias. Ele reitera isso dizendo:

“Afinal, se nós estamos mergulhados no mundo social – nas relações, nos empregos, nas atividades comunitárias, porque é que havemos de selecionar a mente individual como origem de um comportamento problemático, como o suicídio?” (BRUNER, 1997)

2.2 A HISTÓRIA DO SUICÍDIO

2.2.1 As Civilizações Grega e Romana

O fenômeno do suicídio foi marcado por diferentes significados no decorrer da história, desde visões que o entendiam como algo moralmente transgressor, até concepções que o compreendiam como um ato heroico. Na Antiguidade Clássica existiam diferentes opiniões acerca do suicídio. Foram encontrados casos de suicídios por diversos motivos, tais como patriotismo, remorso, infidelidade, amor, castidade, fuga da senilidade da velhice, dentre outros (CAEIRO, 2011).

No mundo grego, alguns pensadores defendiam que o indivíduo não devia se matar sem o consentimento prévio da comunidade - isso seria um ataque a estrutura comunitária (GONÇALVES; GONÇALVEZ JÚNIOR, 2011).

Observa-se que as escolas filosóficas do mundo grego tinham diferentes teorias sobre o suicídio. Os seguidores de Pitágoras eram terminantemente contrários ao ato suicida; diziam que a morte voluntária quebrava a harmonia numérica que regia a alma. Além disso, consideravam que a alma que sofria deveria realizar a sua expiação até ao fim. (CAEIRO, 2011; COHEN, 2000).

Já os epicuristas e estoicos, por outro lado, adotavam uma concepção mais benevolente do suicídio, como um ato aconselhado pela sabedoria e que deveria ser executado com doçura, apropriado para uma situação em que se percebe que a vida não tem caminhado da maneira como gostaria. Para os epicuristas, a sabedoria aconselha o homem a suicidar-se com doçura se a vida for insuportável; a sua ênfase na qualidade de vida conduz a uma atitude mais permissiva do que o estoicismo (CAEIRO, 2011; AZENHA; PEIXOTO, 2014).

Os estoicos, consideravam que a razão poderia mostrar que o suicídio era a forma mais digna para manter a harmonia com a ordem das coisas e que poderia ser a solução quando alguém se via impedido de seguir a linha de conduta que tinha traçado para si próprio, defendendo a inegável correção moral do suicídio; o estoico esperava que cada homem cumprisse seu dever e encarasse com coragem e firmeza a dor e a infelicidade (AZENHA; PEIXOTO, 2014).

Platão, Aristóteles, Pitágoras e Sócrates também tinham opiniões sobre o suicídio. Contrariamente às anteriores correntes, Platão e Aristóteles consideram o homem, acima de tudo, como um ser social, inserido numa comunidade. Para eles, o indivíduo não devia pensar em função do seu interesse pessoal, mas sim ter em conta os seus próprios deveres para com a divindade que o colocou no seu posto (Platão) ou para com a cidade onde tem um papel a desempenhar (Aristóteles) (MINOIS, 1998).

Para Pitágoras, apenas três exceções nas quais o suicídio era aceitável: quando a pessoa era condenada por ordem da cidade, a presença de doença incurável ou dolorosa, ou uma vida que era marcada por miséria ou vergonha. Já para Sócrates, não existia nenhuma exceção que justificasse o suicídio; o atentado contra a própria vida constituía uma desorna pessoal e, sobretudo, um delito contra a cidade (BONETE PERALES, 2002).

De uma forma geral, na Grécia antiga, um indivíduo não podia se matar sem prévio consenso da comunidade, caso contrário, o suicídio era condenado politicamente ou juridicamente e eram-lhe recusadas as honras de sepultura regular (AZENHA; PEIXOTO, 2014).

Na civilização romana, o suicídio era considerado legítimo para aquelas pessoas de nível social mais alto, porém era negada a legitimidade do ato suicida para escravos e soldados. (ARAGÃO, 2014). Para os escravos, o suicídio era considerado como um atentado contra a propriedade privada; para os soldados, estavam previstas penas para os que sobreviviam a uma tentativa de suicídio por deserção. Já para os homens livres não existia nenhuma interdição legal para o suicídio; as exceções eram os acusados e os condenados que desejassem evitar a confiscação dos seus bens à sua família (AZENHA; PEIXOTO, 2014).

No mundo romano também existiu um outro tipo de morte voluntária: o suicídio por desgosto da vida. Este tipo de suicídio estava ligado a uma minoria intelectual e à reflexão dos destinos da humanidade, que conduzia sempre a um pessimismo radical sobre a natureza do homem. Contudo, com o passar dos anos e paralelamente ao declínio do estoicismo, a legislação romana endureceu a sua posição face à morte voluntária (MINOIS, 1998).

2.2.2 Idade Média

Com o início da Idade Média e da Era Cristã, os dogmas cristãos foram difundidos e o suicídio passou a ser condenado, não só pela Igreja, mas também pelo Estado. O suicídio passou a ser percebido como uma interdição do mandamento do Decálogo “Não Matarás”. Nessa época o suicídio foi associado a ideia de tentação do demônio ou um ato de loucura (GONÇALVES; GONÇALVES JÚNIOR, 2011; MENDES, 2011).

Nessa época, o suicida deveria ser punido e sua ação de tirar a própria vida era visto como um exemplo negativo para as pessoas. Assim, o suicida era condenado, punido e ultrajado, mesmo depois de sua morte por ter transgredido as regras do viver em sociedade (MEDEIROS, 2008).

Porém, nessa época o suicídio também foi visto de maneira ambígua. O camponês e o artesão enforcavam-se para escapar da miséria e do sofrimento – esse tipo de suicídio era visto como um ato de desespero, covardia e fuga praticado por um pecador. Por outro lado, o cavaleiro e o clérigo, deixavam-se morrer para escapar da humilhação e frustrar o infiel com o seu triunfo – já esse tipo era considerado como um ato corajoso de acordo com a honra cavaleiresca ou como manifestação de uma fé inabalável até ao martírio (MINOIS, 1998).

Mesmo com essa visão ambígua, ressalta-se que a principal visão da Idade Média acerca do suicídio foi a sua condenação, pois acreditava-se que o homem não tinha o

direito de forçar o elemento divino (alma) para fora do corpo material, uma vez que apenas Deus comandava a vida e a morte (ANTON, VAN HOOFF, 2000).

Isso se tornou mais evidente no século IV, quando a Igreja endureceu seu posicionamento em relação ao suicídio. A total rejeição ao suicídio foi equiparada ao homicídio, pois o ato suicida violava o quinto mandamento bíblico, que ordenava o princípio “não matarás”. Assim, no ano de 348, o Concílio de Cartago condenou a prática de morte voluntária. A condenação do suicídio se tornou mais forte com Santo Agostinho (354-430 d.C), que no seu livro *A Cidade de Deus* deixou mais clara a posição rigorosa da Igreja Católica em relação ao suicídio (BONETE PERALES, 2002).

A reprovação e condenação do suicídio foi reforçado no ano de 452, no Concílio de Arles, o qual declarou que o suicídio era inspirado pelo demônio. Em 533, no Concílio de Orleães, o suicídio foi visto como um crime contra Deus, a natureza e a sociedade. No Concílio de Braga, em 563, e no de Auxerre, em 578 foi condenado qualquer tipo de suicídio, ordenando que o suicida não seria honrado com nenhuma comemoração litúrgica. O mesmo sucedeu no Concílio de Toledo, em 693, onde se impôs a excomunhão da pessoa suicida (AZENHA; PEIXOTO, 2014).

Em 1284, no Sínodo de Nimes, os sacerdotes determinaram que os suicidas teriam suas sepulturas negadas nos cemitérios católicos. Além disso, o suicida não teria direito aos rituais religiosos, o seu cadáver seria castigado publicamente, a sua memória difamada e os seus bens confiscados. Assim os suicidas eram igualados aos ladrões ou assassinos (AZENHA; PEIXOTO, 2014).

Ressalta-se que na Idade Média o suicídio era visto como um ato desumano que apenas se pode explicar pela intervenção direta do diabo ou pela loucura. No primeiro caso, o homem é vítima do desespero diabólico contra o qual a Igreja oferecia auxílio através da confissão, e aquele que, apesar dessa ajuda, se deixasse sucumbir estaria destinado ao inferno. No segundo caso, o “louco” não seria responsável pelos eu ato e, por isso, poderia ser salvo, razão pela qual o argumento da loucura foi largamente utilizado nos casos de suicídio de pessoas da nobreza e do clero. A nobreza e o clero escapavam quase sempre às sanções, pois de forma sistemática se recorria à loucura e o defunto era sepultado de acordo com os rituais cristãos (COHEN, 2000).

A partir do século XVI, uma revolução sociocultural e econômica espalhou-se por toda Europa. Outros nomes importantes também contribuíram para a condenação do ato suicida: Lutero e Calvino. Para os católicos, o suicídio continuou sendo visto como um ato diabólico; para Lutero, o suicídio era um crime cometido diretamente pelo diabo sobre

o homem, e Calvino reiterou a interdição ao suicídio, como todos os teólogos e moralistas protestantes (AZENHA; PEIXOTO, 2014).

2.2.3 Idade Moderna

Durante os séculos XV e XVI, o Renascimento colocou em cheque diversos valores éticos vigentes. Com o Renascimento, a reconfiguração econômica de maior liberdade do comércio desencadeou um movimento de maior valorização da subjetividade e da individualidade, levando a sociedade à um contexto individualista. Desse modo, aconteceu um aumento progressivo da tendência ao isolamento, o que contribuiu para geração de sentimentos de angústia, solidão e inquietude. Tais sentimentos advindos do individualismo contribuíram para que as pessoas tirassem a sua própria vida nesse período (ARAGÃO, 2014).

Thomas More (1477-1535), no seu livro *Utopia*, fez uma alusão a uma regulamentação do suicídio que poderia estar justificada em doentes incuráveis ou com dor contínua. Michel de Montaigne (1533-1592) fez uma escolha explícita pela autonomia humana, mas considerou que o suicídio não era verdadeiramente justificado, a não ser em casos de extrema necessidade, na dor física intensa e incurável, ou para se evitar uma morte tormentosa (AZENHA; PEIXOTO, 2014).

Um fato importante da época foi a refutação da ciência experimental à concepção demoníaca do suicídio - intelectuais começaram a analisar o processo psicológico que desencadeava o suicídio. O precursor das interpretações científicas dos atos suicidas foi o médico e cientista inglês Robert Burton (1577-1640), que, no ensaio *Anatomy of Melancholy*, referiu que a melancolia seria um desencadeador do suicídio. Assim, durante o século XVII, toda corrente médica e filosófica atribuía as tendências suicidas às perturbações fisiológicas e psicológicas, afastando-se das explicações sobrenaturais e dos mandatos da religião (AZENHA; PEIXOTO, 2014).

Outro pensamento do século XVIII foi a atribuição do ato de dar fim à vida como um ato de coragem, uma virtude moral – acreditava-se que prolongar a vida seria um comportamento de uma alma escrava. Montesquieu (1689-1755) considerou que ao se cometer suicídio, o ser humano estaria apenas usando um direito que lhe é dado. Além disso, acreditava que o suicídio não causaria mal nenhum à sociedade nem à providência divina; portanto não seria um delito (ANTON; VAN HOOFF, 2000; AZENHA; PEIXOTO, 2014).

Na segunda metade do século XVIII, surgiu uma tendência de justificar o suicídio como uma recusa da vida a partir do momento em que esta oferecia mais sofrimentos do que alegrias. David Hume (1711-1776) se referiu ao suicídio como um direito individual de autonomia para avaliar se a vida tinha algum valor para a sociedade, considerando-o admissível do ponto de vista ético e moral. Além disso, a juventude da época também foi seduzida por impulsos românticos – surgiu o que chamaram de suicídio por desespero de amor, solidão, vazio da alma, mal de viver, recusa da passagem do tempo (AZENHA; PEIXOTO, 2014).

Contrariamente à Hume, o filósofo Immanuel Kant (1724-1804) dizia que o suicídio não podia, em caso nenhum, ser visto como princípio. Para ele, o suicídio era uma privação da contribuição individual para a sociedade. Além disso, quando alguém se matava, destruía a moralidade do sujeito, sugerindo que, se o suicídio fosse universalizado, isso levaria à anulação da própria moralidade (COHEN, 2000).

Já no final do século XVIII, outro sentimento foi dominante em relação à pessoa suicida: a piedade. Familiares e amigos insistiam que o ato suicida eram claramente sinais de loucura; chegavam a explicar o suicídio por meio da influência da lua, ou seja, que a pessoa poderia ficar “doido de espírito” nas fases crescentes a lua (AZENHA; PEIXOTO, 2014).

2.2.4 Idade Contemporânea

A idade contemporânea trouxe uma nova abordagem sobre o suicídio. Estudiosos evidenciaram a necessidade de analisarem as causas do suicídio através da medicina, da psiquiatria, da sociologia e da política. A responsabilidade do indivíduo se diluiu em um conjunto complexo de situações e o suicida transformou-se em uma vítima de sua fisiologia cerebral, dos acontecimentos infelizes que atingem os seus parentes, da atitude do próprio meio que contrariava os seus amores ou a sua afetividade e de uma organização política e social que o conduzia à miséria e ao desespero. (AZENHA; PEIXOTO, 2014).

Shopenhauer (1788-1860) afirmou que o suicídio era uma afirmação da vontade de viver, ou seja, a pessoa suicida queria viver, mas estava descontente com as condições que esta oferecia; assim, ao matar o corpo, não renunciaria à vontade de morrer, mas sim a viver (AZENHA; PEIXOTO, 2014).

Em 1838, Esquirol referiu que, durante o ato suicida, existia sempre um estado mental alterado. Contudo, este poderia ser apenas o produto de uma breve sobrecarga emocional e, portanto, nem sempre seria patológico, isto é, nem sempre seria prova de

uma doença mental. Esta visão contrapõe-se à que considerava o ato suicida como resultado de uma doença mental (BACA-GARCIA; AGUILAR GARCIA-ITURROSPE, 2000).

Para a sociologia, Émile Durkheim (1897), em seu estudo sociológico sobre o suicídio, defendeu que o suicídio resultava da falência da integração do indivíduo na sociedade e na regulação da sua relação com a mesma (WRIGHT; STERN; PHELAN, 2005).

No início do século XX, surgiram também as explicações psicológicas de Sigmund Freud, segundo as quais o suicídio era interpretado como o dirigir da agressividade contra o próprio. Para a psicanálise de Freud, o núcleo da conduta suicida era o sentido do ato inscrito na individualidade da pessoa, portanto, era único e dificilmente generalizável (BACA-GARCIA; AGUILAR GARCIA-ITURROSPE, 2000).

Surge-se então, diferentes eixos de possíveis explicações do suicídio, dentre eles fatores relacionados com o indivíduo e o seu enquadramento social, mas também razões genéticas e psicológicas. Isso faz com que talvez nunca se conheça totalmente as razões ou compreenda completamente o que leva alguém a cometer suicídio. Portanto, se compreender o suicídio em sua totalidade, também não se pode julgar a pessoa que cometeu o ato suicida (AZENHA; PEIXOTO, 2014).

No século XX também surgiram vozes que reivindicaram o direito ao suicídio. Para o filósofo norte-americano Peter Singer, somente as pessoas têm direito à vida, porque somente estas podem desejar, preferir e decidir livremente; o Estado não tem motivo para interferir nem impedir a ação de suicídio, principalmente quando se diz respeito à eutanásia e ao suicídio assistido em doentes terminais (ADORNO, 1998).

Na atualidade, na maior parte dos países ocidentais, o suicídio não é punido, ainda que a instigação ou o auxílio ao suicida constituam delito (BACA-GARCIA; AGUILAR GARCIA-ITURROSPE, 2000). Observa-se atualmente uma maior tolerância e compreensão acerca da pessoa suicida. De um modo geral, o suicídio tende a ser visto menos como um pecado ou um crime e mais como o resultado que questões biológicas, sociais, culturais, econômicas. Além disso observa-se uma atitude mais compassiva do que condenatória do suicídio (AZENHA; PEIXOTO, 2014).

2.3 MODELOS TEÓRICOS DO COMPORTAMENTO SUICIDA

O comportamento suicida tem sido estudado e interpretado por diversas áreas do conhecimento.

2.3.1 Modelo Neurobiológico e Genético

A primeira evidência de que os genes podem estar envolvidos na expressão do comportamento suicida foi fornecida por estudos que demonstraram que certos genes poderiam estar presentes em pessoas da mesma família. Todavia, por si só, isso não é suficiente para concluir que os fatores genéticos são os únicos responsáveis pelo comportamento suicida (BRENT; MANN, 2005. ERNST; MECHAWAR; TURECKI, 2009).

Assim, surgiram estudos de gêmeos e de adoção, que permitiram distinguir entre agregação familiar devida a influências genéticas e devida fatores ambientais. Vários estudos reportaram uma taxa de concordância para o suicídio bastante superior em gêmeos monozigóticos, comparativamente com os gêmeos dizigóticos. Além disso, estudos de adoção reportaram taxas de concordância para o comportamento suicida mais elevadas nos parentes biológicos do que nos adotivos (BRENT; MANN, 2005. ERNST; MECHAWAR; TURECKI, 2009).

2.3.1.1 Sistema Serotoninérgico

O sistema serotoninérgico tem sido foco de grande investigação devido a sua ação, designadamente no desenvolvimento do cérebro, humor e regulação do comportamento. Sabe-se que a serotonina (5-HT) exerce a sua influência reguladora no sistema nervoso, através da sua interação com uma multiplicidade de subtipos de receptores da 5-HT (BORTOLATO; PIVAC; MUCK SELER; NIKOLAC PERKOVIC, PESSIA, DI GIOVANNI, 2013).

No que diz respeito à neurobiologia do comportamento suicida, o sistema serotoninérgico emergiu a partir do primeiro estudo publicado sobre tentativas de suicídio por métodos violentos de Asberg e colaboradores, em 1976. Esse estudo revelou uma baixa concentração do ácido 5-hidroxi-indolacético (5-HIAA) entre as pessoas vítimas de autoextermínio. Esse ácido é o principal metabólito da serotonina no líquido cefalorraquidiano (LCR), sendo consistentemente replicado por estudos posteriores

acerca de tentativas de suicídio (ERNST; MECHAWAR; TURECKI, 2009. MANN, 2003. BONDY; BUETTNER; ZILL, 2006).

Estudos *post mortem* realizados em cérebros de vítimas de suicídio reportaram uma diminuição de transportadores de serotonina (5-HTT) no córtex pré-frontal, hipotálamo, córtex occipital e tronco cerebral. Outro achado importante foi um aumento nos níveis de receptores 5-HT1A e 5-HT2A pós-sinápticos no córtex pré-frontal de vítimas de suicídio. Isso poderia ocorrer devido a um mecanismo compensatório em relação a uma baixa atividade dos neurônios serotoninérgicos (ERNST; MECHAWAR; TURECKI, 2009. MANN, 2003).

2.3.1.2 Genes TPH1 e TPH2

A enzima triptofano hidroxilase (TPH) é a limitante na biossíntese da 5-HT, convertendo o aminoácido triptofano em 5-hidroxitriptofano (5-HTT), sendo esse descarboxilado, dando origem à 5-HT. Neste contexto, a enzima TPH é uma componente importante para a quantidade de 5-HT disponível na fenda sináptica. Estudos *post mortem* efetuados em cérebros de doentes depressivos vítimas de suicídio revelaram um aumento dos níveis de expressão do RNAm do TPH no núcleo dorsal e médio da rafe, córtex pré-frontal e altos níveis de proteína TPH, que podem ser devido a uma resposta homeostática face a uma deficiente neurotransmissão serotoninérgica cerebral (ERNST; MECHAWAR; TURECKI, 2009).

2.3.1.3 Genes Envolvidos na Síntese e Degradação de Neurotransmissores

As monoaminas são importantes moduladores do humor e do comportamento. Um déficit na serotonina e na noradrenalina pode desempenhar um papel importante na fisiopatologia do estresse, na resposta das reações de estresse e, por conseguinte, no comportamento suicida. Neste contexto, a enzima tirosina hidroxilase (TH), enzima limitante da síntese da adrenalina, da noradrenalina e da dopamina, pode ser um fator importante para a genética do suicídio (CARDOSO, 2014).

Comparativamente à enzima TH, a enzima mitocondrial monoaminoxidase (MAOA) tem despertado muito mais interesse na genética do suicídio, face ao seu papel-chave no metabolismo da serotonina e noradrenalina, sendo que uma baixa atividade da enzima MAOA resulta num aumento dos níveis de neurotransmissores no cérebro (CARDOSO, 2014).

2.3.1.4 Sistemas Dopaminérgico e Noradrenérgico

Observa-se que o comportamento suicida está envolvido diretamente às situações de estresse. Assim, sistemas envolvidos na regulação da resposta ao estresse, designadamente os sistemas dopaminérgicos e noradrenérgico, são hipóteses plausíveis para a investigação neurobiológica e genética do suicídio. A noradrenalina está envolvida na regulação do comportamento, humor, cognição e sono, e sua síntese ocorre nos terminais nervosos do tronco cerebral. A noradrenalina é sintetizada a partir da tirosina (precursor), que, por ação da enzima TH, é convertida em L-dihidrofenilalanina (L-DOPA); este, por descarboxilação pela enzima DOPA descarboxilase, origina a dopamina, que é captada para o interior das vesículas e, por ação da enzima dopamina β -hidroxilase, é convertida em noradrenalina. Esta pode ser recaptada para o terminal nervoso e armazenada em vesículas sinápticas ou degradada pela MAOA (CARDOSO, 2014).

A noradrenalina, por sua vez, ativa receptores metabotrópicos adrenérgicos do tipo α ($\alpha 1$ e $\alpha 2$) e do tipo β ($\beta 1$, $\beta 2$ e $\beta 3$). Um aumento nos níveis de expressão de receptores adrenérgicos $\alpha 2$ e $\beta 2$ pós-sinápticos no córtex de vítimas de suicídio foi observado em estudos *post mortem* (CARDOSO, 2014; ERNST, 2009; RUJESCU; GIEGLING, 2010).

2.3.1.5 Sistemas Gabaérgico e Glutamatérgico

Comparativamente aos sistemas de neurotransmissores mencionados anteriormente, evidências da expressão alterada de genes das vias de sinalização do ácido γ -aminobutírico (GABA) e glutamato provenientes de estudos de *microarrays*, realizados em vítimas de suicídio, destacam fortemente a importância dos dois sistemas na neurobiologia do suicídio (FIORI; TURECKI, 2012).

No sistema nervoso central, o GABA e o glutamato são os principais neurotransmissores inibitórios e excitatórios do sistema nervoso, respectivamente. A glutamina é o precursor fundamental para a síntese do GABA e do glutamato. Nos terminais nervosos, a enzima glutaminase converte a glutamina em glutamato, sendo este usado para a síntese do GABA, através da enzima glutamato descarboxilase. Estudos têm consistentemente detectado alterações na expressão de várias subunidades dos receptores GABA nas áreas límbica e pré-frontal de vítimas de suicídio (BAK; SCHOUSBOE; WAAGEPETERSEN, 2006; FIORI; TURECKI, 2012. CHOUDARY; MOLNAR; EVANS; TOMITA; LI; VAWTER et al., 2005. KLEMPAN; SEQUEIRA; CANETTI;

LALOVIC; ERNST, FFRENCH-MULLEN, 2009. SEQUEIRA; MAMDANI; ERNST; VAWTER; BUNNEY; LEBEL et al., 2009).

2.3.1.6 Neurotrofinas

Os fatores de crescimento (ou neurotrofinas) são moléculas de sinalização celular envolvidas na proliferação celular, diferenciação e sobrevivência, sendo a sua função dependente da ligação a receptores específicos da superfície celular. Nos últimos anos, as neurotrofinas surgiram também como moléculas candidatas de sinalização altamente promissoras da neurobiologia e genética do comportamento suicida. As neurotrofinas são expressas no sistema nervoso central e periférico e estão associadas à sobrevivência neuronal e plasticidade sináptica. (FIORI; TURECKI, 2012).

Estudos *post mortem* realizados em vítimas de suicídio revelaram alterações nos níveis de expressão de neurotrofinas e dos seus respectivos receptores, em diferentes regiões do cérebro, principalmente no hipocampo e no córtex pré-frontal (DWIVEDI, 2009).

Entre as neurotrofinas, especial atenção tem sido dada ao fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF), largamente expresso em várias regiões do cérebro, nomeadamente no hipocampo, no córtex, no cerebelo e no prosencéfalo basal, desempenhando um papel importante na plasticidade sináptica. Particularmente importante é o fato do BDNF regular os sistemas serotoninérgico, glutamatérgico e dopaminérgico. Nesse contexto, as neurotrofinas, em geral, e o BDNF, em particular, poderão desempenhar um papel importante na etiologia do comportamento suicida (DWIVEDI, 2009).

2.3.2 Modelo Antropológico

Não há nenhuma sociedade ou microcultura, qualquer que seja o período histórico considerado, onde não exista suicídio, embora gerido em cada uma delas de forma diferenciada, conforme a sua mentalidade e ideologia específicas sobre a vida e o seu valor social e simbólico, sobre a morte e o seu significado do após a morte (SAMPAIO, 1991).

O estudo contemporâneo do suicídio teve o seu início na virada do século XX, com as contribuições principais de duas linhas maiores de pensamento – a sociológica e a psicológica -, discussão marcada por três autores, Émile Durkheim, e a sua visão

sociológica do suicídio, Sigmund Freud e Karl Menninger, no seio da corrente psicanalítica (NEVES, 2014).

Émile Durkheim (1897) conceitualizou o suicídio como um fato social, pretendendo a sua teoria compreender e expor a especificidade deste fato e do método sociológico, analisando sociologicamente e articulando a relação indivíduo-sociedade. Para ele, chama-se suicídio todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato que a vítima sabia produzir este resultado, que surge, portanto, da falência da integração que estabelece com ela. Durkheim, convicto de serem as causas externas aquilo que determina as taxas de suicídio, propôs uma tipologia deste fenômeno, posicionando-o face ao envolvimento social do indivíduo (DURKHEIM, 1897).

Para Durkheim, existiam quatro diferentes tipos de suicídio: (1) Suicídio egoísta – relacionado com um individualismo excessivo, provocando a sobreposição do indivíduo sobre o eu social. Há uma falta de integração e adaptação do indivíduo à sociedade; (2) Suicídio altruísta – existe um excesso de integração num grupo. O indivíduo fala no seu processo de individualização; (3) Suicídio anômico – o indivíduo sente-se perturbado por não sentir a ação regularizadora por parte da sociedade e; (4) Suicídio fatalista – é o resultado de um excesso de regulamentação através do qual o indivíduo veria o seu futuro comprometido (DURKHEIM, 1897).

2.3.3 Modelos Psicológicos

2.3.3.1 Perspectiva Psicodinâmica

Sigmund Freud, na sua obra *Luto e Melancolia* (1917), relatou descrições dos mecanismos psicodinâmicos da depressão. Neste contexto, a reação de luto aparece primeiramente como um distanciamento gradual da libido, investida no objeto perdido, para posteriormente essa libido ser reorientada para outros objetos.

Na melancolia, Freud entende que esse luto é feito pelo indivíduo em relação ao próprio. Parte da energia libidinal que era usada para o estabelecimento de identificações com o outro é agora virada para si, e o restante dessa energia está concentrada num sadismo voltado para o Eu (identificado como o objeto perdido), no qual reside a conduta suicidária (SAMPAIO, 1991).

A ideação suicida seria então “o resultado do virar contra si próprio de um impulso contra o outro”, o resultado do impulso agressivo inconsciente, inicialmente dirigido ao objeto de amor, residindo as razões para o suicídio intrapsíquico (FREUD, 1917).

Partindo da teoria de Freud, outros autores refletiram sobre o suicídio, com destaque para o trabalho do psicanalista alemão Karl Menninger, que ofereceu uma explicação global da conduta suicidária. Menninger realçou três aspectos psicodinâmicos fundamentais da tendência para a hostilidade e o suicídio - o desejo de matar, o desejo de ser morto e o desejo de morrer -, considerando que em cada suicídio está presente esta trilogia, mesmo que geralmente predomine um aspecto sobre os outros, conforme apresentado no Quadro 2 (MENNINGER, apud CREPET, 2000).

Quadro 2: Aspectos psicodinâmicos fundamentais do suicídio.

Desejo de matar – reação instintiva para suprimir uma ameaça ou uma privação que pode ser combatida pela sublimação. Existem ocasiões em que o desejo de matar se vira contra a pessoa que o experimenta;

Desejo de ser morto – forma de submissão e interiorização da autoridade, na qual o Eu acarretaria de igual modo toda a agressividade que desenvolveu contra o exterior;

Desejo de morte – traz consigo uma energia autodestrutiva que resulta na morte gradual do indivíduo, sendo no indivíduo suicida mais repentina e brutal, como forma de acabar com o sofrimento. Tanto o desejo de matar como o de ser morto são erotizados. O suicídio é entendido como uma manifestação do narcisismo.

Fonte: Menninger, apud CREPET, 2000.

Menninger também contribuiu para a ampliação do conceito de suicídio, o qual introduziu o conceito do suicídio crônico (que significa o comportamento de quem põe em perigo a sua vida através de atos indiretamente autodestrutivos); do suicídio focal (restringindo a uma parte do corpo, encontra-se nas automutilações, doenças malignas, operações cirúrgicas, acidentes, impotência e frigidez); e do suicídio orgânico (engloba componentes autodestrutivas, agressivas e eróticas da doença orgânica) (MENNINGER, apud CREPET, 2000).

Contudo, essa generalização foi considerada controversa, pois era de difícil compreensão (NEVES, 2014).

2.3.3.2 Perspectiva Sistêmica

O indivíduo, em geral, e o indivíduo suicida, em particular, estão sempre em interação constante e intensa com o que os rodeia, não fazendo sentido serem considerados fora do seu ambiente familiar e social. As teorias sistêmicas defendem que

os problemas individuais não têm só um sentido, mas sim uma função no contexto mais amplo de onde surgiram, entendendo o comportamento suicida como uma manifestação de um problema familiar, ao invés de resultar exclusivamente de uma dificuldade individual (WERLANG; BOTEGA, 2004).

Nesse sentido, Walsh e McGoldrick (1998) referem que, num largo espectro de situações, o comportamento suicida envolve quatro aspectos comuns: instabilidade familiar, angústia crescente, rompimento de relacionamentos sociais e insucesso nos esforços para solucionar os problemas. Ressalta-se que o fato de nem todas as pessoas com essas características terem comportamentos suicidas; assim, depende de como os indivíduos lidam com as crises (WALSH; MCGOLDRICK, 1998).

Joseph Richman, psicólogo norte americano, baseou sua teoria sobre o suicídio no fato de que as condutas suicidas adolescentes estão frequentemente relacionadas com uma série de indicadores de dificuldades familiares – conflito de papéis, laços baseados em alianças disfuncionais, comunicações difíceis de decifrar, rigidez e incapacidade para aceitar, modificar ou tolerar uma crise. Definiu que dentro das famílias haveria características específicas para o suicídio, especialmente na crise suicidária, destacando as seguintes: (a) existência de uma relação próxima entre as separações e a morte; (b) isolamento do indivíduo suicida dentro da família e intimidade mal tolerada com as pessoas fora da família; (c) dinâmica da expressão da agressão e, (d) natureza dos padrões de comunicação (RICHMAN, 1984).

Ainda de acordo com Richman (1984), a natureza e os fatores associados ao suicídio poderiam ser agrupados em quatro níveis: (1) Exaustão dos recursos do ego e dos mecanismos de *coping* do indivíduo em risco, que faz com que não consiga lidar com as exigências e vicissitudes da vida; (2) Exaustão dos recursos emocionais e mecanismos de *coping* do sistema familiar e rede social, que inviabiliza a capacidade de suporte e ajuda ao membro da família; (3) A crise ocorre quando é percebida como insolúvel por todos, pois a crise envolve o indivíduo e a família, a separação e a perda e; (4) O suicídio como uma solução possível e aceitável (RICHMAN, 1984).

2.3.3.3. Perspectiva Cognitiva

A teoria cognitiva de Beck, Rush e colaboradores (1979) postula que o processamento cognitivo dos suicidas inclui um alto grau de desesperança, conjugado com um déficit significativo na capacidade de resolução de problemas. Essas questões

são responsáveis pelo desenvolvimento de uma forma de pensamento errada e distorcida (BECK et al, 1979).

Anos depois, Beck introduziu o sistema de modos, uma rede integrada de suborganizações da personalidade e dos seus elementos básicos, cognitivos, afetivos, motivacionais e comportamentais (MOREIRA, 2008).

Ele sistematizou a teoria do modo suicida, teoria cognitivo-comportamental de compreensão e intervenção nos comportamentos suicidários e autolesivos, de acordo com os seguintes pressupostos: (a) A cognição é o elemento central para pensamentos e comportamentos suicidários, que não secundários a construções de significado individual mal adaptativo (tríade cognitiva), juntamente com crenças suicidas; (b) Há uma relação interativa e interdependente entre o sistema de crenças suicidas e outros sistemas psicológicos e fisiológicos; (c) O sistema de crenças suicidas tem variabilidade individual (dependendo do conteúdo e contexto dos sistemas psicológicos), mas tem em comum alguns sentimentos, nomeadamente a impotência, o desespero, a baixa tolerância à angústia, o sentimento de não ser amado e a desesperança; (d) As vulnerabilidades cognitivas individuais predis põem os indivíduos para a suicidalidade e; (e) Os pensamentos e comportamentos suicidários e o sistema de crenças suicidas encontram-se ao nível pré-consciente, consciente e metacognitivo (MOREIRA, 2008).

Como tal, os indivíduos com pensamentos ou comportamentos suicidas ativam de forma disfuncional o modo suicida, composto pelos sistemas cognitivo, afetivo, motivacional e comportamental, considerando que o elevado grau de desesperança é o principal responsável pela ativação do modo suicida (RUDD; JOINER; RAJAB, 2001).

2.3.3.4 Perspectivas Integradoras

Em meados dos anos de 1960, surgiram movimentos que salientavam a necessidade de propor teorias interpretativas das condutas suicidas que se apoiassem nas principais linhas do pensamento psicológico, encarando a possibilidade de que o suicídio pudesse ser o resultado de uma íntima inter-relação de influências sociais e psicológicas (CREPET, 2000).

Nessa linha de pensamento, surgiram teorias aglutinadoras de algumas noções dinâmicas e biológicas, na qual o suicídio aparece numa de três situações: quando as soluções são demasiado exíguas, quando o número e a gravidade dos problemas ultrapassam a capacidade individual de lhes fazer frente e quando as capacidades vitais do indivíduo ficam definitivamente comprometidas (CREPET, 2000).

Shneidman (1993) também propôs como conceito-base para a explicação do suicídio o de dor psicológica, constituindo o suicídio a saída para o sofrimento mental. Para este autor, cada suicídio é um acontecimento idiossincrático, não existindo verdades totalitárias, embora todos os suicídios partilhem características idênticas, tais como: (a) O propósito comum do suicídio é procurar uma solução; (b) O objetivo comum do suicídio é a cessação da consciência; (c) O estímulo comum do suicídio é a dor psicológica intolerável; (d) O fator de estresse comum é a frustração das necessidades psicológicas; (e) A emoção comum do suicídio é o desespero-abandono; (f) O estado cognitivo comum do suicídio é a ambivalência; (g) O estado perceptivo comum do suicídio é a restrição; (h) O ato interpessoal comum do suicídio é a comunicação da intenção; (i) A ação comum do suicídio é a evasão; (j) A regra comum do suicídio é a incompatibilidade com padrões de vida duradouros (SHNEIDMAN, 1993).

Somados à essas características, destacam-se, ainda, três características psicológicas: a crise suicidária (período de curta duração, mas de alta letalidade); a ambivalência (sempre presente no ato suicida, em menor ou maior grau, visto que, de certa forma, quem tenta o suicídio quer e não quer morrer); e o aspecto relacional (face à presença habitual de um elemento significativo implicado, consistindo num comportamento, mas também numa comunicação) (SHNEIDMAN, 1993).

Nessa linha de perspectiva integradora, Blumenthal (1990) considerou cinco áreas de vulnerabilidade sobreponíveis para os comportamentos suicidas, referindo que a partir da interação e associação dessas mesmas áreas seria possível avaliar o risco de suicídio: fatores biológicos, doença psiquiátrica, história familiar e genética, acontecimentos de vida e traços de personalidade (BLUMENTHAL, 1990; GUERREIRO; SANTOS, 2013).

Para Klonsky (2007), o risco da ocorrência de comportamentos suicidas aumenta na presença de fatores distais relacionados com a vulnerabilidades interpessoais e intrapessoais, o que irá predispor a pessoa a ter uma resposta desregulada face a elementos de estresse, criando o espaço para comportamentos suicidários, com o objetivo de modular a sua vivência emocional. Como tal, após a realização de comportamentos de autolesão, que foram precedidos de emoções intensas de tonalidade negativa, a pessoa experiência, a curto prazo, uma sensação de alívio e calma, que volta a ser seguida de emoções de tonalidade negativa, a longo prazo (KLONSKY, 2007).

Assim, percebe-se que várias linhas teóricas pretendem compreender e pensar o fenômeno do suicídio, porém não se encerra nenhuma explicação fechada e definitiva.

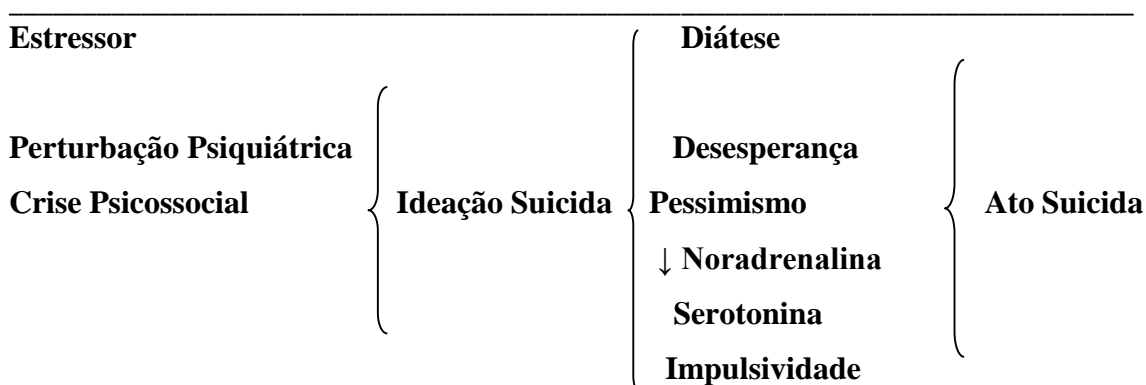
Porém, observa-se que em todas elas o sofrimento é a dimensão central do comportamento suicida (NEVES, 2014).

2.3.3.5 Modelo Diátese-Estresse

Embora inúmeros casos de comportamento suicida ocorram associados a perturbações psiquiátricas, ressalta-se que nem todos os indivíduos com psicopatologia apresentam condutas suicidas. Como o comportamento suicida depende também de outros fatores, esta constatação levou à formulação de um modelo chamado diátese-estresse (MANN, 1998; 2003).

De acordo com este modelo (Figura 1), indivíduos que apresentam determinadas características genéticas, desenvolvimentais e de personalidade encontram-se mais predispostos (diátese) a enveredarem por comportamento suicida.

Figura 1: Modelo Diátese-Estresse para comportamento suicida.



Fonte: Adaptado de Mann, 2003, cit. In Moreira, 2009

À luz do modelo do diátese-estresse, Mann (2003) defendeu que os indivíduos que possuem determinadas características genéticas, hereditárias, desenvolvimentais e sociofamiliares estão mais suscetíveis do que o normal aos comportamentos suicidas (diátese), enquanto os fatores precipitantes ou de estresse vão condicionar o momento e a probabilidade da ocorrência do comportamento (MANN, 2003).

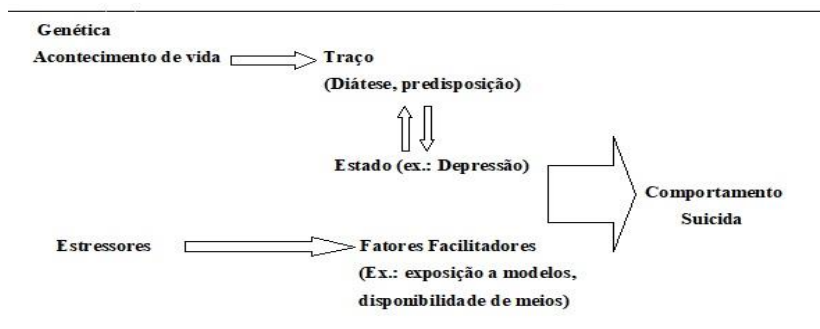
Entre os elementos da diátese em indivíduos com comportamento suicida, encontram-se a elevada agressividade e impulsividade, a desesperança e pessimismo, a dependência de substâncias (álcool, tabaco e outras drogas), a doença psiquiátrica e a história familiar de condutas suicidas, entre os estressores mais comuns. Assim, qualquer estressor psicossocial agudo pode precipitar o comportamento suicida (MANN et al., 1999).

2.3.3.6 Modelo Interação Traço-Estado

Van Heeringen (2003), considera que o comportamento suicida resulta da interação traço-estado, e apresenta três níveis de fatores de risco: fatores traço-dependentes (ex.: predisposição genética, acontecimentos da vida); fatores estado-dependentes (ex.: existência de psicopatologia) e fatores precipitantes ou facilitadores.

Esse autor defende que a patofisiologia do comportamento suicida está relacionada com a resposta a acontecimentos de vida estressantes, a alterações de alguns neuromediadores cerebrais e traços de personalidade associados a perturbações da ansiedade, impulsividade e agressividade e propõe o modelo de processamento (Figura 2). Este modelo evidencia a predisposição para o comportamento suicida associado muitas vezes a forma como a pessoa sofre e responde quando confrontada com determinados estressores, tais como acontecimentos de vida marcantes (VAN HEERINGER, 2003).

Figura 2: Componente interativa traço-estado do modelo do processamento



Fonte: Adaptado de Van Heeringen, 2003, cit in, Moreira, 2009.

2.3.3.7 Teoria dos Modos Suicidas

A teoria dos modos suicidas de Rudd (2000) pressupõe uma rede integrada de suborganizações dos componentes básicos da personalidade (cognição, afeto, motivação e comportamento) que se desenvolveram a partir da experiência pessoal como resposta automática a situações específicas percebidas pelo indivíduo como ameaçadoras.

