

## Percepção da população brasileira sobre o suicídio

Brazilian population perception about suicide

La percepción de la población brasileña en el suicidio

Cynthia de Freitas Melo;<sup>1</sup> Juliana Cruz Sousa;<sup>2</sup> Sabrina Magalhães Martins da Silva;<sup>3</sup> Priscila Costa da Frota<sup>4</sup>

### Como citar este artigo:

Melo CF, Sousa JC, Silva SMM, Frota PC. Percepção da população brasileira sobre o suicídio. Rev Fun Care Online. 2018 out/dez; 10(4):1085-1090. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1085-1090>

## RESUMO

**Objetivo:** Compreender a percepção da população brasileira sobre o suicídio. **Método:** Pesquisa exploratória e descritiva, de cunho quantitativo, realizada por meio de levantamento na internet, que contou com amostra não probabilística por conveniência composta por 246 participantes, que responderam ao Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida (QUACS), cujos dados foram avaliados por meio de estatística descritiva e bivariada, com auxílio do *software* estatístico SPSS. **Resultados:** Identificou-se a existência de sentimentos negativos perante o paciente suicida em uma quantidade reduzida de participantes ( $f = 25$ ; 8,90%), uma percepção geral de incapacidade para lidar com suicida e o reconhecimento do direito do outro de cometer suicídio. **Conclusão:** Existência de mitos e preconceitos sobre o tema, que desfavorecem a assistência ao suicida.

**Descritores:** Suicídio, Ideação suicida, Opinião pública.

## ABSTRACT

**Objective:** To understand the perception of the Brazilian population about suicide. **Method:** Exploratory and descriptive research, quantitative, conducted through a survey on the internet, which had a non-probabilistic sample by convenience composed of 246 participants, who answered the Attitudes Questionnaire in Relation to Suicidal Behavior (QUACS), whose data were evaluated using descriptive and bivariate statistics, using SPSS statistical software. **Results:** The existence of negative feelings towards the suicidal patient was identified in a reduced number of participants ( $f = 25$ , 8.90%), a general perception of inability to deal with suicide and the recognition of the other's right to commit suicide. **Conclusion:** Existence of myths and prejudices on the subject, which disfavor the assistance to the suicide.

**Descriptors:** Suicide, Suicidal ideation, Public opinion.

## RESUMEN

**Objetivo:** Comprender la percepción de la población sobre el suicidio. **Método:** investigación exploratoria y descriptiva, naturaleza cuantitativa, realizada por el levantamiento de la Internet, que incluye muestra de conveniencia no probabilística compuesta por 246 participantes que respondieron el cuestionario de actitudes en relación con el comportamiento suicida (QUACS), cuyos datos ellos fueron evaluados por estadística descriptiva y bivariante, con la ayuda de *software* estadístico SPSS. **Resultados:** Se identificaron la existencia de sentimientos negativos hacia el paciente suicida en una cantidad reducida de participantes ( $f = 25$ ; 8,90%), una incapacidad percepción

- 1 Psicóloga com licenciatura e formação. Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza (Unifor).
- 2 Graduanda em Psicologia pela Unifor.
- 3 Graduanda em Psicologia pela Unifor.
- 4 Graduanda em Psicologia pela Unifor.

general que lidiar con el suicidio y el reconocimiento del derecho de otro a suicidarse. **Conclusión:** La existencia de mitos y prejuicios sobre el tema, a la asistencia perjuicio de suicidio.

**Descriptores:** Suicidio, Ideación suicida, La opinión pública.

## INTRODUÇÃO

A cada ano, o número de mortes por suicídio tem crescido alarmantemente. Os índices crescentes têm gerado grande preocupação em todo mundo, e, por isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem chamado a atenção para essa gravidade como um problema de saúde pública em nível mundial e apontado para a importância da construção de estratégias concretas de prevenção e controle. Enfatiza a necessidade de incluir a prevenção do suicídio como uma prioridade na agenda global de saúde, ressaltando que apenas 28 países possuem algum tipo de estratégia preventiva ou atribuem alguma atenção para o tema.<sup>1-3</sup>

Para melhor compreender a dimensão do problema, reforça-se que as taxas elevadas por suicídio têm superado o número de mortes por homicídios e HIV juntos, sendo a segunda principal causa de morte no mundo, ficando atrás apenas de acidentes de trânsito. Traduzindo em números, a cada 40 segundos uma pessoa tira a sua própria vida e ocorrem 20 tentativas frustradas, totalizando 800 mil mortes por ano. Registros que, apesar de confiáveis, são subnotificados, por não contemplarem casos identificados como acidentes e que camuflam atos de violência autoinfligida.<sup>1</sup>