Os traços mal adaptativos que podem ativar um modo suicida ou um modo facilitador encontram-se dependentes dos acontecimentos da vida. Como tal, os modos suicidas encontram-se dependentes das interações traço-estado. Dependendo do tipo de estressor, o indivíduo ativava um modo suicida (ex.: tentativa de suicídio) ou modo facilitador (ex.: parassuicídio) (RUDD, 2000).

O parassuicídio designa uma tentativa de suicídio em que a verdadeira intenção não é pôr termo à vida. Este conceito relaciona-se com os chamados comportamentos de risco, entre os quais são mais frequentes o abuso de substâncias tóxicas, álcool ou psicoestimulantes, conduzir com excesso de velocidade e/ou alcoolizado, a vivência de uma sexualidade não controlada ou como relações de risco, a escolha de alguns esportes demasiadamente perigosos e determinadas formas de automutilação. O parassuicídio implica em comportamentos que, embora possam causar danos, inclusive a morte, não há intenção concreta e deliberada de fazê-lo, apesar de se notar já alguma intencionalidade no ato (SARAIVA 2006).

O comportamento do indivíduo que apresenta alternada e recorrentemente episódios de tentativa de suicídio e parassuicídio pode ser explicado pela alternância de ativação ao longo do tempo entre modos suicidas e modos facilitadores. O tipo de modo ativado encontra-se dependente das situações inerentes aos contextos de vida do indivíduo (situações, circunstâncias, pessoas), que muitas vezes desempenham um papel preponderante no processo suicida como vulnerabilidades predisposicionais (traços de personalidade mal adaptativos) (SARAIVA, 2006).

A vulnerabilidade encontra-se relacionada com a história individual da pessoa, traumas desenvolvimentais, abusos ou negligência, ambiente familiar disfuncional, transtornos de personalidade dentre outros. Os modos facilitadores aumentam o potencial de ocorrência de um episódio suicida no futuro. Por exemplo, a característica passivo-agressivo pode aumentar a vulnerabilidade individual para conflitos interpessoais recorrentes que poderão originar um episódio suicida (RUDD, 2000).

Para Rudd, o pensamento e o comportamento suicida são ativados por um modo disfuncional, o *modo suicida*, que é composto pelo sistema cognitivo, afetivo, motivacional e comportamental. Do sistema cognitivo faz parte o sistema de crenças suicidas que é responsável pela construção e internalização de significações mal adaptativas referentes ao próprio indivíduo, aos outros e ao futuro. O sistema de crenças suicidas é responsável pela utilização excessiva de estratégias compensatórias (ex.: sobrecompensação, perfeccionismo) e por um elevado grau de desesperança – a grande responsável pela ativação do modo suicida (RUDD,2000).

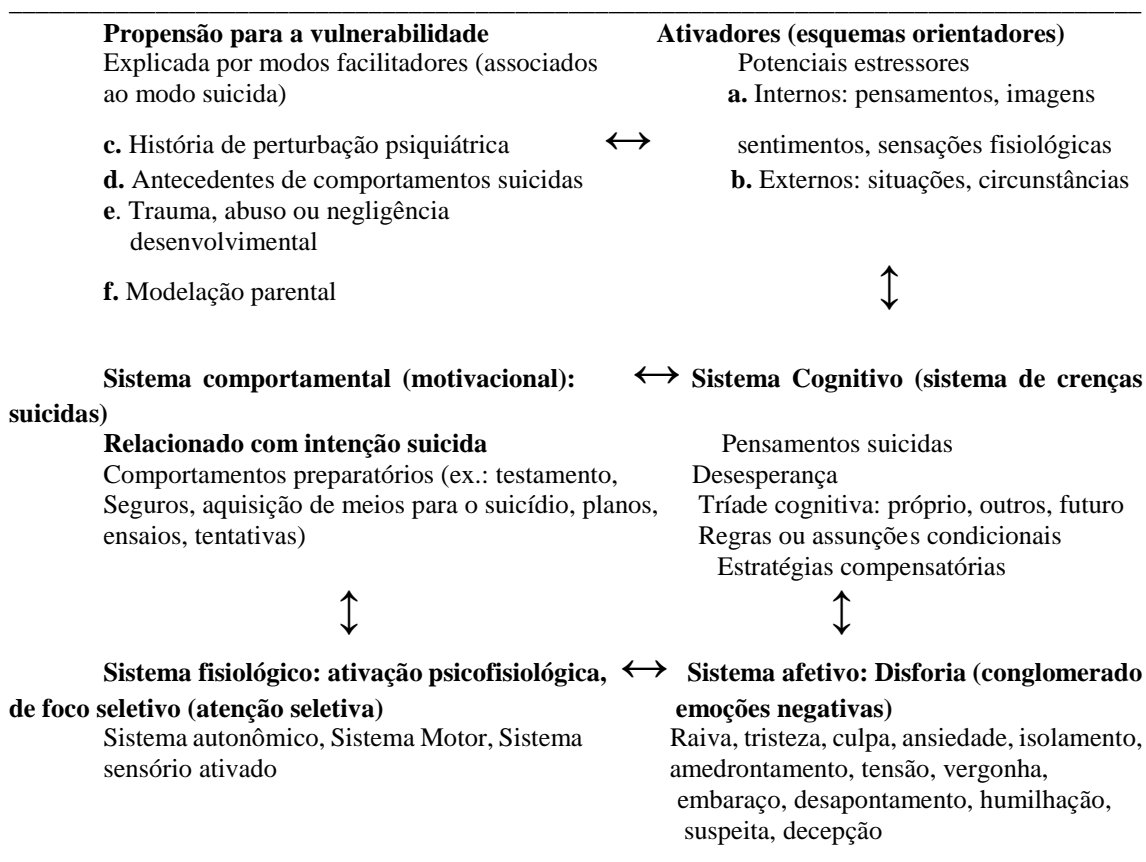
O sistema afetivo é caracterizado por sofrimento emocional, que se expressa através de emoções negativas como a tristeza, ansiedade raiva, culpa, vergonha, humilhação, etc. O sistema comportamental ou motivacional é responsável pelo impulso comportamental para atos suicidas, indicativo de clara intenção suicida. Este sistema

difere entre atos suicidas com intenção suicida, isto é, tentativa de suicídio e suicídio, comportamento de risco (ex.: uso de drogas ilícitas), automutilatórios (ex.: cortes, queimaduras) e os diferentes modos ativados para cada um destes comportamentos (RUDD, 2000).

Quando os modos facilitadores são ativados a intenção suicida é facilmente questionável pela inconsistência motivacional e comportamental do indivíduo. Por exemplo, nos comportamentos de automutilação, a motivação inclui a vingança, punição de pessoas significativas ou regulação emocional através da libertação da tensão. Todavia, os modos facilitadores aumentam a probabilidade de ativação do modo suicida, o que faz com que indivíduos que enveredem por comportamentos de risco suicida tenham maior probabilidade de cometer o suicídio ao longo da vida, uma vez que a reativação do modo suicida nestes indivíduos se encontra mais facilitada do que em indivíduos sem qualquer histórico de comportamento autolesivo (RUDD, 2000).

A figura 3 apresenta de maneira esquematizada a Teoria dos Modos Suicidas.

Figura 3: Teoria dos Modos Suicidas



Fonte: Adaptado de Rudd, 2000 cit in. Moreira, 2009.

Esta teoria diferencia dos modos suicidas (intenção suicida) dos modos facilitadores. Quando o modo suicida é ativado, o comportamento do indivíduo é caracterizado por atos que mostram verdadeira intenção suicida. Em indivíduos com várias intercorrências de comportamento suicida (cronicidade) a ativação do modo suicida é menor (RUDD, 2000).

2.3.3.8 Modelo do Evitamento Experiencial

O parassuicídio parece desempenhar várias funções associadas com a redução da ativação emocional. Entre essas funções encontram-se a regulação do afeto, autopunição e anti-suicídio.

Na regulação do afeto, o parassuicídio torna-se uma estratégia de regulação emocional de estados psicológicos como a culpa, a tristeza, o pessimismo e a ansiedade. O parassuicídio como forma de autopunição relaciona-se com sentimentos extremos de culpa, raiva ou punição auto e heterodirigidas. Além disso, o parassuicídio serve ainda a função anti-suicida, ou seja, evita ou protege o indivíduo perante instintos de morte (KLONSKY; 2007; KLONSKY & MUEHLENKAMP, 2007; SUYEMOTO, 1998).

Chapman, Gratz e Brown (2006) propõem o modelo do evitamento experiencial como uma forma vantajosa de conceituar funcionalmente estes comportamentos autolesivos. Este modelo descreve a principal função do parassuicídio como o evitamento ou fuga perante estados emocionais extremamente adversos e desagradáveis. Os indivíduos que apresentam atitudes parassuicidárias demonstram várias formas de evitamento experiencial, possivelmente originários de respostas emocionais mais intensas, como a pouca tolerância ao sofrimento psicológico, déficit na capacidade de regulação emocional e/ou utilização de estratégias de *coping* alternativas (CHAPMAN; GRATZ; BROWN, 2006).

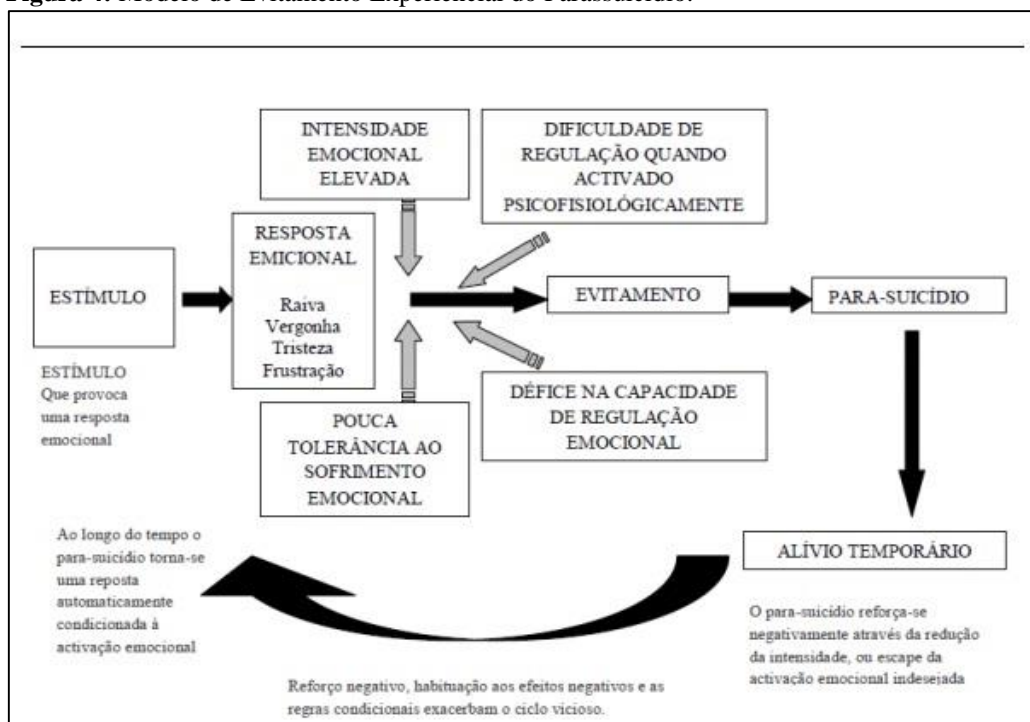
O evitamento experiencial (Figura 4) inclui qualquer comportamento que funcione como evitamento ou fuga a experiências internas ou externas desencadeantes. As experiências de evitamento podem incluir pensamentos, sentimentos, sensações somáticas ou outras experiências internas que se tornam estressantes (HAYES et al., 1996).

O evitamento experiencial é constituído por um amplo espectro comportamental sustentado pelo reforço negativo, e pode incluir uma grande variedade de comportamentos como supressão do pensamento, abuso ou dependência de drogas ou

álcool, para evitar situações demasiadamente estressantes e ansiogênicas e, por isso, temidas pelo indivíduo.

Apesar das consequências negativas associadas a este tipo de comportamento autolesivo, o para-suicídio consegue, até certo ponto, ser um comportamento bastante eficaz dentro da sua disfuncionalidade, uma vez que consegue de forma rápida colocar fim a estados emocionais indesejados (CHAPMAN et. al., 2006).

Figura 4: Modelo de Evitamento Experiencial do Parassuicídio.



Fonte: Adaptado de Chapman, Gratz & Brown, 2006, cit. in. Moreira, 2009.

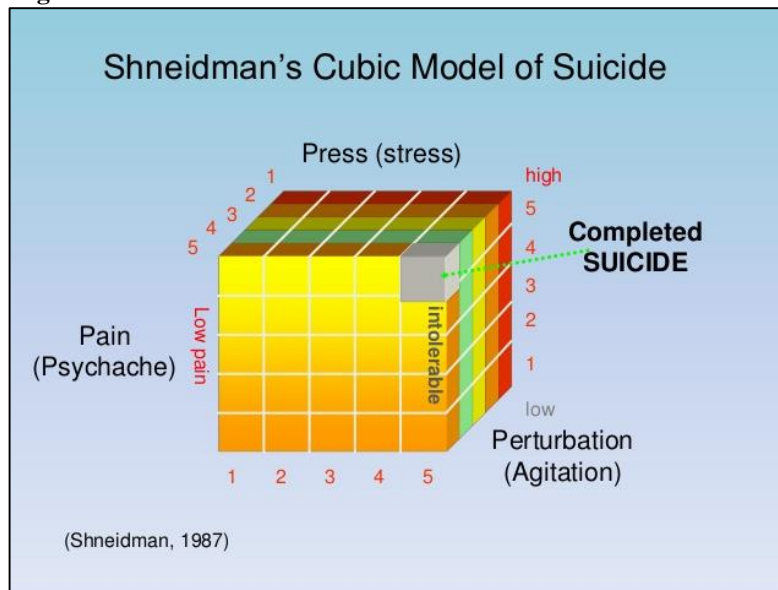
2.3.3.9 Modelo do Cubo Suicida

Edwin Shneidman, suicidólogo e psicólogo de formação, descreveu dez características mais comuns do suicídio: (1) procurar uma solução; (2) cessar a consciência; (3) o estímulo comum é a dor psicológica intolerável; (4) os estresses comuns são as necessidades psicológicas ausentes; (5) desesperança; (6) ambivalência; (7) constrição da mente; (8) comunicação de intenção; (9) fuga repentina como ação comum e; (10) a consistência comum é a utilização de modelos de *coping* ao longo da vida (SHNEIDMAN, 1985).

Através de um modelo teórico denominado Modelo do Cubo Suicida, Shneidman imaginou um cubo grande composto por 125 pequenos cubos, 25 por face e cinco por linha. Aos três planos ou fatores chamou: dor, perturbação e pressão. A dor, representada esquematicamente pela face frontal do cubo grande, corresponderia à dor psicológica

intolerável. A perturbação, representada pela face lateral do cubo grande, corresponderia ao transtorno da mente. A pressão, representada pela face de cima do cubo grande, corresponderia aos fatores internos e externos que afetam o indivíduo. Assim, no pequeno cubo onde confluíssem os máximos de dor, perturbação e pressão dar-se-ia a passagem ao ato suicida (SHNEIDMAN, 1985). Shneidman esquematizou sua teoria conforme a Figura 5.

Figura 5: Modelo do Cubo Suicida.



Fonte: Shneidman, 1987

Shneidman relatou que todo suicida deve apresentar: dor psicológica, perda da autoestima, constrição da mente, isolamento, desesperança, fuga. Nesta última característica residiria a única escapatória vista no horizonte como forma de suspender tal dor psicológica, tida como intolerável e interminável (SHNEIDMAN, 1987).

A questão da dor psicológica individual está intrinsecamente relacionada com as bases psicológicas do ser humano, que a não serem satisfeitas poderiam frustrar ou descompensar gravemente a pessoa. A perda da autoestima pressupunha uma incapacidade para aguentar a dor. A constrição da mente era retratável na sensação de ausência de horizontes e da falta de tarefas e objetivos. O isolamento decorria da sensação de vazios e desamparos. A desesperança era consequência da sensação de nada valer a pena, de um pessimismo persistente. E a fuga, o fim da dor (SHNEIDMAN, 1987).

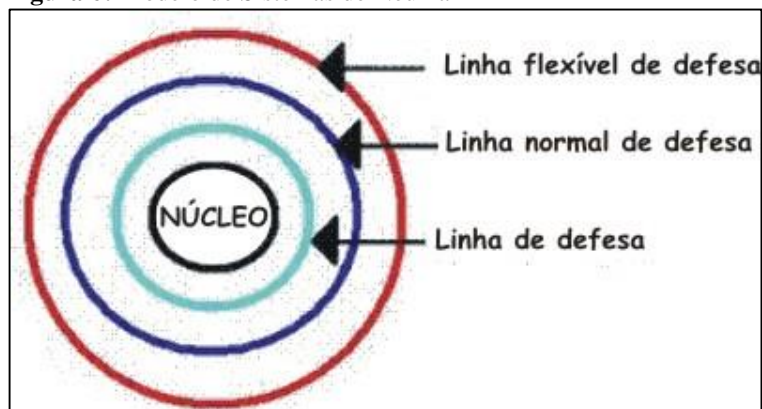
2.4 A TEORIA DE ENFERMAGEM E O MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

Betty Neuman, pioneira nos estudos da enfermagem na saúde mental, publicou sua teoria em 1972, baseada na Teoria Geral dos Sistemas, que reflete a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos; na teoria de Gestalt, que descreve a homeostase como o processo através do qual um organismo mantém o seu equilíbrio e, conseqüentemente, a sua saúde, sob condições diversas; na definição de estresse de Seyle, que o define como a resposta não-específica do corpo a qualquer pedido que lhe é feito; e na adaptação o conceito de níveis de prevenção do modelo conceitual de Caplan e que relacionou estes níveis de prevenção com a enfermagem (TOMEY & ALLIGOOD, 2004).

Para Neuman a enfermagem deve buscar a totalidade da pessoa. Segundo a autora, a pessoa é um composto dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento. Essa pessoa está constantemente em interação com o ambiente, definido como todos os fatores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa (TOMEY & ALLIGOOD, 2004).

Outros componentes importantes do modelo de Neuman são os estressores e as reações aos estressores, ou seja, o enfrentamento do indivíduo a tais estressores. Definem-se estressores como forças de natureza intra, inter e extrapessoais, as quais têm potencial para quebrar a estabilidade do sistema. Os intrapessoais são forças que ocorrem dentro do indivíduo, os interpessoais acontecem nas relações entre um ou mais indivíduos e os extrapessoais são forças que ocorrem fora do sistema advindas de processos socioculturais e políticas sociais (ALVES et al, 2010).

A estrutura proposta por Neuman consiste que cada indivíduo é visto como um sistema aberto constituído por um centro ('Core'), cercado por uma série de círculos concêntricos, onde estão incluídos os fatores básicos de sobrevivência comuns a todos os seres humanos e que se encontra rodeado por contornos hipotéticos e diferentes linhas de defesa de reação aos estressores, conforme figura 6. (NEUMAN, 2008).

Figura 6: Modelo de Sistemas de Neuman

Fonte: Neuman, 2008.

A linha de resistência (ou linha de defesa) está mais próxima ao núcleo/Core e corresponde aos fatores internos do indivíduo, ou seja, são as defesas contra os estressores e tornam-se ativas quando a linha normal de defesa é invadida pelos estressores ambientais (NEUMAN, 2008).

A linha normal de defesa, por sua vez, é basicamente aquilo em que a pessoa se torna durante um período de vida, ou seja, o estado normal de bem-estar, e é composta por habilidades fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais, que são utilizadas pelo sistema para lidar com os estressores (NEUMAN, 2008).

Já a linha flexível de defesa é dinâmica e pode ser modificada rapidamente. Ela age como um amortecedor para a linha normal de defesa quando o ambiente é estressante, e age como um 'filtro' quando o ambiente oferece apoio, servindo como uma força positiva que contribui para o crescimento e desenvolvimento (CROSS, 2000; NEUMAN, 2010).

Para Neuman, os estressores podem ser: (1) estressores intrapessoais - forças que ocorrem dentro do indivíduo (p. ex: raiva); (2) estressores interpessoais - refere-se às forças que ocorrem entre um ou mais indivíduos (p. ex: relação entre familiares); (3) estressores extrapessoais - forças que ocorrem fora do sistema e agem sobre o indivíduo (p. ex: desemprego) (CROSS, 2000).

Fato é que os estressores podem conter simultaneamente uma variável sociocultural, psicológica, biológica, de desenvolvimento e/ou espiritual. Assim, baseada nessas proposições, uma boa avaliação do impacto e do significado de cada estressor no sistema, e a compreensão das habilidades anteriores de enfrentamento, são fundamentais para uma adequada atuação da enfermagem (WANDERKOKEN; SIQUEIRA, 2014).

Neuman ressalta que, após o conhecimento dos estressores envolvidos, parte-se para as intervenções de enfermagem, que devem incluir a prevenção primária, secundária e terciária. Para isso, Neuman adaptou o conceito de níveis de prevenção do modelo conceitual de Caplan (1964) e relacionou estes níveis de prevenção com a enfermagem (TOMEY & ALLIGOOD, 2004).

A prevenção primária é utilizada para proteger o organismo antes que este se depare com um estressor prejudicial. A prevenção primária envolve a redução da possibilidade de enfrentar o estressor ou a capacidade do organismo se fortalecer para diminuir a reação ao estressor. A prevenção secundária visa reduzir o efeito ou possível efeito dos estressores através do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz dos sintomas da doença. A prevenção terciária visa reduzir os efeitos residuais do estressor depois do tratamento (NEUMAN, 2010; TOMEY & ALLIGOOD, 2004).

2.4.1 Pressupostos Básicos do Modelo de Sistemas de Neuman

O Modelo de Sistemas de Neuman está disposto em dez pressupostos básicos, conforme Tomey & Alligood (2004):

1. Cada indivíduo ou grupo é composto de fatores comuns conhecidos ou de características inatas dentro de uma determinada variedade de resposta normal contida numa estrutura básica.
2. Existem muitos estressores conhecidos, desconhecidos e universais. Cada um difere no seu potencial para perturbar o nível de estabilidade habitual ou a linha de defesa normal do cliente. As inter-relações específicas das variáveis do cliente – fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento – podem afetar, em qualquer altura, o nível até ao qual o cliente está protegido pela linha de defesa flexível contra possíveis reações a um único estressor ou uma combinação de estressores.
3. Cada cliente individual/sistema de cliente desenvolveu uma variedade normal de respostas ao ambiente referida como linha de defesa normal ou habitual situação de bem-estar/estabilidade. A linha de defesa normal pode ser usada como padrão a partir do qual se mede o desvio de saúde.
4. Quando o efeito do amortecedor, ou de acordeão, da linha de defesa flexível deixa de ser capaz de proteger o cliente/sistema de cliente de um estressor ambiental, o estressor quebra a linha de defesa normal. As inter-relações das variáveis – fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento – determinam a natureza e grau da reação do sistema ou possível reação ao estressor.

5. O cliente, seja numa situação de bem-estar ou de mal-estar, é um composto dinâmico das inter-relações das variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento). O bem-estar está num contínuo de energia, disponível para sustentar o sistema num estado ótimo da estabilidade do sistema.

6. Implícitos em cada sistema de cliente estão os fatores de resistência internos, conhecidos por linhas de resistência, que funcionam para estabilizar e devolver o cliente ao habitual estado de bem-estar (linha de defesa normal) ou, se possível, a um nível de estabilidade mais elevado após uma reação ambiental ao estressor.

7. A prevenção primária diz respeito ao conhecimento geral que se aplica na avaliação e intervenção do cliente na identificação e redução ou mitigação de fatores de risco possíveis ou reais associados a estressores ambientais para impedir uma possível reação. O objetivo de promoção da saúde está incluído na prevenção primária.

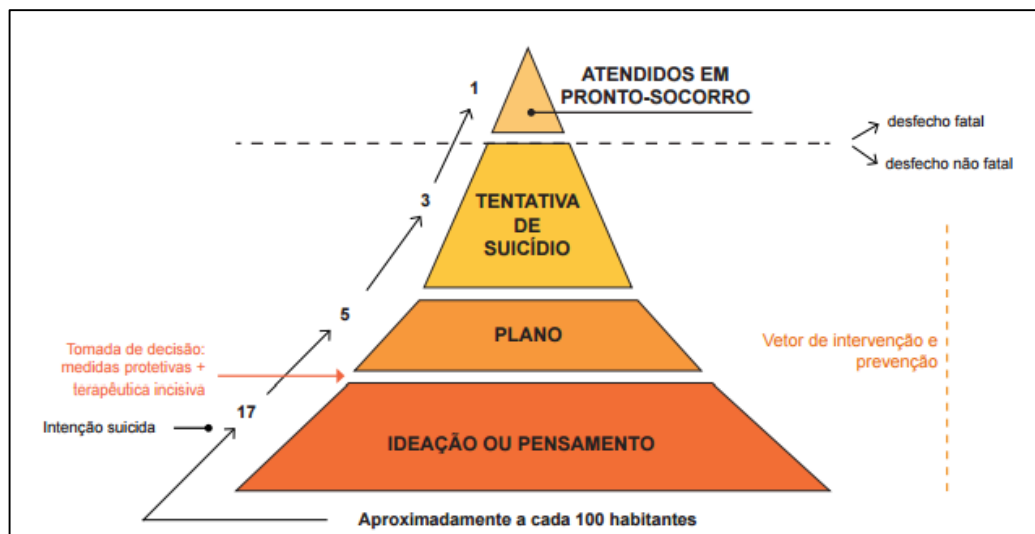
8. A prevenção secundária diz respeito à sintomatologia após a reação ao estressores, ao nível apropriado de prioridades de intervenção e tratamento para reduzir os seus efeitos nocivos.

9. A prevenção terciária diz respeito ao processo de ajustamento a ter lugar logo que se inicia a reconstituição e os fatores de manutenção deslocam o cliente de regresso à prevenção primária.

10. Enquanto sistema, o cliente está em constante e dinâmica troca de energia com o ambiente.

2.5 EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO

Em números aproximados, de cada 100 pessoas de uma área urbana, 17 pensam em suicídio em algum momento da vida, 5 planejam e 3 realizam uma tentativa. Das três pessoas que realizam a tentativa, somente uma é atendida em um pronto socorro (Figura 7). Isso demonstra que muitos casos de comportamento suicida não são detectados ou contabilizados (BOTEGA, 2009).

Figura 7: Comportamento suicida.

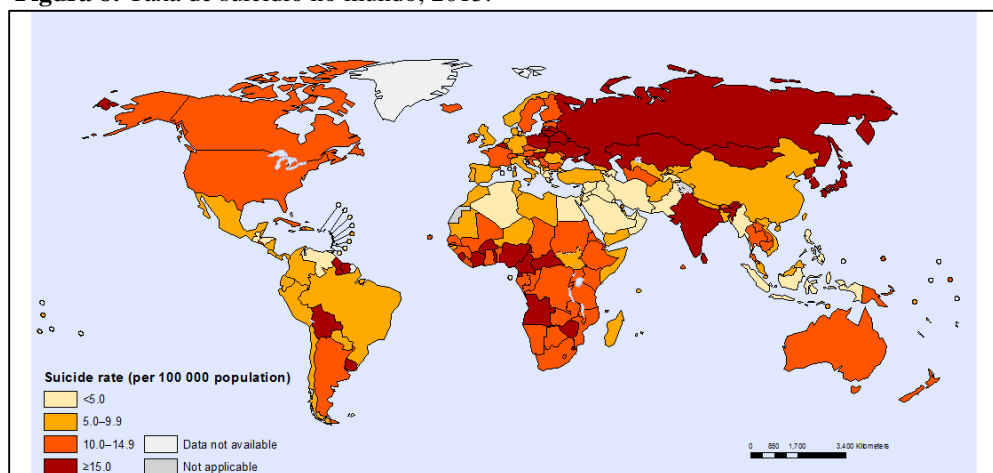
Fonte: Botega (2009)

Além de envolver questões de ordem econômica, religiosa e filosófica, o suicídio ou as tentativas de autoextermínio têm se tornado um sério problema de saúde pública no Brasil. O Ministério da Saúde tem desenvolvido programas de capacitação para profissionais das equipes de saúde mental, além de orientações para a formação de redes de prevenção e controle do suicídio (SILVA; ALVES; COUTO, 2016)

Ao considerar o suicídio como um problema de saúde pública, dá-se maior visibilidade ao mesmo, abrem-se possibilidades para que todos possam contribuir para a sua resolução e enfrentamento. No campo da suicidologia, retirar sua invisibilidade, trazendo-o para a área pública, sugere o desenvolvimento de novas perspectivas sob o aspecto do acolhimento, da compreensão, do cuidado e da valorização da vida (QUENTAL, 2014).

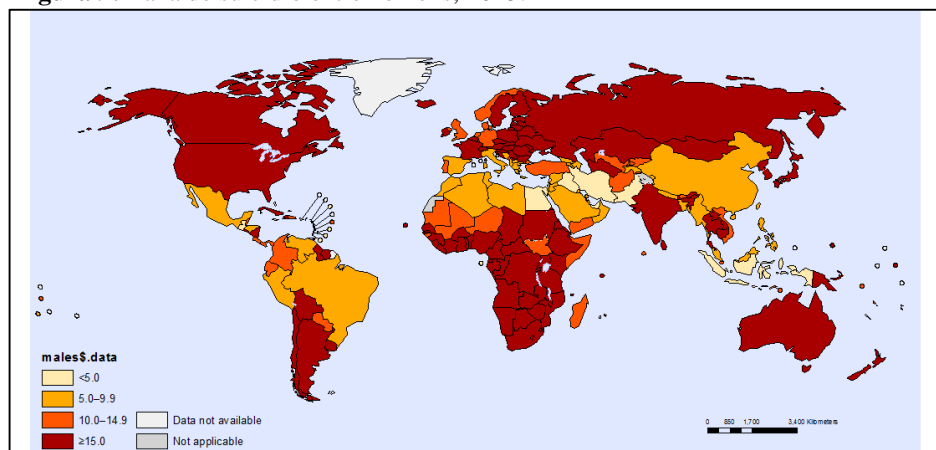
2.5.1 O Suicídio no Mundo

Mais de 800 mil pessoas se suicidam todos os anos e esse número deve chegar a 1,6 milhão de mortes em 2020 (OMS, 2017). A taxa mundial de suicídio é de 10,7 óbitos por 100 mil habitantes, onde os países que possuem as maiores taxas no mundo são: Sri Lanka (35,3), Lituânia (32,7), Guiana (29,0), Coreia do Sul (28,3), Mongólia (28,3), Suriname (26,6), Guiné Equatorial (22,6) e Angola (20,5). Esses dados são apresentados na figura 8.

Figura 8: Taxa de suicídio no mundo, 2015.

Fonte: OMS, 2017

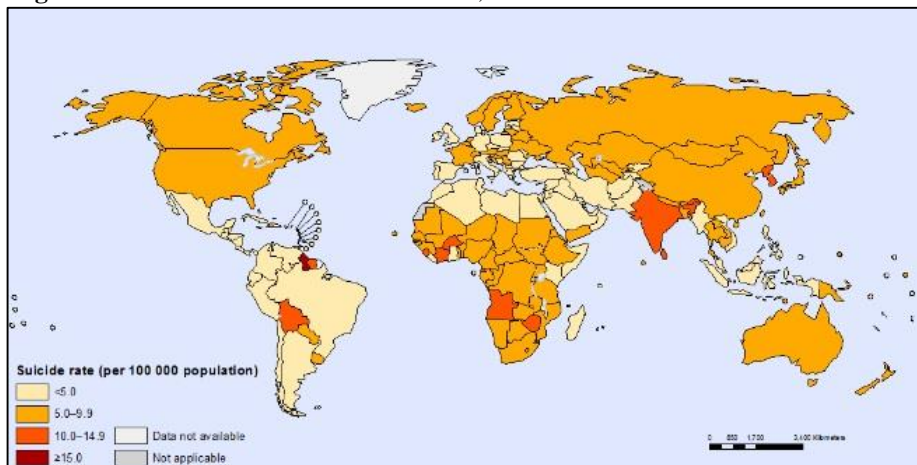
Verifica-se que a taxa de suicídio entre os homens é ainda mais elevada que a taxa mundial, sendo 15,0 por 100 mil habitantes. Porém esses dados se tornam mais preocupantes nos países com as taxas mais altas do mundo: Sri Lanka (58,8), Mongólia (48,2), Cazaquistão (48,1), Lituânia (47,1), Guiana (46,0), Suriname (41,6), Guiné Equatorial (39,1) e Angola (38,1). A representação dos suicídios entre homens está contemplada na figura 9.

Figura 9: Taxa de suicídio entre homens, 2015.

Fonte: OMS, 2017

Em relação ao sexo feminino, a taxa de óbitos por suicídio por 100 mil habitantes é menor do que a dos homens, sendo de 8,0. Os principais países onde tem uma maior taxa de suicídio entre as mulheres são: Guiana (15,5), Serra Leoa (14,7), Bolívia (14,4), Costa do Marfim (14,4), Coreia do Norte (14,3), Angola (14,3), Índia (14,2), Coreia do Sul (13,4), Sri Lanka (13,3), Guiné Equatorial (13,2) e Suriname (12,6). Esses dados estão representados na figura 10.

Figura 10: Taxa de suicídio entre mulheres, 2015.



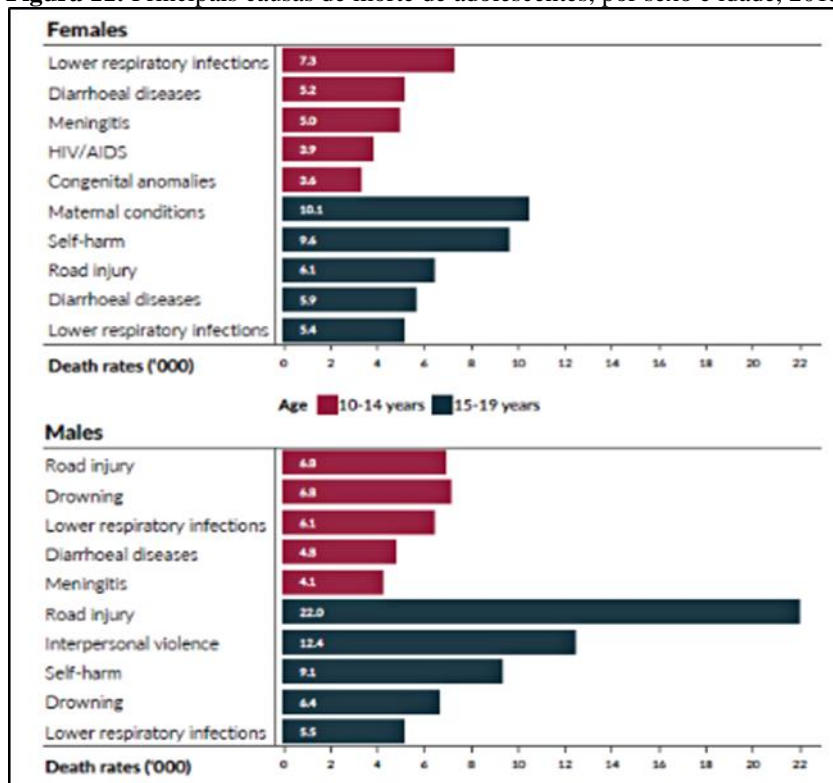
Fonte: OMS, 2017.

Contudo, a própria OMS acredita que esses números estejam subestimados em 20 vezes por conta da subnotificação ou inexistência de registros de ocorrências, principalmente em países da África e Oriente Médio, bem como pelo próprio tabu no qual o tema está envolto em todo o mundo (FERREIRA JÚNIOR, 2015).

Pesquisas referem que ocorre, ao menos, uma morte a cada 40 segundos no mundo. Desta forma, o suicídio tem sido responsável por mais mortes que as guerras e assassinatos ocorridos no período de um ano. Ao mesmo tempo, a cada suicídio consumado, ao menos seis pessoas próximas ao falecido terão suas vidas profundamente afetadas sócio, econômica e emocionalmente (FERREIRA JÚNIOR, 2015).

Dados levantados pela OMS mostraram que 75% dos casos de suicídio se dão em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Isso aponta para uma correlação entre situação econômica e taxas de suicídio, ainda que esta não seja infalível (OMS, 2014).

Porém, um fato preocupante é a distribuição de casos de suicídio por idade. Os jovens de 5-44 anos passaram a se suicidar mais do que os adultos com idade acima de 45 anos. Essa tendência parece se manter nos próximos anos, segundo as projeções da própria Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014). É algo preocupante uma vez que o suicídio já é a terceira causa de morte entre jovens de 10 a 19 anos e a segunda causa de morte de jovens entre 15-29 anos, sendo o grupo com maior risco de suicídio em um terço dos países pesquisados, tanto desenvolvidos como em desenvolvimento. Esses dados podem ser verificados na figura 11.

Figura 11: Principais causas de morte de adolescentes, por sexo e idade, 2015.

Fonte: OMS, 2017.

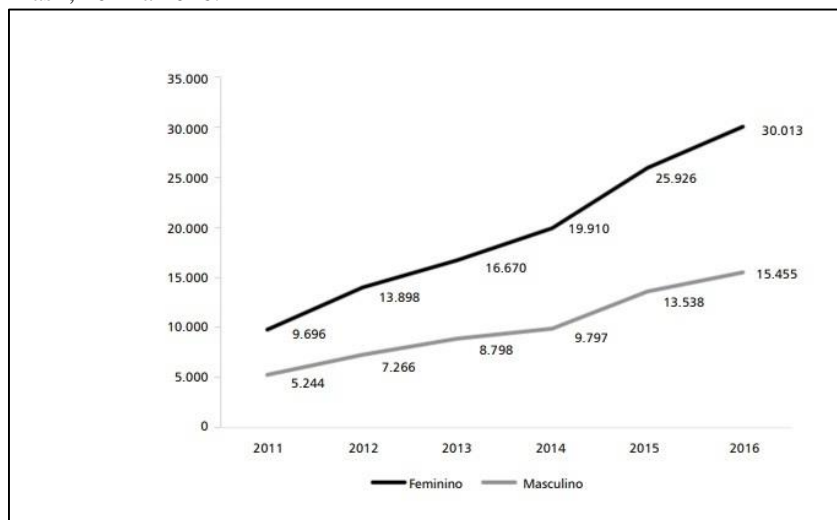
2.5.2 O Suicídio no Brasil

Segundo os dados da Organização Mundial da Saúde, o Brasil possui uma taxa média de suicídio de 6,0 por 100 mil habitantes. Quanto a distribuição das taxas de suicídio em relação ao sexo, o país segue a tendência mundial em que os homens se suicidam mais que as mulheres, sendo essa taxa de 9,6 para homens e 2,7 para mulheres (OMS, 2014).

Apesar do Brasil apresentar uma taxa menor do que a média global, as tentativas de suicídio no país aumentaram vertiginosamente. As notificações de lesões autoprovocadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), do Ministério da Saúde, passaram de 14.940 em 2011 para 45.468 em 2016, aumento de 304%. Entre as mulheres o aumento foi de 309% (de 9.696 notificações em 2011 para 30.013 em 2016); entre os homens o aumento foi de 295% (de 5.244 em 2011 para 15.455 em 2016) (BRASIL, 2017).

Observa-se que, apesar das taxas mundiais de óbito por suicídios serem maiores entre os homens, as tentativas de suicídio são 2,3 vezes maiores entre as mulheres no Brasil. Isso pode ser verificado na figura 12.

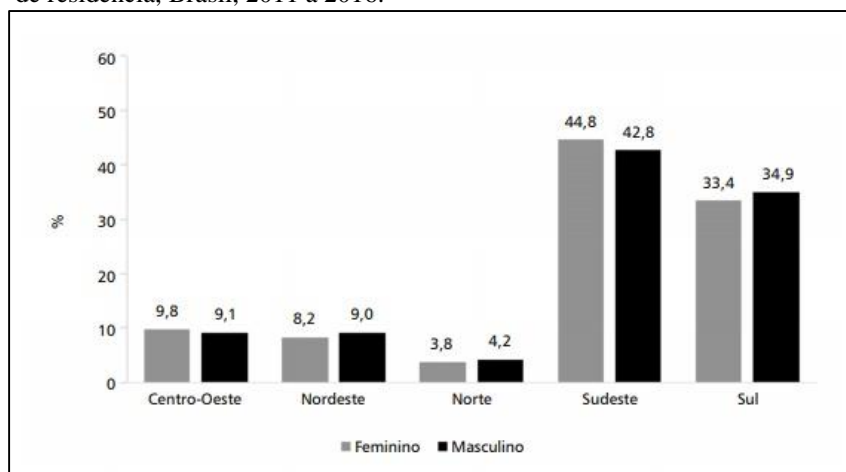
Figura 12: Número de notificações por lesão autoprovocada, por sexo e ano, Brasil, 2011 a 2016.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasil, 2017.

Os principais índices de tentativas de suicídio se concentraram na região Sudeste (44,8%) e Sul (33,4%). Observa-se que as notificações do sexo masculino foram maiores nas regiões Nordeste, Norte e Sul. As mulheres predominaram nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, como nota-se na figura 13.

Figura 13: Proporção de notificações de tentativas de suicídio, por sexo e região de residência, Brasil, 2011 a 2016.

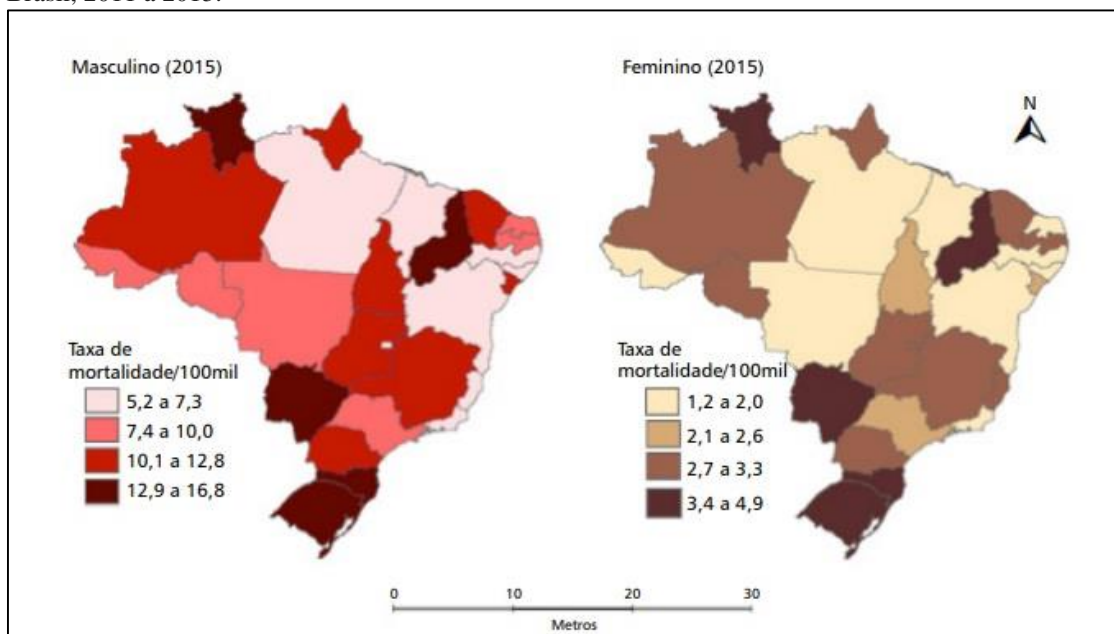


Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasil, 2017.

Nota-se também que as maiores taxas de óbito por suicídio no Brasil foram registradas nos estados do Rio Grande do Sul (10,3), Santa Catarina (8,8) e Mato Grosso do Sul (8,5). Já as maiores taxas, no sexo masculino foram observadas nos estados de Roraima (5,1), Rondônia (3,1) e Amapá (2,2). Apesar do Distrito Federal apresentar uma

taxa baixa de óbito por suicídio, no sexo feminino, o maior crescimento no Brasil foi observado nessa região (1,1). A seguir, na figura 14, observa-se as taxas de óbito por suicídio no Brasil.

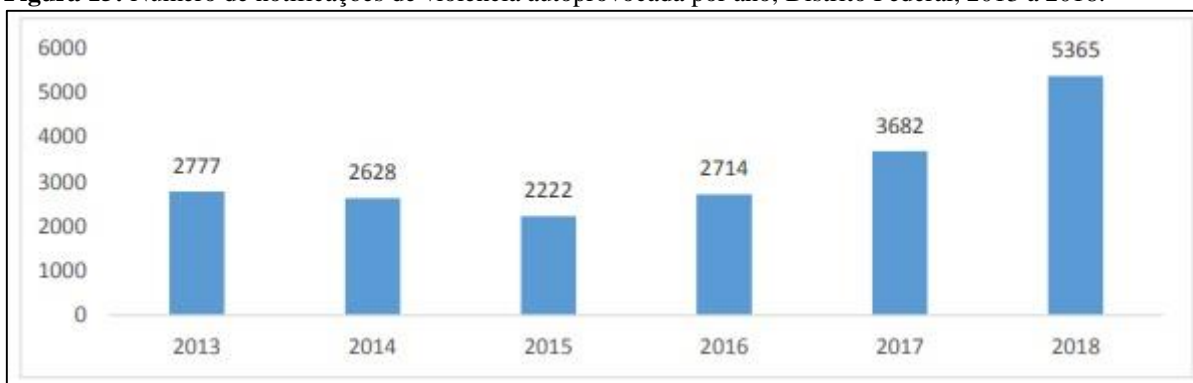
Figura 14: Distribuição espacial da taxa de mortalidade por suicídio, por sexo e a Unidade da Federação, Brasil, 2011 a 2015.



Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasil, 2017.

2.5.3 O Suicídio no Distrito Federal

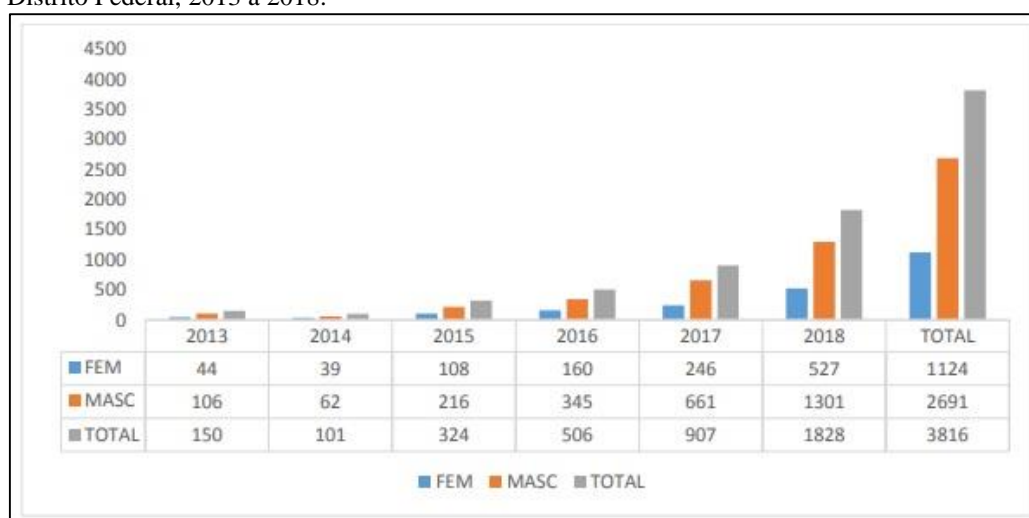
No período de 2013 a 2018, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Distrito Federal (Sinan/DF) 19.388 casos de violências interpessoais ou autoprovocadas ocorridas no Distrito Federal. Desse total, 3.816 (19,7%) foram relativos à prática de lesão autoprovocada, sendo 2.691 (70,5%) casos em mulheres e 1.124 (29,5%) casos em homens. Considerando-se somente a ocorrência de lesão autoprovocada, identificaram-se 1.881 (49,3%) casos de tentativa de suicídio, sendo 1.329 (70,7%) em mulheres e 552 (29,3%) em homens (SES/DF, 2019). Esses casos são apresentados na figura 15.

Figura 15: Número de notificações de violência autoprovocada por ano, Distrito Federal, 2013 a 2018.

Fonte: SINAN-SES/DF, 2019.

Nota-se discreta redução nas notificações no ano de 2015 em relação a 2014 (15,4%), valendo-se ressaltar que nesse ano houve alteração em campos da ficha de notificação. Houve, também, um aumento gradativo nas notificações entre os anos de 2016 (22,1%), 2017 (35,7%) e 2018 (45,7%). Pode-se atribuir este aumento ao cumprimento da Portaria MS/GM 1.271 de 06 de junho de 2014 que definiu a violência sexual e a tentativa de suicídio como casos de notificação imediata, além das campanhas e capacitações realizadas dando ciência tanto da alteração do modelo da ficha de notificação quanto da portaria referente à notificação dos casos de suicídio.

A seguir, a figura 16 apresenta os dados referentes à distribuição das notificações de lesão autoprovocada específicas para tentativa de suicídio, segundo sexo e ano de ocorrência, entre 2013 a 2018.

Figura 16: Número de notificações por tentativas de suicídio, por sexo e ano de ocorrência. Distrito Federal, 2013 a 2018.

Fonte: SINAN-SES/DF, 2019.

No Distrito Federal, nesse período, observou-se o aumento dos casos notificados de lesão autoprovocada de 1.118,7% e nos sexos feminino e masculino de 1.127,4% e 1.097,7%, respectivamente.

A seguir, a figura 17 apresenta os dados referentes às tentativas de suicídio por idade, no Distrito Federal.

Figura 17: Número de notificações de tentativas de suicídio por faixa etária, sexo e ano. Distrito Federal, 2013 a 2018.

FAIXA ETÁRIA	2013				2014				2015				2016				2017				2018				TOTAL					
	FEM	%	MASC	%	FEM	%	MASC	%	FEM	%	MASC	%	FEM	%	MASC	%	FEM	%	MASC	%	FEM	%	MASC	%	FEM	%	MASC	%		
<1 Ano	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5	0	0	0	0	0	0	1	0,2	0	0	2	0,2	0	0	4	0,2	0	0		
1 a 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1	0	0
5 a 9	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1,0	0	0	2	0,8	0	0	0	0	0	1	0,1	0	0	5	0,3	0	0	0	0	
10 a 19	1	25,0	0	0	2	28,6	0	0,0	43	20,7	12	5,8	49	19,4	16	6,3	101	23,4	24	5,6	240	24,5	68	7,0	436	23,2	120	6,4		
20 a 39	2	50,0	1	25,0	1	14,3	3	42,9	72	34,6	44	21,2	104	41,3	40	15,9	148	34,3	64	14,8	341	34,9	159	16,3	668	35,5	311	16,5		
40 a 59	0	0	0	0	0	0	1	14,29	18	8,7	13	6,3	23	9,1	12	4,8	57	13,2	29	6,7	108	11,0	51	5,2	206	11,0	106	5,6		
60 e +	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1,4	3	1,2	2	0,8	4	0,9	4	0,9	2	0,2	6	0,6	9	0,5	15	0,8		
Total	3	75	1	25	3	43	4	57	136	65	72	35	182	72	70	28	311	100	121	28	694	71	284	29	1329	71	552	29		

Fonte: SINAN-SES/DF, 2019.

O maior volume de notificações de tentativa de suicídio se concentra no sexo feminino com 71% do total. A figura 12 também evidenciou que as notificações de tentativa de suicídio se concentram na faixa etária de 20 a 39 anos em ambos os sexos (35,5% no sexo feminino e 16,5% no masculino).

A seguir, a tabela 1 apresenta os dados referentes ao número de notificações de tentativas de suicídio por região administrativa do Distrito Federal entre os anos de 2013 e 2018.

Tabela 1: Número de notificações de tentativas de suicídio por região administrativa, sexo e ano. Distrito Federal, 2013 a 2018.

Região Administrativa	Notificações de tentativas de suicídio - 2013 a 2018			
	Fem	%	Masc	%
Central (Brasília, Cruzeiro, Lago Norte, Sudoeste, Octogonal)	36	4	17	2
Centro Sul (Candangolândia, Guará, Núcleo Bandeirante, Park Way, Riacho Fundo I e II, Estrutural, SIA)	132	13	46	5
Leste (Itapoã, Jardim Botânico, Lago Sul, Paranoá, São Sebastião, Varjão)	271	28	105	11
Norte (Fercal, Planaltina, Sobradinho I e II)	107	11	47	5
Oeste (Brazlândia, Ceilândia)	180	18	84	9
Sudoeste (Águas Claras, Recanto das Emas, Samambaia, Taguatinga, Vicente Pires)	352	36	156	16
Sul (Gama, Santa Maria)	122	12	35	4
Em Branco	129	6,9	62	3,3
Total	1329	71	552	29

Fonte: SINAN/SES-DF, 2019.

Ressalta-se que Ceilândia (8,7% sexo feminino e 4,2% sexo masculino) e Taguatinga (6,8% sexo feminino e 3,6% sexo masculino), apresentaram os maiores índices de tentativas de suicídio, em ambos os sexos.

Entre as superintendências: a Região Sudoeste concentrou 36%, seguida da Região Leste que concentrou 28% das tentativas de suicídio no sexo feminino, enquanto que a Região Sudoeste concentrou 16%, seguida da Região Leste que concentrou 11% das tentativas de suicídio no sexo masculino. Em ambos os sexos, a Região Central foi a que teve os menores índices (4% no sexo feminino e 2% no masculino).

Frente aos números apresentados, o Governo do Distrito Federal propôs as metas e objetivos para a prevenção do suicídio (Anexo A).

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Tratou-se de uma pesquisa exploratória, de caráter misto que buscou analisar o processo do comportamento suicida de estudantes do curso de Enfermagem de uma instituição particular de ensino superior de Brasília, Distrito Federal.

Os métodos mistos combinam os métodos predeterminados das pesquisas quantitativas com métodos emergentes das qualitativas, assim como questões abertas e fechadas, com formas múltiplas de dados contemplando todas as possibilidades, incluindo análises estatísticas e análises textuais. Neste caso, os instrumentos de coleta de dados podem ser ampliados com observações abertas, ou mesmo, os dados censitários podem ser seguidos por entrevistas exploratórias com maior profundidade. No método misto, o pesquisador baseia a investigação supondo que a coleta de diversos tipos de dados garanta um entendimento melhor do problema pesquisado (DAL-FARRA; LOPES, 2013).

Polit, Beck e Hungler (2004) justificam o delineamento integrado e apontam as suas vantagens. Referem, resumidamente, que: a) os dados quantitativos e qualitativos são complementares, representando palavras e números as duas linguagens fundamentais da comunicação humana. Usando métodos mistos, o pesquisador permite que cada método desempenhe seu papel, evitando, possivelmente, as limitações da abordagem única. b) a necessidade de uma visão profunda raramente fica confinada ao início da pesquisa em uma área. Sendo assim, o progresso em um tópico tende a ser exponencial, dependendo de múltiplos elos de realimentação. Em estudos separados, podem refletir as diferenças nos participantes e nas circunstâncias da investigação e em um único estudo, as discrepâncias podem ser usadas como um trampolim para maior exploração.

O presente estudo foi dividido em duas fases. A fase 1 tratou-se de um estudo quantitativo, do tipo transversal analítico. O estudo transversal avalia as relações exposição-doença de uma determinada população em um determinado momento. Com isso, o estudo fornece um retrato da situação das variáveis envolvidas em uma dada ocasião, dado pelo momento da coleta de dados. São estudos úteis para descrever variáveis e avaliar seus padrões de distribuição, permitindo descrever as características dos eventos na população e identificar casos específicos. Portanto, o estudo transversal é metodologicamente adequado para avaliar as questões propostas por esse estudo (PEREIRA, 2015; MACHADO, 2016).

Essa primeira fase ocorreu nos meses de outubro e novembro de 2017. Nessa primeira fase, foram aplicados quatro formulários: um Formulário Sociodemográfico e

Acadêmico (Apêndice A); a Avaliação de Estresse em Estudantes de Enfermagem (Anexo B); o Mini RTM (Anexo C) e; Escala de Ideação Suicida de Beck (Anexo D).

A segunda fase da pesquisa consistiu na realização de entrevistas em profundidade com estudantes que já passaram por todas as fases do comportamento suicida (ideação, pensamento e ato suicida). Esse tipo de entrevista em profundidade é adequado onde há pouco conhecimento sobre o fenômeno estudado ou onde percepções detalhadas são necessárias a partir de pontos de vistas individuais. Elas também são particularmente apropriadas para explorar temas sensíveis, sobre os quais os participantes podem não querer falar em um ambiente de grupo (OLIVEIRA; MARTINS; VASCONCELOS, 2012).

Essa fase foi realizada nas salas de acolhimento da Clínica de Psicologia da instituição escolhida como cenário do estudo, principalmente para resguardar a integridade física e psicológica do sujeito da pesquisa, caso sentisse necessidade de apoio psicológico. Vale ressaltar que todos os estudantes selecionados para essa fase foram acompanhados, posteriormente, pela referida Clínica.

Por fim, consistiu na análise das entrevistas dos sujeitos de pesquisa da segunda fase por meio da Teoria do Modelo de Sistemas propostos por Betty Neuman.

3.1.1 Cenário do Estudo

O presente estudo foi realizado em uma instituição de ensino privada do Distrito Federal. O curso de enfermagem da referida instituição foi criado em 2011, dividido em oito semestres e, no período da coleta de dados, contava com 2226 alunos regularmente matriculados, tornando-se, na época o segundo maior curso da instituição e um dos maiores do Distrito Federal em número de alunos regularmente matriculados.

3.2 PRIMEIRA FASE

3.2.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Como critérios de inclusão da primeira fase, foram considerados todos os acadêmicos regularmente matriculados no curso de Enfermagem da referida instituição; estudantes acima de 18 anos e que concordaram em participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE (Anexo E). Ficaram de fora os alunos que se ausentaram durante a aplicação dos questionários, que não se sentiram à vontade durante a aplicação dos instrumentos ou que não assinaram o TCLE.

3.2.2 Instrumentos de Coleta de Dados

Questionário Sociodemográfico e Acadêmico

O primeiro instrumento de coleta de dados – Questionário Sociodemográfico e Acadêmico – foi composto por vinte e um itens relacionados às questões sociodemográficas (idade, sexo, situação conjugal, residência, se possuía filhos, questões relacionadas com esporte e lazer) e acadêmicas (semestre letivo, turno de estudo, número de disciplinas no semestre, participação em grupos de estudo, experiência na área da saúde, curso superior prévio, dentre outros).

Avaliação de Estresse do Estudante de Enfermagem (AEEE)

O instrumento de avaliação de Estresse do Estudante de Enfermagem (AEEE) foi desenvolvido por Costa & Polak (2009). É um questionário tipo *likert*, composto por 30 itens, agrupados em seis domínios: Realização das atividades práticas; Comunicação profissional; Gerenciamento do tempo; Ambiente; Formação profissional; Atividade teórica.

Cada item avalia a intensidade do estresse de acordo com a pontuação a seguir: (0) Não vivencio a situação; (1) Não me sinto estressado com a situação; (2) Me sinto pouco estressado com a situação e; (3) Me sinto muito estressado com a situação.

O desenvolvimento do instrumento fundamentou-se no modelo transacional de Lazarus e Folkman (1984). Nesse modelo, o estresse está vinculado à relação entre indivíduo e seu ambiente e o seu estudo requer que as pessoas sejam avaliadas dentro de seus próprios contextos, em sua relação com o ambiente e na atribuição de significados aos eventos. No processo de avaliação dos acontecimentos, as manifestações orgânicas e emocionais de estresse poderão surgir conforme os recursos individuais disponíveis de percepção e controle do evento (COSTA; POLACK, 2009).

Mini-Rastreo de Transtornos Mentais (Mini-RTM)

O referido instrumento foi validado no Brasil por Bolsoni (2016) e que reúne questões, com pontuações diferentes, relevantes de diversos instrumentos de rastreo específicos para transtornos mentais, já existentes e validados, mas que permita a detecção dos transtornos mentais mais comuns, abuso de substâncias e transtornos psicóticos.

Composto por nove itens, o Mini-RTM abarca questões relativas à ansiedade, depressão, abuso e/ou dependência de álcool e substâncias e transtornos psicóticos. A sua avaliação se dá da seguinte maneira: pontuação de 0 a 2 (ausência de transtorno); 3 ou mais pontos (possibilidade de alguma perturbação psicológica, podendo ser mais de um transtorno). Vale ressaltar que esse instrumento não substitui a avaliação feita por psiquiatras e psicólogos, sendo apenas um rastreio de possibilidades de perturbação psicológica.

Escala de Ideação Suicida de Beck

A Escala de Ideação Suicida Beck (BSI) tem por finalidade medir a extensão do desejo de morrer e de tentar suicídio (CUNHA, 2001).

Ela é constituída por 21 itens, cada um com três alternativas de resposta (0 a 2), que avaliam três dimensões da ideação suicida: ativa, passiva e tentativa prévia de suicídio. Caso a pontuação total seja equivalente a 6 ou mais, a ideação suicida é considerada clinicamente significativa. Os primeiros 19 itens refletem gradações da gravidade de desejos, atitudes e planos suicidas, através dos seguintes conteúdos: 1) desejo de viver, 2) desejo de morrer, 3) razões para viver ou morrer, 4) tentativa de suicídio ativa, 5) tentativa de suicídio passiva, 6) duração das ideias de suicídio, 7) frequência da ideação, 8) atitude em relação à ideação, 9) controle sobre atos suicidas, 10) inibições para a tentativa, 11) razões para a tentativa, 12) especificidade do planejamento, 13) acessibilidade ou oportunidade do método, 14) capacidade de realizar a tentativa, 15) probabilidade de tentativa real, 16) extensão da preparação verdadeira, 17) bilhete suicida, 18) atos finais, 19) despistamento e segredo (SOUZA; ÁVILA, 2007).

Os dois últimos itens possuem caráter meramente informativo e informam o número de tentativas prévias de suicídio e a seriedade da intenção de morrer, na última delas. Este instrumento não pode prever um suicídio eventual, mas aponta para a existência de risco de suicídio entre os que apresentam ideação suicida (SOUZA; ÁVILA, 2007).

3.2.3 Procedimento de Coleta de Dados

A coleta dos dados da primeira fase foi realizada no mês de outubro e novembro de 2017, logo após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Para viabilizar a coleta de dados, estabeleceu-se um contato com a coordenação do curso de Enfermagem a fim de obter a autorização para entrar nas salas de aula de cada semestre letivo, nos períodos

da manhã, tarde e noite. Após a concessão da autorização, elaborou-se um cronograma visando o controle de visitas nas 45 turmas do curso de enfermagem na instituição, com a cautela que o dia de aplicação dos questionários não ocorresse em dias das avaliações dos alunos. Sendo assim, nos dias estabelecidos, o pesquisador expôs os objetivos da pesquisa para os estudantes, colocando-se à disposição para esclarecer as dúvidas, apresentou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido para posterior assinatura e, na sequência, os questionários da pesquisa.

Ressalta-se que para resguardar a integridade física e psicológica dos estudantes durante toda a coleta de dados, o pesquisador foi acompanhado por acadêmicos do último semestre do curso de Psicologia, que sob supervisão de uma professora do referido curso estavam à disposição para atender qualquer necessidade de apoio psicológico eventualmente manifestado. Durante todo procedimento de coleta, apenas três alunos manifestaram desconforto com a pesquisa. Eles foram acolhidos e encaminhados para a Clínica de Psicologia da instituição.

Vale ressaltar que ocorreu um estudo-piloto, o qual o questionário foi aplicado para 15 estudantes, com o objetivo de verificar alguma deficiência nos instrumentos de coleta de dados e que necessitasse ser ajustado. Esses questionários não foram utilizados para a análise desse trabalho.

3.2.4 Tratamento e Análise dos Dados

Os dados obtidos na primeira fase da pesquisa foram avaliados por meio do software SPSS 10.0 for Windows.

3.3 SEGUNDA FASE

3.3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Como critérios de inclusão dos sujeitos da segunda fase foram: estar regularmente matriculados no curso de Enfermagem da instituição; ter idade acima de 18 anos; ter participado da primeira etapa da pesquisa e já ter tido tentativas de autoextermínio. Como critérios de exclusão: estudantes que se recusaram a assinar o TCLE, aqueles que não passaram por todas as fases do comportamento suicida ou se sentiram desconfortáveis em participar da segunda etapa da pesquisa.

3.3.2 Instrumento de Coleta de Dados

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice B) que continha apenas uma questão aberta: “ Conte-me como foi esse seu processo de comportamento suicida: a sua fase de ideação suicida; a sua fase de planejamento suicida; sua fase do ato suicida”.

3.3.3 Procedimento de Coleta de Dados

A segunda fase da pesquisa ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2018. Com a finalização da coleta de dados da primeira fase, o pesquisador entrou em contato com a coordenação do curso de Enfermagem para convidar os alunos para a segunda fase da pesquisa. Para tanto, foi solicitado que a coordenação do curso enviasse uma mensagem institucional para todos os alunos matriculados no curso de Enfermagem. Nessa mensagem havia um convite para aqueles alunos que participaram da primeira etapa da pesquisa, que já haviam passado por tentativas de suicídio se os mesmos gostariam de conversar particularmente com o pesquisador responsável. Neste momento foi disponibilizado o e-mail do pesquisador para futuros contatos.

Vinte e cinco alunos responderam ao convite. Desses alunos, onze eram apenas para auxiliarem o pesquisador durante a coleta de dados; cinco informaram que já passaram apenas pela ideação suicida; três deles já tinham passado pela tentativa de suicídio, porém desistiram de conversar. Assim, seis alunos que preencheram os critérios de inclusão dessa segunda etapa.

Após concordarem em conversar sobre o assunto, foi marcado dia e horário específico com cada um deles na clínica de Psicologia da instituição de ensino que estavam regularmente matriculados. Vale ressaltar que os psicólogos da referida clínica já estavam cientes da pesquisa e da necessidade de acolher cada aluno após as entrevistas.

3.3.4 Tratamento e Análise dos Dados

Os dados obtidos por meio das entrevistas da segunda fase foram transcritos e o *corpus* das entrevistas submetidos à análise com auxílio do *software Alceste* (análise lexical por contexto de um conjunto de segmentos de texto).

Este *software* analisa qualitativamente os dados textuais e tem como base as leis de distribuição do vocabulário nos textos, sejam de origem verbal ou escrita. A análise estatística propõe desvendar as informações essenciais contidas no texto, obtendo assim enunciados simples. As palavras características desses enunciados são identificadas e

contribuem para o refinamento a partir da análise do Qui-Quadrado (teste estatístico não paramétrico), das associações de palavras dentro de classes estudadas e na análise fatorial de correspondência mútua.

Ao analisar o *corpus* das entrevistas, o programa identifica as Unidades do Contexto Inicial (cada entrevista) e, em seguida, fragmenta-as e classifica-as em unidades menores, chamadas de Unidades de Contexto Elementar (UCE). Essas UCEs são compostas de enunciados linguísticos que compõem a entrevista. Após a identificação e a classificação dessas UCEs, o *Alceste* verifica a existência de repetições, baseadas em contextos de semelhança, identificando os contextos-tipo, ou seja, contextos que se reproduzem nas entrevistas. A análise estatística, que possibilita a identificação do contexto-tipo, é a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que separa esses contextos-tipo em classes/categorias e apresenta as relações entre elas sob a forma de dendograma. Em seguida, efetua-se uma Análise de Correspondência (AC), ou seja, um plano fatorial que permite a visualização de possíveis oposições entre as classes/categorias. Mediante essas análises, e a partir de uma leitura exhaustiva das entrevistas, o pesquisador busca reconstituir o discurso coletivo dos sujeitos.

Assim, buscaram-se desvelar os contornos do objeto do estudo, tomando como referência o Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu todos os preceitos éticos de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), garantindo aos sujeitos envolvidos na pesquisa a preservação dos dados e a confidencialidade pela participação em todos os momentos da pesquisa (BRASIL, 2012).

Ressalta-se, mais uma vez, que para resguardar a integridade física e psicológica dos sujeitos da pesquisa, caso sentissem necessidade de apoio psicológico durante a coleta de dados, a instituição contou com acadêmicos do último ano do curso de psicologia e psicólogos da Clínica de Psicologia para atendê-los.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa conforme anexo F.

Como se trata de uma pesquisa de caráter misto, optou-se pela exposição dos resultados e discussão em três fases distintas.

A primeira fase consistirá na apresentação dos resultados e discussão referentes aos dados quantitativos da pesquisa; na segunda fase serão apresentados os resultados e discussão relacionados à pesquisa qualitativa. Por fim, na terceira fase consistirá numa correlação das fases anteriores buscando apresentar uma integração dos resultados da pesquisa.

4.1 PRIMEIRA FASE

4.1.1 Perfil Sociodemográfico Geral dos Estudantes de Enfermagem

No momento da coleta de dados, estavam regularmente matriculados na instituição de ensino 2226 estudantes de enfermagem. Participaram da primeira fase do estudo 1570 estudantes. Durante todo procedimento de coleta, apenas três alunos não concluíram a coleta, pois manifestaram desconforto com o tema. Eles foram acolhidos e encaminhados para a Clínica de Psicologia da instituição. Esses alunos não fizeram parte da amostra final, que totalizou 1567 participantes, o que correspondeu 70,4% do total de estudantes regularmente matriculados.

Ao analisar-se o perfil sociodemográfico desses estudantes, verificou-se que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino (84,47%), característica dominante em todas as faixas etárias e que é comumente encontrada no curso de Enfermagem, por se tratar de uma profissão com tradição feminina. Verificou-se também que é um curso essencialmente formado por adultos jovens, com idade média igual a 26 anos, tanto para o sexo masculino como para o feminino, sendo a maioria das mulheres com idade entre 18 e 20 anos (32,2%) e os homens com idade entre 21 e 25 anos (40,3%).

Além disso, a maioria dos entrevistados estuda à noite. Pode-se inferir em decorrência desse resultado que há necessidade de trabalhar para se manter. Estes dados estão em consonância com o último relatório-síntese do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) de 2016 o qual afirma que o curso de Enfermagem no Brasil é composto em sua maioria por mulheres (85,9%), de idade até 24 anos (42,1%), pardas (44,4%), solteiras (64,8%) e que trabalham (50,1%) (BRASIL, 2016).

Na Tabela 2 são mostrados os resultados relativos aos estudantes que participaram da pesquisa.

Tabela 2. Dados sociodemográficos dos estudantes que participaram da pesquisa

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Semestre Letivo						
Primeiro Semestre	26	1.66	146	9.32	172	10.98
Segundo Semestre	52	3.32	295	18.83	347	22.14
Terceiro Semestre	28	1.79	101	6.45	129	8.23
Quarto Semestre	46	2.94	207	13.21	253	16.15
Quinto Semestre	20	1.28	161	10.27	181	11.55
Sexto Semestre	39	2.49	213	13.59	252	16.08
Sétimo Semestre	19	1.21	59	3.77	78	4.98
Oitavo Semestre	13	0.83	142	9.06	155	9.89
Faixa etária						
18 a 20 anos	65	4.1	426	27.2	491	31.3
21 a 25 anos	98	6.3	392	25.0	490	31.3
26 a 30 anos	33	2.1	180	11.5	213	13.6
31 a 35 anos	15	1.0	140	8.9	155	9.9
36 a 40 anos	20	1.3	99	6.3	119	7.6
41 a 45 anos	6	0.4	61	3.9	67	4.3
46 ou mais anos	6	0.4	26	1.7	32	2.0
Turno						
Matutino	82	5.24	546	34.89	628	40.1
Vespertino	33	2.11	190	12.14	223	14.25
Noturno	128	8.18	586	37.44	714	45.6
Sem resposta	0	0	2	0.1	2	0.1
Total	243	15.53	1324	84.47	1567	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Na distribuição dos estudantes matriculados por semestre, verifica-se que a maioria está no segundo semestre 347 (22,14%), seguidos pelo quarto e sexto semestres 253 (16,15%) e 252 (16,08%), respectivamente. Os demais semestres apresentam menores proporções de estudantes matriculados. Esse fato talvez possa ser explicado, no caso do primeiro semestre, por elevadas taxas de evasão, enquanto nos demais possa haver desistência em decorrência de outros motivos. Observa-se também um número decrescente de matriculados a partir do quinto semestre, com exceção do sexto.

Com relação ao turno, percebe-se através da tabela acima que a maioria dos homens estudam no turno noturno (52%). Já as mulheres estão bem representadas nos turnos matutino (41%) e noturno (44%).

4.1.2 Avaliação do Estresse do Estudante de Enfermagem

Para obtenção do nível de estresse por discente, realizou-se a soma dos valores respondidos em cada um dos 30 itens e dividiu-se a soma pelo número de itens respondidos, excluindo-se o número de zeros, definidos no AEEE como: “não vivencio a situação”. O resultado foi subtraído de um e multiplicado por 50. (BUBLITZ, 2014). A média calculada do nível de estresse foi 47,60 e a mediana 48,07. Já o desvio padrão calculado foi igual a 19,37. Isso significa que o nível de estresse varia muito em torno da média, porém a distribuição dos dados é simétrica.

Para identificação do nível de estresse apresentado pelo indivíduo em cada domínio, realizou-se a soma dos valores respondidos aos itens e dividiu-se esse valor pelo número de itens do domínio, excluindo-se o número de zeros. O resultado foi, novamente, subtraído de um e multiplicado por 50. Além disso, para identificar os itens de maior e menor estresse por domínio, foi calculada a média dos itens que o compõem. Aqueles que apresentaram maiores médias foram considerados os itens de maior estresse no domínio para os discentes. (BUBLITZ, 2014)

A Tabela 3 apresenta a média, mediana e desvio padrão para o nível de estresse de cada um dos domínios e seus itens.

Tabela 3: Média, mediana e desvio padrão dos domínios e itens da Avaliação de Estresse dos Estudantes de Enfermagem (AEEE)

		Média	Mediana	Desvio padrão
Questão	Domínio 1: Realização de Atividades Práticas	41,46	40,00	24,93
4	Realizar os procedimentos assistenciais de modo geral	1,15	1,00	0,857
5	As novas situações que poderá vivenciar na prática clínica	1,50	1,00	0,899
7	O ambiente da unidade clínica de estágio	1,13	1,00	0,897
9	Ter medo de cometer erros durante a assistência ao paciente	2,07	2,00	0,962
12	Executar determinados procedimentos assistenciais	1,31	1,00	0,884
21	Sentir que adquiriu pouco conhecimento para fazer provas práticas	2,12	2,00	0,934
	Domínio 2: Comunicação Profissional	30,47	25,00	25,93
6	Comunicação com os demais profissionais da unidade de estágio	1,09	1,00	0,842
8	Comunicação com os profissionais de outros setores no local de estágio	1,06	1,00	0,857
16	Perceber as dificuldades que envolvem o relacionamento com outros profissionais da área	1,39	1,00	0,920
20	Observar situações conflitantes em outros profissionais	1,56	2,00	0,972
	Domínio 3: Gerenciamento do Tempo	54,21	60,00	27,51
3	Estar fora do convívio social de traz solidão	1,39	1,00	1,074
18	Tempo reduzido para estar com familiares	1,96	2,00	0,912

23	Tempo exigido pelo professor para a entrega das atividades extraclasse	1,87	2,00	0,849
26	Falta de tempo para o lazer	2,02	2,00	0,955
30	Falta de tempo para momentos de descanso	2,27	3,00	0,880
Domínio 4: Ambiente		64,30	75,00	32,31
11	Distância entre a faculdade e o local de moradia	1,94	2,00	0,953
22	Transporte público para chegar à faculdade	2,02	2,00	1,106
24	Distância entre a maioria dos campos de estágio e o local de moradia	2,06	3,00	1,150
29	Transporte público utilizado para chegar ao local de estágio	1,87	2,00	1,235
Domínio 5: Formação Profissional		46,96	50,00	26,90
1	Ter preocupação com o futuro profissional	2,28	2,00	0,822
15	A semelhança entre as situações que vivencia no estágio e aquelas que poderá vivenciar na vida profissional	1,40	1,00	0,994
17	Pensar nas situações que poderá vivenciar quando for enfermeiro	1,89	2,00	0,832
19	Perceber a responsabilidade profissional quando está atuando em campo de estágio	1,63	2,00	1,011
25	Vivenciar as atividades, como enfermeiro em formação, no campo de estágio	1,29	1,00	0,950
27	Perceber a relação entre o conhecimento teórico adquirido no curso e o futuro desempenho profissional	1,77	2,00	0,849
Domínio 6: Atividade Teórica		46,54	50,00	25,46
2	A obrigatoriedade em realizar trabalhos extraclasse	1,88	2,00	0,854
10	A forma adotada para avaliar o conteúdo teórico	1,80	2,00	0,862
13	Sentir insegurança ou medo ao fazer as provas teóricas	2,06	2,00	0,813
14	O grau de dificuldade para a execução das atividades extraclasse	1,71	2,00	0,848
28	Assimilar o conteúdo teórico-prático oferecido em sala de aula	1,77	2,00	0,812

Fonte: Dados da pesquisa.

Com base na média dos itens que compõem o AEEE, o que representou maior estresse para os discentes de enfermagem foi “ter preocupação com o futuro profissional” (média=2,28), pertencente ao domínio “Formação Profissional”. A média desse item é maior no 7º semestre (2,42). A menor média foi encontrada para o item “O ambiente da unidade clínica de estágio” no primeiro semestre (0,48) e a maior “Distância entre a maioria dos campos de estágio e o local de moradia” no sexto semestre (2,75). Essas médias são apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4: Média dos itens da Avaliação de Estresse dos Estudantes de Enfermagem (AEEE) por semestre.

Itens / Semestre	1	2	3	4	5	6	7	8
Ter preocupação com o futuro profissional	2,13	2,25	2,22	2,32	2,20	2,39	2,42	2,37
Obrigatoriedade em realizar trabalhos extraclasse	1,74	1,76	1,63	1,90	1,96	1,98	2,18	2,08
Estar fora do convívio social te traz solidão	1,22	1,33	1,36	1,57	1,31	1,39	1,49	1,50
Realizar procedimentos assistenciais de um modo geral	0,84	0,98	1,09	1,23	1,15	1,38	1,44	1,27

As novas situações que poderá vivenciar na prática clínica	1,12	1,38	1,39	1,64	1,65	1,63	1,68	1,61
Comunicação com os demais profissionais da unidade de estágio	0,65	0,90	1,09	1,20	1,27	1,26	1,29	1,25
O ambiente da unidade clínica de estágio	0,48	0,79	1,01	1,33	1,45	1,43	1,56	1,35
Comunicação com os profissionais de outros setores no local de estágio	0,55	0,76	1,05	1,25	1,29	1,29	1,17	1,26
Ter medo de cometer erros durante a assistência ao paciente	1,73	1,83	2,09	2,34	2,16	2,27	2,17	2,02
A forma adotada para avaliar o conteúdo teórico	1,56	1,61	1,88	1,93	1,97	1,97	1,95	1,71
Distância entre a faculdade e o local de moradia	1,77	1,90	1,88	2,04	1,85	1,96	1,97	2,14
Executar determinados procedimentos assistenciais	0,86	1,03	1,26	1,49	1,39	1,57	1,72	1,48
Sentir insegurança ou medo ao fazer as provas teóricas	2,01	2,08	2,02	2,15	2,01	2,10	1,99	1,95
O grau de dificuldade para a execução das atividades extraclasse	1,53	1,65	1,73	1,79	1,84	1,79	1,69	1,66
A semelhança entre as situações que vivencia no estágio e aquelas que poderá vivenciar na vida profissional	0,66	0,93	1,42	1,65	1,65	1,83	1,76	1,68
Perceber as dificuldades que envolvem o relacionamento com outros profissionais da área	0,95	1,10	1,28	1,59	1,62	1,68	1,53	1,48
Pensar nas situações que poderá vivenciar quando for enfermeiro	1,72	1,81	1,85	1,94	1,96	1,98	2,09	1,88
Tempo reduzido para estar com familiares	1,79	1,78	1,95	2,06	2,07	2,08	2,10	2,07
Perceber a responsabilidade profissional quando está atuando em campo de estágio	1,00	1,22	1,72	1,89	1,87	1,96	2,05	1,77
Observar situações conflitantes em outros profissionais	1,05	1,30	1,65	1,72	1,75	1,81	1,74	1,68
Sentir que adquiriu pouco conhecimento para fazer provas práticas	2,06	1,98	2,09	2,27	2,26	2,30	1,76	2,05
Transporte público para chegar à faculdade	1,99	2,02	1,89	2,04	1,88	2,05	2,12	2,20
Tempo exigido pelo professor para entrega das atividades extraclasse	1,81	1,71	1,87	1,97	2,02	1,90	2,00	1,90
Distância entre a maioria dos campos de estágio e o local de moradia	0,99	1,17	2,17	2,47	2,54	2,75	2,42	2,61
Vivenciar as atividades, como enfermeiro em formação, no campo de estágio	0,69	0,78	1,33	1,49	1,58	1,64	1,60	1,66
Falta de tempo para o lazer	1,78	1,91	1,98	2,11	2,09	2,04	2,28	2,15
Perceber a relação entre o conhecimento teórico adquirido no curso e o futuro desempenho profissional	1,51	1,64	1,65	1,83	1,89	1,97	1,87	1,88
Assimilar conteúdo teórico-prático oferecido em sala de aula	1,61	1,69	1,77	1,83	1,87	1,85	1,82	1,72
Transporte público utilizado para chegar ao local de estágio	1,07	1,27	1,96	2,19	2,14	2,32	2,33	2,27
Falta de tempo para momentos de descanso	2,03	2,20	2,16	2,28	2,36	2,33	2,50	2,39

Fonte: Dados da pesquisa.

Para classificação do nível de estresse, foram calculados tercís. Após o cálculo dessas medidas, definiu-se o parâmetro para classificação dos discentes a partir do escore padronizado, com variação de 0 a 100%, da seguinte maneira: 0 a 33,33% - baixo estresse; 33,34 a 66,67% - médio estresse; e 66,68 a 100% - alto estresse. (BUBLITZ, 2014).

Na análise dos domínios, aquele que apresentou maior porcentagem de discentes em baixo nível de estresse foi *Comunicação Profissional* (52,3%), a maior porcentagem de alto nível de estresse foi *Ambiente* (51,9%) e a maior porcentagem em médio nível de estresse foi *Realização de Atividades* (50,1%). Na Tabela 5 é possível observar a frequência do nível de estresse para cada um dos domínios.

Tabela 5: Distribuição dos discentes de enfermagem quanto ao nível de estresse por domínio do instrumento para Avaliação de Estresse em Estudantes de Enfermagem (AEEE)

Domínios	N	%
Domínio 1: Realização de Atividades Práticas		
Baixo	552	35,2
Médio	785	50,1
Alto	226	14,4
Sem classificação	4	0,3
Domínio 2: Comunicação Profissional		
Baixo	820	52,3
Médio	524	33,4
Alto	124	7,9
Sem classificação	99	6,3
Domínio 3: Gerenciamento do Tempo		
Baixo	368	23,5
Médio	623	39,8
Alto	572	36,5
Sem classificação	4	0,3
Domínio 4: Ambiente		
Baixo	289	18,4
Médio	455	29,0
Alto	813	51,9
Sem classificação	10	0,6
Domínio 5: Formação Profissional		
Baixo	456	29,1
Médio	772	49,3
Alto	335	21,4
Sem classificação	4	0,3
Domínio 6: Atividade Teórica		
Baixo	510	32,5
Médio	676	43,1
Alto	379	24,2
Sem Classificação	2	0,1

Fonte: Dados da pesquisa.

Na análise da consistência interna dos itens que compõem o instrumento de Avaliação de Estresse em Estudantes de Enfermagem, obteve-se alfa de Cronbach de 0,907. Quanto aos domínios, esse coeficiente foi de: 0,748 para *Realização das Atividades Práticas*; 0,740 para *Comunicação Profissional*; 0,701 para *Gerenciamento do Tempo*;

0,736 para *Ambiente*; 0,788 para *Formação Profissional* e 0,697 para *Atividades Teóricas*. Segundo Malhotra (2001), esses resultados são considerados satisfatórios, uma vez que valores acima de 0,6 atestam que a consistência interna do instrumento é adequada.

Observa-se que o nível de estresse entre os estudantes de enfermagem, em média, aumenta com a progressão dos semestres. Acadêmicos do primeiro ano do curso (primeiro e segundo semestres) apresentaram um nível baixo de estresse. Já os alunos do sétimo e oitavo semestres apresentaram os maiores níveis de estresse. Isso não acontece apenas com os itens “Sentir insegurança ou medo ao fazer as provas teóricas” e “Sentir que adquiriu pouco conhecimento para fazer provas práticas”, que possuem médias menores ao final do curso.

4.1.3 Avaliação do Mini-Rastreio de Transtornos Mentais (Mini-RTM)

A pontuação para cada item da avaliação do Mini-RTM foi mediante a escala *likert* a seguir: **As questões de 1 a 4:** 0 – Nenhuma vez; 1 – Vários dias; 2 – Mais da metade dos dias; 3 – Quase todos os dias; **As questões 5 e 6:** 0 – Nunca; 1 – Menos que mensalmente; 2 – Duas a quatro vezes por mês; 3 – Duas a três vezes por semana; 4 – Quatro ou mais vezes por semana; **As questões de 7 a 9:** 1 – Definitivamente; 0,5 – Pode ser; 0 – Não, nunca.

Torna-se significativa a pontuação igual ou maior a três, que sugere a possibilidade de alguma perturbação psicológica, podendo ser de um ou mais transtornos. Uma entrevista clínica pode ser necessária para confirmação diagnóstica. O score médio encontrado foi 6,77. Na Tabela 6 são apresentados os resultados do rastreio de transtornos mentais por semestre.

Tabela 6: Avaliação do Mini-RTM, por semestre, sexo, faixa etária e turno de estudo.

	Masculino	Feminino	Total
Semestre Letivo Atual			
Primeiro Semestre	5,212	6,394	6,215
Segundo Semestre	6,567	7,227	7,128
Terceiro Semestre	6,018	7,411	7,109
Quarto Semestre	5,467	7,082	6,789
Quinto Semestre	6,250	6,276	6,273
Sexto Semestre	6,397	6,831	6,764
Sétimo Semestre	5,342	6,881	6,506
Oitavo Semestre	6,385	7,046	6,990
Faixa Etária			
18 a 20 anos	5,415	7,725	7,420
21 a 25 anos	6,786	7,056	7,002

26 a 30 anos	5,742	6,525	6,404
31 a 35 anos	4,633	6,500	6,319
36 a 40 anos	6,200	5,818	5,882
41 a 45 anos	3,833	4,902	4,806
46 ou mais anos	5,500	5,212	5,266
Turno de Estudo			
Matutino	6,140	6,792	6,707
Vespertino	5,652	7,074	6,863
Noturno	5,984	6,980	6,802
Total	5,992	6,916	6,773

Fonte: Dados da pesquisa.

Observou-se que todos os semestres do curso de Enfermagem apresentaram pontuação significativa para possibilidade de alguma perturbação psicológica – não necessariamente um transtorno mental (≥ 3 pontos).

A questão “pouco interesse ou prazer em fazer as coisas” teve como maior frequência a opção “*vários dias*” (39,8%). Isso é extremamente preocupante, pois o desinteresse em fazer atividades cotidianas pode estar relacionado a problemas depressivos, estresse, ansiedade, sensação de sobrecarga, dentre outros. Torna-se ainda mais preocupante quando quase 70% dos estudantes responderam “*vários dias/mais da metade dos dias/quase todos os dias*”. A Tabela 7 abaixo mostra a frequência das questões.

Tabela 7: Frequência das questões aplicadas no Mini-RTM

Domínios	N	%
Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas		
Nenhuma vez	346	22,1
Vários dias	624	39,8
Mais da metade dos dias	266	17,0
Quase todos os dias	331	21,1
Sentindo-se triste, deprimido ou sem esperança		
Nenhuma vez	584	37,3
Vários dias	559	35,7
Mais da metade dos dias	206	13,1
Quase todos os dias	218	13,9
Sentindo-se nervoso, ansioso ou no limite		
Nenhuma vez	218	13,9
Vários dias	580	37,0
Mais da metade dos dias	285	18,2
Quase todos os dias	484	30,9
Não ser capaz de interromper ou controlar as preocupações		
Nenhuma vez	453	28,9
Vários dias	579	36,9

Mais da metade dos dias	204	13,0
Quase todos os dias	331	21,1
Qual a frequência que você consome seis ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião		
Nunca	832	53,1
Menos que mensalmente	377	24,1
Mensalmente	197	12,6
Semanalmente	148	9,4
Diariamente ou quase diariamente	13	0,8
Com que frequência você usa drogas?		
Nunca	1485	94,8
Mensalmente ou menos	55	3,5
Duas a quatro vezes por mês	14	0,9
Duas a três vezes por semana	5	0,3
Quatro ou mais vezes por semana	8	0,5
Ouviu vozes ou sons que ninguém mais podia ouvir?		
Não, nunca	1134	72,4
Pode ser	329	21,0
Sim, definitivamente	103	6,6
Sem resposta	1	0,1
Viu coisas que outras pessoas não podiam ver?		
Não, nunca	1210	77,2
Pode ser	247	15,8
Sim, definitivamente	110	7,0
Sem resposta	0	0
Pensou que pessoas poderiam estar seguindo ou espionando você?		
Não, nunca	988	63,1
Pode ser	400	25,5
Sim, definitivamente	179	11,4
Sem resposta	0	0

Fonte: Dados da pesquisa.

É interessante ressaltar que 94,8% dos estudantes entrevistados não consomem drogas e 53,1 não consomem seis ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião.

A Tabela 8 abaixo apresenta as frequências relativas do Mini-RTM por sexo.

Tabela 8: Frequências relativas do Mini-RTM por sexo

Domínios	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas				
Nenhuma vez	278	21,0	68	28,0
Vários dias	526	39,7	98	40,3
Mais da metade dos dias	228	17,2	38	15,6
Quase todos os dias	292	22,1	39	16,0
Sentindo-se triste, deprimido ou sem esperança				

Nenhuma vez	468	35,3	116	47,7
Vários dias	484	36,6	75	30,9
Mais da metade dos dias	180	13,6	26	10,7
Quase todos os dias	192	14,5	26	10,7
Sentindo-se nervoso, ansioso ou no limite				
Nenhuma vez	171	12,9	47	19,3
Vários dias	476	36,0	104	42,8
Mais da metade dos dias	247	18,7	38	15,6
Quase todos os dias	430	32,5	54	22,2
Não ser capaz de interromper ou controlar as preocupações				
Nenhuma vez	354	26,7	99	40,7
Vários dias	498	37,6	81	33,3
Mais da metade dos dias	175	13,2	29	11,9
Quase todos os dias	297	22,4	34	14,0
Qual a frequência que você consome seis ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião				
Nunca	715	54,0	117	48,1
Menos que mensalmente	315	23,8	62	25,5
Mensalmente	166	12,5	31	12,8
Semanalmente	118	8,9	30	12,3
Diariamente ou quase diariamente	10	0,8	13	0,8
Com que frequência você usa drogas?				
Nunca	1261	95,2	224	92,2
Mensalmente ou menos	43	3,2	12	4,9
Duas a quatro vezes por mês	10	0,8	4	1,6
Duas a três vezes por semana	5	0,4	0	0,0
Quatro ou mais vezes por semana	5	0,4	3	1,2
Ouviu vozes ou sons que ninguém mais podia ouvir?				
Não, nunca	940	71,1	194	79,8
Pode ser	290	21,9	39	16,0
Sim, definitivamente	93	7,0	10	4,1
Sem resposta	0	0	0	0
Viu coisas que outras pessoas não podiam ver?				
Não, nunca	1016	76,7	194	79,8
Pode ser	215	16,2	32	13,2
Sim, definitivamente	93	7,0	17	7,0
Sem resposta	0	0	0	0
Pensou que pessoas poderiam estar seguindo ou espionando você?				
Não, nunca	822	62,1	166	68,3
Pode ser	349	26,4	51	21,0
Sim, definitivamente	153	11,6	26	10,7
Sem resposta	822	62,1	166	68,3

Fonte: Dados da pesquisa.

Verificou-se que os homens do curso de Enfermagem apresentaram pontuação média igual 5,992 no que diz respeito à avaliação do Mini-RTM. Já as mulheres,

apresentaram um escore médio igual a 6,912. Foi realizado o teste $-t$ para verificar se as médias são iguais. O p-valor obtido no teste foi igual a -0,9206, o que significa que não existe diferença estatisticamente significativa entre as médias do score no Mini-RTM entre homens e mulheres.

4.1.4 Avaliação da Escala de Ideação Suicida de Beck

Quanto ao grau de intencionalidade da ideação suicida, caso a pontuação total da Avaliação da Escala de Ideação Suicida de Beck seja equivalente a 6 ou mais, a ideação suicida é considerada clinicamente significativa. Este não foi o caso desse estudo. A média calculada do escore total do questionário de Beck foi de 2,21, número bem abaixo de 6. Dos 1324 discentes entrevistados, 176 (13,3%) obtiveram score maior que 6.

Na Tabela 9 são mostradas as frequências por sexo, semestre e idade para tentativas de suicídio dos estudantes de Enfermagem.

Tabela 9: Tentativas de suicídio entre os estudantes, por sexo, semestre e faixa etária em uma instituição privada de educação superior no Distrito Federal, 2017.

Tentativas de Suicídio	Sim	%	Não	%	Total
Sexo					
Masculino	25	10,3	218	89,7	243
Feminino	156	11,8	1168	88,2	1324
Semestre em curso					
Primeiro	29	16,9	143	83,1	172
Segundo	37	10,7	310	89,3	347
Terceiro	19	14,7	110	85,3	129
Quarto	36	14,2	217	85,8	253
Quinto	17	9,4	164	90,6	181
Sexto	23	9,1	229	90,9	252
Sétimo	10	12,8	68	87,2	78
Oitavo	10	6,5	145	93,5	155
Faixa Etária					
18 a 20 anos	75	15,3	416	84,7	491
21 a 25 anos	58	11,8	432	88,2	490
26 a 30 anos	21	9,9	192	90,1	213
31 a 35 anos	14	9,0	141	91,0	155
36 a 40 anos	9	7,6	110	92,4	119
41 a 45 anos	2	3,0	65	97,0	67
46 ou mais anos	2	6,3	30	93,8	32
Total	181	13,05	1386	89,47	1567

Fonte: Dados da pesquisa.

Verificou-se que do total de estudantes matriculados a incidência de tentativas de suicídio foi de 181 (13,05%). Entre as mulheres 156 (11,08%) já tentaram suicídio,

enquanto que entre os homens a incidência foi de 25 (10,3%). A razão de chance para tentativas de suicídios para homens é de 0,859 e Intervalo de Confiança (IC95%) de 0,55 a 1,342, ou seja, o IC95% contém o valor 1 indicando que a chance de um homem tentar suicídio não difere da chance de uma mulher tentar suicídio.

A Tabela 10 apresenta as frequências das questões da primeira parte do questionário de Beck por sexo.

Tabela 10: Frequências das questões da primeira parte da Escala de Ideação Suicida de Beck por sexo.

Questões/ Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Desejo de viver						
Tenho um desejo de viver que é de moderado a forte	218	89,7	1105	83,6	1323	84,5
Tenho um desejo fraco de viver	22	9,1	192	14,5	214	13,7
Não tenho desejo de viver	3	1,2	25	1,9	28	1,8
Desejo de morrer						
Não tenho desejo de morrer	205	84,4	1022	77,2	1227	78,3
Tenho um desejo fraco de morrer	34	14,0	247	18,7	281	17,9
Tenho um desejo de morrer que é de moderado a forte	4	1,6	55	4,2	59	3,8
Razões de viver						
Minhas razões de viver pesam mais que minhas razões para morrer	209	86,0	1149	86,8	1358	86,7
Minhas razões para viver ou morrer são aproximadamente iguais	31	12,8	148	11,2	179	11,4
Minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver	3	1,2	27	2,0	30	1,9
Desejo de se matar						
Não tenho desejo de me matar	217	89,3	1162	87,8	1379	88,0
Tenho desejo fraco de me matar	21	8,6	144	10,9	165	10,5
Tenho um desejo de me matar que é de moderado a grave	5	2,1	18	1,4	23	1,5
Salvaria em risco de morte						
Se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria me salvar	221	90,9	1136	85,8	1357	86,6
Se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria a vida ou morte ao acaso	13	5,3	157	11,9	170	10,8
Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte	9	3,7	31	2,3	40	2,6

Fonte: Dados da pesquisa.

Apenas as pessoas que responderam as opções “Tenho desejo fraco de me matar”, “Tenho um desejo de me matar que é de moderado a grave”, “Se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria a vida ou morte ao acaso” ou “Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte” responderam as questões 6 a 19.

A Tabela 11 apresenta as frequências dessas questões por sexo.

Tabela 11: Frequência das questões 6 a 19 da Escala de Ideação Suicida de Beck por sexo.

Questão/ Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Ideação suicida						
Tenho breves períodos com ideias de me matar que passam rapidamente	25	75,8	188	76,7	213	76,6
Tenho períodos com ideias de me matar que duram algum tempo	7	21,2	48	19,6	55	19,8
Tenho longos períodos com ideias de me matar	1	3,0	9	3,7	10	3,6
Frequência da ideação suicida						
Raramente ou ocasionalmente penso em me matar	25	75,8	192	79,3	217	78,9
Tenho ideias frequentes de me matar	6	18,2	43	17,8	49	17,8
Penso constantemente em me matar	2	6,1	7	2,9	9	3,3
Aceitação da ideação suicida						
Não aceito a ideia de me matar	12	36,4	99	40,9	111	40,4
Não aceito, nem rejeito, a ideia de me matar	19	57,6	122	50,4	141	51,3
Aceito a ideia de me matar	2	6,1	21	8,7	23	8,4
Autocontrole sobre a ideação suicida						
Consigo me controlar quanto a cometer suicídio	24	72,7	188	77,7	212	77,1
Não estou certo se consigo me controlar quanto a cometer suicídio	8	24,2	52	21,5	60	21,8
Não consigo me controlar quanto a cometer suicídio	1	3,0	2	0,8	3	1,1
Ideação suicida e motivos de não suicídio						
Eu não me mataria por causa da minha família, amigos, religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida	15	45,5	145	60,2	160	58,4
Estou preocupado em me matar por causa da família, amigos, religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida	13	39,4	74	30,7	87	31,8
Não estou preocupado em me matar por causa da família, amigos, religião, de um dano por uma tentativa malsucedida	5	15,2	22	9,1	27	9,9
Razões para cometer suicídio						
Influenciar os outros, conseguir me vingar das pessoas, torna-las mais felizes, fazê-las prestarem mais atenção em mi	9	27,3	59	24,4	68	24,7
Apenas influenciar os outros, mas também representam uma maneira de solucionar meus problemas	9	27,3	56	23,1	65	23,6
Fuga dos meus problemas	15	45,5	127	52,5	142	51,6
Plano específico de suicídio						
Não tenho plano específico sobre como me matar	24	72,7	191	78,9	215	78,2
Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes	7	21,2	45	18,6	52	18,9
Tenho um plano específico para me matar	2	6,1	6	2,5	8	2,9
Acesso ao método para cometer suicídio						
Não tenho acesso a um método ou uma oportunidade de me matar	22	66,7	194	80,2	216	78,5
O método que usaria para cometer suicídio leva tempo e realmente não tenho uma boa oportunidade de usá-lo	2	6,1	23	9,5	25	9,1
Tenho ou espero ter acesso ao método e, também, tenho ou teria oportunidade de usá-lo	9	27,3	25	10,3	34	12,4
Coragem para cometer suicídio						
Não tenho coragem ou a capacidade de cometer suicídio	18	54,5	139	57,4	157	57,1

Não estou certo se tenho coragem ou a capacidade para cometer suicídio	14	42,4	95	39,3	109	39,6
Tenho a coragem e a capacidade para cometer suicídio	1	3,0	8	3,3	9	3,3
Certeza em cometer suicídio						
Não espero fazer uma tentativa de suicídio	16	48,5	166	68,6	182	66,2
Não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio	15	45,5	72	29,8	87	31,6
Estou certo que farei uma tentativa de suicídio	2	6,1	4	1,7	6	2,2
Preparativos para cometer suicídio						
Eu não fiz preparativos para cometer suicídio	26	78,8	221	91,3	247	89,8
Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio	6	18,2	20	8,3	26	9,5
Meus preparativos para cometer suicídio já estão quase prontos ou completos	1	3,0	1	0,4	2	0,7
Presença de bilhete suicida						
Não escrevi um bilhete suicida	24	72,7	198	81,8	222	80,7
Tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comecei a escrever, mas não terminei	5	15,2	38	15,7	43	15,6
Tenho um bilhete suicida pronto	4	12,1	6	2,5	10	3,6
Providências após o suicídio						
Não tome providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio	28	84,8	211	87,2	239	86,9
Tenho pensado em tomar algumas providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio	5	15,2	29	12,0	34	12,4
Tomei providências definidas em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio	0	0,0	2	0,8	2	0,7
Mostrado evidências do comportamento suicida						
Não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar	9	27,3	90	37,2	99	36,0
Tenho evitado contar às pessoas sobre a vontade de me matar	19	57,6	94	38,8	113	41,1
Tenho tentado não revelar, esconder ou mentir sobre a vontade de cometer suicídio	5	15,2	58	24,0	63	22,9
Total	33	100	242	100	275	100

Fonte: Dados da pesquisa.

A questão 20 foi aplicada para todos os entrevistados. A Tabela 12 apresenta as frequências para os sexos masculino e feminino.

Tabela 12: Frequência da questão 20 (tentativas prévias de suicídio) da Escala de Ideação Suicida de Beck por sexo.

Questão/ Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Tentativas prévias de suicídio						
Nunca tentei suicídio	218	89,7	1168	88,2	1386	88,4
Tentei suicídio uma vez	21	8,6	120	9,1	141	9,0
Tentei suicídio duas ou mais vezes	4	1,6	36	2,7	40	2,6
Total	33	100	242	100	275	100

Fonte: Dados da pesquisa.

A questão 21 apenas foi aplicada aos estudantes que responderam “Tentei suicídio uma vez” ou “tentei suicídio duas ou mais vezes”. A Tabela 13 apresenta as frequências dessa questão.

Tabela 13: Frequência da questão 21 (desejo de morrer) da Escala de Ideação Suicida de Beck por sexo

Questão/ Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Desejo de morrer na última tentativa de suicídio						
Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco	15	60,0	52	33,8	67	37,4
Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado	5	20,0	62	39,5	67	36,8
Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte	5	20,0	42	26,8	47	25,8
Total	25	100	156	100	181	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Na classificação da ideação suicida analisada com a Escala de Beck verifica-se, de maneira geral, que 200 (12,8%) dos estudantes apresentaram escores igual ou superior a 6. Isso demonstra claramente uma importância clínica significativa. A Tabela 14 apresenta a frequência de entrevistados com score igual ou maior que 6 para as variáveis sexo, semestre e faixa etária.

Tabela 14: Frequência de entrevistados com score igual ou maior que 6 para as variáveis sexo, semestre e faixa etária.

	Score < 6		Score ≥ 6		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Masculino	219	16	24	12	243	15,5
Feminino	1148	84	176	88	1324	84,5
Semestre Letivo						
Primeiro Semestre	144	10,5	28	14	172	11
Segundo Semestre	303	22,2	44	22	347	22,1
Terceiro Semestre	107	7,8	22	11	129	8,2
Quarto Semestre	210	15,4	43	21,5	253	16,1
Quinto Semestre	169	12,4	12	6	181	11,6
Sexto Semestre	223	16,3	29	14,5	252	16,1
Sétimo Semestre	72	5,3	6	3	78	5
Oitavo Semestre	139	10,2	16	8	155	9,9
Faixa Etária						
18 a 20 anos	407	29,8	84	42	491	31,3
21 a 25 anos	426	31,2	64	32	490	31,3
26 a 30 anos	190	13,9	23	11,5	213	13,6
31 a 35 anos	140	10,2	15	7,5	155	9,9
36 a 40 anos	111	8,1	8	4	119	7,6
41 a 45 anos	63	4,6	4	2	67	4,3
46 ou mais anos	30	2,2	2	1	32	2
Total	1367	87,24	200	12,76	1567	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se que 88% das pessoas que tiveram score maior que 6 são mulheres. Além disso, 42% delas possuem idade entre 18 e 20 anos. As maiores frequências de pessoas com *scores* maiores que 6 estão nos segundo (22%) e quarto semestres (21,5).

Foi calculado a correlação de Pearson para as variáveis Tentativa de suicídio (obtida através da questão 20 do questionário de Beck) e Score maior que 6 no questionário de Beck. O valor 0,472 não é considerado alto, sendo significativos ao nível de 1%.

Considerando-se que no computo geral dos estudantes 181 declararam que já fizeram tentativas de autoextermínio, entendeu-se ser necessária a caracterização mais detalhada desses indivíduos. Para tal, e com objetivo de preservar o sigilo dos sujeitos optou-se por apresentar nas tabelas que se seguem dados com supressão de informações que poderiam identificá-los.

4.2. Perfil dos Estudantes de Enfermagem que já tentaram o suicídio

A Tabela 15 apresenta o perfil dos 181 entrevistados que afirmaram ter tentado suicídio anteriormente.

Tabela 15: Perfil dos 181 entrevistados que afirmaram ter tentado suicídio anteriormente

	Masculino		Feminino		Total
	N	%	N	%	N
Faixa Etária					
18 a 20 anos	5	6,7	70	93,3	75
21 a 25 anos	8	13,8	50	86,2	58
26 a 30 anos	4	19,0	17	81,0	21
31 a 35 anos	4	28,6	10	71,4	14
36 a 40 anos	2	22,2	7	77,8	9
41 a 45 anos	1	50,0	1	50,0	2
46 ou mais anos	1	50,0	1	50,0	2
Semestre Letivo					
Primeiro Semestre	6	20,7	23	79,3	29
Segundo Semestre	5	13,5	32	86,5	37
Terceiro Semestre	3	15,8	16	84,2	19
Quarto Semestre	3	8,3	33	91,7	36
Quinto Semestre	1	5,9	16	94,1	17
Sexto Semestre	5	21,7	18	78,3	23
Sétimo Semestre	2	20,0	8	80,0	10
Oitavo Semestre	0	0,0	10	100,0	10

Turno de Estudo					
Matutino	6	8,0	69	92,0	75
Vespertino	6	21,4	22	78,6	28
Noturno	13	16,7	65	83,3	78
Total	25	13,8	156	86,2	181

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se que o perfil dos estudantes que já tentaram suicidar-se é composto predominantemente por jovens de 18 a 25 anos (73,5%), matriculados no primeiro ano do curso – primeiro/segundo semestres (36,5), distribuídos em sua maioria do período noturno (43,1%) seguido pelo turno matutino (41,43%).

A seguir, na Tabela 16, será apresentado o perfil psicossocial dos estudantes que já tentaram o suicídio.

Tabela 16: Perfil psicossocial do estudante que já tentou o suicídio.

Perfil Psicossocial	N	%
Situação Conjugal		
Solteiro (a)	132	72,9
Casado (a)	32	17,7
Outra	17	9,4
Possui Filhos		
Sim	44	24,3
Não	137	75,3
Realiza Atividade de Lazer		
Sim	68	37,6
Não	113	62,4
Pratica Algum Esporte		
Sim	37	20,4
Não	144	79,6
Exerce Atividade Remunerada		
Sim	70	38,7
Não	111	61,3
Como Paga os Estudos		
Integralmente	65	35,9
Possui Bolsa Parcial de Estudos	103	56,9
Possui Bolsa Total de Estudos	13	7,2
Total	181	13,05

Observa-se que o perfil sociodemográfico dos estudantes que já tentaram suicidar-se é composto predominantemente por solteiros (72,9%) sem filhos (75,3%), os quais não realizam nenhuma atividade de lazer (62,4%), ou algum esporte (79,6%). Além disso, 92,8% desses estudantes arcam as despesas de seus estudos, seja integralmente ou parcialmente.

Na Tabela 17 serão apresentadas as frequências e porcentagens das respostas dos alunos que já tentaram o suicídio referente à Avaliação do Estresse do Estudante de Enfermagem (AEEE).

Tabela 17: Frequência dos itens da Avaliação de Estresse dos Estudantes de Enfermagem (AEEE) que já tentaram o suicídio (N=181)

Itens / Frequência(%)	Não vivencio a situação	Não me sinto estressado	Me sinto pouco estressado	Me sinto muito estressado
Ter preocupação com o futuro profissional ¹	00 (0,0)	12 (6,6)	55 (30,4)	114 (63,0)
Obrigatoriedade em realizar trabalhos extraclasse ²	02 (1,1)	41 (22,7)	81 (44,8)	57 (31,5)
Estar fora do convívio social te traz solidão ³	21 (11,6)	42 (23,2)	50 (27,6)	68 (37,6)
Realizar procedimentos assistenciais de um modo geral ⁴	34 (18,8)	83 (45,9)	46 (25,4)	18 (9,9)
As novas situações que poderá vivenciar na prática clínica ⁵	20 (11,0)	62 (34,3)	64 (35,4)	35 (19,3)
Comunicação com os demais profissionais da unidade de estágio ⁶	41 (22,7)	89 (49,2)	38 (21,0)	13 (7,2)
O ambiente da unidade clínica de estágio ⁷	48 (26,5)	68 (37,6)	51 (28,2)	14 (7,7)
Comunicação com os profissionais de outros setores no local de estágio ⁸	50 (27,6)	83 (45,9)	34 (18,8)	14 (7,7)
Ter medo de cometer erros durante a assistência ao paciente ⁹	20 (11,0)	19 (10,5)	48 (26,5)	94 (51,9)
A forma adotada para avaliar o conteúdo teórico ¹⁰	16 (8,8)	45 (24,9)	62 (34,3)	58 (32,0)
Distância entre a faculdade e o local de moradia ¹¹	14 (7,7)	53 (29,3)	44 (24,3)	70 (38,7)
Executar determinados procedimentos assistenciais ¹²	39 (21,5)	70 (38,7)	51 (28,2)	21 (11,6)
Sentir insegurança ou medo ao fazer as provas teóricas ¹³	01 (0,6)	39 (21,5)	52 (28,7)	89 (49,2)
O grau de dificuldade para a execução das atividades extraclasse ¹⁴	16 (8,8)	49 (27,1)	68 (37,6)	48 (26,5)
A semelhança entre as situações que vivencia no estágio e aquelas que poderá vivenciar na vida profissional ¹⁵	45 (24,9)	48 (26,5)	53 (29,3)	35 (19,3)
Perceber as dificuldades que envolvem o relacionamento com outros profissionais da área ¹⁶	35 (19,3)	64 (35,4)	51 (28,2)	31 (17,1)
Pensar nas situações que poderá vivenciar quando for enfermeiro ¹⁷	07 (3,9)	49 (27,1)	61 (33,7)	64 (35,4)
Tempo reduzido para estar com familiares ¹⁸	11 (6,1)	49 (27,1)	56 (30,9)	65 (35,9)
Perceber a responsabilidade profissional quando está atuando em campo de estágio ¹⁹	32 (17,7)	44 (24,3)	45 (24,9)	60 (33,1)
Observar situações conflitantes em outros profissionais ²⁰	34 (18,8)	42 (23,2)	66 (36,5)	39 (21,5)
Sentir que adquiriu pouco conhecimento para fazer provas práticas ²¹	08 (4,4)	27 (14,9)	51 (28,2)	95 (52,5)
Transporte público para chegar à faculdade ²²	27 (14,9)	28 (15,5)	33 (18,2)	93 (51,4)

Tempo exigido pelo professor para entrega das atividades extraclasse ²³	07 (3,9)	40 (22,1)	84 (46,4)	50 (27,6)
Distância entre a maioria dos campos de estágio e o local de moradia ²⁴	36 (19,9)	22 (12,2)	31 (17,1)	92 (50,8)
Vivenciar as atividades, como enfermeiro em formação, no campo de estágio ²⁵	44 (24,3)	66 (36,5)	44 (24,3)	27 (14,9)
Falta de tempo para o lazer ²⁶	13 (7,2)	29 (16,0)	56 (30,9)	83 (45,9)
Perceber a relação entre o conhecimento teórico adquirido no curso e o futuro desempenho profissional ²⁷	08 (4,4)	54 (29,8)	69 (38,1)	50 (27,6)
Assimilar conteúdo teórico-prático oferecido em sala de aula ²⁸	04 (2,2)	50 (27,6)	70 (38,7)	57 (31,5)
Transporte público utilizado para chegar ao local de estágio ²⁹	42 (23,2)	19 (10,5)	26 (14,4)	94 (51,9)
Falta de tempo para momentos de descanso ³⁰	08 (4,4)	33 (18,2)	35 (19,3)	105 (58,0)

Fonte: Dados da pesquisa.

Os dados são preocupantes, pois os estudantes que já tentaram o suicídio referiram alto índice de estresse em quase metade (46,7%) dos itens do questionário.

Ressalta-se que os estudantes declararam muito estresse em 80% (4 itens) das questões do domínio 3 (Gerenciamento do Tempo), 100% (4 itens) referentes ao domínio 4 (Ambiente) e 50% (3 itens) acerca do domínio 5 (Formação Profissional).

Esses dados podem ser confirmados na Tabela 18, que comparou os níveis de estresse dos estudantes de enfermagem de uma maneira geral com os estudantes que já tentaram o suicídio. Ressalta-se que foi utilizada a mesma análise estatística para os dados já apresentados na Tabela 5.

Tabela 18: Comparação entre a AEEE geral dos estudantes e a AEEE dos estudantes que já tentaram suicidar-se.

Domínios	Nível de ansiedade Geral dos Estudantes	Nível de ansiedade dos estudantes que já tentaram o suicídio
Domínio 1: Realização de Atividades Práticas	Médio	Médio
Domínio 2: Comunicação Profissional	Baixo	Baixo
Domínio 3: Gerenciamento do Tempo	Médio	Alto
Domínio 4: Ambiente	Alto	Alto
Domínio 5: Formação Profissional	Médio	Alto
Domínio 6: Atividade Teórica	Médio	Alto

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se que os estudantes que já tentaram autoextermínio apresentaram um nível de estresse maior em comparação com os outros estudantes, principalmente nos últimos quatro domínios da AEEE.

A seguir, na Tabela 19, serão apresentadas as frequências das respostas dos 181 entrevistados que já tentaram suicídio anteriormente para as questões do mini Rastreo de Transtornos Mentais.

Tabela 19: Frequência das questões aplicadas no Mini-RTM aos alunos que já tentaram o suicídio

Domínios	N (%)
Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas	
Nenhuma vez	20 (11,0)
Vários dias	53 (29,3)
Mais da metade dos dias	42 (23,2)
Quase todos os dias	66 (36,5)
Sentindo-se triste, deprimido ou sem esperança	
Nenhuma vez	15 (8,3)
Vários dias	75 (41,4)
Mais da metade dos dias	30 (16,6)
Quase todos os dias	61 (33,7)
Sentindo-se nervoso, ansioso ou no limite	
Nenhuma vez	05 (2,8)
Vários dias	45 (24,9)
Mais da metade dos dias	42 (23,2)
Quase todos os dias	89 (49,2)
Não ser capaz de interromper ou controlar as preocupações	
Nenhuma vez	15 (8,3)
Vários dias	52 (28,7)
Mais da metade dos dias	42 (23,2)
Quase todos os dias	72 (39,8)
Qual a frequência que você consome seis ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião	
Nunca	79 (43,6)
Menos que mensalmente	46 (25,4)
Mensalmente	24 (13,3)
Semanalmente	27 (14,9)
Diariamente ou quase diariamente	05 (2,8)
Com que frequência você usa drogas?	
Nunca	158 (87,3)
Mensalmente ou menos	16 (8,8)
Duas a quatro vezes por mês	02 (1,1)
Duas a três vezes por semana	02 (1,1)
Quatro ou mais vezes por semana	03 (1,7)
Ouviu vozes ou sons que ninguém mais podia ouvir?	
Não, nunca	85 (47,0)
Pode ser	62 (34,3)
Sim, definitivamente	34 (18,7)
Viu coisas que outras pessoas não podiam ver?	
Não, nunca	96 (53,0)
Pode ser	51 (28,2)
Sim, definitivamente	34 (18,8)

Pensou que pessoas poderiam estar seguindo ou espionando você?	
Não, nunca	68 (37,6)
Pode ser	64 (35,4)
Sim, definitivamente	49 (27,1)

Fonte: Dados da pesquisa.

Chama atenção que a maioria dos estudantes que já tentaram o suicídio apresentaram um índice menor no interesse e prazer em fazer as coisas (36,5%); 49,2% destes estudantes declararam que “sentem-se nervosos e ansiosos ou no limite quase todos os dias, além de não serem capazes de interromper ou controlar suas preocupações (39,8%).

Ressalta-se que os estudantes que já tentaram o suicídio apresentaram uma média maior na pontuação de cada item do mini-RTM em comparação com os estudantes de uma maneira geral, conforme Tabela 20.

Tabela 20: Comparação entre médias da avaliação geral dos estudantes e dos estudantes que já tentaram o suicídio, de acordo com as maiores pontuações em cada item do mini-RTM.

Domínios	Pontuação média dos estudantes em geral	Pontuação média dos estudantes que já tentaram o suicídio
Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas	1,37	1,85 (↑35%)
Sentindo-se triste, deprimido ou sem esperança	0,90	1,75 (↑94,4%)
Sentindo-se nervoso, ansioso ou no limite	1,66	2,2 (↑32,5%)
Não ser capaz de interromper ou controlar as preocupações	1,13	1,94 (↑71,7%)
Qual a frequência que você consome seis ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião	0,80	1,07 (33,8%)
Com que frequência você usa drogas?	0,08	0,21 (↑ 262,5%)
Ouviu vozes ou sons que ninguém mais podia ouvir?	0,17	0,36 (↑ 111,7%)
Viu coisas que outras pessoas não podiam ver?	0,15	0,33 (↑ 120%)
Pensou que pessoas poderiam estar seguindo ou espionando você?	0,24	0,44 (↑ 83%)
Pontuação Média	6,5	10,15 (↑ 56,1%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Esses dados demonstram que os estudantes que já tentaram o suicídio apresentam um aumento significativo na pontuação do mini-RTM (56,1%) em comparação com os demais estudantes. Além disso, são mais suscetíveis em todos os itens avaliados no questionário; chama especial atenção para o aumento das questões relacionadas a comportamentos depressivos, crises de ansiedade, uso de drogas e atitudes psicóticas (alucinações visuais e auditivas), indicando tendência de uma maior suscetibilidade de instabilidade emocional e, conseqüentemente, novas tentativas suicidas.

A seguir, na Tabela 21, serão apresentadas as frequências das respostas dos 181 entrevistados que já tentaram suicídio anteriormente para o questionário de avaliação Suicida de Beck

Tabela 21: Frequência das questões aplicadas na Escala de Ideação Suicida de Beck aos alunos que já tentaram o suicídio

Itens/ Score total de Beck	Score<6		Score≥6		Total	
	N	%	N	%	N	%
Desejo de viver						
Tenho um desejo de viver que é de moderado a forte	72	91,1	28	27,7	100	55,6
Tenho um desejo fraco de viver	7	8,9	62	61,4	69	38,3
Não tenho desejo de viver	0	0,0	11	10,9	11	6,1
Desejo de morrer						
Não tenho desejo de morrer	55	69,6	14	13,7	69	38,1
Tenho um desejo fraco de morrer	24	30,4	56	54,9	80	44,2
Tenho um desejo de morrer que é de moderado a forte	0	0,0	32	31,4	32	17,7
Razões de viver						
Minhas razões de viver pesam mais que minhas razões para morrer	71	89,9	37	36,3	108	59,7
Minhas razões para viver ou morrer são aproximadamente iguais	7	8,9	49	48,0	56	30,9
Minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver	1	1,3	16	15,7	17	9,4
Desejo de se matar						
Não tenho desejo de me matar	77	97,5	16	15,7	93	51,4
Tenho desejo fraco de me matar	2	2,5	72	70,6	74	40,9
Tenho um desejo de me matar que é de moderado a grave	0	0,0	14	13,7	14	7,7
Salvaria em risco de morte						
Se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria me salvar	75	94,9	25	24,5	100	55,2
Se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria a vida ou morte ao acaso	4	5,1	60	58,8	64	35,4
Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte	0	0,0	17	16,7	17	9,4
Total	79	100,0	102	100,0	181	100,0
Ideação suicida						
Tenho breves períodos com ideias de me matar que passam rapidamente	6	100,0	62	63,3	68	65,4
Tenho períodos com ideias de me matar que duram algum tempo	0	0,0	30	30,6	30	28,8
Tenho longos períodos com ideias de me matar	0	0,0	6	6,1	6	5,8
Frequência da ideação suicida						
Raramente ou ocasionalmente penso em me matar	6	100,0	67	68,4	73	70,2
Tenho ideias frequentes de me matar	0	0,0	27	27,6	27	26,0
Penso constantemente em me matar	0	0,0	4	4,1	4	3,8
Aceitação da ideação suicida						

Não aceito a ideia de me matar	6	100,0	17	17,3	23	22,1
Não aceito, nem rejeito, a ideia de me matar	0	0,0	67	68,4	67	64,4
Aceito a ideia de me matar	0	0,0	14	14,3	14	13,5
Autocontrole sobre a ideia suicida						
Consigo me controlar quanto a cometer suicídio	6	100,0	65	66,3	71	68,3
Não estou certo se consigo me controlar quanto a cometer suicídio	0	0,0	31	31,6	31	29,8
Não consigo me controlar quanto a cometer suicídio	0	0,0	2	2,0	2	1,9
Ideação suicida e motivos de não suicídio						
Eu não me mataria por causa da minha família, amigos, religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida	6	100,0	41	42,3	47	45,6
Estou preocupado em me matar por causa da família, amigos, religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida	0	0,0	43	44,3	43	41,7
Não estou preocupado em me matar por causa da família, amigos, religião, de um dano por uma tentativa malsucedida	0	0,0	13	13,4	13	12,6
Razões para cometer suicídio						
Influenciar os outros, conseguir me vingar das pessoas, torna-las mais felizes, fazê-las prestarem mais atenção em mi	4	66,7	6	6,1	10	9,6
Apenas influenciar os outros, mas também representam uma maneira de solucionar meus problemas	1	16,7	28	28,6	29	27,9
Fuga dos meus problemas	1	16,7	64	65,3	65	62,5
Plano específico de suicídio						
Não tenho plano específico sobre como me matar	6	100,0	65	66,3	71	68,3
Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes	0	0,0	32	32,7	32	30,8
Tenho um plano específico para me matar	0	0,0	1	1,0	1	1,0
Acesso ao método para cometer suicídio						
Não tenho acesso a um método ou uma oportunidade de me matar	6	100,0	68	69,4	74	71,2
O método que usaria para cometer suicídio leva tempo e realmente não tenho uma boa oportunidade de usá-lo	0	0,0	14	14,3	14	13,5
Tenho ou espero ter acesso ao método e, também, tenho ou teria oportunidade de usá-lo	0	0,0	16	16,3	16	15,4
Coragem para cometer suicídio						
Não tenho coragem ou a capacidade de cometer suicídio	6	100,0	34	34,7	40	38,5
Não estou certo se tenho coragem ou a capacidade para cometer suicídio	0	0,0	55	56,1	55	52,9
Tenho a coragem e a capacidade para cometer suicídio	0	0,0	9	9,2	9	8,7
Certeza em cometer suicídio						
Não espero fazer uma tentativa de suicídio	6	100,0	47	48,0	53	51,0
Não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio	0	0,0	46	46,9	46	44,2
Estou certo que farei uma tentativa de suicídio	0	0,0	5	5,1	5	4,8
Preparativos para cometer suicídio						
Eu não fiz preparativos para cometer suicídio	6	100,0	80	81,6	86	82,7
Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio	0	0,0	17	17,3	17	16,3
Meus preparativos para cometer suicídio já estão quase prontos ou completos	0	0,0	1	1,0	1	1,0

Presença de bilhete suicida						
Não escrevi um bilhete suicida	6	100,0	67	68,4	73	70,2
Tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comecei a escrever, mas não terminei	0	0,0	26	26,5	26	25,0
Tenho um bilhete suicida pronto	0	0,0	5	5,1	5	4,8
Providências após o suicídio						
Não tome providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio	6	100,0	77	78,6	83	79,8
Tenho pensado em tomar algumas providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio	0	0,0	19	19,4	19	18,3
Tomei providências definidas em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio	0	0,0	2	2,0	2	1,9
Mostrado evidências do comportamento suicida						
Não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar	5	83,3	19	19,4	24	23,1
Tenho evitado contar às pessoas sobre a vontade de me matar	0	0,0	51	52,0	51	49,0
Tenho tentado não revelar, esconder ou mentir sobre a vontade de cometer suicídio	1	16,7	28	28,6	29	27,9
Tentativas prévias de suicídio						
Nunca tentei suicídio	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tentei suicídio uma vez	73	92,4	68	66,7	141	77,9
Tentei suicídio duas ou mais vezes	6	7,6	34	33,3	40	22,1
Desejo de morrer na última tentativa de suicídio						
Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco	42	53,2	25	24,5	67	37,0
Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado	26	32,9	41	40,2	67	37,0
Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte	11	13,9	36	35,3	47	26,0
Total	79	100,0	102	100,0	181	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se que dos 181 estudantes já tentaram suicídio, 101 deles (55,8%) apresentaram um escore ≥ 6 , ou seja, no momento da coleta ainda apresentavam ideação suicida; dentre eles, 29,8% apresentavam ideação suicida frequente/constante (tenho ideias frequentes de me matar/penso constantemente e me matar).

Apesar do alto índice de ideação suicida ainda estar presente nesse grupo de estudantes, um número reduzido deles (5 estudantes) afirmou estar ciente que fará uma nova tentativa suicida.

4.3 Análise e Discussão da Primeira Fase

4.3.1 Perfil do Estudante Suicida

Ao analisar o perfil sociodemográfico dos estudantes, verificou-se que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino confirmando que os futuros profissionais seguem uma tradição na qual a enfermagem é uma profissão formada, sobretudo, por mulheres. Nesse estudo, verificou-se também que é um curso essencialmente formado por adultos jovens e considerando-se que a maioria estuda à noite; pode-se inferir que se trata de estudantes trabalhadores. Estes resultados estão em consonância com o último relatório-síntese do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) de 2016 que retrata que o curso de Enfermagem no Brasil é composto em sua maioria por mulheres (85,9%), de idade até 24 anos (42,1%), pardas (44,4%), solteiras (64,8%) e que trabalham (50,1%) (INEP, 2016).

Verificou-se, também, que do total dos estudantes pesquisados a incidência de tentativas de suicídio foi de 181 (13,05%). Desse total, 156 (86,2%) eram mulheres e 25 (13,8%) eram homens. Em relação ao semestre, os estudantes do primeiro apresentaram maior proporção em relação às tentativas de suicídio (16,9%), seguidos pelos do terceiro (14,7%) e do quarto semestres (14,2%), enquanto que os do quinto, sexto, oitavo apresentaram gradativamente menores valores.

Já em relação a faixa etária, os estudantes entre 18 e 20 anos foram os que apresentaram maior proporção de tentativas (15,3%), seguidos pelos da faixa etária entre 21 e 25 anos (11,8%), enquanto estudantes acima dos 31 anos apresentaram menores proporções.

Observou-se que a maioria das tentativas de suicídio foi relativa às mulheres alcançando uma frequência sete vezes maior quando comparado aos homens. Embora possa ter sido influenciado pela massiva presença de mulheres na amostra estudada, esse achado não se distancia dos dados brasileiros sobre suicídio que apontam que as mulheres apresentam maior risco para o suicídio (BRASIL, 2019).

Verificou-se, também, que a maioria dos jovens que tentaram suicídio não trabalhavam, não praticavam nenhum esporte ou mesmo praticavam atividades de lazer. Os jovens que vivem nesses contextos podem ser caracterizados como “indivíduos por falta”, ou seja, sujeitos em situações vinculadas à falta de oportunidades e carências. Isso faz com que seus sonhos sejam boicotados ou adormecidos, ou então pessoas pelas quais

não encontram dificuldades de realiza-los (CASTEL, 1988; SÉLOSSE, 1997). Essas situações podem ser preditivas para a manifestação de comportamento suicida.

Um dos aspectos apontados na pesquisa é que 11,55% de todos os estudantes já tentaram alguma vez o suicídio. Esse resultado é bem superior às porcentagens encontradas em pesquisas realizadas em outros países e até mesmo no Brasil. Em pesquisa desenvolvida com 105 mil estudantes universitários norte-americanos sobre comportamento suicida, evidenciou que 0,8% dos estudantes tentaram o suicídio nos últimos 12 meses (ACHA, 2011). Em Portugal, pesquisa com 1130 estudantes de enfermagem mostrou que aproximadamente 5,2% deles apresentavam comportamento suicida (LEAL; SANTOS, 2016).

Já pesquisa realizada no nordeste do Brasil apontou que, dentre os 637 estudantes universitários selecionados para a pesquisa, 7,5% deles já tinham tentado o suicídio (DUTRA, 2012).

Portanto, o resultado encontrado nesta pesquisa é um preditor importante para a adoção de medidas preventivas urgentes que visem à redução das possibilidades de novas tentativas de suicídio.

Vale ressaltar que os diferentes resultados encontrados nos referidos estudos, podem ter ocorrido em função de distintos tipos de instrumentos utilizados para a compreensão do fenômeno do suicídio, por questões sociodemográficas de cada região, ou pelos diferentes números de sujeitos envolvidos em cada pesquisa. Isso reforça a necessidade de explorar mais consistentemente a temática em questão.

Outro dado que chamou atenção desta atual pesquisa é a magnitude detectada no número de tentativas de suicídio entre os alunos matriculados no primeiro semestre do curso (17%). A literatura científica tem indicado uma percentagem significativa de jovens, sobretudo do primeiro ano de vida universitária que apresenta um conjunto de dificuldades e problemas pré-existentes; e pelo constatado nesta pesquisa indica a necessidade urgente de apoio de profissionais especializados como forma de prevenção de novas tentativas de suicídio (EISENBERG; GOLLUST; HEFNER, 2007; REYES-RODRÍGUEZ; RIVERA-MEDINA; CÁMARA-FUENTES; SUÁRES-TORRES; BERNAL, 2012).

Frente ao exposto, os resultados dessa pesquisa evidenciaram que o estudante, ao entrar na universidade, já traz consigo questões importantes de sofrimento psíquico e histórias prévias de suicídio. Assim, o ingresso na universidade não parece ser um fator de risco para o autoextermínio.

Nesse cenário, faz-se necessário que a universidade adote precocemente medidas de prevenção, detecção e manejo das ideias suicidas desde o primeiro semestre do curso, tais como capacitação de professores para detecção precoce de ideia suicida, criação de centros de acolhimento ao estudante em sofrimento psíquico, incentivo a grupos de apoio a estudantes e familiares que já passaram por tentativa ou ideia suicida, bem como palestras e eventos que possam discutir sobre o suicídio por meio da promoção da saúde e valorização da vida. Desta maneira, a universidade pode tornar-se um fator protetivo para novos casos de autoextermínio.

Apesar dos estudantes do primeiro semestre terem apresentado a maior porcentagem de tentativas de suicídio, também foi constatado risco alto de tentativas de suicídio entre estudantes do terceiro, quarto e sétimo semestre do curso.

Ao analisar a grade curricular da referida instituição, observa-se que os alunos do curso de enfermagem iniciam suas práticas clínicas em hospitais e centros de saúde exatamente no terceiro semestre. O sétimo semestre corresponde ao primeiro estágio curricular supervisionado, desenvolvido diariamente em ambiente hospitalar. Esse fato exige maior atenção dos professores, preceptores e coordenadores de cursos de enfermagem, devido à comprovação que sentimentos como ansiedade, insatisfação, incerteza, medo e frustração são constatados em estudantes de enfermagem em seus períodos de estágio/práticas supervisionadas, o que pode desencadear um comportamento suicida (MONTEIRO; FIRMINO; NASCIMENTO; SILVA, 2015).

Outro dado relevante da pesquisa foi que entre os 181 estudantes que já tentaram o suicídio, 56,4% deles continuam com ideia suicida, ou seja, apresentaram um resultado acima de 6 (seis) na Escala de Ideação Suicida de Beck. Esse dado se torna relevante, pois mostra que o pensamento suicida ainda está presente nesses estudantes.

4.3.2 A Desesperança e a Depressão no Comportamento Suicida

Os resultados da pesquisa demonstraram que os estudantes apresentaram traços significativos de desesperança e depressão. O pouco interesse ou prazer em fazer as coisas foi visto quase todos os dias em 36,5% dos estudantes que já tentaram o autoextermínio. Além disso, o sentimento de tristeza, depressão e desesperança foi apresentado por 33,7% desses estudantes. Esses são dados importantes para uma avaliação mais criteriosa de casos de depressão e desesperança entre esses estudantes que já tentaram o suicídio, pois são fatores de risco importantes para novas tentativas de autoextermínio.

A depressão atinge pessoas de diferentes faixas etárias, tornando-se uma grave questão de saúde pública. Estima-se que em 2030, a depressão será a principal razão de incapacidade do mundo. A depressão, juntamente com a desesperança - caracterizada como um modo negativo de crenças e expectativas sobre sua própria vida e futuro - são fatores relevantes para a detecção de pessoas que apresentam comportamento suicida (TERUEL; MARTÍNEZ; LEÓN, 2014).

A depressão no âmbito universitário causa ao estudante dificuldades em seguir o curso, aumenta o número de abandonos e amplia o risco de desenvolvimento de quadros de dependência química, podendo acarretar em suicídio (ALEXANDRINO et al., 2009).

Pesquisas comprovam que graduandos da área da saúde são mais propensos à depressão do que outros estudantes (BALDASSIN et al., 2013; ALVI; RAMZAN; KHAN, 2010). Os resultados sugerem que a prevalência de sintomas depressivos e ideação suicida são relevantes. A correlação entre depressão e ideação suicida é um achado relevante e preocupante, visto que esses futuros profissionais têm conhecimento para lograr êxito no suicídio. A identificação precoce desses sintomas no âmbito universitário torna-se necessária para oferecer apoio e tratamento adequados para prevenção de novas tentativas de suicídio.

Os resultados apresentados deste estudo estão em consonância com pesquisas realizadas na Espanha, Chile, e Brasil, que demonstraram que existe forte correlação entre depressão, desesperança e comportamento suicida. Em todos os estudos, a depressão tornou-se um elemento central no risco do suicídio (TERUEL; MARTÍNEZ; LEÓN, 2014. BAADER et al., 2014. CREMASCO; BAPTISTA, 2017).

Em pesquisa realizada em São Paulo, 19% dos estudantes do curso de enfermagem apresentaram destaque quanto a tendência a depressão comparado entre os cursos (FUREGATO; SANTOS; SILVA, 2008). Pode-se relacionar a depressão a diversos fatores como: medo e insegurança diante do contato acadêmico com o paciente; receio em causar algum dano ou prejuízo ao paciente, devido ao reduzido conhecimento prático que ainda possui; saber lidar com a dor e o sofrimento dos pacientes; lidar com a intimidade corporal, cuidar de pacientes terminais, lidar com pacientes questionadores, que muitas das vezes não aceitam o tratamento. Uma vez que este estudante não consiga adaptar-se a essas situações ele pode desenvolver períodos de ansiedade, depressão, outros transtornos psíquicos e, conseqüentemente, ideação suicida (FUREGATO; SANTOS; SILVA, 2008. CAMARGO; SOUSA; OLIVEIRA, 2014).

A ideação suicida torna-se um fator importante no processo denominado comportamento suicida. A presença dessa ideação pode ser desencadeadora de tentativas de suicídio (PEREIRA; CARDOSO, 2015). Em estudantes universitários, a ideação suicida pode estar presente, seja pela saída da adolescência e entrada na fase de adulto jovem, e/ou pelas adversidades vivenciadas na vida acadêmica (WILCOX et al., 2011).

Indivíduos que convivem com depressão podem conviver com ideação suicida. Os aspectos negativos que surgem quando o indivíduo apresenta os sintomas depressivos podem propiciar a falta de sentido na vida e sensação de impotência, e o aparecimento dessa sensação fortifica esse contexto predispondo o estudante à ideação suicida (MACÍAS; CAMARGO, 2015).

Desta maneira, a presença de traços de depressão, desesperança e a manutenção da ideação suicida entre os estudantes que já tentaram o suicídio revelam dados preocupantes para que desencadeiem novas tentativas de suicídio.

Conhecer as situações que atuam como fatores de risco para o suicídio pode auxiliar os profissionais de saúde na identificação de situações de risco e de crise. Dentre os fatores de risco para o suicídio encontram-se a depressão, a desesperança e tentativas prévias de suicídio (BOTEGA, 2015).

4.3.3 A Ansiedade e o Estresse no Comportamento Suicida

Observa-se uma preocupação constante de pesquisadores em relação ao estresse e a ansiedade do estudante universitário do curso de Enfermagem (COSTA et al., 2018; SANTANA et al., 2018; PRETO et al., 2018). As cobranças da vida universitária indicam que esses estudantes necessitam desenvolver complexas habilidades cognitivas e emocionais para oferecer um cuidado humanizado e livre de danos e erros. Ademais, o acadêmico de enfermagem precisa lidar com suas próprias angústias, medos, ansiedades, além das preocupações de seus pacientes e familiares. Esse vasto rol de exigências funciona como gatilhos para o desencadeamento do estresse (YOSETAKI et al., 2018; HIRSCH et al., 2018; FREITAS et al., 2018; PADOVANI et al., 2014).

Nesse complexo cenário, observa-se que os fatores predisponentes para o estresse em estudantes de enfermagem são multifatoriais e estão interligados (LABRAGUE, 2013). Assim, a obrigatoriedade do estudante em saber lidar tanto com as obrigações acadêmicas do curso (trabalhos, relatórios, seminários, avaliações teórico-práticas), quanto desenvolver competência social para saber se relacionar com pessoas desconhecidas e solucionar conflitos em sala de aula, soma-se a limitação de tempo para

cumprir múltiplos papéis relacionados ao trabalho, à família e à faculdade (CESTARI et al., 2017).

Além das situações supracitadas, os resultados deste estudo corroboram outras pesquisas que também identificaram a preocupação com o “futuro profissional” como um dos principais causadores de estresse e ansiedade entre os alunos de enfermagem, independentemente do semestre em curso; e essa preocupação aumenta com o decorrer do curso (MOTA et al., 2016; RODRIGUES, et al., 2016).

Esse fato pode estar relacionado à insegurança dos estudantes, tanto em relação à transição do papel de estudante de nível médio para nível superior, à transição do estudante universitário para o de profissional, além da concorrência que existe entre os próprios estudantes (BENAVENTE et al., 2015; ALMEIDA; CARRER; SOUZA; PILLON, 2018).

Outro fato relevante ora apresentado neste estudo e que também se tornou causador de estresse entre os estudantes de enfermagem foi o fato desses alunos percorrerem longas distâncias entre residência, faculdade e campos de estágio, em especial os estudantes do último ano do curso. Isso se deve ao fato de que neste semestre os alunos desenvolvem suas atividades de estágio curricular supervisionado em unidades de atenção básica em bairros afastados da faculdade e das próprias residências.

Isso também foi referido em outra pesquisa brasileira que demonstrou que a distância se tornou grande elemento estresse e ansiedade ao estudante de enfermagem, justificado pelas longas distâncias percorridas entre as residências, locais de atividades práticas e aulas teóricas, tráfego lento e acesso ao transporte público precário (BUBLITZ; GUIDO; LOPES; FREITAS, 2016).

Aliados aos fatores supracitados, a “falta de tempo para descanso” também foi percebida como grande causadora de estresse entre os estudantes de enfermagem. Os estudantes de todos os semestres apontaram esse item como o principal fator predisponente de estresse do domínio 3 (Gerenciamento de Tempo).

A dificuldade de gerenciamento do tempo encontrou seu ápice também entre os estudantes do último ano do curso. O tempo necessário para produzir portfólios, projetos, desenvolver o Trabalho de Conclusão de Curso, assistir às aulas, preparar seminários, estudar para as avaliações teóricas e práticas do curso, é considerado curto, gerando sentimento de cobrança e pressão em atender às exigências acadêmicas. A sobrecarga exigida para o desenvolvimento adequado dessas atividades, em breve espaço de tempo, faz com que o acadêmico tente readequar seus horários sem sucesso.

Esse período final de curso é frequentemente marcado por desgaste físico e emocional, pelo medo acerca do início da carreira profissional, além da dificuldade de conciliar as atividades acadêmicas com a vida pessoal. Isso resulta na falta de tempo para o lazer e para a família; como consequência, o desenvolvimento do estresse e da ansiedade (COSTA et al., 2018).

Atrelados a esses fatores geradores de estresse, a insegurança para realizar atividades práticas relacionadas ao cuidado direto ao paciente também foi mencionada como desencadeadora de estresse entre os estudantes de todos os semestres do curso de enfermagem, que se intensificam com o início das atividades práticas do curso (PEREIRA; CALDINI; MIRANDA; CAETANO, 2014). Esse fator foi ratificado nesta pesquisa, pois os altos índices de insegurança em realizar atividades práticas foram apresentados em estudantes a partir do quarto semestre da instituição pesquisada, ou seja, momento em que se iniciam as práticas clínicas do curso em hospitais, centros de saúde e clínicas especializadas.

A identificação dos fatores de estresse e ansiedade indicam a necessidade de dar impulso às ações que promovam as informações e reflexões necessárias com a finalidade de atenuar a ansiedade e o estresse sobre o futuro profissional, tais como: palestras com profissionais da área, situação do mercado de trabalho atual, concursos, residências de enfermagem e multiprofissional, cursos de especialização *latu sensu* e *strictu sensu*, incentivar ações empreendedoras, bem como auxiliar na intermediação junto às instituições potencialmente empregadoras.

Além disso, as universidades precisam criar espaços mais acolhedores e projetos pedagógicos que facilitem o enfrentamento dos principais problemas detectados como predisponentes ao estresse e à ansiedade no âmbito universitário, tais como: incrementar estratégias para diminuir o medo do futuro profissional; desenvolver táticas pedagógicas que auxiliem o aluno a gerenciar melhor o tempo e, conseqüentemente, ter tempo para desfrutar de momentos de descanso, de lazer e com a família; criar momentos de discussão sobre questões referentes à saúde mental como medo, ansiedade e inseguranças no âmbito acadêmico.

Evidenciou-se também que o primeiro ano do curso foi marcado por baixos níveis de estresse. Porém, a partir do terceiro semestre, o nível de estresse tende a aumentar, apresentando seu ápice entre os alunos do sétimo semestre. Além disso, observou-se que os maiores índices de estresse foram notados entre os estudantes do quarto (início das atividades práticas em hospitais), sexto (aumento considerável de práticas clínicas do

curso) e sétimo semestres (estágio curricular supervisionado e trabalho de conclusão de curso).

Observou-se também que quanto mais avançado o semestre que o estudante está cursando, maior tem sido a possibilidade de desenvolver sinais e sintomas do estresse. Isto é, quanto mais o estudante adquire conhecimento em sua profissão com o decorrer do curso e a importância que esses conhecimentos impactam na vida profissional, mais exposto ao estresse ele estará.

Dentre todos os itens avaliados, a incerteza com o futuro profissional, a falta de tempo para descansar e a insegurança para a realização das atividades práticas apresentaram os maiores índices de estresse entre os estudantes de enfermagem, principalmente nos dois últimos anos do curso.

Apesar dos resultados dessa pesquisa corroborarem os de outros estudos nacionais e internacionais, entende-se que a realização em apenas uma instituição de caráter privado possa ser um limitador deste estudo, pois não seria totalmente suficiente para entender o fenômeno do estresse entre estudantes de enfermagem. Sendo assim, na agenda de estudos futuros, apresenta-se a necessidade do estudo em outros cenários, bem como, aprofundamento de outras variáveis que auxiliem a melhor compreensão desse complexo problema.

4.4 SEGUNDA FASE

Para dar início à segunda fase, entrei em contato com a coordenação do curso de Enfermagem objetivando organizar o envio de convite aos alunos para participar da segunda etapa dessa pesquisa. Para tanto, solicitou-se que a coordenação do curso enviasse uma mensagem institucional para todos os alunos matriculados no curso de Enfermagem. O conteúdo da referida mensagem, com cuidado de não fazer nenhum tipo de identificação foi endereçado sobretudo, aos alunos que participaram da primeira etapa da pesquisa, haviam tentado o autoextermínio e que gostariam de participar da segunda fase da pesquisa conversando com o pesquisador responsável sobre o fato. O e-mail do pesquisador foi disponibilizado para contatos futuros.

Em resposta ao convite vinte e cinco alunos entraram em contato com o pesquisador. Desses, onze se dispuseram somente à auxiliar durante a coleta de dados; cinco informaram que passaram apenas pela ideação suicida; três deles haviam

vivenciado a tentativa de autoextermínio, porém desistiram de conversar. Sendo assim, seis alunos preencheram os critérios de inclusão para participar da segunda etapa.

Após confirmarem a predisposição demonstrada anteriormente para conversar sobre o assunto, foi agendado dia e horário específico com cada um deles na clínica de Psicologia da instituição de ensino campo de estudo. Vale ressaltar que os psicólogos da referida clínica já estavam cientes que a conversa aconteceria em datas e horários pré-agendados e ficavam a postos para atender qualquer necessidade de acolhimento manifestada após as entrevistas.

As entrevistas tiveram duração média de duas horas as quais os entrevistados discorreram sobre suas vidas, suas dificuldades e anseios, relatando em detalhes os aspectos que envolveram a manifestação do comportamento suicida – desde o aparecimento da ideação suicida e como lidaram com esse sentimento; o planejamento do ato suicida; a realização do ato suicida e os sentimentos envolvidos e os acontecimentos após o ato. Foram momentos intensos, de bastante emoção, tanto para entrevistados quanto para o pesquisador.

Em alguns momentos foi necessário interromper a entrevista, tranquilizar os estudantes para depois dar prosseguimento. Ressalta-se que o ambiente calmo, reservado e protegido como a clínica de Psicologia da instituição foi essencial para a realização dessa segunda fase.

Foram entrevistados um total de 06 alunos (03 homens e 03 mulheres), com idades variando entre 20 e 24 anos, de diferentes semestres. Para resguardar o sigilo da identidade dos entrevistados, optou-se por não revelar o semestre letivo nos quais estavam regularmente matriculados e seus nomes foram substituídos por nome de flores.

4.4.1 História dos Indivíduos

Para uma melhor compreensão do processo do comportamento suicida, é importante conhecer melhor a história de cada um. A seguir, apresenta-se um resumo de cada entrevista.

Rosa

Trata-se de uma estudante de 20 anos que relatou que desde criança apanhava muito do pai. Ela morava com a mãe, o pai e um irmão mais velho. A mãe sempre foi subordinada ao pai e dizia que as surras que ela levava era uma maneira do pai tentar

consertá-la. A família era extremamente religiosa e mantinha a crença que a mulher deveria ser sempre subordinada ao homem. Nesse contexto, Rosa também apanhava do irmão.

Desde pequena era responsável pelas tarefas de casa. Disse que cresceu achando que apanhar do pai era algo “normal”. Aos quinze anos os pais a levaram ao psiquiatra dizendo que ela era muito nervosa, estressada e mal-humorada. O médico, prescreveu Calman, Fluoxetina e Amitriptilina para o caso dela, que começou a fazer uso das medicações.

Tentou procurar ajuda na religião, porém viu que na igreja onde frequentava existia muita intriga, fofoca e não encontrou refúgio por lá.

Relatou que antes de tentar o suicídio, já se automutilava. Não fazia isso para chamar atenção, mas para sentir “alguma coisa”. Para ela, o ato de se cortar representava a sensação de viver, como se ela pudesse reconhecer e gritar: “ainda estou viva”.

Entre os quinze e dezesseis anos tentou o suicídio após uma discussão com mãe (a mãe pediu para que ela fosse arrumar a casa, mas ela não quis porque não queria encontrar com o pai dentro da casa), resolveu tomar todos os medicamentos que existiam na casa. Disse que sentiu um alívio muito grande quando tomou os medicamentos; sentiu consolação, pois não iria precisar passar por tudo aquilo que aguentava dentro de casa.

Ao dar entrada no Pronto Socorro, recebeu uma desaprovação imensa da equipe de enfermagem que prestou a assistência inicial. Informou que ao receber alta hospitalar e retornar para casa os pais nada disseram ou fizeram; agiram como se nada tivesse acontecido.

Aos dezesseis anos foi morar com um namorado e teve a aceitação da mãe, pois, a mesma tinha medo que o pai fizesse algo pior com ela, até mesmo matá-la. Engravidou desse namorado, mas perdeu o bebê (aborto espontâneo). Até hoje se sente culpada. Ainda mora com o namorado, mas decidiram esperar que ela conclua o curso para tentar uma nova gravidez.

Finalizou informando que ainda mantém ideação suicida e não tem procurado ajuda.

Cravo

Trata-se de um estudante de 24 anos, que tentou o suicídio duas vezes. A família de origem é extensa, entretanto atualmente apenas ele, o pai, a mãe e a irmã residem no mesmo espaço.

Informou que desde pequeno gostava de ir dormir na sala, pois no quarto dormiam mais irmãos e ficava tudo muito apertado; pegava o colchão, o travesseiro, o cobertor e dormia na sala. Por morar num bairro um pouco perigoso, disse que ouvia sempre barulhos de tiros, vizinhos brigando, confusões na rua. Então, essa preocupação com os tiros virou uma rotina.

Na pré-adolescência sentia uma preocupação excessiva com as pessoas. Mantinha amizades com pessoas e se preocupava demais com elas, embora não sentisse a mesma retribuição dos amigos. Sofreu *bullying* na escola (era chamado de feio, cabeção, mal arrumado, etc.).

Começou a trabalhar aos 13 anos. Disse que ao chegar no ensino médio, já tinha dinheiro para sair, mas não tinha amigos. Aos 18 começou a viajar sozinho. Procurou um psiquiatra porque viu que a pressão no trabalho e a preocupação excessiva com os outros estava lhe atrapalhando, mas não deu continuidade ao tratamento.

Começou a ter problemas de esquecimento (se perdia na rua, não sabia onde colocava as coisas). Relatou que dentro de casa, por ser o irmão mais novo, não tinha muito apoio dos outros irmãos; os sentimentos manifestados eram tachados como estratégias para chamar atenção. Assim, o maior medo dele, na época, era com a família; tinha medo de ser rejeitado por se expressar, sempre manifestando uma preocupação excessiva com as pessoas a sua volta.

Cravo se considera bastante ansioso e percebeu que essa ansiedade aumentou quando entrou na faculdade, pois, não conseguia fazer amigos, apresentar trabalhos orais, etc.

Também não conseguia se relacionar seriamente com nenhuma garota, mantendo apenas encontros fortuitos com objetivos sexuais. Em 2017 começou um namoro, mas a preocupação excessiva atrapalhou o relacionamento. Sentia que se envolvia e se preocupava demais com a namorada, mas não sentia que a recíproca não era verdadeira. Se preocupava demais, pois referiu que ele tinha sido o “primeiro homem da vida dela”.

Cravo relatou que vários problemas estavam acontecendo com ele: a falta de emprego, reprovações na faculdade, dificuldades com o relacionamento e ampliação da ansiedade. Porém, não se sentia confiante para compartilhar tal situação com a família. Assim, resolveu procurar um psiquiatra. Nesse momento foi medicado com Rivotril, Zolpidem, Clonazepam e Citalopram. Se viciou no Rivotril. Relatou que ninguém da família sabia que ele usava esses medicamentos ou mesmo que ele tinha ido ao psiquiatra; comprava os medicamentos sozinho (“eles são baratos, conseguia comprar”).

Depois de alguns meses, Cravo comentou que terminou o namoro, porém a ex-namorada ainda o procurava. Três meses após o término, Cravo recebeu uma mensagem de celular dessa ex-namorada pedindo para se reconciliarem. Para Cravo, esse foi o estopim que desencadeou a primeira tentativa de suicídio, pois não sabia o que fazer. Relatou que tomou 25 gotas de Rivotril e “apagou”. Foi a mãe de Cravo que o socorreu, chamou o SAMU e o levou para o hospital. Disse que ficou feliz porque foi a primeira vez que sentiu que as pessoas estavam preocupadas com ele – “afinal sempre era eu que me preocupava com as pessoas”. Recebeu mensagens e visitas de pessoas da família, de amigos, de colegas da faculdade, de professores. Enfim, disse que percebeu pela primeira vez que alguém se importava com ele.

Após essa primeira tentativa de suicídio, referiu que começou a sofrer pressão da família (irmãos) para que saísse da faculdade e fosse trabalhar. Porém achou melhor só estudar e sair do trabalho. Disse que não conseguia se relacionar com ninguém. Referiu que a mãe tirou todos os medicamentos psicotrópicos da frente dele. Enfim, a somatória de todos esses fatos fez com que a ansiedade voltasse com força total. Então pensou que a melhor maneira de deixar de ser um problema na vida das pessoas seria tentar novamente o suicídio.

Na segunda tentativa de suicídio, pensou em enforcamento em uma ponte, mas disse que “foi salvo” por causa de uma mensagem enviada à um professor da faculdade. “Antes de tentar me matar, mandei uma mensagem de despedida para um professor. Só que sem eu saber, o professor conseguiu entrar em contato com o corpo de bombeiros. Eles chegaram na hora que ia me jogar da ponte – já tinha enrolado a corda no pescoço – e me salvaram”.

Atualmente está em acompanhamento com psiquiatras, devidamente medicado, entretanto, decidiu por conta própria suspender os medicamentos. Segundo Cravo, ele ouviu uma voz divina durante uma missa de cura e libertação – essa voz sugeriu que deixasse de lado tudo o que o afligia; naquele momento eram os medicamentos. Hoje, disse aprendeu a controlar melhor a ansiedade e conseguiu começar um novo relacionamento.

Margarida

Trata-se de uma estudante de 24 anos, reside com a filha dela e a mãe. O pai é separado da mãe, embora morem no mesmo lote em casas separadas.

Relatou que o pai era alcoólatra e batia muito na mãe. Lembra da mãe falar que iria se matar várias vezes, mas nunca tentou. Relatou que o pai sempre traiu a mãe; lembra das amantes do pai indo em casa e brigando na frente dela. Então, sempre projetou isso para própria vida – tinha medo de arrumar um marido e ser traída por ele.

Se sentiu preterida em casa, pois, apesar de sempre ter sido uma ótima aluna, era o irmão mais velho quem sempre recebia incentivos para passar de ano, dando a entender que passar de ano, para ela, era mais do que sua obrigação. Disse que quando o irmão nasceu, o pai trabalhava muito e não teve muito contato com o filho. Com ela foi diferente; o pai esteve mais presente. Por isso acredita que o irmão é menos cobrado do que ela.

Relatou que a mãe a cobrava muito para fazer ginástica olímpica; sempre dizia que não tinha muita vocação, mas a mãe insistiu. Disse que a cobrava tanto, pedindo que ela fosse a melhor ginasta, a “Daiane dos Santos”.

Ao entrar na faculdade, sempre foi muito cobrada pelos pais porque sempre foi uma ótima aluna. Inicialmente entrou no curso superior de Direito, porém reprovou em muitas matérias, o que a deixou deprimida. Relatou que já tinha tido esse mesmo quadro de depressão na época do ensino médio.

Referiu que começou a faltar bastante em um estágio extracurricular que fazia. Relatou que a chefe lhe indicou uma consulta psiquiátrica do próprio local de trabalho. Lá foi diagnosticada com depressão e foi medicada com Citalopram. Como saiu do estágio, não teve mais condições de ir ao psiquiatra e renovar as prescrições. Contou que logo após sair desse estágio, começou outro em seguida, mas não deu seguimento. Disse que a depressão “voltou” e logo em seguida desistiu do curso de Direito.

Nessa época namorava um garoto, mas o ciúme doentio e a paranoia de achar que poderia ser traída a qualquer momento a deixou transtornada. Seguiu o namorado, bisbilhotava celular dele, gritava e batia nele. Acreditava que tudo era motivo para ser traída.

Nesse interim começou novo curso superior, Sistemas de Informação. No segundo semestre do curso decidiu ir morar com o namorado, porém ambos estavam desempregados e era a mãe dela que os mantinha.

Margarida disse que a tentativa de suicídio apareceu depois que viu uma mensagem no celular do namorado para outra garota. Relata que ele gostava de conversar com outras mulheres e numa dessas conversas ela viu uma mensagem dizendo “bom dia, princesa”, ficou se perguntando, o motivo dele não conversar assim com ela, a própria esposa.

Após a leitura daquela mensagem, resolveu fazer um “barraco” em frente ao trabalho do namorado. Ele conseguiu entrar em contato com a mãe de Margarida que logo depois foi buscá-la, levando-as de volta para a casa materna. Ela sabia onde estavam todos os medicamentos da casa, e resolveu ingeri-los durante o banho – “lembro que tomei Citalopram, Miosan e Ibuprofeno”. A mãe tinha visto ela levar um copo de água, resolveu ir até o quarto depois do banho e a viu “grogue”. Então, a mãe resolveu levá-la ao hospital. Depois desse dia, a mãe exigiu que Margarida fosse morar com ela e que terminasse o relacionamento. Relata que depois dessa situação o ex-namorado meio que “surtou”, tornando-se um andarilho. Isso a preocupou bastante.

Margarida chegou a frequentar o CAPS, mas acabou desistindo. Relatou que certo tempo depois decidiu reatar o namoro e que logo em seguida engravidou. Como a mãe não gostava do namorado, não a contou que havia reatado o namoro e que o filho era dele.

Hoje ela não pensa mais em se matar, pois toda vez que ela fica ansiosa, triste ou deprimida, pensa na filha.

Como já tinha pensado em fazer o curso de técnico de Enfermagem para poder trabalhar e sustentar a filha, resolveu fazer logo o curso superior de Enfermagem. Hoje, Margarida se sente realizada com a escolha do curso. Ela também passou a frequentar a “igreja” e se sente muito feliz por lá.

Orquídea

Trata-se de uma estudante de 22 anos. Atualmente mora com a mãe, a filha dela, uma irmã e sobrinhos. Os pais se “separaram” a pouco tempo quando descobriram que a mãe era um caso extraconjugal do pai. Relatou que o pai dizia que não podia ficar muito tempo em casa porque trabalhava viajando. Disse que ainda sente muita mágoa do pai, pois ele era o seu “super-herói”.

Orquídea informou que a mãe sempre trabalhou como empregada doméstica e o pai não ajudava financeiramente em casa. Ao terminar o ensino médio, Orquídea resolveu trabalhar para ajudar a mãe nas despesas de casa. Referiu que a irmã engravidou aos dezesseis anos e teve gêmeos; o pai das crianças desapareceu.

Nesse período se sentiu pressionada, pois a mãe tinha perdido o emprego e só ela sustentava a casa, a mãe, a irmã e os sobrinhos. Mesmo assim, aos dezoito anos, resolveu sair de casa e ir morar com o namorado. Dessa maneira, tinha que manter o sustento da própria casa e da casa da mãe.

Orquídea sempre teve o sonho de cursar Enfermagem. Então resolveu fazer o vestibular e entrar na faculdade. Conseguiu uma bolsa de 50% e iniciou o curso, porém, logo em seguida, perdeu o emprego. Referiu baixa autoestima, sentindo-se feia, descuidada, afinal não tinha mais dinheiro para poder se cuidar.

Disse que entrou em sofrimento psíquico intenso, pois “juntou tudo”: a decepção com o pai, a falta de emprego, a ausência da faculdade, a baixa autoestima. Relatou que uma vez sentiu vontade que o filho, na época com três anos de idade, subisse no sofá e pulasse da janela. Isso a fez se sentir, também, a pior mãe do mundo. Relatou que o marido sofre de depressão, porém controlada por medicamentos.

Para ela, todos esses problemas se somaram e ficou difícil aguentar, então resolveu cometer suicídio. Ela sabia o local em que eram guardados todos os medicamentos do marido e resolveu tomá-los (tomou o frasco inteiro de Rivotril). Ao cair no chão, o filho veio ao encontro dela, conseguiu pegar o celular e ligar para o avô paterno. Em seguida, o avô ligou para o marido de Orquídea que foi levada para o Pronto Socorro.

Depois desse episódio, Orquídea se separou do marido e para piorar a situação perdeu a guarda do filho. Disse que, atualmente, o filho não quer ficar com ela e nem a visitar. Segundo ela, o filho criou um amor incondicional pelo pai.

Hoje Orquídea tem um novo namorado, mas a família dele não gosta dela, principalmente devido a grande diferença de idade - ela tem 22 anos e ele 43. Disse que ele paga a faculdade dela, mas toda vez que brigam, ele ‘joga na cara dela’ que não são casados e que vai parar de pagar a faculdade. Nessas ocasiões, Orquídea entra em desespero.

Relatou que toda vez que se sente mal tem vontade de morrer; não de se matar, mas que alguma coisa aconteça com ela, por exemplo, ser assaltada e levar um tiro, ou o ônibus capotar, alguém bater no carro dela e ela morrer, etc., mas não tem coragem de tentar o suicídio.

Orquídea referiu sofrer de ansiedade. Depois que tentou o suicídio, não consegue mais se concentrar direito. Quando está em crise procura a Clínica de Psicologia da faculdade. Atualmente faz uso de Venlafaxina, que melhora a ansiedade, mas a deixa deprimida.

Lírio

Trata-se de um estudante de 22 anos. Atualmente mora com a mãe, a irmã de 18 anos e o sobrinho de 2 anos. Os pais são separados. Ele cresceu presenciando as brigas constantes entre o pai e a mãe. O pai era alcoólatra, mexia com jogos, tinha amantes, e além de tudo era muito violento. O irmão mais velho muitas vezes apanhou do pai tentando separar as brigas que eram constantes entre o casal. Durante as brigas ele e o irmão tentavam mediar o conflito e corriam para o quarto dos pais no intuito de esconder a arma que o pai tinha dentro de casa.

Devido ao histórico de jogos e brigas, a família decidiu se mudar de cidade, pois estavam sendo ameaçados de morte.

Nessa nova cidade, a irmã mais nova começou a se envolver com uma “galera da pesada” de lá. Um dia, Lírio comentou que viu a irmã bebendo na rua, naquela época ela tinha 9 anos de idade. Então, ele deu uns dois tapas na perna dela. Chegando em casa, a mãe brigou com ele e o expulsou de casa - ele tinha, na ocasião, 15 anos. Ressaltou que ficou 31 dias fora de casa, dormindo em parada de ônibus, na escola ou mesmo na casa de amigos. Lírio conta que foi expulso de casa umas seis vezes, nessas ocasiões os seus pais já tinham se separado.

Lírio disse que desde os 10 anos de idade se considerava “a empregada da casa”. O irmão trabalhava e estudava, a irmã era a “queridinha da mamãe” e a mãe trabalhava o dia todo. Então era ele quem arrumava a casa, lavava roupa, lavava louça, fazia almoço e jantar. E quando a mãe chegava em casa sempre brigava com ele.

Informou que aos 10 anos conheceu uma garota e quando completou 16 anos eles resolveram morar juntos. Lírio relatou que foram “casados” dos 16 aos 19 anos. Nesse tempo foram morar na casa da mãe dela; isso para ele foi sua tábua de salvação, pois na casa da família de origem ele não tinha sossego.

Contudo, Lírio tomou conhecimento de pelo menos seis vezes em que foi traído pela esposa, segundo ele essas traições foram as que ele tem ciência, pois, desconfia que são muito mais. Relatou que o relacionamento era totalmente abusivo, pois ela jogava na cara dele, que ele que morava na casa da sogra. Além disso, Lírio reconhecia que a esposa o manipulava sexualmente, mantendo-o em suas mãos. Toda vez que ele tinha conhecimento de uma traição, Lírio se desesperava: esmurrava parede, bebia álcool durante vários dias, mas mesmo assim se sujeitava àquela situação.

Na última vez que Lírio soube que foi traído, resolveu sair de casa e ir morar novamente com a mãe, a irmã e o irmão. Nessa ocasião o irmão foi aprovado em

vestibular para a UnB e foi considerado pela família “o mais estudioso e o melhor de todos os filhos”. Como moravam longe da faculdade, a mãe resolveu custear para o irmão uma vaga em uma república de estudantes próxima à UnB. Além disso, para que diminuíssem os gastos, todos da família mudaram de bairro para ficar mais próximo do irmão.

Lírio relatou que esse irmão é muito dependente da mãe, além de muito depressivo. Tudo ele “chora” para a mãe. Com tudo isso, Lírio sempre achou que o irmão era o mais querido.

Nesse contexto, o pensamento sobre suicídio começou a ocorrer. Na sua perspectiva, diferentes razões concorreram para tal: o episódio da sua separação, o retorno para a casa da mãe, o sentimento de ser preterido, embora se esforçasse trabalhando e estudando para sustentar a casa.

Lírio disse que não conseguia esquecer a ex-mulher, embora reconhecesse que ela brincava com os sentimentos dele o tempo todo. Assim, toda vez que ela o convidava para ir dormir na casa dela, Lírio aceitava. Mantinham relações sexuais, acreditava que tudo ia voltar ao normal, mas ela o esquecia. Disse que isso aconteceu diversas vezes. Lírio disse que se sentia um “brinquedo sexual” nas mãos dela.

Tudo isso o deixava muito mal e fechado para qualquer outro relacionamento. Decidiu, então, apenas “se divertir” com outras garotas, afinal não conseguia se envolver seriamente com ninguém.

Nesse contexto, aconteceu um episódio que, para ele, foi a gota d’água e o estopim para tentar o suicídio. Lírio sempre gostou de usar uma barbicha, mas um dia a ex-mulher o convenceu a tirá-la. Ele disse que chorou bastante nesse dia e reconheceu o quanto era dependente dela.

Então Lírio pensou: “não tenho a mulher que quero, ela me trata como objeto sexual, estou com problemas em casa, não consigo me relacionar com ninguém. Minha vida não presta”. Após essas constatações a ideia de suicídio ganhou força.

Um dia em uma aula na faculdade assistiu um documentário que abordava a história de suicídios na Califórnia, e isso lhe chamou bastante atenção. Então começou a procurar na Internet informações sobre a ponte JK: qual era altura da ponte, ponto mais alto, se existiam histórias de suicídio por lá. Foi então que decidiu que iria se matar pulando dessa ponte. Certo dia resolveu ir até lá e conhecê-la.

Então, no outro dia, saindo do trabalho (por volta das 14h), pegou um ônibus até a ponte. Disse que estava conversando com uma colega pelo celular e brincou que iria se

jogar da ponte, mas ela não deu muita importância. Quando Lírio chegou na parte mais alta da ponte, olhou pra baixo, mas não teve coragem de ficar lá. Foi para uma outra parte da ponte, jogou uma maçã para ver quanto tempo ela chegava na água; também jogou uma “bituca” de cigarro e a viu cair. Nessa experimentação ele continuava conversando com a amiga pelo telefone.

Em determinado momento, resolveu sentar na ponta da ponte, comunicou a amiga que tinha que desligar, deixou a mochila e o celular do lado da ponte e pulou.

Disse que naqueles momentos não passou nada em sua cabeça. Caiu na água, mas não afundou, voltou a superfície, nadou até as margens do lago e soltou um grito (disse que foi pela adrenalina). Atualmente acredita que esse grito foi de alívio por ainda estar vivo. Lírio retornou ao local de onde havia pulado, recolheu seus pertences, se arrumou e se dirigiu para a faculdade. Voltou para casa por volta das 23h e foi assistir TV; revelou que nada passou em sua cabeça, apenas um alívio de ainda estar vivo.

Lírio acredita que tudo o que aconteceu o fez ver a vida de outra maneira. Hoje se percebe mais extrovertido, querendo viver mais ainda, e sonha com um promissor futuro profissional. Continua trabalhando e decidiu começar um outro namoro.

Contudo, confessa que a dois meses não fala com a ex-mulher; disse que não quer falar mais com ela, pois não sabe como vai reagir.

Violeta

Trata-se de uma estudante de 20 anos, que atualmente mora com a mãe e o padrasto. Referiu ter tentado o suicídio três vezes. Os pais se separaram quando ela tinha, mais ou menos, 12 anos de idade. O pai traiu a mãe, mas nada sobre esse assunto foi comunicado a ela, pois, a família entendeu que ela, na época, era muito pequena e que provavelmente não entenderia a situação.

Refere que tem mais dois irmãos “adotivos” mais velhos. O mais velho casou e a irmã mais nova “desapareceu” - disse que foi morar com um namorado em outra cidade, mas que atualmente ninguém sabe dela. Violeta disse que essa situação lhe causa muita tristeza.

Relatou que sofreu muito com a saída do pai de casa. Como a mãe trabalhava muito, o pai se tornou muito mais presente na vida dela. Era o pai que a ajudava na escola, ia para as reuniões de pais na escola, cuidava dela em casa. Violeta tem certeza que a separação dos pais foi um fator determinante na decisão da primeira tentativa de suicídio.

Na perspectiva de Violeta, diferentes fatos contribuíram para a tentativa de suicídio. Contou que durante o ensino médio tinha um colega viciado em narguilé. Para tentar controlar esse vício, o amigo pediu para que ela jogasse esse narguilé fora. Porém, suas outras colegas da escola ficaram sabendo e pediram que Violeta levasse esse narguilé para a escola. Violeta não aceitou a proposta e, por isso, referiu ter sofrido *bullying*. Outro motivo que causou sofrimento psíquico foi a saída da irmã de casa. Isso porque Violeta comentou que, com a saída do pai, ela se apegou fortemente à irmã.

Após vivenciar esses fatos, Violeta tentou se matar pela primeira vez. Relatou que no dia que disse que iria se matar, falou para a mãe, mas a mesma não deu ouvidos. Então ela pegou todos os medicamentos de tarja preta que tinham em casa para dormir e os tomou. Antes de tomar, mandou uma mensagem de celular para uma amiga comunicando o que ia fazer. Então a amiga decidiu ir até a casa de Violeta, quando a viu caída no chão e resolveu chamar o SAMU. Violeta na época tinha 13 anos de idade. Relatou que ao chegar no Pronto Socorro sofreu convulsões e duas paradas cardiorrespiratórias.

Violeta relatou que ao sair do hospital, pediu para que a mãe a levasse num psicólogo, mas a mãe não atendeu o seu pedido. Justificou que “psicólogo era uma besteira, que era coisa de doido; que ela não estava doida e que estava querendo chamar atenção”. Relatou que a mãe não deu importância ao suicídio e continuou tratando-a como se nada tivesse acontecido.

Violeta relatou que antes de ter tentado o suicídio já se automutilava. A automutilação servia para externar a dor que sentia devido à ausência do pai. Também fazia orações e pedia a Deus que a levasse porque já não tinha ninguém na vida que a amasse.

Violeta comentou que foi doloroso acordar depois da primeira tentativa e perceber que não tinha morrido. Menos de um mês depois tentou suicídio novamente. Usou os mesmos medicamentos, afinal comentou que a mãe não tinha dado importância à primeira tentativa de suicídio deixando os medicamentos no mesmo local. Dessa vez a mãe estava em casa, viu tudo e a levou para o Pronto Socorro.

A terceira tentativa de suicídio ocorreu devido a assuntos que dizem respeito a desaprovação da mãe da relação dela e o namorado. Violeta relatou que tem um namorado há quatro anos e ele é mais velho que ela. Disse também que a mãe não gosta dele e desaprova a relação. Num dia estavam na casa de uma tia e numa conversa surgiu o nome do namorado; a mãe de Violeta disse que não gostava dele; Violeta retrucou e quis saber

o porquê. Nesse momento, a tia se envolveu na discussão e disse que Violeta estava desrespeitando a mãe.

Nesse momento, Violeta saiu da casa da tia, foi à casa de outra parente próxima, procurou medicamentos que existiam por lá e os tomou. Disse que no mesmo momento se arrependeu e mandou uma mensagem para um professor da faculdade relatando o que tinha feito e perguntou os efeitos colaterais das doses altas desses medicamentos. O professor pediu para que fosse imediatamente para o hospital fazer uma lavagem estomacal.

Na sequência, Violeta ligou para uma prima que a levou ao hospital. Relatou que ficou três dias internada e a mãe, mesmo assim, não soube de nada; para a mãe ela estava na casa da avó paterna.

Ao retornar à faculdade, Violeta resolveu procurar ajuda na Clínica de Psicologia da faculdade. Foi dessa maneira que a mãe ficou sabendo do que tinha acontecido, pois a clínica ligou e a mãe atendeu. A mãe de Violeta disse que era para ela não ir à consulta; dizia que a coordenação iria expulsá-la da faculdade, afinal “como iam deixar uma menina que já tentou o suicídio três vezes cuidar de outras pessoas?”. Então Violeta ficou com medo e acabou não comparecendo.

Certo dia, Violeta decidiu ter uma conversa com a mãe, acerca dos reais motivos que a tinham levado às tentativas de suicídio, assinalando sua dificuldade de relacionamento com a mãe. A mãe ficou bastante abalada e resolveu mudar. Hoje Violeta refere que a relação com a mãe mudou muito; a mãe tem se mostrado bastante amiga. Porém sente muita falta do papel de mãe – “parece que tenho uma amiga, não uma mãe”. Quer que a mãe se importe com ela, com a vida dela na faculdade, que aceite melhor o namorado. Informou que se dá muito bem com o padrasto e é ele que faz o papel que a mãe deveria fazer.

Relatou também que quando soube o real motivo da separação dos pais, após as três tentativas de suicídio), resolveu deixar o pai de lado. Ele a procura, mas ela não responde suas mensagens.

Constata que sempre foi muito boa aluna durante o ensino médio, mas na faculdade ela não consegue tirar as notas que gostaria de obter. Violeta se cobra bastante por causa disso. Às vezes fala para a mãe que está com dificuldades, mas a mãe só diz que ela é inteligente e que vai conseguir superar. Violeta gostaria de mais apoio.

Atualmente não pensa em se matar, mas em se automutilar. Disse que a automutilação a alivia, mas não faz porque tem tido consultas com a psicóloga e tem recebido orientações para não se cortar mais.

Na atualidade está sob acompanhamento psicológico, psiquiátrico, toma medicamentos, recebe apoio incondicional do namorado (vai com ela às consultas e sessões), mantém uma relação cordial com a mãe. Entretanto, embora não pense mais em se matar, nos momentos de tristeza e depressão pensa em se automutilar.

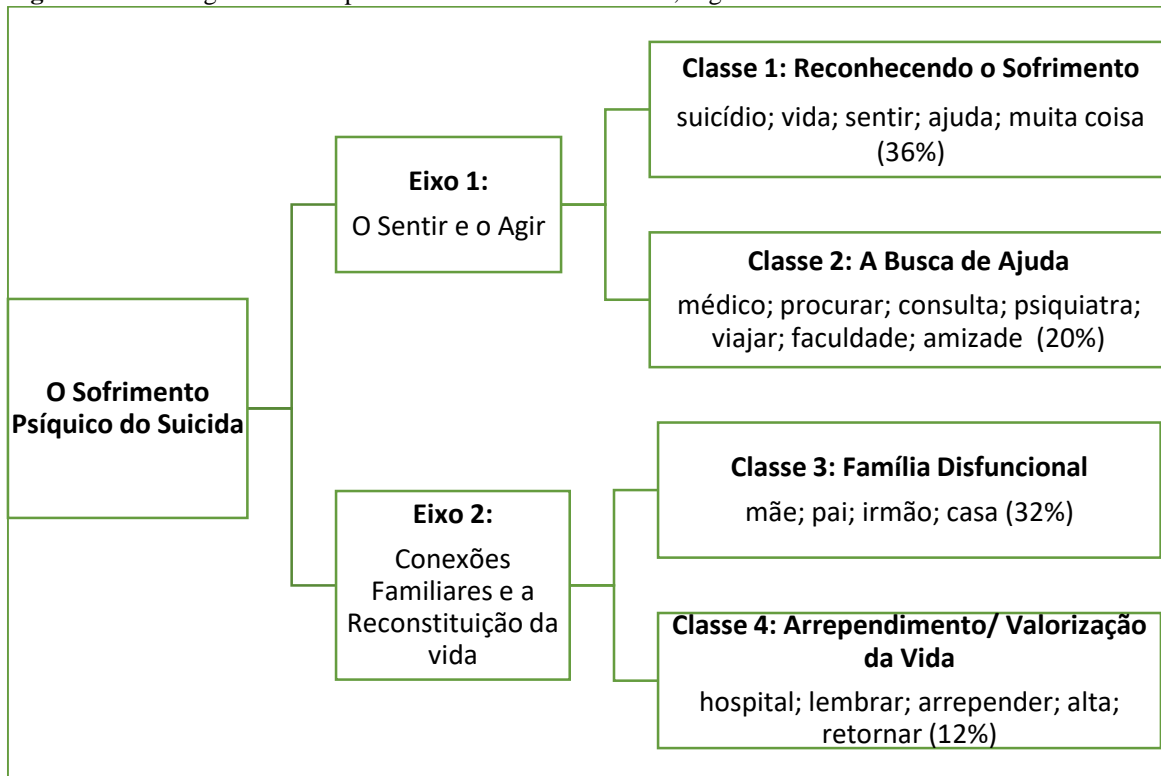
4.5 DESVELANDO O COMPORTAMENTO SUICIDA

4.5.1 O Sofrimento Psíquico do Suicida

Da análise do conteúdo das entrevistas, emergiram dois eixos significativos, ambos compostos por duas classes cada um. Sendo assim, o primeiro eixo denominado *O Sentir e o Agir*, foi composto pelas classes 1 e 2, denominadas respectivamente: *Reconhecimento do Sofrimento e A Busca de Ajuda*. Nele destacaram-se o relato das dificuldades enfrentadas pelos indivíduos, apontando as estratégias utilizadas no manejo dos fatores de estresse. Foi possível inferir que os indivíduos reconheciam os fatores internos e externos que lhes causavam sofrimento psíquico e buscavam de alguma forma atenuar a dor e o sofrimento.

O segundo eixo denominado *Conexões Familiares e a Reconstituição da Vida* foi composto pelas classes 3 e 4, denominadas respectivamente *Família Disfuncional e Arrependimento/Valorização da Vida*. Nesse eixo foi possível apreender que os indivíduos vivenciavam um clima familiar permeado de violência doméstica e sentimentos tensos indicando que esse ambiente pode ter contribuído de maneira importante para no comportamento suicida. Também foi possível inferir que houve uma mudança nos sentimentos experimentados após a tentativa do suicídio.

Figura 18: Dendograma do corpus das entrevistas com alunos, organizado em 2 eixos e 4 classes.



Fonte: Dados da pesquisa.

A seguir será apresentada uma análise mais detalhada de cada classe.

4.5.2. Eixo 1

4.5.2.1. O Sentir e o Agir

Classe 1 – Reconhecendo o Sofrimento

Nessa classe, a presença das palavras *suicida*, *vida*, *ajudar* e o verbo *achar* sugerem que os entrevistados tinham algum grau de auto-percepção acerca dos seus conflitos, reconhecendo os possíveis estressores internos e externos que acarretavam o sofrimento psíquico que enfrentavam naquele momento. O sentimento de baixa autoestima traduzida em vergonha, insatisfação e descrença com a vida, podem ser apreendidos nos estratos que se seguem:

Acho que vou continuar negando esse sofrimento o resto da minha vida. Sinto vergonha dessa situação (...). Minha vida é uma merd. Não tenho nada do que eu quero. Pensava em fugir, me matar. (Lírio)*

Morro de vergonha de falar sobre meus problemas com a minha mãe. Eu até cheguei a pensar em falar com ela que estava achando muito difícil e que não iria aguentar. (Violeta)

Acho que tudo isso (suicidar-se) na minha cabeça faz sentido. Acho que nada vai mudar, sabe. Acho que vou continuar assim, talvez porque eu mereça. (Rosa)

Os conflitos descritos pelos entrevistados são confirmados na literatura acerca dos sentimentos caracterizados como um período de profundas mudanças, mas também uma das épocas mais fascinantes e fecundas da vida, na fase compreendida entre a adolescência e a juventude.

Nas últimas décadas, pesquisas têm demonstrado que a adolescência e a juventude são etapas decisivas na vida do indivíduo, pois nela se adquire não só a imagem corporal definitiva, mas também são definidas questões de personalidade e identidade pessoal. Assim, nesta fase da vida, o jovem pode apresentar exaltações intensas, reivindicações, eventuais desânimos e muitas incertezas, além de pensamentos ou sentimentos da desistência de viver (SANTOS; NEVES, 2014).

Pesquisas no âmbito da saúde mental revelam que existe uma correlação direta entre baixa autoestima e aumento da ideação suicida, estresse, diminuição da satisfação com a vida e desempenho acadêmico, dentre outros (Barry et al., 2007; Carranza et al., 2009; Sowislo et al., 2013; Steiger et al., 2014). Além disso, a baixa autoestima, especialmente entre os jovens, pode afetar o modo de ser, sentir-se, agir no mundo e se relacionar com outras pessoas (FREIRE; TAVARES, 2011).

Assis & Avancini (2014) também corroboram o pensamento que a autoestima é a uma das variáveis mais críticas que podem afetar a visão do jovem em relação ao mundo. Além disso, essa variável tem se mostrado relevante em quadros psicopatológicos relacionados à depressão, ansiedade, fobia social, comportamento suicida, dentre outros (GÓMEZ-BUSTAMANTE; COGOLLO, 2010; HAIR; GRAZIANO, 2003; SCHRAML et al., 2011).

Os pressupostos básicos de sua teoria, Beth Neuman refere que cada indivíduo é composto de fatores inatos de uma determinada variedade de resposta normal contida numa estrutura básica e que existem muitos estressores – intra, inter e extrapessoais - que podem ser conhecidos, desconhecidos e/ou universais (NEUMAN, 1995).

Para tanto, Neuman acredita que cada estressor difere no seu potencial para perturbar o nível de estabilidade do indivíduo. Assim, as inter-relações específicas das

variáveis do indivíduo – fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento – podem afetar, em qualquer altura, a homeostase desse indivíduo. Assim, um único estressor (ou uma combinação desses) pode ser crucial para a vida da pessoa (NEUMAN, 1995).

Tais pressupostos de Neuman, aplicados ao comportamento suicida, demonstra que sentimentos como vergonha, baixa autoestima, nervosismo, ansiedade, depressão, bem como sentimento de rejeição, sentimento de culpa, conflitos familiares e amorosos, desemprego, alcoolismo na família, *bullying* podem representar estressores intra, inter e extrapessoais importantes para o desencadeamento do comportamento suicida.

Frente ao exposto, o quadro abaixo destaca os principais estressores intra, inter e extrapessoais discutidos por Neuman e identificados no comportamento suicida dos indivíduos da pesquisa. Ressalta-se que qualquer estressor supracitado pode representar um gatilho que contribui com a ideação, o planejamento ou a tentativa de suicídio.

Quadro 3: Estressores intra, inter e extrapessoais dos indivíduos identificados na segunda fase da pesquisa, 2018.

Sujeitos	Estressores		
	Intrapessoais	Interpessoais	Extrapessoais
Rosa	Nervosismo; ansiedade (diagnosticada); sentimento de culpa; ideação suicida	Agressão paterna e do irmão; violência doméstica	Não identificado
Cravo	Baixa autoestima; excesso de preocupação; nível alto de ansiedade (ansiedade diagnosticada)	Pressão familiar para trabalhar; dificuldades de relacionamentos íntimos	Vizinhança violenta; <i>bullying</i> escolar; desemprego
Margarida	Introjeção da normalidade da violência e da submissão da mulher; baixa autoestima; depressão diagnosticada	Separação dos pais; violência doméstica; traição do pai; ciúmes do namorado	Alcoolismo
Orquídea	Decepção com a figura paterna; baixa autoestima; sentia-se uma mãe ruim; ansiedade e depressão (diagnosticadas)	Separação dos pais; gravidez na adolescência sem suporte emocional; separação do marido; perda da guarda do filho	Trabalhar cedo para sustento da família
Lírio	Ansiedade (diagnosticada); raiva; sentimento de rejeição pela mãe	Separação dos pais; alcoolismo do pai; traição do pai; violência doméstica; agressão familiar; traição da namorada; dificuldade de envolvimento afetivo	Ameaças de morte da família; mudança de endereço constante
Violeta	Decepção com a figura paterna e materna; baixa autoestima; automutilação; depressão (diagnosticada)	Separação dos pais; ausência materna; dificuldades de relacionamentos sociais e afetivos	Saída de casa do pai e irmã e morar em outro estado

Fonte: Dados da pesquisa.

Neuman assinala que o indivíduo possui fatores internos que agem como defesa contra tais estressores. Esses fatores são denominados *linha de defesa ou linhas de resistência*. Essas linhas são as mais próximas da estrutura básica do indivíduo (*Core*) e tornam-se ativas quando a linha normal de defesa/linhas de resistência é invadida pelos estressores ambientais. No caso de doenças, por exemplo, a resposta envolvendo as linhas de defesa/resistência é a ativação de mecanismos imunológicos e de auto percepção inerentes à pessoa (liberação de glóbulos brancos, por exemplo) (NEUMAN; FAWCET, 2002).

Portanto, se essas linhas forem eficientes em sua resposta, o sistema pode reconstituir-se; se não forem eficientes, a exaustão de energia resultante pode levar à morte – no caso desta pesquisa, o suicídio.

Infere-se, então, que as linhas de resistência/defesa, que são as mais próximas do indivíduo que apresentam um comportamento suicida, podem ser vistas como suas próprias características individuais, ou seja, a presença/ausência de transtornos psíquicos prévios (transtorno de ansiedade, depressão, etc.).

Assim, se os estressores supracitados não sejam eliminados pelas linhas mais externas de defesa do indivíduo (linha flexível de defesa ou linha normal de defesa), esses estressores chegarão às linhas de resistência/defesa desse indivíduo com comportamento suicida; e se essas linhas estiverem fragilizadas, esses estressores terão mais facilidade em entrar no *Core* desse indivíduo e os levarão à tentativa de autoextermínio.

Classe 2 – A Busca de Ajuda

Nessa classe as palavras como *psiquiatra, faculdade, amizade* e o verbo *viajar* indicam que os indivíduos cientes do próprio sofrimento, estavam vivenciando uma crise. Para manejar essa crise, utilizaram estratégias na tentativa de minimizar os efeitos estressores. Os fragmentos dos discursos, a seguir, exemplificam tal situação.

Eu sei que precisava de um atendimento mais específico. E foi então que eu procurei pela primeira vez um psiquiatra. (Rosa)

Depois que eu procurei um psiquiatra, cheguei a procurar atendimento aqui na clínica de psicologia da faculdade (...). Cheguei a ir ao CAPS e ter acompanhamento psicológico, mas como estava grávida, não consegui ir mais e também não tive disposição para ir. (Margarida)

Eu comecei a comprar passagens e viajar sozinho. Estava trabalhando mesmo, então pegava férias, trinta dias e viajava (...) quando eu não tinha condições de pagar um psicólogo ou psiquiatra, (...) comecei a vir nas consultas na faculdade. Venho quando estou em crise. (Cravo)

Observa-se claramente nos relatos que os indivíduos da pesquisa reconheceram a vivência de uma crise.

Ao se pensar numa *crise emocional*, verifica-se a mesma apesar de dolorosa pode ser útil, ou seja, depende como a gravidade dessa crise afeta a pessoa. Assim, cada acontecimento na vida de uma pessoa deve ser avaliado de acordo com a história do sujeito e como ele incorpora essa situação na sua vida.

Essas crises podem ser diferenciadas em crises vitais do próprio desenvolvimento ou como crises circunstanciais. As primeiras são inerentes ao desenvolvimento humano; enquanto as crises circunstanciais ocorrem devido situações que o indivíduo não consegue controlar – nessas muitas vezes o indivíduo não consegue conciliar as dores causadas por tal sofrimento psíquico (BOTEGA, 2015; RODRIGUES et al., 2010).

Tais crises podem acarretar tristeza, desesperança, angústia, desamparo, esgotamento, falta de perspectiva de solução, confusão e pânico. Se elas ultrapassarem a capacidade pessoal de reação e adaptação, podem aumentar a vulnerabilidade para o suicídio, ou seja, a capacidade do indivíduo em manter o controle sobre sua vida pode tornar-se muito reduzida. Nesse cenário, ele pode buscar diferentes fontes de apoio, tais como profissionais de saúde ou outros suportes sociais (amigos, trabalho, igreja, faculdade) como estratégias de enfrentamento dessa crise (BOTEGA, 2015; SÁ; WERLANG; PARANHOS, 2008; WAINRIB; BLOCH, 2000).

Caso as estratégias utilizadas para manejo dessa crise não sejam eficazes, o indivíduo pode desencadear aumento da ansiedade, medo, impotência, horror, acompanhado de sintomas dissociativos como ausência de resposta emocional, sentimentos de desconexão, redução do reconhecimento do ambiente, sentimento de irrealidade e, em casos extremos, comportamento suicida (DSM IV TR, 2002).

Betty Neuman ressalta que cada indivíduo desenvolve uma variedade normal de respostas ao ambiente frente aos estressores da vida. Quando o primeiro efeito amortecedor dessas respostas deixa de ser capazes de protegê-lo, os estressores ultrapassam a linha normal de defesa desse indivíduo. Para ela, as inter-relações das

variáveis fisiológicas, psicológicas, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento do indivíduo vão determinar a natureza e o grau da reação do sistema ou possível reação ao estressor (NEUMAN, 1995).

Neuman acredita que, na tentativa de mitigar as consequências de tais estressores, o indivíduo pode desencadear um momento de crise, o qual buscará diferentes maneiras de enfrentamento, tais como estratégias de prevenção sugeridas pela autora (NEUMAN, 1995).

Percebe-se claramente essa tentativa de busca de estratégias quando os indivíduos relatam que tentaram aliviar a crise mediante viagens ou tentando reduzir o sofrimento por meio de consultas com psicólogos e/ou psiquiatras.

Neste momento entra em atuação a sua segunda estratégia de enfrentamento ao estresse proposta por Neuman: a linha normal de defesa (NEUMAN, 1995. NEUMAN; FAWCET, 2002).

Neuman relata que existem muitos estressores conhecidos, desconhecidos e universais, e cada um deles difere em seu potencial para perturbar o nível de estabilidade habitual. Assim, quando o indivíduo se depara com um estressor, ele pode desenvolver uma série normal de respostas ao ambiente que são denominadas linhas normais de defesas que tentam amenizar ou solucionar esses estressores (NEUMAN, 1995. NEUMAN; FAWCET, 2002).

No caso desta pesquisa, os indivíduos tinham consciência dos seus estressores e que estavam em sofrimento psíquico; então foram buscar ajuda, neste caso tanto suporte profissional (psiquiatras, psicólogos), quanto suporte sociocultural e espiritual (sexo casual, entrar na faculdade, viajar, frequentar festas e cultos religiosos). Neuman ratifica que essas são as habilidades psicológicas, sociais, socioculturais e espirituais de enfrentamento aos estressores (NEUMAN; FAWCET, 2002).

Por mais que essas estratégias pudessem trazer alívio momentâneo ao sofrimento, verificou-se que não foram suficientes para impedir que esses estressores chegassem mais perto do núcleo do sistema – o *Core*.

No caso do comportamento suicida, observou-se que, mais uma vez, a sua segunda linha de defesa não foi suficiente para impedir a entrada dos estressores no centro do sistema.

4.5.3 Eixo 2

4.5.3.1 Conexões Familiares e a Reconstituição da vida

Classe 3 – Família Disfuncional

Nessa classe, as palavras *pai*, *mãe*, *irmã*, *casa* remete a influência das relações familiares disfuncionais como estressores importantes para o comportamento suicida.

Essas ideias são demonstradas nos estratos a seguir:

Meu pai tinha aquele histórico clichê de beber e brigar com minha mãe. Eu e meu irmão crescemos tendo que apartar as brigas dos meus pais. Quando criança eu acordava três, quatro vezes na noite por causa do meu pai batendo na minha mãe. (Lírio)

Meu pai sempre traiu a minha mãe (...). Então esse negócio de traição sempre foi o mais pesado para mim. Eu sempre tive medo desse futuro para mim. (Violeta)

Meus pais separaram (...). E quando minha irmã foi sair de casa eu ajoelhei e pedi pelo amor de Deus para que ela não me deixasse sozinha. (Margarida)

Ressalta-se que a relação entre família e suicídio tem sido vastamente analisada na literatura científica da suicidologia, envolvendo diferentes campos do conhecimento, tais como a psiquiatria, a psicologia e a sociologia. Estudos revelam que indivíduos, os quais apresentam história familiar de perturbações afetivas e de suicídio exibiam índices elevados de desenvolver o comportamento suicida. Além disso, a perda parental advinda do divórcio também é apontada como fator relevante para a possíveis tentativas suicidas (PITTS; WINOKUR, 1964; EGELAND; SUSSEX, 1985; LESTER, 1989; BENJAMINSEN; KRARUP; LAURISTEN, 1990; FRAZÃO; SANTOS, SAMPAIO, 2014; KLONSKY; SILBURN; ZUBRICK, 1990; TOMORI et al., 2001).

No grupo entrevistado, observou-se que famílias disfuncionais parecem ter contribuído para os estressores que propiciaram o comportamento suicida. Os estilos parentais, ou estilos educativos parentais são construtos importantes para refletir sobre as

relações entre pais e filhos e como elas podem influenciar no comportamento suicida do jovem (CASSONI, 2013).

Esses estilos parentais podem ser classificados em: (1) Permissivos - caracterizados por uma ação tolerante e de aceitação frente aos comportamentos dos filhos, com baixos níveis de exigência e autoridade por parte dos pais; (2) Rígidos - caracterizados por valorizarem a ordem, buscam moldar a conduta dos filhos, porém não estimulam a autonomia nem o diálogo, além de se caracterizarem como pobres de afeto; (3) Autoritativo ou democrático – buscam encorajar a independência e o diálogo, favorecendo a comunicação, a maturidade e a tomada de decisão (CARDOSO; VERÍSSIMO, 2013; BAUMRIND, 1966; MACCOBY; MARTIN, 1983).

Esse resultado é corroborado por pesquisas que demonstraram que a interrupção de vínculos e de relações familiares, atrelados a estilos familiares disfuncionais se caracterizam como fatores de risco importantes para pensamentos e atitudes suicidas (SHEFTALL; MATHIAS; FURR; DOUGHERTY, 2013; MARTIN et al., 1995; McDERMUT et al., 2001).

Pode-se inferir, então que as famílias dos indivíduos da pesquisa demonstraram claramente estilos parentais disfuncionais permissivos e rígidos, os quais influenciaram o desenvolvimento do comportamento suicida de seus filhos.

Apreendeu-se por meio dos relatos apresentados que a família não percebeu as súplicas de ajuda dos entrevistados, causando uma elevação do sofrimento psíquico. Além disso, alguns indivíduos relataram que suas relações familiares se desgastaram ou mesmo seus pais reagiram de maneira indiferente em relação ao ato suicida.

Para Betty Neuman, a primeira linha de defesa do indivíduo é responsável pela resposta inicial ou a proteção do sistema contra os estressores. Essa linha, denominada linha flexível de defesa, serve como um amortecedor, pois expande-se ou afasta-se da linha normal de defesa do indivíduo. Ela age como um escudo para o estado habitual estável do sistema do cliente. Idealmente, espera-se que essa linha flexível de defesa impeça que os estressores invadam o sistema (NEUMAN, 1995).

Betty Neuman acredita que essa linha é dinâmica e pode ser modificada rapidamente. Ela age como um amortecedor para a linha normal de defesa quando o ambiente é estressante, e ainda age como um “filtro” quando o ambiente oferece apoio. Isso serve de apoio como uma força positiva para o enfrentamento aos estressores. Portanto, quando a linha flexível não é mais capaz de proteger a pessoa contra um

estressor, essa linha se rompe e os estressores invadem o sistema (NEUMAN, 1995. NEUMAN; FAWCET, 2002).

De acordo com os relatos dos entrevistados, observa-se que em sua perspectiva essa primeira linha de defesa deveria ser exercida pela sua família; os indivíduos tinham expectativas que a família deveria representar primeira linha de defesa contra os estressores ambientais. Foi possível inferir, que para eles, o suporte familiar deveria ter sido uma potente rede de apoio e sustentação, que serviria como um amortecedor desses estressores, eles acreditavam que o auxílio da família os ajudariam a combater tais estressores.

Porém, os discursos demonstraram que suas famílias estavam longe de representar uma linha de defesa contra tais estressores, mas constituiu-se como um estressor importante para comportamento suicida.

Classe 4 – Arrependimento/ Valorização da Vida

Por fim, nesta última classe as palavras *hospital, lembrar, arrepender, retornar* refletiram os sentimentos que afloraram após as tentativas de suicídio e o esforço de retomar a vida após evento traumático, o que pode ser deduzido conforme estratos de relatos abaixo:

Pulei da ponte. Então eu caí na água e consegui nadar para cima. Quando cheguei em cima me lembro de gritar, gritar muito. Me senti vivo da silva. (Lírio)

Tudo aquilo ali poderia ser evitado, por isso me arrependi. Mas achei que realmente eu iria morrer. Me lembro que meu pai ficou todo o tempo do lado de fora. Depois vi um monte de gente querendo saber se eu estava bem (Rosa)

Me arrependi amargamente (...) Só me lembro que me levaram para o hospital, mas não via mais nada. (Violeta)

Só me lembro que depois que eu acordei, estava com uma sonda no meu nariz. Perguntei para minha mãe o que tinha acontecido. Ela começou a chorar e começou a perguntar porque eu tinha feito aquilo. Não quero fazer isso mais. (Margarida)

Os relatos evidenciam sentimentos ambivalentes entre os sobreviventes do suicídio. Esses sentimentos denotam alívio e culpa, arrependimento, choque, autoacusação, raiva, vergonha, isolamento, rejeição, dentre outros (FUKUMITSU, 2012).

Ao longo da vida, as pessoas podem fazer escolhas que causem sofrimento, e algumas vezes, o arrependimento. Muitas vezes, a expressão desse sentimento é uma maneira de não mergulhar na dor e sofrer a culpa intensamente. Pelo contrário, é um chamamento para escolher uma nova atitude e retomar a vida (PIERRE, 2007). Deduz-se que o arrependimento imediato em relação às tentativas de autoextermínio foi importante para impedir novos comportamentos auto lesivos.

Poder falar sobre o ocorrido e ser ouvido sem julgamentos indica que a escuta ativa representou uma estratégia eficiente no processo de reconstituição da vida.

Hoje vejo que conversar é a melhor coisa do mundo. Sei que tem muita gente que sofre calado e faz muito bem falar pra alguém. Saber que tem gente que quer nos ouvir e que nos quer bem faz muito bem. (Cravo)

Essa sensação de ter falado com você é muito boa. Foi bom porque pessoas que nem conhece a gente direito possa ajudar e querem me ver bem. (Margarida)

Esse momento que tenho com você deveria ter pra todo mundo que sofre. As faculdades deveriam mostrar a importância disso. Você me ajudou muito com essa conversa. Me ajudou a ver como é bom viver e como é linda a vida. A gente deve aproveitar a vida e ser feliz. (Violeta)

A escuta sobre a tentativa de suicídio pode ajudar o indivíduo a criar e/ou desenvolver suas potencialidades para a reconstituição da sua própria vida. Parte-se do pressuposto que de o ato suicida tem íntima relação com a vivência de situações traumáticas às quais não foi possível dar uma atribuição de sentido na vida. Portanto, a escuta da vivência única e singular que essa pessoa passou se delinea como fundamental para o entendimento do comportamento suicida e para o auxílio desse indivíduo (MACEDO; WERLANG, 2007; WERLANG; MACEDO; KRUGER, 2004).

O sentimento de arrependimento e a necessidade do diálogo como estratégia de recomposição da vida permitem dizer que os indivíduos da pesquisa já se encontravam na fase de reconstituição do sistema, fase final proposta por Betty Neuman. Para ela, essa

reconstituição pode começar em qualquer ponto após o início do tratamento para a invasão dos estressores. Neuman define a reconstituição como o aumento da energia em relação ao grau de reação ao estressor (NEUMAN, 1995. NEUMAN; FAWCET, 2002).

Diversas ações foram realizadas pelos sujeitos da pesquisa na tentativa de reconstituição do próprio sistema - morar fora de casa, casar-se, ter filhos, ingressar na universidade, busca de suporte social e familiar, busca de profissionais, etc. Essas ações podem ser observadas em cada aproximação dos estressores em suas linhas de defesa. O ato suicida, apesar de ter sido apontado como um momento de extremo sofrimento e arrependimento, foi crucial para uma reflexão de uma nova reconstituição de seus sistemas.

Assim, estratégias de acolhimento e escuta qualificada na pós-venção ao suicídio são essenciais para cuidar dos indivíduos a reconstituírem seus sistemas após a experiência de autoextermínio (OMS, 2014).

4.6 INTEGRAÇÃO DOS RESULTADOS

A análise do comportamento suicida de estudantes de enfermagem se dividiu em duas fases (quantitativa e qualitativa), viabilizada pelo método misto. Para explanação e integração dos resultados serão articuladas as fases do estudo como forma de buscar aproximações e distanciamentos entre os dados obtidos.

Na primeira fase participaram 1567 estudantes de enfermagem, o que correspondeu 70,4% do total de estudantes regularmente matriculados do curso. Esse número expressivo de sujeitos permitiu identificar que mais de 13% dos estudantes já tentaram o suicídio, resultado bem superior às porcentagens encontradas em pesquisas em outros países e até mesmo no Brasil.

Observou-se que o perfil suicida é composto em sua maioria por mulheres, jovens – entre 18 e 25 anos e regularmente matriculados no primeiro ano do curso. Além disso, constatou-se que esses estudantes que já tentaram o autoextermínio apresentaram níveis mais elevados de estresse relacionados ao gerenciamento do tempo, ambiente e formação profissional comparados aos estudantes que não passaram pela experiência do suicídio.

O rastreio de transtornos mentais realizado revelou que esses estudantes apresentam níveis mais elevados de comportamentos depressivos, crises de ansiedade,

possibilidade de uso de álcool e drogas, além da presença de atitudes psicóticas (alucinações visuais e auditivas), em comparação com os demais estudantes.

Na última etapa da primeira fase, os resultados revelaram que mais da metade dos estudantes que já tentaram o autoextermínio permaneciam em ideação suicida.

Os resultados dessa primeira fase confirmam os dados apresentados pela Organização Mundial da Saúde que assinala que os jovens possuem alta incidência de suicídio em comparação com outras faixas etárias; que pessoas que apresentam transtornos mentais (ansiedade, depressão, psicoses, etc.) são mais suscetíveis a desenvolverem comportamento suicida e; que pessoas que já tentaram o suicídio são mais suscetíveis a realizarem novas tentativas de autoextermínio.

Na segunda fase, as entrevistas em profundidade que foram realizadas com estudantes que vivenciaram todas as fases do comportamento suicida revelaram um intenso sofrimento psíquico nesses estudantes, desvelou os principais estressores para o comportamento suicida, bem como as estratégias utilizadas no manejo desses fatores de estresse como forma de atenuar suas dores e sofrimentos. Esses estressores puderam ser classificados como intrapessoais (nervosismo, ansiedade, sentimento de culpa, baixa autoestima, excesso de preocupação, decepção com figura paterna, sentimento de rejeição pela mãe, dentre outros), interpessoais (agressão paterna, separação dos pais, ciúmes do namorado, alcoolismo na família, violência doméstica, etc.) e extrapessoais (vizinhança violenta, *bullying* escolar, desemprego, ameaças de morte da família, etc.).

Verificou-se que a família disfuncional contribuiu de maneira decisiva para o desenvolvimento do comportamento suicida. Além disso, foi possível inferir que houve uma mudança significativa nos sentimentos experimentados pelos indivíduos após a tentativa do suicídio, como o arrependimento e a valorização da própria vida.

Em síntese, é possível na integração dos dados, afirmar a multifatorialidade do comportamento suicida nos jovens, ou seja, um fator de estresse ou a confluência de vários fatores (que também puderam ser verificados na primeira fase) podem ser cruciais para o desenvolvimento da ideação, planejamento e o ato suicida. Além disso, o risco de novas tentativas de suicídio entre os jovens que já intentaram contra a própria vida continua elevado, já que os mesmos apresentaram dados significados de traços de depressão, estresse, ansiedade tanto na primeira quanto na segunda fase do estudo.

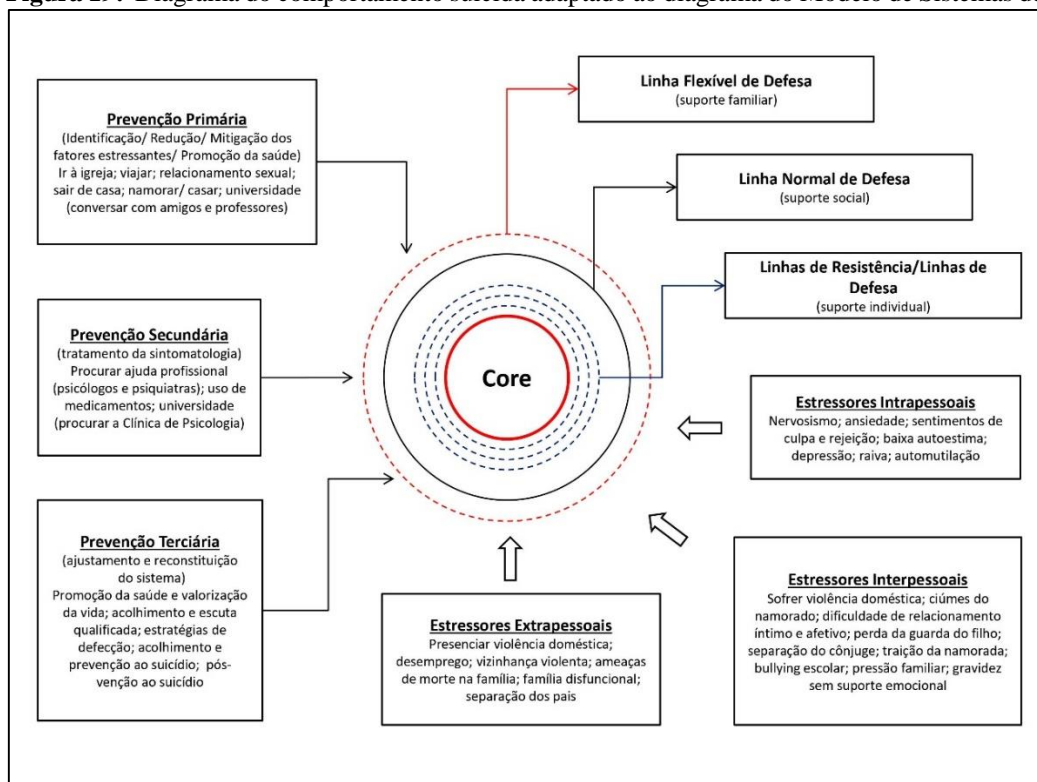
Além disso, pode-se perceber que a universidade esteve presente em diferentes momentos do comportamento suicida dos estudantes. Em algumas situações a universidade foi vista como estratégia da linha normal de defesa dos estudantes, onde

frequentar a faculdade era uma tentativa de reduzir ou mitigar os fatores estressantes encontrados na família ou em outros ambientes externos. Em outros momentos, foi na universidade que o estudante encontrou suporte para enfrentar seus estressores por meio de conversas com amigos e professores, ou em acolhimentos na Clínica de Psicologia da instituição. Isso reforça a importância da universidade no processo complexo do comportamento suicida.

Frente ao exposto, a teoria de Enfermagem dos Modelos de Sistemas de Betty Neuman pode ser uma potente ferramenta na compreensão do comportamento suicida entre estudantes universitários. Os resultados apresentados puderam revelar os principais estressores dos estudantes (estressores intra, inter e extrapessoais), suas principais linhas de defesa e formas de prevenção (primária, secundária e terciária) para lidar com comportamento suicida.

Esses resultados foram sintetizados e apresentados de acordo com o diagrama proposto na Teoria de Enfermagem dos Modelos de Sistemas de Betty Neuman a seguir.

Figura 19: Diagrama do comportamento suicida adaptado ao diagrama do Modelo de Sistemas de Neuman



Fonte: Dados da pesquisa.

5.1. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao avaliar o nível de estresse dos estudantes de enfermagem, concluiu-se que o nível de estresse se eleva ao longo do curso à medida que os semestres transcorrem. Verificou-se, também, que os alunos do primeiro ano do curso apresentaram nível baixo de estresse, enquanto os alunos do último ano apresentaram um nível mais elevado de estresse.

Em relação ao rastreamento de transtornos mentais, estudantes de todos os semestres do curso de Enfermagem apresentaram pontuação sugestiva para algum tipo de perturbação psíquica. Porém, os estudantes do terceiro semestre (início das atividades práticas do curso), quinto semestre (grande quantidade de atividades práticas do curso) e oitavo semestre (último período do curso) tiveram um escore mais elevado. Esses escores indicam que os alunos desses semestres merecem acompanhamento mais atento por parte dos professores e da coordenação do curso.

E em relação ao comportamento suicida mensurado pela escala de Beck, identificou-se que a maior magnitude foi apresentada entre os estudantes mais jovens, mulheres durante os primeiros dois anos do curso. Isso sugere que os alunos já ingressaram abalados e/ou adoecidos psicologicamente na universidade.

Entretanto, não se pode desconsiderar o risco também detectado no período relativo ao início das atividades práticas continuadas. Nesse aspecto, recomenda-se que estratégias de detecção, acolhimento e prevenção ao suicídio devam ser realizadas pelos gestores das universidades em ações articuladas com a família e rede de atenção psicossocial.

A magnitude detectada é preocupante, pois, trata-se de jovens em processo de formação. A situação em foco é um preditor importante para a adoção de medidas preventivas visando a redução das possibilidades de êxito nas tentativas.

Em relação aos principais fatores predisponentes ao ato suicida, o nervosismo, a ansiedade, o sentimento de culpa e/ou rejeição, a baixa autoestima, o nível elevado de ansiedade, a introjeção da normalidade da violência e da submissão da mulher, o machismo, a depressão, a presença de famílias disfuncionais, a violência doméstica, a pressão familiar, as dificuldades de relacionamentos íntimos e afetivos, bem como gravidez sem suporte emocional, traições conjugais, *bullying* escolar, ameaças de morte de membros da família, dentre outros, foram gatilhos centrais para o desenvolvimento de comportamentos suicidas.

Observou-se, também, que esses indivíduos tinham conhecimento de suas limitações para lidar com fatores estressores supracitados, buscaram ajuda tanto na própria família quanto em outras redes de apoio. Porém, ao constatarem que o apoio requerido não foi exitoso, o comportamento suicida foi instalado (ideação, planejamento e o ato suicida).

Outro dado importante observado nesta pesquisa foi que, apesar das exigências da vida universitária somadas ao estresse poder se elevar na vivência acadêmica, a universidade não foi percebida como um fator de risco primordial para o suicídio, embora o estresse das atividades acadêmicas possa se somar a demais fatores. Pode-se dizer que a universidade foi entendida pelos entrevistados como um fator protetivo ao comportamento suicida. Segundo o relato dos estudantes, o apoio dos professores e colegas de turma foram essenciais tanto na ação concreta de evitar o ato suicida quanto no acolhimento na pós-venção ao suicídio.

A interpretação do fenômeno do suicídio por meio da teoria de Betty Neuman, permitiu apreender que a família foi utilizada pelos estudantes como a primeira linha de defesa (linha flexível de defesa) para lidar contra os estressores. Na ineficiência de proteção dessa linha, eles procuram apoio em sua rede social (linha normal de defesa). Por fim, as suas auto percepções negativas (linhas de resistência) foram cruciais para a efetivação do ato suicida.

De acordo com as linhas de defesa propostas pelo Modelo de Sistemas de Neuman, pode-se dizer que a universidade pode desenvolver ações tanto na prevenção primária, quanto secundária e terciária relacionadas ao comportamento suicida dos estudantes.

Sendo assim, na prevenção primária, a universidade tem um papel importante na promoção da saúde, na valorização da vida, identificação, redução ou mitigação dos fatores estressantes do comportamento suicida de seus estudantes. Na prevenção secundária, podem oferecer acolhimento, acompanhamento e escuta ativa com profissionais especializados em saúde mental, bem como encaminhamentos a outros profissionais para o tratamento da sintomatologia relacionada ao comportamento suicida.

Por fim, na prevenção terciária, novamente o acolhimento e a escuta ativa dos estudantes demonstram sua importância aos que já vivenciaram qualquer fase do comportamento suicida (ideação/planejamento/ato suicida).

Torna-se imprescindível que gestores e professores de universidades públicas e privadas reconheçam esses fatores associados ao suicídio de graduandos de enfermagem,

pois poderão realizar medidas de prevenção e combate ao suicídio, melhorando o ambiente acadêmico, social e de saúde como um todo.

Recomenda-se que estratégias de detecção, acolhimento e prevenção ao suicídio sejam realizadas pelos gestores das universidades e articuladas à família e a rede de atenção psicossocial desses jovens desde o primeiro semestre letivo do curso. Isso se torna necessário, pois foi constatado que muitos estudantes ingressam no ensino superior com sofrimento psíquico e histórias prévias de tentativas de suicídio.

Além disso, as universidades necessitam desenvolver estratégias interdisciplinares de informação, comunicação, sensibilização e escuta ativa dos estudantes universitários sobre o comportamento suicida; organizar linhas de cuidados integrais de promoção da saúde mental, prevenção ao suicídio, tratamento de crises suicidas e recuperação pós tentativas de suicídio; identificar a prevalência de estressores e determinantes que possam desencadear o comportamento suicida entre os universitários e buscar, junto à eles, ações protetivas de prevenção ao suicídio; fomentar estratégias de fortalecimento da universidade como redes de apoio importante ao estudante em sofrimento psíquico e; oferecer capacitações à professores e funcionários que envolvam o acolhimento e a escuta ativa como estratégias de manejo do comportamento suicida.

Por fim, a questão da pós-venção ao suicídio a esses estudantes também merece especial destaque. Foi evidente que a tentativa de suicídio ficou gravada na memória de cada um que experienciou tal situação, por mais que digam que se arrependam do ato. E a deterioração das relações interpessoais no mundo moderno pode ser um fator de desencantamento e desilusão da vida, predispondo-os à novas tentativas de suicídio. Essas tentativas destroem sonhos, expectativas, vínculos afetivos e, por esse motivo, a pós-venção ao suicídio torna-se imprescindível para a reconstituição da vida. Nesse momento, o “estar junto” na dor, na tristeza, nas possíveis faltas de respostas é fundamental na vida dessas pessoas.

Nós, profissionais envolvidos no auxílio das pessoas que já passaram pela tentativa de suicídio, precisamos trabalhar com sensibilidade para que essas pessoas possam ter clareza dos próximos passos que precisam tomar em relação a própria vida.

Esse foi um dos maiores estudos que abordou as tentativas de suicídio entre estudantes de enfermagem no Brasil. Embora apresente como fator limitador o fato de ter sido realizado em apenas um campo de estudo, espera-se que os resultados dessa pesquisa além de contribuir para a compreensão do fenômeno do suicídio entre os estudantes de enfermagem, também auxiliem os enfermeiros na qualificação das equipes

de trabalho, seja no ambiente educacional, nos serviços de emergência e urgência, orientações e acolhimento às famílias de jovens que apresentam comportamento suicida.

A limitação do estudo decorre da metodologia utilizada, ou seja, um corte transversal em que se conhece apenas o período estudado, não permitindo conhecer com antecedência a evolução do comportamento suicida. Entende-se também, que a realização do estudo em apenas uma instituição de caráter privado, não seja suficiente para demonstrar a tendência do fenômeno entre jovens estudantes de enfermagem.

Sendo assim, na agenda de estudos futuros, propõem-se realizar pesquisas que aprofundem a discussão das diversas variáveis que auxiliem na melhor compreensão desse complexo problema, além de desenvolver instrumentos que possam auxiliar na aplicação do Modelo de Sistemas de Betty Neuman em relação ao comportamento suicida em outros contextos, como demonstrado nesta pesquisa no contexto acadêmico.

REFERÊNCIAS

ADORNO, R. El fin de la persona. *In: Bioética y dignidade de la persona*. Madrid: Editorial Tecnos: Madrid, p. 145-172, 1998.

ALDRIGE, D. Family interaction and suicidal behaviour: a brief review. **Journal of Family Therapy**. v. 6, p. 309-322, 1984.

ALEXANDRINO-SILVA, C.; PEREIRA, M.L.; BUSTAMANTE, C.; FERRAZ, A.; BALDASSIN, S.; ANDRADE, A.G. et al. Suicidal ideation among students enrolled in healthcare training programs: a cross-sectional study. **Rev. Bras. Psiquiatr**. v. 31, n. 4, p. 338-344, 2009.

ALMEIDA, L.Y.; CARRER, M.O.; SOUZA, J.; PILLON, S.C. Avaliação do apoio social e estresse em estudantes de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. v. 1, n. 52, p. e03405, 2018.

ALVES, P. C. et al. Application of Neuman nursing process in the identification of stressors presents in the daily after mastectomy: a qualitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing**. v. 9, n. 1, 2010.

ALVI, T.; ASSAD, F.; RAMZAN, M.; KHAN, F.A. Depression, anxiety and their associated factors among medical students. **J. Coll. Physicians Surg. Pak – JCPSP**. v. 20, n. 2, p. 122-126, 2010.

AMERICAN COLLEGE HEALTH ASSOCIATION (ACHA). **National College Health Assessment II: Reference group executive summary**. Hanover, USA: Spring, 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. **American Psychiatric Association**, v. 160, n. 11, p. 1-60, 2010.

ANTON, J.; VAN HOOFF, L. A Historical Perspective on Suicide. *In: Comprehensive Textbook of Suicidology*. New York, London: The Guilford Press, 2000.

ARAGAO, S. R. **História do suicídio: Aspectos culturais, socioeconômicos e filosóficos.** Disponível em: <<http://www.consultoriapsi.net/news/historia-do-suicidio-aspectos-culturais-socioeconomicos-e-filosoficos/>> Acesso em: 05 de abril de 2020.

ASSIS, S.G.; AVANCI, J.Q. **Labirinto de espelhos: Formação da autoestima na infância e na adolescência.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DIRIGENTES DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (ANDIFES). **V Pesquisa Nacional do Perfil Socioeconômico e Cultural dos (das) Graduandos (as) das IFES – 2018.** Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis – FONAPRACE, Universidade Federal de Uberlândia – UFU, 2018.

AZENHA, S.; PEIXOTO, B. Suicídio, cultura e religião. *In: SARAIVA, Carlos Braz; PEIXOTO, Bessa; SAMPAIO, Daniel. In: Suicídio e Comportamentos Autolesivos: Dos conceitos à prática clínica.* Lisboa: Lidel, p. 3-13, 2014.

BAADER, M. T.; ROJAS, C.; MOLINA, F.J.L.; GOTELLI, V.M.; ALAMO, P.C.; FIERRO, F., et al. Diagnostic of the prevalence of mental health disorders in college students and associated emotional risk factors. **Rev. chil. neuro-psiquiatr.** v. 52, n. 3, p. 167-176, 2014.

BALDASSIN, S.; SILVA, N.; ALVES, T.C.T.F. CASTALDELLI-MAIA, J.M.; BHUGRA, D.; NOGUEIRA-MARTINS, M.C. et al. Depression in medical students: cluster symptoms and management. **J Affect Disord.** v. 150, n. 1, p. 110-114, 2013.

BACA GARCIA, E.; AGUILAR GARCIA-ITURROSPE, E. Suicídio. *In: Tratado de Psiquiatria.* v. II, cap. 93, p. 1445-1456, 2000.

BAK, L.K.; SCHOUSBOE, A.; WAAGEPETERSEN, H.S. The glutamate/GABA-glutamine cycle: aspects of transport, neurotransmitter homeostasis and ammonia transfer. **J Neurochem.** v. 98, n. 3, p. 641-653, 2006.

BAPTISTA, V.M. **Planejamento social: intencionalidade e instrumentação**. São Paulo: Veras, 2007.

BARRY, C.T.; GRAFEMAN, S.J.; ADLER, K.K.; PICKARD, J.D. The relations among narcissism, self-esteem, and delinquency in a sample of at-risk adolescents. *Journal of Adolescence*, v. 1, n. 30, p. 933-942, 2007.

BAUMRIND, D. Effects of authoritative parental control on child behavior. **Child Development**. vol. 1, n. 37, p. 887-907, 1966.

BENAVENTE, S.B.T.; SILVA, R.M.; HIGASHI, A.B.; GUIDO, L.A.; COSTA, A.L.S. Influence of stress factors and socio-demographic characteristics on the sleep quality of nursing students. **Rev Esc Enferm USP**. v. 9, n. 9, p. 9937-9944, 2015.

BENJAMINSEN, S.; KRARUP, G.; LAURISTEN, R. Personality, parental rearing behaviour and parenta loss in attempted suicide: a comparative study. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. v. 82, n. 5, p. 389-397, 1990.

BLUMENTHAL, S.J. Youth suicide: risk factors, assessment, and treatment of adolescent and Young adult suicidal patients. **Psychiatr Clin North Am**. v. 13, n. 1, p. 511-556, 1990.

BOLSONI, L.M. Avaliação da Fidedignidade e Validade do Mini-Rastreo de Transtornos Mentais (RTM). Dissertação de Mestrado. **Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**. Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento. São Paulo, 2016.106p

BONDY, B.; BUETTNER, A.; ZILL, P. Genetics of suicide. **Neuroscience**. v. 1, n. 11, p. 336-351, 2006.

BONETE PERALES, E. Muerte, Libertad, Suicídio: La filosofía como preparación para la muerte. *In: Cuadernos Salmatinos de Filosofía*. Universidad Pontificia de Salamanca, 2002.

BORTOLATO, M.; PIVAC, N.; MUCK SELER, D.; NIKOLAC PERKOVIC, M.; PESSIA, M.; DI GIOVANNI, G. The role of the serotonergic system at the interface of aggression and suicide. **Neuroscience**. v. 1, n. 236, p. 160-185, 2013.

BOTEGA, N.J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. 1ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA N.J.; Marín-León, L.; Oliveira, H.B., et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2632-2638, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira INEP. **ENADE: relatório síntese da área de Enfermagem 2016**, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde**. v. 48, n. 30, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018**. v. 50, n. 1: 2019.

_____. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico. Informativo epidemiológico de violência autoprovocada no Distrito Federal**. Ano 2. v.1, 2019.

BRENT, D. A.; MANN, J.J. Family genetic studies, suicide and suicide behaviour. **Am J Med Genet C: Semin Med Genet**. v. 1, n. 133, p. 13-24, 2005.

BRUNER, J. **Atos de Significação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BUBLITZ, S. **Estresse em Discentes de Enfermagem de Quatro Instituições Brasileiras**. 2014. 89 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria - RS, 2014.

BUBLITZ, S.; GUIDO, L.A.; LOPES, L.F.D.; FREITAS, E.O. Associação entre estresse e características sociodemográficas e acadêmicas de estudantes de enfermagem. **Texto contexto – enferm.** v. 25, n. 4, p. e2440015, 2016.

CAEIRO, V.S.R. **Morte Voluntária - Sui Caedes**. Dissertação (Mestrado em Medicina Legal). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar ICBAS. Universidade do Porto, 2011.

CAMARGO, R.M.; SOUSA, C.O.; OLIVEIRA, M.L.C. Prevalence of cases of depression in nursing students in an institution of higher education in Brasilia. **REME rev. min. enferm.** v. 18, n. 2, p. 392-403, 2014.

CARDOSO, A.L. Neurobiologia e genética do comportamento suicida. *In: SARAIVA, Carlos Braz; PEIXOTO, Bessa; SAMPAIO, Daniel. In: Suicídio e Comportamentos Autolesivos: Dos conceitos à prática clínica.* Lisboa: Lidel, p. 55-68, 2014.

CARDOSO, J.; VERÍSSIMO, M. Estilos parentais e relações de vinculação. **Análise Psicológica.** v. 1, n. 4, p. 393-406, 2013.

CARRANZA, F.D.; YOU, S.; CHHUON, V.; HUDLEY, C. Mexican American students' academic achievement and aspirations: The role of perceived parental educational involvement, acculturation, and self-esteem. **Adolescence**, v. 44, n. 174, p. 313-333, 2009.

CASSONI, C. **Estilos parentais e práticas educativas parentais: revisão sistemática e crítica da literatura**. Dissertação (mestrado em Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil, 2013.

CASTEL, R. **Os marginais da história**. *Ser Social*, v. 3, p. 55-66, 1998.

CESTARI, V.R.F.; BARBOSA, I.V.; FLORÊNCIO, R.S.; PESSOA, V.L.M.P.; MOREIRA, T.M.M. Stress in nursing students: study on sociodemographic and academic vulnerabilities. **Acta Paul Enferm.** v. 30, n. 2, p. 190-196, 2017.

CHAPMAN, A.L. GRATZ, K.L. BROWN, M.Z. Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. **Behaviour Research and Therapy.** v. 44, n. 3, 2006.

CHOUDARY, P.V.; MOLNAR, M; EVANS, S.J.; TOMITA, H; LI, J.Z.; VAWTER, M.P et al. Altered cortical glutamatergic and GABAergic signal transmission with glial involvement in depressions. **Proc Natl Acad Sci USA.** v. 102, n. 43, p. 15653-8, 2005.

COHEN, E.D. El suicídio condena o defensa? Los argumentos filosóficos em torno de la muerte voluntária. *In: AGORA – Papeles de Filosofía.* v. 19, n. 2, p. 107-126, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia.** Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2013.

COSTA, C.R.B.; OLIVEIRA, L.B.; MAYNART, W.H.C.; ALBUQUERQUE, M.C.S.; CORREIA, D.S. Percepções de discentes de enfermagem sobre fatores geradores de estresse durante a graduação. **Rev RENE.** v. 1, n. 19, p. e3442, 2018.

COSTA, A.L.S; POLAK, C. Construção e Validação de Instrumento para Avaliação do Estresse em Estudantes de Enfermagem (AEEE). **Rev Esc Enferm USP.** v. 1, n. 43(Esp), p. 1017-1026, 2009.

CREMASCO, G.S.; BAPTISTA, M.N. Depression, reasons for living, and the meaning of suicide in Psychology undergraduates. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia.** v. 8, n. 1, p. 22-37, 2017.

CREPET, P. **A dimensão do vazio:** os jovens e o suicídio. Porto: Ambar, 2000.

CROSS, J.; NEUMAN, B. In: George J.B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4ª ed. Tradução Ana Maria Vasconcellos Thorell. Porto Alegre: Artmed; 2000.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em Português das Escalas de Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DAL-FARRA, R.A.; LOPES, P.T.C. Métodos mistos de pesquisa em educação: Pressupostos teóricos. **Nuances: Estudos sobre Educação**, v.24, p. 67-80, 2013.

DSM IV. **Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DURKHEIM, E. Le suicide. Alcan: Paris. (1897). Trad. Port. **O suicídio**. Editorial Presença; 1977.

DUTRA, E. University student's suicide: existential emptiness in contemporary times. **Estud. Pesqui. Psicol.** v. 12, n. 3, p. 924-937, 2012.

DWIVEDI, Y. Brain-derived neurotrophic factor: role in depression and suicide. **Neuropsychiatr Dis Treat.** v. 1, n.5, p. 433-49, 2009.

EGELAND, J.; SUSSEX, J. Suicide and Family loading for affective disorders. **Journal of the American Medical Association.** n. 254, p. 915-918, 1985.

EINSENBURG, D.; GOLLUST, S.; HEFNER, J. Prevalence and Correlates of Depression, Anxiety, and Suicidality among University Students. **American Journal of Orthopsychiatry.** v. 77, n. 4, p. 534-542, 2007.

ERNST, C.; MECHAWAR, N.; TURECKI, G. Suicide neurobiology. **Progr Neurobiol.** v. 89, n. 4, p. 315-333, 2009.

ERNST, C.; RUJESCU, D.; GIEGLING, I. The genetics of neurosystems in mental ill-health and suicidality: beyond serotonin. **Eur Psychiatry.** v. 25, n. 5, p. 272-274, 2010.

FIORI, L.M.; TURECKI G. Broadening our horizons: gene expression. Profiling to help better understand the neurobiology of suicide and depression. **Neurobiol Dis.** v. 45, n. 1, p. 14-22, 2012.

FLORENZANO, R.U.; VALDÉS, M.C.; CÁCERES, E.C.; SANTANDER, S.R.; ASPILLAGA, C.H.; MUSALEM, C.A. Relación entre ideación suicida y estilos parentales en um grupo de adolescentes chileno. **Rev Med Chile.** v. 1, n. 139, p. 1529-1533, 2011,

FRAZÃO, P.; SANTOS, J.C.; SAMPAIO, D. Família e suicídio. In: *SARAIVA, Carlos Braz; PEIXOTO, Bessa; SAMPAIO, Daniel. In: Suicídio e Comportamentos Autolesivos: Dos conceitos à prática clínica.* Lisboa: Lidel, p. 135-143, 2014.

FREIRE, T.; TAVARES, D. Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. **Revista de Psiquiatria Clínica,** v. 38, n. 5, p. 184-188, 2011.

FREITAS, AC.M.; MALHEIROS, R.M.M.; LOURENÇO, B.S.; PINTO, F.F.; SOUZA, C.C.; ALMEIDA, A.C.L. Fatores intervenientes na qualidade de vida do estudante de enfermagem. **Rev enferm UFPE online.** v. 12, n. 9, p. 2376-2375, 2018.

FREUD, S. **Deuil et mélancolie in Métapsychologie.** Paris: Gallimard, 1917.

FUKUMITSU, K.O. **Suicídio e Gestalt-terapia.** São Paulo: Digital Publish & Print Editora, 2012.

FUREGATO, A.R.F.; SANTOS, J.L.F.; SILVA, E.C. Depression among nursing students associated to their self-esteem, health perception and interest in mental health. **Rev. latinoam. enferm.** v. 16, n. 2, p. 198-204, 2008.

GEORGE, J. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional.** Trad. Ana Maria Vasconcelos Thorell. – 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GIL, N.P. Abordagem Psicofarmacológica da Ideação Suicida. *In: Comportamentos Suicidários em Portugal*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2006.

GÓMEZ-BUSTAMANTE, E.M.; COGOLLO, Z. Factores predictores relacionados con el bienestar general en adolescentes estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*, v. 12, n. 1, p. 61-70, 2010.

GONÇALVES, L. R. C.; GONÇALVES, E.; JÚNIOR, L. B. O. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. *Nova Economia Belo Horizonte*. v. 21, n. 2, p. 281-316, 2011.

GONÇALVEZ, A.M.; SEQUEIRA, C; DUARTE, J.C.; FREITAS, P.P. Ideação suicida em estudantes do ensino superior politécnico: influência de algumas variáveis sociodemográficas, acadêmicas e comportamentais. *Millenium*. v.1, n. 47, p. 191-203, 2014.

GONÇALVES, T.R.; PAWLOWSKI, J. BANDEIRA, D. PICCININI, C.A. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciênc Saúde Coletiva*. v. 16, n. 3, p. 1755-1769, 2011.

GUERREIRO, D.; SANTOS, N. **Suicídio**. No prelo, 2013.

GVION, Y; HORESH, N.; LEVI-BELZ, Y, APTER, A. A proposed model of the development of suicidal ideations. *Comprehensive Psychiatry*. v. 56, n. 6, p. 93-102, 2015.

HAIR, E.C.; GRAZIANO, W.G. Self-esteem, personality and achievement in high school: A prospective longitudinal study in Texas. *Journal of Personality*, v. 71, n. 6, p. 971-994, 2003.

HARARI, Y.N. **Sapiens: uma breve história da humanidade**. Porto Alegre: L&PM, 2015.

HARTER, S.L.; VANECECK, R.J. Cognitive assumptions and longterm distress in survivors of childhood abuse, parental alcoholism, and dysfunctional family environments. **Cognit Ther Res.** v. 24, n. 4, p. 445-472, 2000.

HAYES, S.C.; WILSON, K.G.; GIFFORD E.V.; FOLLETE, V.M.; STROSAHL, K. Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. **Journal of Consulting and Clinical Psychology.** v. 64, n. 6, p. 1152-1168, 1996.

HIRSCH, C.D.; BARLEM, E.L.D.; ALMEIDA, L.K.; TOMASCHEWSKI-BARLEM, J.G.; LUNARDI, V.L.; RAMOS, A.M. Fatores percebidos pelos acadêmicos de enfermagem como desencadeadores do estresse no âmbito formativo. **Texto contexto enferm.** v. 27, n. 1, p. e0370014, 2018.

HOLLEMBECK, J.; DYL, J.; SPIRITO, A. Social Factors: Family Functioning. *In* **Evaluating and Treating Adolescent Suicide: From Research to Practice.** San Diego: Academic Press., 2003.

KLEMPAN, T.A.; SEQUEIRA, A.; CANETTI, L.; LALOVIC, A.; ERNST, C.; FFRENCH-MULLEN, J. Altered expression of genes involved in ATP biosynthesis and GABAergic neurotransmission in the ventral pré-frontal córtex of suicides with and without major depression. **Mol Psychiatry.** v. 14, n. 2, p. 175-189, 2009.

KLONSKY, E.D. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. **Clin Psychol Rev.** v. 27, n. 1, p. 226-239, 2007.

KOLSKY, R.; SILBURN, S.; ZUBRICK, S. Are Children and Adolescents Who Have Suicidal Thoughts Different From Those Who Attempt Suicide? **J Nerv Ment Dis.** v. 178, n. 1, p. 38-43, 1990.

KREITMAN, N. **Parasuicide.** London: Wiley, 1977.

LABRAGUE, L.J. Stress, stressors, and stress responses of student nurses in a government nursing school. **Health Sci J.** v. 7, n. 4, p. 424-435, 2013.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer; 1984.

LEAL, S.M.H.C. **Ideação suicida e suporte social nos estudantes de licenciatura de enfermagem em Coimbra** (dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Portugal, 2013. 72p.

LEAL, S.C.; SANTOS, J.C. Suicidal behaviors, social support and reasons for living among nursing students. **Nurse. Educ. Today**. v. 1, n. 36, p. 434-438, 2016.

LESTER, D. Experience of parental loss and later suicide: data from published biographies. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. v. 79, n. 5, p. 450-452, 1989.

LIMA, R. Os suicídios e a universidade produtivista. **Revista Espaço Acadêmico**. v.1, n. 149, p. 78-86, 2013.

LIRIA, A.F.; VEJA, B.R. **Intervención en Crisis**. Madrid: Editorial Sintesis, 2002.

MACEDO, M.M.K.; WERLANG, B.S.G. Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. **Ágora**. v. 10, n. 1, 2007.

MACHADO, A.S. Prevalência do uso do álcool e tabaco por enfermeiros de um Hospital Universitário. Dissertação (mestrado em Enfermagem). **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade de Brasília**, Brasília, 2016. 113 p.

MACHADO, F.P.; SOARES, M.H.; MASTINE, J.S. A rede social de indivíduos pós-tentativa de suicídio: o ecomapa como recurso. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, v. 10, n. 3, p. 159-166, 2014.

MACCOBY, E.E.; MARTIN, J.A. Socialization in the contexto of the family: parent-child interaction. **Handbook of Child Psychology**. v. 4, New York: Wiley, 1983.

MACÍAS, E.F.S.; CAMARGO, Y.S. Factors associated with suicidal ideation in college students. **Psychol. Av. Discip.** v. 9, n. 1, p. 71-81, 2015.

MALHOTA, N.K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada.** Porto Alegre: Bookman, 2001.

MANGUEIRA, S. O.; LOPES, M.V.O. Família disfuncional no contexto do alcoolismo: análise de conceito. **Rev. bras. enferm.**, v. 67, n. 1, p.149-154, 2014.

MANN, J.J. Neurobiology of suicidal behaviour. **Nat Rev Neurosci.** v. 1, n.4, p. 819-828, 2003.

MANN, J.J. The neurobiology of suicide. **Nature medicine**, v. 1, n. 4, p. 25-30, 1998.

MARTIN, G.; ROZANES, P.; PEARCE, C.; ALISSON S. Adolescent suicide, depression and family dysfunction. **Acta Psychiatrica Scandinavica.** v. 92, n. 5, p. 336-344, 1995.

MATOS, C. **Comunicação ao XVI Encontro da Adolescência.** Lisboa, 2008.

MEDEIROS, M. M. Concepções históricas sobre a morte e o morrer. **Outros Tempos.** v. 5, n. 6, p. 152-172, 2008.

MELEIRO, A.M.A.S. A complexidade multidimensional no processo suicida. **RBM. Especial Neuropsiquiatria.** v. 70, n. 3, p. 12-24, 2013.

MENDES, I. **O suicídio na Idade Média**, 2011. Disponível em: <<http://www.ibamendes.com/2011/03/o-suicidio-na-idade-media.html>>.

MINOIS, G. **História do Suicídio. A sociedade ocidental perante a morte voluntária.** Trad. do francês de Serafim Ferreira. Lisboa: Editorial Teorema, 1998.

MONTEIRO, C.A.S.; FIRMINO, A.G.; NASCIMENTO, D.A.C. SILVA, J.M. Assigned by the feeling of nursing student in final graduation. **Saúde (Santa Maria).** v. 41, n. 2, p. 53-62, 2015.

MOREIRA, N.A.C. Factores de Risco associados à Ideação Suicida. Dissertação (mestrado em Psicologia). **Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho**. Portugal, 2009. 131p.

MOTA, N.I.F.; ALVES, E.R.P.; LEITE, G.O.; SOUSA, S.M.A.; FERREIRA FILHA, M.O.; DIAS, M.D. Estresse entre graduandos de enfermagem de uma universidade pública. **Rev Eletrônica Saúde Mental Alcool Drog.** v. 12, n. 3, p. 163-170, 2016.

MOTA, A.A. Análise Cartográfica Multiescalar do Suicídio na América Latina e Caribe. **Espaço & Geografia.** v. 18, n. 2, p. 279-301, 2015.

NASCIMENTO, I.M.C; DIAZ, M; RUIZ, D. Comportamento suicida em estudantes de enfermagem do campus Senador Helvídio Nunes Barros. **ACADEMO Revista de Investigación em Ciencias Sociales Y Humanidades.** v. 3, n. 1, 2016.

NEUMAN, B. **Betty Neuman's Theory**, 2008. Disponível em: <<http://newmantheory.blogspot.com/2008/07/betty-neumans-systems-model.html>>

NEUMAN, B. **The Neuman system model**. 3. Ed. Stamford, CT: Appleton & Lange; 1995.

NEUMAN, B.; FAWCETT, J. **The Neuman systems model**. 4. Ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2002.

NEUMAN, B; FAWCETT, J. **The Neuman Systems Model**. 5. Ed. Prentice Hall; 2010.

NEVES, E.L.N. Modelos Psicológicos. In: *SARAIVA, Carlos Braz; PEIXOTO, Bessa; SAMPAIO, Daniel. In: Suicídio e Comportamentos Autolesivos: Dos conceitos à prática clínica*. Lisboa: Lidel, p. 69-76, 2014.

NUTBEAN, D. Health promotion glossary. **Health Promot Internation.** v. 13, n. 4, p. 349-364, 1998.

OLIVEIRA, V.M; MARTINS, M.F; VASCONCELOS, ACF. Entrevistas em Profundidade na Pesquisa Qualitativa em Administração: pistas teóricas e metodológicas. **SIMPOI**, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Organização Mundial da Saúde. Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. **Suicide**. Genebra: WHO; 1998.

_____. **Classificação de Transtornos Mentais do Comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

_____. **Prevención del suicídio: un imperativo global**. 2014.

_____. World Health Statistics 2017: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. **World Health Organization**. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/>

_____. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO. 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=743798D20BDB9081B6E51127CF2B45D8?sequence=1>

ORES, L.C; QUEVEDO, L.A; JANSEN, K. et al. Risco de Suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. **Cad. Saúde Pública**. v. 28, n. 2, p. 305-312, 2012.

PADOVANI, R.C.; NEUFELD, C.B.; MALTONI, J.; BARBOSA, L.N.F.; SOUZA, W.F.; CAVALCANTI, H.A.F.; LAMEU, J.N. Vulnerabilidade e bem-estar psicológicos do estudante universitário. **Rev Bras Terapias Cognitivas**. v. 10, n. 1., p. 2-10, 2014.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

PEREIRA, F.G.F.; CALDINI, L.N.; MIRANDA, M.C.; CAETANO, J.A. Assessment of stress in the inclusion of nursing students in hospital practice. **Invest Educ Enferm.** v. 32, n. 3, p. 430-437, 2014.

PEREIRA, A.G. CARDOSO, F.S. Ideação suicida na população universitária: uma revisão de literatura. **Revista E-Psi.** v. 5, n. 2, p. 16-34, 2015.

PESCOSOLIDO, B. Suicide and the role of Family over the life course. **Family Perspectives.** v. 1, n. 24, p. 41-60, 1990.

PIERRE, C.M.M. Erros, culpa e arrependimento. **Id on line Revista de Psicologia.** v. 1, n. 2, 2007.

PITTS, F.; WINOKUR, G. Affective Disorder: III. Diagnostic correlates and incidence of suicide. **J Nerv Ment Dis.** v. 1, n. 139, p. 159-161, 1964.

POLIT, D.F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRETO, V.A.; GARCIA, V.P.; ARAÚJO, L.G.; FLAUZINO, M.M.; TEIXEIRA, C.C.; PARMEGIANE, R.S.; CARDOSO, L. Percepção de estresse nos acadêmicos de Enfermagem. **Rev enferm UFPE online.** v. 12, n. 3, p. 708-715, 2018.

QUARTILHO, M. Contextos sociais e interpessoais. *In: SARAIVA, Carlos Braz; PEIXOTO, Bessa; SAMPAIO, Daniel. In: Suicídio e Comportamentos Autolesivos: Dos conceitos à prática clínica.* Lisboa: Lidel, p. 15-31, 2014.

QUENTAL, I.A. **Tentativas de suicídio: construindo dispositivos de prevenção um desafio para o SUS.** Disponível em <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4144>

REYES-RODRÍGUEZ, M.; RIVERA-MEDINA, C.; CÁMARA-FUENTES, L.; SUÁRES-TORRES, A.; BERNAL, G. Depression symptoms and stressful life events

among college students in Puerto Rico. **Journal of Affective Disorders**. v. 145, n. 3, p. 324-330, 2012.

RICHMAN, J. The Family Therapy of Suicidal Adolescents: Promises and Pitfalls. *In*: Sudak, Fort e Rushforth. **Suicide in the Young**. Littleton: Wright, PSG, 1984.

RODRIGUES, J. et al. Uso da criatividade e da tecnologia no ensino da crise em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-15, 2010.

RODRIGUES, E.O.L.; MARQUES, D.A.; LOPES NETO, D.; MONTESINOS, M.J.L.; OLIVEIRA, A.S.A. Stressful situations and factors in students of nursing in clinical practice. **Invest Educ Enferm**. v. 34, n. 1, p. 211-220, 2016.

RUDD, M.D. The suicidal mode: a cognitive-behavioral model of suicidality. **Suicide & Life Threatening Behavior**. v.1. n. 30, p. 18-33, 2000.

RUDD, M.; JOINER, T.; RAJAB, M. **Treating Suicidal Behavior**. New York: Guilford Press, 2001.

SA, S. D.; WERLANG, B.S.G.; PARANHOS, M. E. Intervenção em crise. **Rev. bras.ter. cogn. [online]**. v. 4, n.1, 2008

SAMPAIO, D. **Ninguém morre sozinho – o adolescente e o suicídio**. 1. Ed. Lisboa: Editorial Caminho, 1991.

SAMPAIO, D. **Ninguém morre sozinho – o adolescente e o suicídio**. 9. Ed. Lisboa: Editorial Caminho, 2002.

SÁNCHEZ, J.I.R.; AMOR, J.L.M. **Intervención Psicológica en las Catástrofes**. Madrid: Editorial Síntesis, 2005

SANTANA, L.L.; BELJAKI, W.D.; GOBATTO, M.; HAEFFNER, R.; ANTONACCI, M.H.; BUZZI, J.A.P. Estresse no cotidiano de graduandos de enfermagem de um instituto federal de ensino. **Ver Enferm Centro-Oeste Mineiro**. v.1, n. 8, p. e2738, 2018.

SANTOS, H.G.B. et al. Fatores associados à presença de ideação suicida entre universitários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, n. e2878, 2017.

SANTOS, N.; NEVES, E.L. Adolescência e comportamentos suicidários. *In: SARAIVA, Carlos Braz; PEIXOTO, Bessa; SAMPAIO, Daniel. In: Suicídio e Comportamentos Autolesivos: Dos conceitos à prática clínica*. Lisboa: Lidel, p. 225-240, 2014.

SANTOS, N.; SAMPAIO, D. Adolescentes em risco de suicídio: a experiência do Núcleo de Estudos do Suicídio. **Psiquiatria Clínica**. v. 18, n. 3, p. 187-194, 1997.

SARAIVA, C. **Estudos sobre o para-suicídio – o que leva os jovens a espreitar a morte**. Redshore: Indústria Gráfica, 2006.

SARAIVA, C.B. *In: Prefácio a Suicídio nas Prisões*. Porto: Legis Editora; 2010.

SARAIVA, C. B.; GIL, N. P. Conceitos e limites em suicidologia. *In: Suicídio e Comportamentos Autolesivos: Dos conceitos à prática clínica*. Lisboa: Lidel, p. 41-54, 2014.

SCHRAML, K.; PERSKY, A.; GROSSI, G.; SIMONSSON-SARNECKI, M. Stress symptoms among adolescents: The role of subjective psychosocial conditions, lifestyle and self-esteem. *Journal of Adolescence*, v. 1, n. 34, p. 987-996, 2011.

SÉLOSSE, J. **Adolescence, violences et déviances**. Paris: Matrice, 1997.

SEQUEIRA, A.; MAMDANI, F.; ERNST, C.; VAWTER, M.P; BUNNEY, W.E.; LEBEL, V et al. Global brain gene expression. Analysis link glutamatergic and GABAergic alterations to suicide and major depression. **PLoS One**. v. 4, n. 8, e6585, 2009.

SILVA, K.F.A; ALVES, M.A; COUTO, D.P. Suicídio: uma escolha existencial frente ao desespero humano. **Pretextos – Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**. v. 2, n. 1, 2016.

SILVA, L.L.T.; MADEIRA, A.M.F. Tentativa de autoextermínio entre adolescentes e jovens: uma análise compreensiva. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v. 1, n. 4, p. 1281-1289, 2014.

SILVA, T.O.; SILVA, L.T.G. The social, cognitive and affective impacts at the generation of teenagers connected to the digital Technologies. **Rev. psicopedag.** v. 34, n. 103, p. 87-97, 2017.

SHEFTALL, A.H.; MATHIAS, C.W.; FURR, R.M.; DOUGHERTY, D.M. Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. **Attach Hum Dev.** v. 1, n. 4, p. 368-383, 2013).

SHNEIDMAN, E.S. **Definition of Suicide**, New York: Wiley, 1985.

SHNEIDMAN, E.S. A theoretical cubic model of suicide. *In: A Psychological Approach to Suicide. Cataclysms, Crises and Catastrophes: Psychology in Action*. Washington, DC: American Psychological Association; 1987.

SHNEIDMAN, E.S. Suicide as a psychache. **J Nerv Ment Dis.** v. 181, n.1, p. 145-147, 1993.

SOUZA, R.B.; ÁVILA, L.T. Ideação Suicida: uma avaliação da saúde mental de infratores presos. **Seminário Estudantil de Produção Acadêmica**. v. 11, n. 1, 2007.

SOWISLO, J.F.; ORTH, U. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. **Psychological Bulletin**, v. 139, n. 1, p. 213-240, 2013.

STENGEL, E. **Suicide and Attempted Suicide**. Harmondsworth: Penguin Books; 1964.

STEIGER, A.E.; ALLEMAND, M.; ROBINS, R.W.; FEND, H.A. Low and decreasing self-esteem during adolescence predict adult depression two decades later. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 106, n. 2, p. 325-338, 2014.

SUDAK, H.S. Suicide. *In: Kaplan e Sadock's. Comprehensive Textbook of Psychiatry*. v. II. 8ª Ed., New York: Lippincott Williams e Wilkins, p. 2442-2453, 2005.

SUYEMOTO, K.L. The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*. v. 18, n. 5, p. 531-554, 1998.

TERUEL, DS.; MARTINEZ, J.A.; LEÓN, A.G. Psychological variables associated with suicidal ideation in students. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. v. 14, n. 2, p. 277-290, 2014.

TOMORI, M.; KIENHORST, W.; DE WILDE, J. Suicidal behaviour and family factors among Dutch and Slovenian high school students: a comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. v. 1, n. 104, p. 198-203, 2001.

TRINDADE, E.M.V.; COSTA, L.F. Considerações sobre a resiliência de adolescentes filhos de alcoolistas no contexto familiar. *Com Ciências Saúde*. v. 24, n. 2, p. 179-188, 2012.

TOMEY A.M, ALLIGOOD M.R. *Teóricas de Enfermagem e sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. 5. ed. Portugal: Lusociência, 2004.

VAN HEERINGEN, C. MARUSIC, A. Understanding the suicidal brain. *British Journal of Psychiatry*. v. 18, n. 3, p. 282-284, 2003.

WAGNER, B.; Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychological Bulletin*. v. 121, n. 1, p. 246-298, 1997.

WAGNER, B.; SILVERMAN, M.; MARTN, C. Family Factors in Youth Suicidal Behaviors. *American Behavioral Scientist*. v. 46, n. 9, p. 1171-1191, 2003.

WAINRIB, B.R.; BLOCK, E.L. **Intervención en Crisis y Respuesta al Trauma: teoría y práctica**. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2000.

WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. **Morte na Família: sobrevivendo às perdas**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

WANDEKOKEN, K. D.; SIQUEIRA, M. M. Aplicação do Processo de Enfermagem a usuário de crack fundamentado no modelo de Betty Neuman. **Rev. bras. enferm.** v. 67, n. 1, p. 62-70, 2014.

WERLANG, B.; BOTEAGA, N. **Comportamento suicida**. São Paulo: Artmed, 2004.

WERLANG, B.G.; MACEDO, M.M.; KRUGER, L.L. Perspectiva psicológica. In N. Botega & B. S. G. Werlang (Org.). **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WILCOX, H.C.; ARRIA, A.M.; CALDEIRA, K.M.; VICENT, K.B.; PINCHEVSKY, G.M.; O'GRADY, K.E. Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. **J affect Disord.** v. 127, n. 1-3, p. 287-294, 2011.

WRIGHT, P.; STERN, J.; PHELAN, M. Suicide and Deliberate self harm. *In: Core Psychiatry*. Edinburg: Elsevier Saunders, p. 325-326, 2005.

YOSETAKE, A.L.C.; CAMARGO, I.M.L.; LUCHESI, L.B.; GHERARDI-DONATO, E.C.S.; TEIXEIRA, C.A.B. Estresse percebido em graduandos de enfermagem. **SMAD Rev. Eletrônica Saúde Mental Alcool Drog.** v. 14, n. 2, p. 117-128, 2018.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E ACADÊMICO



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E ACADÊMICO

1. Data de Nascimento: ____/____/____
2. Sexo: () Masculino () Feminino
3. Situação conjugal: () Casado(a) () Solteiro(a) () Viúvo () Outro
4. Possui filhos? () Sim () Não Quantos? _____
5. Reside com: () Família () Amigo-Colega () Sozinho(a)
6. Pratica algum esporte? () Sim () Não Qual? _____
7. Atividade de lazer? () Sim () Não Qual? _____
8. Tempo gasto para chegar na faculdade? _____
9. Mês e ano de início do curso? ____/____
10. Semestre letivo atual: () Primeiro () Segundo () Terceiro () Quarto
() Quinto () Sexto () Sétimo () Oitavo
11. Número de disciplinas no semestre atual: _____
12. Carga horária no semestre atual: _____ horas
13. Quantas horas de estudo se dedica diariamente (fora do horário de aula)? _____ horas
14. Participa de Grupo de Estudo/Pesquisa? () Sim () Não
15. Tempo dedicado ao Grupo de Estudo/Pesquisa por semana? _____ horas
16. Recebe algum tipo de bolsa? () Não () Sim Qual? () assistência () pesquisa
() extensão () PET
17. Como paga seus estudos? () Pagamento integral () FIES () ProUni () Outros
18. Desenvolve alguma atividade de trabalho? () Não () Sim Qual? _____
19. Possui experiência profissional na área da saúde? () Não () Sim
Qual? _____
20. Possui outro curso superior? () Não () Sim Qual? _____
21. Já pensou em desistir do curso de Enfermagem? () Não () Sim

APÊNDICE B – ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ENTREVISTA

1. Conte-me como foi esse seu processo de comportamento suicida: a sua fase de ideação sucedida; a sua fase de pensamento suicida; sua fase do ato suicida.

Observação:

- Atentar-se para conhecer e reconhecer os estressores interpessoais, intrapessoais e extrapessoais, bem como os fatores de risco – reais ou potenciais – associados ao comportamento suicida. Ao identificar esses estressores faz como que o enfermeiro possa traçar estratégias para a prevenção primária, proposta por Neuman.
- Identificar os sinais e sintomas do comportamento suicida. Essa identificação auxilia o enfermeiro no desenvolvimento de ações para a prevenção secundária, conforme Neuman.

**ANEXO A – AÇÕES ESTRATÉGICAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO
(OMS/MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO
DISTRITO FEDERA – SES/DF)**

AÇÕES ESTRATÉGICAS DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO

Metas e Objetivos da Organização Mundial da Saúde

A Organização Mundial da Saúde (2014) propôs as seguintes metas e objetivos para a prevenção do suicídio, demonstradas na tabela 6.

Tabela 6: Metas e objetivos para a Prevenção do Suicídio - OMS

COMPONENTES	METAS E OBJETIVOS
Vigilância	Aumentar a qualidade dos dados nacionais de suicídio e tentativas. Apoiar o estabelecimento de um sistema de dados integrados que serve para identificar grupos vulneráveis, indivíduos e situações.
Restrição aos meios	Reduzir a disponibilidade, acessibilidade dos meios de suicídio (pesticidas, armas de fogo, lugares altos). Reduzir a toxicidade/letalidade dos meios disponíveis.
Mídia	Promover a implementação de manuais de mídia para apoiar reportagens responsáveis na imprensa, televisão e mídia social.
Acesso aos serviços	Promover aumento do acesso aos serviços para aqueles vulneráveis ao comportamento suicida. Remover barreiras aos cuidados.
Treinamento e Educação	Manter programas de treinamento para cuidadores identificados (trabalhadores de saúde, educadores, policiais). Aumentar as competências nos serviços de saúde mental e atenção primária para reconhecerem e tratarem pessoas vulneráveis.
Tratamento	Aumentar a qualidade das intervenções clínicas baseadas em evidencias, especialmente após uma tentativa de

	suicídio. Aumentar as pesquisas e avaliações das intervenções efetivas.
Intervenção em crises	Assegurar que as comunidades tenham a capacidade de responder a crises com intervenções apropriadas e que indivíduos em situações de crise tenham acesso aos cuidados de saúde mental emergencial, incluindo linhas telefônicas ou internet.
Posvenção	Aumentar a resposta e o cuidado aqueles afetados por suicídio e tentativas de suicídio. Prover serviços de apoio e de reabilitação para pessoas após tentativas de suicídio.
Consciência	Estabelecer campanhas públicas de informação para apoiar a compreensão de que o suicídio é previsível.
Redução do estigma	Promover o uso dos serviços de saúde mental, e serviços de prevenção de abuso de substâncias e suicídio. Reduzir a discriminação contra os usuários destes serviços.
Coordenação	Estabelecer instituições ou agências para promover e coordenar pesquisas, treinamento e serviços em relação ao comportamento suicida. Fortalecer a resposta do sistema de saúde e social em relação aos comportamentos suicidas.

Fonte: OMS (2014).

Ações Propostas pelo Ministério da Saúde

A implantação da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (ENPS) ocorreu no período de 2005/2006 como uma iniciativa e coordenação do Ministério da Saúde, com a participação de várias instituições nacionais que estavam tratando do tema, tais como: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); o Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas (UNICAMP); o Instituto de Psicologia da PUC-RS, o Instituto de Psicologia da UnB, o Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - NESC/UFRJ; o Núcleo de Epidemiologia do Instituto Phillippe Pinel, do Rio de Janeiro e, o Centro de Valorização da Vida (CVV) (BRASIL, 2006).

A Portaria que instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio foi aprovada e pactuada pela Comissão Intergestora Tripartite, que reúne as três esferas de gestão (Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde/CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS) do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

O trabalho deste grupo teve como referências a experiência e os estudos realizados pelas instituições acima mencionadas, um levantamento de experiências nacionais publicadas e os planos nacionais de prevenção do suicídio publicados por vários países (BRASIL, 2005).

O objetivo principal da ESPN foi elaborar as Diretrizes que deveriam ser seguidas pelos diversos níveis da administração pública (federal, estadual e municipal), assim como as outras instituições que fazem parte da sociedade.

Desta maneira, a prevenção ao suicídio é uma das prioridades do Ministério da Saúde e representa um desafio para a saúde pública por se tratar de um fenômeno complexo, multifacetado e de múltiplas determinações.

As Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio buscam:

- I. Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;
- II. Desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;
- III. Organizar linhas de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;
- IV. Identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;
- V. Fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;
- VI. Contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos.

- VII. Promover intercâmbio entre o Sistema de Informação do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e
- VIII. Promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Em 2017, o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, apresentou a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil para os anos de 2017 a 2020.

Seu objetivo geral é: “Ampliar e fortalecer as ações de promoção à saúde, vigilância, prevenção e atenção integral relacionados ao suicídio, com vistas à redução de tentativas e mortes por suicídio, considerando os determinantes sociais da saúde e as especificidades de populações e grupos sociais em situação de maior vulnerabilidade a esse fenômeno e os municípios e grupos de municípios com alta concentração de suicídio, no período de 2017 a 2020”.

O conjunto de ações estratégicas para a promoção da saúde, vigilância, prevenção do suicídio e atenção à saúde no Brasil foi estruturado em três Eixos de Atuação, relacionados com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. Esses eixos são:

Eixo I – Vigilância e Qualificação da Informação:

- Qualificação da notificação da tentativa de suicídio;
- Qualificação do diagnóstico e registro das causas de óbito;
- Qualificação da informação;
- Pesquisas e disseminação das informações.

Eixo II – Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde:

- Articulação intra e intersetorial;
- Comunicação.

Eixo III – Gestão e cuidado:

- Pactuação de estatísticas e fluxo de atenção à saúde local;
- Educação Permanente.

Eixo I: Vigilância e Qualificação da Informação

Qualificação da notificação de tentativa de suicídio:

- Sensibilizar profissionais de saúde sobre a importância de notificar todas as tentativas de suicídio ocorridas no município;
- Qualificar profissionais de saúde para realizar o preenchimento da ficha de notificação de forma adequada (com preenchimento correto e responsável de todos os campos) e oportuna (observando a obrigatoriedade da notificação imediata em até 24h);
- Aprimorar a ficha de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas no SINAN, para facilitar e explicitar o registro da tentativa do suicídio com inclusão de novos campos e/ou ajustes em campos já existentes;
- Elaborar materiais instrutivos para sensibilizar e capacitar profissionais de saúde para a qualificação dos registros de notificações relacionadas ao suicídio.

Qualificação do diagnóstico e registro da causa de óbito:

- Sensibilizar e capacitar médicos para a qualificação do diagnóstico e reporte da causa do óbito por suicídio;
- Sensibilizar e capacitar os profissionais codificadores para a qualificação do registro da causa do óbito por suicídio;
- Articular com a Secretaria de Segurança Pública/Instituto Médico Legal (IML) estratégias no que se refere à melhoria do diagnóstico e registro de causa de morte por suicídio, bem como o fluxo das informações entre as instituições.

Qualificação das informações:

- Articular a inserção de perguntas e variáveis sobre o tema suicídio (ideação, tentativa e consumação) nos inquéritos, mapeamentos e pesquisas populacionais e nos sistemas de informação existentes, principalmente em grupos prioritários, como população indígena, LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais), trabalhadores expostos a agrotóxicos, dentre outros;
- Levantar lacunas de dados e informações relacionadas às tentativas e aos suicídios completados em populações e grupos em situação de maior vulnerabilidade, para subsidiar melhorias na qualidade da informação. São consideradas populações e grupos em situação de maior vulnerabilidade para o risco de suicídio: pessoas que

já tentaram suicídio; pessoas em sofrimento psíquico, especialmente as depressões; usuários de álcool e outras drogas; população em privação de liberdade e/ou residentes e internadas em instituições específicas (clínicas, hospitais, presídios e outros); adolescentes e jovens; pessoas em situação de rua, pessoas que sofrem discriminação, vítimas de violência e abusos; trabalhadores rurais expostos a determinados agentes tóxicos e/ou a precárias condições de vida; indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas; povos indígenas; população LGBT, pessoas idosas do sexo masculino.

- Criar estratégias para identificação das etnias nos registros de suicídio considerando os Sistemas de Informação existentes;
- Pactuar com o Centro de Valorização da Vida (CVV) o compartilhamento, com gestores das três esferas de gestão, dos dados provenientes dos atendimentos para formulação de estratégias locais de enfrentamento do suicídio;
- Aprimorar a qualidade da informação por meio de relacionamento de bancos de dados provenientes de diferentes sistemas de informações do setor saúde e de outros setores.

Pesquisas e disseminação das informações:

- Fomentar pesquisas e estudos em parceria com instituições de ensino para o levantamento qualificado da epidemiologia do suicídio, especialmente no que tange às lacunas identificadas nos sistemas de informação existentes e considerando os determinantes sociais da saúde, com sugestões de intervenções;
- Publicar dados e relatórios periodicamente sobre o tema, dando visibilidade aos grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade e abordando os determinantes sociais de saúde;
- Estimular estados e municípios a produzirem regularmente boletins epidemiológicos a partir da análise dos dados locais;
- Lançar Boletim Epidemiológico sobre suicídio apresentando as principais características individuais e determinantes sociais por região e unidades da federação; através de análises relacionar a morte e as tentativas de suicídio com variáveis socioeconômicas, raça/etnia; identidade de gênero e orientação sexual, bem como outras relacionadas à ambiente, ocupação, trabalho e desemprego;
- Mapear o suicídio considerando sua distribuição espacial e a iniquidade social;

- Realizar mapeamento das notificações de suicídios e tentativas de suicídio no território brasileiro para estabelecer prioridades de acordo com particularidades regionais e de populações e grupos em situação de maior vulnerabilidade; e
- Sistematizar e divulgar dados e informações sobre o impacto da cultura fumageira e exposição a agrotóxicos e sua relação com o suicídio.

Eixo II: Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde

Articulação inter e intrasetorial:

- Dar visibilidade junto ao setor saúde, aos demais setores governamentais e à sociedade civil dos determinantes sociais relacionados ao fenômeno do suicídio, ampliando e disseminando a compreensão de que o suicídio não pode ser tratado apenas como uma questão de ordem individual, mas que fatores socioeconômicos, ambientais, de trabalho e ocupação, violência e discriminação étnico-raciais, relacionadas à gênero, identidade de gênero e orientação sexual, entre outros, estão associados aos suicídios e tentativas;
- Fomentar iniciativas intersetoriais para a regulação e controle da disponibilidade e acesso aos meios utilizados para o suicídio tais como: a manutenção da legislação que restringe acesso a armas de fogo; a segurança na arquitetura urbana; regulação e fiscalização na exposição a agrotóxicos; o uso racional, fracionamento e descarte de medicamentos, bem como maior fiscalização da disponibilidade do acesso a pesticidas e demais produtos químicos de uso doméstico;
- Realizar ações de *advocacy* para a promoção da saúde e prevenção do suicídio a partir da sensibilização de membros dos conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde para inclusão do tema em suas respectivas agendas;
- Articular junto ao Congresso Nacional o apoio a projetos de promoção da saúde, promoção da cultura da paz e garantia de direitos das populações e grupos em situação de vulnerabilidade;
- Apoiar o desenvolvimento de atividades relacionadas à prevenção de violências e promoção da cultura da paz, prevenção do uso prejudicial de álcool e outras drogas, por meio dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, ações do Programa Academia da Saúde, e demais estratégias de promoção de saúde no âmbito das Redes de Atenção à Saúde;
- Fortalecer e disseminar, em articulação com o Ministério da Educação (MEC), as ações, conteúdos, materiais do componente de promoção da saúde do Programa

Saúde na Escola (PSE) ou iniciativas já existentes de prevenção de violências e promoção da cultura da paz, prevenção do uso prejudicial do álcool e outras drogas, prevenção do suicídio e desenvolvimento de habilidades emocionais e sociais para estudantes, professores, demais profissionais da escola, familiares e comunidade;

- Fomentar parcerias com instituições de ensino e pesquisa, profissionais e sociedade civil para desenvolvimento de estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade relacionados à prevenção do suicídio com foco nas populações e grupos em situação de vulnerabilidade;
- Mapear, divulgar e fomentar iniciativas locais de vigilância, promoção da saúde e prevenção para enfrentamento do suicídio, inclusive no fortalecimento dos núcleos de prevenção de violências e promoção da saúde e das redes comunitárias, formais ou informais, especialmente nos municípios e grupos de municípios com alta concentração de suicídio buscando impacto na redução das tentativas e mortes;
- Fomentar e apoiar projetos e parcerias que visem ações de promoção da saúde e prevenção do suicídio no ambiente de trabalho por meio da construção de ambientes saudáveis e seguros, com vistas à garantia de direitos, considerando as especificidades do trabalhador e trabalhadora agrícola, bem como, trabalhadores de outras áreas, como bancos, segurança pública, transporte, saúde e educação, entre outros;
- Fomentar a qualificação e melhoria da efetividade da regulamentação da publicidade e disponibilidade de bebidas alcoólicas;
- Apoiar as ações de implementação da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco – CQCT Decreto nº 5.658/2006, especialmente o Programa Nacional de Diversificação em áreas cultivadas com tabaco;
- Sensibilizar e capacitar lideranças comunitárias, especialmente aqueles que lidam com populações e grupos em situação de maior vulnerabilidade, a conhecer os fatores de risco e proteção, funcionando como sentinelas;
- Ampliar a criação e a implementação do Comitê de Prevenção do Suicídio e/ou inserção do tema em comitês/grupos existentes, tais como Grupos Condutores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nos estados, municípios ou regiões de saúde;

- Formular e implementar o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, assim como com outros Ministérios, estabelecendo metas, prazos e responsabilidades; e
- Fomentar e apoiar arranjos intersetoriais em nível nacional, estadual e municipal que envolvam as áreas da saúde, assistência social, educação, justiça, trabalho, previdência, agricultura, meio ambiente e outros, incluindo terceiro setor e sociedade civil, nas ações de cuidado e prevenção do suicídio.

Comunicação:

- Mobilizar, sensibilizar e qualificar profissionais de comunicação, mídia web e mídia tradicional, formadores de opinião acerca da comunicação responsável, de modo a desconstruir o estigma relacionado ao suicídio e disseminar estratégias de prevenção;
- Manter divulgação sobre o tema da prevenção do suicídio nas ações de comunicação durante todo o ano, com ênfase no mês de setembro, quando ocorre o Setembro Amarelo;
- Promover comunicação de massa e material informativo para ampliar a compreensão sobre o fenômeno do suicídio e disseminar orientações para sua prevenção, incluindo materiais focados na diversidade sexual, identidade e igualdade racial e de gênero, evidenciando a interface entre discriminação e o fenômeno do suicídio;
- Divulgação de materiais orientadores para a população em geral, profissionais de saúde e mídia;
- Incentivar o debate da temática, inserção e divulgação de textos, relatos de boas práticas e artigos sobre o tema na Rede HumanizaSUS (RHS).

Eixo III: Gestão e Cuidado

Pactuação de estratégias e fluxos de atenção à saúde local:

- Compartilhar modelo orientador de pactuação de fluxos das Redes de Atenção à Saúde locais para prevenção do suicídio e atenção à saúde integral, em articulação com a Vigilância em Saúde e de recursos do território (organizações sociais, redes de atenção às mulheres em situação de violência, serviços da assistência social e outros atores intersetoriais);

- Articular como Centro de Valorização da Vida (CVV) a expansão nacional do código gratuito 188 com os pontos de atenção do SUS locais, de modo a efetivar o acionamento do acompanhamento nas Redes de Atenção à Saúde;
- Identificar e disseminar experiências exitosas locais e internacionais de prevenção do suicídio no campo da atenção e gestão;
- Fomentar projetos piloto locais para implantar a operacionalização das Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio;
- Orientar Secretarias de Saúde para identificar e apoiar os sobreviventes de uma tentativa de suicídio, bem como seus familiares e pessoas próximas;
- Qualificar as estratégias de notificação, início imediato do acompanhamento clínico e psicossocial e monitoramento dos casos de tentativas de suicídio, no cotidiano dos serviços; e
- Qualificar a atenção à prevenção do suicídio entre povos indígenas considerando as suas especificidades.

Educação Permanente:

- Articular a inserção da temática da prevenção do suicídio nos Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS) regionais e municipais;
- Disseminar documentos orientadores existentes para qualificação dos profissionais da saúde e da saúde mental para prevenção do suicídio;
- Fomentar educação permanente de profissionais das Redes de Atenção à Saúde, tomando por referência à Política Nacional de Humanização do SUS, para detecção de risco, acolhimento e acompanhamento de tentativas de suicídio e de apoio a familiares/comunidade nos casos de óbito;
- Publicar os documentos “Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas para intoxicação por agrotóxicos”;
- Publicar documentos orientadores específicos para a prevenção do suicídio, acompanhamento e articulação de Redes para profissionais e gestores de saúde;
- Revisar materiais de qualificação do cuidado para inserção do tema “Prevenção do Suicídio” em novas edições de cursos de capacitação, guias/cadernetas existentes nas áreas temáticas do Ministério da Saúde, tais como Curso de Atenção a Homens e Mulheres em Situação de Violência por Parceiros Íntimos e Curso de Atenção Integral à Saúde do Homem, da PNAISH (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem); Curso EaD “Atenção Psicossocial”;

Materiais de qualificação profissional de saúde mental na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI);

- Inserir o tema do suicídio na qualificação dos profissionais das portas de entrada do SUS para implementação da diretriz Acolhimento da Política Nacional de Humanização;
- Inserir nos materiais de educação permanente para os profissionais de saúde informações sobre diversidade sexual, identidade e igualdade racial e de gênero, evidenciando a interface entre discriminação e o fenômeno do suicídio; e
- Articular capacitações de prevenção do suicídio de forma ampla para profissionais de saúde, educação, justiça, assistência social, entre outras áreas.

Setembro Amarelo

Setembro Amarelo é uma campanha de conscientização sobre a prevenção do suicídio, com o objetivo direto de alertar a população a respeito da realidade do suicídio no Brasil e no mundo e suas formas de prevenção. Ocorre no mês de setembro por meio da identificação de locais públicos e particulares com a cor amarela e ampla divulgação de informações sobre a promoção à saúde e prevenção do suicídio.

Iniciado no Brasil pelo Centro de Valorização da Vida (CVV), pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), o Setembro Amarelo realizou as primeiras atividades em 2015 concentradas em Brasília. Mundialmente, a Associação Internacional para Prevenção do Suicídio (IASP) estimula a divulgação da causa, vinculada ao dia 10 do mesmo mês no qual se comemora o Dia Mundial de Prevenção do Suicídio.

Ações Propostas pela Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal

Por considerar que o fenômeno do suicídio é um grave problema de saúde pública e que pode ser prevenido, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal publicou em maio de 2019 o Plano Distrital de Prevenção ao Suicídio (PDPS) 2020-2023 que tem por finalidade:

- Definir as metas e ações previstas para o Plano Distrital de Prevenção do Suicídio;

- Definir os Eixos Estratégicos do PDPS: (a) Prevenção; (b) Tratamento e pós-venção; (c) Capacitação; (d) Comunicação (e) Avaliação e monitoramento e; (f) Compromisso político
- Indicar os principais atores para implementação das Ações das Políticas Públicas para Prevenção ao Suicídio;
- Evidenciar a pertinência da articulação em rede e colaboração intersetorial acerca das ações de prevenção ao suicídio no DF;
- Propor a composição de um Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio para acompanhar, monitorar e desenvolver as ações propostas no Plano;
- Fornecer orientações baseadas em evidências sobre medidas preventivas chaves a ser implementadas e;
- Sinalizar o compromisso do governo para manter e investir em políticas públicas de prevenção do suicídio.

As metas para cada eixo estratégico do PDPS são:

Eixo Estratégico	Metas
Prevenção	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzir a disponibilidade, acessibilidade, e atratividade dos meios (métodos potencialmente perigosos) de comportamento suicida; - Desenvolver ações voltadas a grupos de risco (usuários de SPA, idosos, homens, população privada de liberdade, indígenas, LGBT).
Tratamento e Pós-venção	<ul style="list-style-type: none"> - Aperfeiçoar a avaliação, detecção e manejo de risco de suicídio na Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES/DF); - Qualificar a atenção em saúde mental oferecida pelos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASFs); - Promover apoio aos sobreviventes (familiares enlutados por suicídio).
Capacitação	<ul style="list-style-type: none"> - Promover conscientização e capacitação a respeito do tema a profissionais de saúde;

	<ul style="list-style-type: none"> - Promover conscientização e capacitação a respeito da prevenção do suicídio a profissionais estratégicos: educação e segurança; - Identificar, incentivar, replicar e divulgar iniciativas e práticas exitosas na promoção de saúde mental, assistência à crise e prevenção do suicídio; - Apoiar a geração de conhecimento a respeito da temática.
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a conscientização pública geral a respeito do comportamento suicida e sua prevenção; - Promover sensibilização e orientação a profissionais da mídia a respeito de como abordar a temática do suicídio.
Avaliação e Monitoramento	<ul style="list-style-type: none"> - Obter e analisar dados a respeito de mortalidade por suicídio no DF, por superintendência; - Obter e analisar dados de morbidade por tentativas de suicídio no DF, por superintendência.
Compromisso Político	<ul style="list-style-type: none"> - Alcançar e fortalecer o compromisso político com a prevenção do suicídio (identificar lacunas e sugerir criação ou alterações na legislação específica que deem embasamento para a política de prevenção do suicídio no DF; Propor a criação de um Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio dentro da SES/DF; Promover anualmente a Jornada Distrital de Prevenção do Suicídio).

ANEXO B – AVALIAÇÃO DO ESTRESSE DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM (AEEE)

Leia atentamente cada item abaixo e marque com um “X” o número correspondente com a intensidade de estresse que a situação lhe provoca, conforme a legenda a seguir:

0	1	2	3
Não vivencio a situação	Não me sinto estressado com a situação	Me sinto pouco estressado com a situação	Me sinto muito estressado com a situação

1	Ter preocupação com o futuro profissional	0	1	2	3
2	A obrigatoriedade em realizar trabalhos extraclasse	0	1	2	3
3	Estar fora do convívio social de traz solidão	0	1	2	3
4	Realizar os procedimentos assistenciais de modo geral	0	1	2	3
5	As novas situações que poderá vivenciar na prática clínica	0	1	2	3
6	Comunicação com os demais profissionais da unidade de estágio	0	1	2	3
7	O ambiente da unidade clínica de estágio	0	1	2	3
8	Comunicação com os profissionais de outros setores no local de estágio	0	1	2	3
9	Ter medo de cometer erros durante a assistência ao paciente	0	1	2	3
10	A forma adotada para avaliar o conteúdo teórico	0	1	2	3
11	Distância entre a faculdade e o local de moradia	0	1	2	3
12	Executar determinados procedimentos assistenciais	0	1	2	3
13	Sentir insegurança ou medo ao fazer as provas teóricas	0	1	2	3
14	O grau de dificuldade para a execução das atividades extraclasse	0	1	2	3
15	A semelhança entre as situações que vivencia no estágio e aquelas que poderá vivenciar na vida profissional	0	1	2	3
16	Perceber as dificuldades que envolvem o relacionamento com outros profissionais da área	0	1	2	3
17	Pensar nas situações que poderá vivenciar quando for enfermeiro	0	1	2	3
18	Tempo reduzido para estar com familiares	0	1	2	3
19	Perceber a responsabilidade profissional quando está atuando em campo de estágio	0	1	2	3
20	Observar situações conflitantes em outros profissionais	0	1	2	3
21	Sentir que adquiriu pouco conhecimento para fazer provas práticas	0	1	2	3
22	Transporte público para chegar à faculdade	0	1	2	3
23	Tempo exigido pelo professor para a entrega das atividades extraclasse	0	1	2	3
24	Distância entre a maioria dos campos de estágio e o local de moradia	0	1	2	3
25	Vivenciar as atividades, como enfermeiro em formação, no campo de estágio	0	1	2	3
26	Falta de tempo para o lazer	0	1	2	3
27	Perceber a relação entre o conhecimento teórico adquirido no curso e o futuro desempenho profissional	0	1	2	3
28	Assimilar o conteúdo teórico-prático oferecido em sala de aula	0	1	2	3
29	Transporte público utilizado para chegar ao local de estágio	0	1	2	3
30	Falta de tempo para momentos de descanso	0	1	2	3

Questionário extraído da dissertação de mestrado intitulada *Estresse, Coping, Burnout, Sintomas Depressivos e Hardness entre discentes de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, 2012. Autora: Etiane de Oliveira Freitas.*

ANEXO C – MINI-RASTREIO DE TRANSTORNOS MENTAIS (MINI-RTM)

ITENS	PONTUAÇÃO
Ao longo das últimas duas semanas, com que frequência você foi incomodado por alguns dos seguintes problemas?	
<i>1) Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas:</i>	
Nenhuma vez	0
Vários dias	1
Mais da metade dos dias	2
Quase todos os dias	3
<i>2) Sentindo-se triste, deprimido ou sem esperança:</i>	
Nenhuma vez	0
Vários dias	1
Mais da metade dos dias	2
Quase todos os dias	3
<i>3) Sentindo-se nervoso, ansioso ou no limite:</i>	
Nenhuma vez	0
Vários dias	1
Mais da metade dos dias	2
Quase todos os dias	3
<i>4) Não ser capaz de interromper ou controlar as preocupações:</i>	
Nenhuma vez	0
Vários dias	1
Mais da metade dos dias	2
Quase todos os dias	3
Uso de álcool	
Considerando que uma dose equivale a: Um copo de pinga, vodca ou uísque (37ml) Ou uma taça pequena de vinho (140ml) Ou uma latinha de cerveja (350ml) Ou um cálice de Martini ou vermute (50ml)	
<i>5) Qual a frequência que você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião?</i>	
Nunca	0
Menos que mensalmente	1
Mensalmente	2
Semanalmente	3
Diariamente ou quase diariamente	4
Uso de drogas	
<i>6) Com que frequência você usa drogas?</i>	
Nunca	0
Mensalmente ou menos	1
Duas a quatro vezes por mês	2

Duas a três vezes por semana	3
Quatro ou mais vezes por semana	4
Psicose	
Alguma vez você já...	
<i>7) Ouviu vozes ou sons que ninguém mais podia ouvir?</i>	
Sim, definitivamente	1
Pode ser	0,5
Não, nunca	0
<i>8) Viu coisas que outras pessoas não podiam ver?</i>	
Sim, definitivamente	1
Pode ser	0,5
Não, nunca	0
<i>9) Pensou que pessoas poderiam estar seguindo ou espionando você?</i>	
Sim, definitivamente	1
Pode ser	0,5
Não, nunca	0

A pontuação do MINI-RTM varia de 0 (ausência de transtorno) a 26 (possibilidade de transtorno psiquiátrico). Um escore positivo é obtido para pessoas que fizerem uma pontuação de 3 ou mais pontos, o que sugere uma possibilidade de perturbação psicológica, podendo ser de um ou mais transtornos. Uma entrevista clínica será necessária para confirmação diagnóstica.

Questionário extraído da dissertação de mestrado intitulada *Avaliação da Fidedignidade e Validade do MINI – Rastreamento de Transtornos Mentais*. Universidade de São Paulo, 2016. Autora: Livia Maria Bolsoni.

ANEXO D – ESCALA DE IDEAÇÃO SUICIDA DE BECK (BSI)**Parte 1**

Questão 1

- (0) Tenho um desejo de viver que é de moderado a forte.
- (1) Tenho um desejo fraco de viver.
- (2) Não tenho desejo de viver.

Questão 2

- (0) Não tenho desejo de morrer.
- (1) Tenho um desejo fraco de morrer.
- (2) Tenho um desejo de morrer que é de moderado a forte.

Questão 3

- (0) Minhas razões de viver pesam mais que minhas razões para morrer.
- (1) Minhas razões para viver ou morrer são aproximadamente iguais.
- (2) Minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver.

Questão 4

- (0) Não tenho desejo de me matar.
- (1) Tenho um desejo fraco de me matar.
- (2) Tenho um desejo de me matar que é de moderado a grave.

Questão 5

- (0) Se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria me salvar.
- (1) Se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria vida ou morte ao acaso.
- (2) Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte.

Se você fez um círculo nas afirmações “zero”, em ambos os grupos 4 e 5, passe para o grupo 20. Se você marcou “um” ou “dois”, seja no grupo 4 ou 5, então abra a página e prossiga no grupo 6.

Subtotal da parte 1: _____

Parte 2

Questão 6

- (0) Tenho breves períodos com ideias de me matar que passam rapidamente.
- (1) Tenho períodos com ideias de me matar que duram algum tempo.
- (2) Tenho longos períodos com ideias de me matar.

Questão 7

- (0) Raramente ou ocasionalmente penso em me matar.
- (1) Tenho ideias frequentes de me matar.
- (2) Penso constantemente em me matar.

Questão 8

- (0) Não aceito a ideia de me matar.
- (1) Não aceito, nem rejeito, a ideia de me matar.
- (2) Aceito a ideia de me matar.

Questão 9

- (0) Consigo me controlar quanto a cometer suicídio.
- (1) Não estou certo se consigo me controlar quanto a cometer suicídio.
- (2) Não consigo me controlar quanto a cometer suicídio.

Questão 10

- (0) Eu não me mataria por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.
- (1) Eu estou um tanto preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.
- (2) Eu não estou ou estou um pouco preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.

Questão 11

- (0) Minhas razões para querer cometer suicídio têm em vista principalmente influenciar os outros, como conseguir me vingar das pessoas, torna-las mais felizes, fazê-las prestarem mais atenção em mim, etc.
- (1) Minhas razões para querer cometer suicídio não têm em vista apenas influenciar os outros, mas também representam uma maneira de solucionar os meus problemas.
- (2) Minhas razões para querer cometer suicídio se baseiam principalmente numa fuga dos meus problemas.

Questão 12

- (0) Não tenho plano específico sobre como me matar.
- (1) Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes.
- (2) Tenho um plano específico para me matar.

Questão 13

- (0) Não tenho acesso a um método ou uma oportunidade de me matar.
- (1) O método que usaria para cometer suicídio leva tempo e realmente não tenho uma boa oportunidade de usá-lo.
- (2) Tenho ou espero ter acesso ao método que escolheria para me matar e, também, tenho ou teria oportunidade de usá-lo.

Questão 14

- (0) Não tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.
- (1) Não estou certo se tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.
- (2) Tenho a coragem e a capacidade para cometer suicídio.

Questão 15

- (0) Não espero fazer uma tentativa de suicídio.
- (1) Não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.
- (2) Estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.

Questão 16

- (0) Eu não fiz preparativos para cometer suicídio.
- (1) Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio.
- (2) Meus preparativos para cometer suicídio já estão quase prontos com completos.

Questão 17

- (0) Não escrevi um bilhete suicida.
- (1) Tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comecei a escrever, mas não terminei.
- (2) Tenho um bilhete suicida pronto.

Questão 18

- (0) Não tomei providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.
- (1) Tenho pensado em tomar algumas providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.
- (2) Tomei providências definidas em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.

Questão 19

- (0) Não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar.
- (1) Tenho evitado contar às pessoas sobre a vontade de me matar.
- (2) Tenho tentado não revelar, esconder ou mentir sobre a vontade de cometer suicídio.

Questão 20

- (0) Nunca tentei suicídio.
- (1) Tentei suicídio uma vez.
- (2) Tentei suicídio duas ou mais vezes.

Se você tentou o suicídio anteriormente, por favor, continue no próximo grupo de afirmações.

Questão 21

- (0) Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco.
- (1) Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado.
- (2) Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte.

Subtotal da Parte 2: _____

Escore total: _____

ANEXO E – Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Eu, _____, RG _____ SS

P/____, declaro consentir em participar da pesquisa científica intitulada “Comportamento Suicida em Acadêmicos de Enfermagem: um estudo à luz do Modelo de Sistemas de Betty Neuman”, estudo em desenvolvimento pelo Doutorando Prof. Roberto Nascimento de Albuquerque do Centro Universitário UDF, sob Orientação da Prof.^a Dr^a Moema da Silva Borges da Universidade de Brasília – UnB e co-orientação do Prof^a Dr. Pedro Sadi Monteiro, cujo objetivo geral é analisar o processo do comportamento suicida de estudantes do curso de Enfermagem, em uma faculdade privada no Distrito Federal.

A coleta dos dados permitirá identificar os fatores que se associam à presença de ideação suicida nos estudantes universitários, em especial os estudantes de enfermagem, e constituir uma importante ferramenta para que ações de prevenção e proteção sejam planejadas, tanto por parte dos gestores da universidade, como das equipes de saúde que assistem esses estudantes dentro e fora do campus.

Informamos que não haverá benefícios imediatos na participação deste estudo e que algumas questões podem deixá-lo ansioso, no entanto, acreditamos que ao responder as questões solicitadas estaremos proporcionando-lhe um momento de reflexão acerca de aspectos importantes da sua vida e também a questionamentos que o levem a buscar uma mudança em seu modo de viver, por isso asseguramos que todas as informações aqui prestadas são sigilosas e a divulgação dos resultados obtidos será anônima não resultando em hipótese alguma consequências para o seu registro acadêmico.

Desta forma, a sua participação consistirá em responder quatro questionários, de maneira anônima, individual e de múltipla escolha sendo que as respostas serão computadas e analisadas estatisticamente. Esta fase durará, no máximo, 15 minutos. Em um segundo momento, caso se enquadre nos critérios de inclusão dos sujeitos da segunda fase da pesquisa - entrevista em profundidade – de no máximo 50 minutos, você será convidado(a) para conversar sobre o processo vivido em relação ao comportamento

suicida pelo qual já vivenciou. As entrevistas serão gravadas e, posteriormente transcritas para análise e discussão.

Garantimos sigilo de sua identificação, com posterior redação do trabalho e defesa no Doutorado em Enfermagem na linha de pesquisa de Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Caso sua participação na pesquisa lhe cause algum incômodo, você poderá interromper em qualquer momento. Teremos psicólogos de plantão na Clínica de Psicologia do Centro Universitário UDF para atendê-lo.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Universidade de Brasília - Campus Universitário Darcy Ribeiro – Faculdade de Ciências da Saúde – Departamento de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) – Brasília/DF, pelo telefone (61) 3107-1753, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UDF Centro Universitário – CEP/UDF, SEP/SUL EQ 704/904 Conj. A CEP: 70390-045 telefone (61) 3704-8851.

Entrevistado:

Nome _____

Assinatura _____

Entrevistador: Prof. Roberto Nascimento de Albuquerque. Telefone: 61 3704 8859

Assinatura: _____

Brasília, ____/____/____

ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Comportamento Suicida em Acadêmicos de Enfermagem: um estudo à luz do Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Pesquisador: Roberto Nascimento de Albuquerque

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 73110117.9.0000.5650

Instituição Proponente: CENTRO DE ENSINO UNIFICADO DO DISTRITO FEDERAL LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.299.407

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de caráter misto que busca analisar o processo do comportamento suicida de estudantes do curso superior de Enfermagem matriculados no Centro Universitário do Distrito Federal – UDF. Serão selecionados alunos dos diferentes períodos do curso de Enfermagem, mediante cálculo amostral prévio. A amostra foi calculada considerando o erro do tipo 1 de 5%, erro do tipo 2 de 5%, poder do teste estatístico de 95% e oito grupos a serem testados (primeiro ao oitavo período). O procedimento de coleta de dados ocorrerá em três fases. Na primeira fase, serão aplicados um Formulário Sociodemográfico e Acadêmico; Avaliação de Estresse em Estudantes de Enfermagem; Mini RTM e; Escala de Ideação Suicida de Beck. Vale ressaltar que essa última escala será avaliada por um psicólogo e, posteriormente, discutida as respostas com os pesquisadores. A distribuição de normalidade será testada por meio do Teste de Kolmogorov-Smirnov e a comparação das médias será feita por meio do ANOVA, com pós-teste de Tukey. A segunda fase consistirá na realização de entrevistas com estudantes que já passaram por todas as fases do comportamento suicida (ideação, pensamento e ato suicida), realizada no espaço da Clínica Escola-UDF. A terceira fase consistirá na análise das linhas de defesa dos sujeitos de pesquisa da fase 2 e a aplicação do processo de Enfermagem propostos por Betty Neuman. A aplicação dos instrumentos será realizada pelo próprio pesquisador e colaboradores (estudantes e

Endereço: SEP Sul EQ. 704/904 Conjunto A

Bairro: ASA SUL

UF: DF

Município: BRASÍLIA

CEP: 70.390-045

Telefone: (61)3704-8851

E-mail: cep@udf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.299.407

psicólogos), sendo que a primeira fase será realizada em sala de aula com autorização da coordenação e dos professores da disciplina; a segunda fase a coleta será individual em horário previamente agendado com o participante, quanto ao local será realizado na clínica escola. Já a terceira fase consistirá na articulação teórico-conceitual dos dados obtidos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar o processo do comportamento suicida de estudantes de Enfermagem, em uma faculdade privada no Distrito Federal.

Objetivo Secundário:

- Conhecer o perfil epidemiológico dos estudantes (sexo, idade, profissão, dentre outros);
- Analisar os fatores demográficos, socioeconômicos, psicológicos e psiquiátricos associados ao comportamento suicida entre estudantes de Enfermagem;
- Verificar a incidência de comportamento suicida entre acadêmicos de Enfermagem em uma instituição particular de ensino;
- Identificar os fatores de risco intrapessoais, interpessoais e extrapessoais relacionados ao comportamento suicida entre estudantes de enfermagem;
- Identificar os principais fatores relacionados ao risco de suicídio entre os acadêmicos de Enfermagem;
- Analisar como a trajetória do comportamento suicida (ideação suicida – planejamento – tentativa – ato suicida) foi vivida;
- Sistematizar a Assistência de Enfermagem frente ao comportamento suicida (ideação, planejamento e tentativa).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos foram apresentados e os benefícios superam os mesmos. Além disso, foi apresentados maneiras para minimizar e também o que será realizado em caso de desconfortos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tema relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados em conformidade.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas, projeto aprovado.

Endereço: SEP Sul EQ. 704/904 Conjunto A	CEP: 70.390-045
Bairro: ASA SUL	
UF: DF	Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3704-8851	E-mail: cep@udf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.299.407

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Plataforma_Brasil_NOVO.docx	19/09/2017 14:22:25	Denis César Leite Vieira	Aceito
Cronograma	Cronograma_Plataforma_Brasil_NOVO.docx	19/09/2017 14:22:01	Denis César Leite Vieira	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_970852.pdf	16/09/2017 09:22:11		Aceito
Outros	Lattes_Pedro_Sadi_Monteiro.pdf	07/08/2017 14:58:10	Roberto Nascimento de Albuquerque	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	02/08/2017 13:11:15	Roberto Nascimento de Albuquerque	Aceito
Outros	Lattes_Moema_da_Silva_Borges.pdf	02/08/2017 13:10:35	Roberto Nascimento de Albuquerque	Aceito
Outros	Lattes_Roberto_Nascimento_de_Albuquerque.pdf	02/08/2017 13:10:09	Roberto Nascimento de Albuquerque	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	02/08/2017 13:09:19	Roberto Nascimento de Albuquerque	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Pre_Projeto_Completo.docx	02/08/2017 13:09:06	Roberto Nascimento de Albuquerque	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	02/08/2017 13:07:18	Roberto Nascimento de Albuquerque	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: SEP Sul EQ. 704/904 Conjunto A
Bairro: ASA SUL
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3704-8851

CEP: 70.390-045

E-mail: cep@udf.edu.br



Continuação do Parecer: 2.299.407

BRASILIA, 27 de Setembro de 2017

Assinado por:
Denis César Leite Vieira
(Coordenador)

Endereço: SEP Sul EQ. 704/904 Conjunto A

Bairro: ASA SUL

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3704-8851

CEP: 70.390-045

E-mail: cep@udf.edu.br

Artigo - Publicado na Revista de Enfermagem da UERJ – Periódico Nacional - Qualis B1



Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

Albuquerque RN, Borges MS, Monteiro PS
O suicídio entre estudantes de enfermagem

DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.45607>

Perfil epidemiológico do suicídio entre estudantes de enfermagem

Epidemiological profile of suicidal behavior among nursing students

Perfil epidemiológico del suicidio entre estudiantes de enfermería

Roberto Nascimento de Albuquerque¹; Moema da Silva Borges²; Pedro Sadi Monteiro³

RESUMO

Objetivo: identificar o perfil do comportamento suicida entre estudantes de enfermagem de instituição privada de ensino superior do Distrito Federal. **Métodos:** estudo descritivo, mediante análise estatística, realizado com 1567 estudantes de enfermagem, em 2017. Foram utilizados um questionário sociodemográfico e acadêmico, a Escala de Ideação Suicida de Beck e Mini-Rastreamento de Transtornos Mentais. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** a maioria era adulto jovem, do sexo feminino e estudava no período noturno. Verificou-se que 181 (11,55%) estudantes já tinham tentado suicídio e os maiores índices foram apresentados no primeiro, terceiro e quarto semestres do curso. Destes, 36,5% apresentaram pensamentos depressivos, 33,7% sinais de depressão e desesperança e 56,4% permaneceram com ideação suicida. **Conclusão:** as tentativas de suicídio têm sua maior magnitude entre estudantes mais jovens, dos primeiros dois anos do curso, os quais revelaram índices expressivos para depressão, desesperança e ideação suicida.

Descritores: Perfil epidemiológico; suicídio; estudantes de enfermagem; universidade.

ABSTRACT

Objective: to identify the profile of suicidal behavior among nursing students at a private higher education institution in the Federal District, Brazil. **Methods:** descriptive study, through statistical analysis, conducted with 1567 nursing students, in 2017. It was used a sociodemographic and academic questionnaire, Beck's Suicidal Ideation Scale and Mini-Screening of Mental Disorders. The research was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** most respondents were young adults, female and night students. One hundred and eighty-one students (11,55%) had already attempted suicide and the highest rates were presented in the first, third and fourth semesters of the course. Among them, 36,5% had depressive thoughts, 33,7% showed signs of depression and hopelessness and 56,4% remained with suicidal ideation. **Conclusion:** suicide attempts have their greatest magnitude among younger students, from the first two years of the course, which revealed expressive rates for depression, hopelessness and suicidal ideation.

Descriptors: Epidemiological profile; suicide; nursing students; university.

RESUMEN

Objetivo: identificar el perfil de comportamiento suicida entre estudiantes de enfermería en una institución privada de educación superior en Brasil. **Métodos:** estudio descriptivo, mediante análisis estadístico, realizado con 1567 estudiantes de enfermería, en 2017. Se utilizó cuestionario sociodemográfico y académico, Escala de ideación suicida de Beck y mini-detección de trastornos mentales. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación. **Resultados:** la mayoría eran adultos jóvenes, mujeres y estudiaban por la noche; 181 (11,55%) estudiantes ya habían intentado suicidarse y las tasas más altas se presentaron en el primer, tercer y cuarto semestre del curso. De estos, 36,5% tenía pensamientos depresivos, 33,7% mostró signos de depresión y desesperanza y 56,4% permaneció con ideación suicida. **Conclusión:** los intentos de suicidio tienen su mayor magnitud entre los estudiantes más jóvenes, desde los primeros años del curso, que revelaron tasas expresivas de depresión, desesperanza e ideación suicida.

Descritores: Perfil epidemiológico; suicidio; estudiantes de enfermería; universidad.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um problema de saúde pública mundial¹. Estima-se que, anualmente, mais de 800 mil pessoas morrem por esse motivo e, para cada adulto que se suicida, pelo menos outros 20 atentam contra a própria vida².

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a tentativa de suicídio é definida como qualquer tipo de comportamento auto lesivo não fatal, com evidências, sejam elas implícitas ou explícitas de que a pessoa tinha intenção de morrer. Em relatório apresentado pela OMS, o suicídio entre jovens de 15 a 29 anos configura-se como a segunda principal causa de morte, atrás apenas de causas externas².

No Brasil, entre 2011 e 2018, foram notificados 339.730 casos de violência autoprovocada. Dentre eles 45,4% ocorreram na faixa etária entre 15 a 29 anos. As mulheres corresponderam à 67,3% (103.881 casos) e os homens à 32,7% (50.388 casos)³.

¹Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem, Universidade de Brasília. Brasil. E-mail: albuquerque.roberto@gmail.com

²Enfermeira. Doutora. Professora Titular, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Brasília. Brasil. E-mail: mborges@unb.br

³Enfermeiro. Doutor. Professor Titular, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Brasília. Brasil. E-mail: psmonteiro@unb.br