De acordo com as Nações Unidas, as pessoas mais vulneráveis são as de países de baixa renda, em que são registrados 75% dos casos, sendo as condições socioeconômicas um fator de grande influência. Entre esses países, o Brasil é o 8º com maior número de suicídio no *ranking* mundial. Há predominância de casos entre a população masculina, com uma taxa de 10,70%, sendo o índice entre as mulheres mais baixo (2,60%), uma vez que os homens geralmente utilizam métodos mais eficazes. Os métodos mais utilizados pela população de modo geral são: envenenamento por ingestão de pesticida, enforcamento e uso de arma de fogo.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, os fatores de riscos mais comuns que devem ser avaliados para detectar precocemente um potencial suicida deve-se a fatores clínicos, sociodemográficos e genéticos. Deve ser identificada a existência de algum tipo de transtorno mental (depressão, ansiedade, transtorno de personalidade, esquizofrenia...), uso de substâncias psicoativas (álcool, drogas...) ou existência de algum tipo de comorbidade que possa vir a potencializar o risco (ex.: álcool + depressão). Também é relevante considerar fatores psicológicos (perdas recentes, impulsividade, agressividade, dinâmica familiar conturbada), condições clínicas incapacitantes (AIDS, neoplasias malignas, doenças orgânicas e crônicas, trauma medular...), e fatores sociodemográficos (isolamento social, estado civil, desemprego, aposento, extrato econômico...). Contempla-se ainda a diferenciação entre fatores predisponentes, aqueles

que ocasionam o suicídio (características sociodemográficas, transtorno mental, doença...) e fatores precipitantes, que são desencadeados por fatores estressores (separação conjugal, perda ou luto...). Ainda, segundo a OMS, a tentativa prévia de suicídio é o fator mais significativo para avaliação do risco, uma vez que servirá como ponto de partida para uma avaliação sobre a existência de planos e métodos, assegurando um tratamento adequado.<sup>4-5</sup>

Além da identificação dos fatores de risco, faz-se necessária a preparação dos profissionais da saúde e das demais áreas sobre a identificação de pacientes potencialmente suicidas, pois essa é a forma mais eficaz de prevenção. Tarefa complexa, pois não é exatamente o comportamento suicida que precisa ser avaliado, mas o seu risco, o *ante facto*. Assim, o profissional da saúde e os familiares e os amigos do sujeito com ideação suicida precisam observar se há realmente risco de suicídio, e, se houver, procurar saber qual sua gravidade. É preciso perceber o início do processo, que começa com pensamentos tenebrosos, relacionados à morte, seguidos por investigação de formas de como realizar o ato, até a realização do ato de tentativa de suicídio.<sup>4,6</sup>

Reconhece-se que outro meio bastante eficiente de prevenção ao suicídio está no falar sobre o tema, pois, segundo a OMS, o estigma desse tipo de morte ainda tem efeitos devastadores sobre a população e ainda é considerado um grande tabu no meio social. Fato que dificulta a procura por ajuda por parte de quem possui ideações suicidas, e impossibilita compreensão de pessoas próximas que poderiam ajudá-lo. Por esse motivo, torna-se *sine qua non* a retirada do silêncio sobre o assunto e trazê-lo para discussão com a sociedade, fazendo e divulgando pesquisas sobre o assunto, bem como reconhecendo a percepção da população sobre o suicídio, para, assim, realizar trabalhos de educação e promoção de saúde.<sup>5-7</sup>

Muitas pessoas que tentam suicídio não são compreendidas, tanto pelos profissionais da saúde quanto pela própria família. Muitos potenciais suicidas sentem-se menosprezados quanto aos seus sentimentos. Além disso, para os que já realizaram tentativas, ainda passam a ser identificados como pessoas que estão querendo chamar a atenção, que não passam de atores banais, e que não merecem a atenção dos profissionais da saúde, e, em alguns casos, até mesmo da família.<sup>8</sup> É importante, portanto, pensar na percepção das pessoas frente a condições suicidas, para, assim, poder trazer uma visão interventiva de educação e prevenção. Para tal tarefa, pesquisadores são constantemente convocados a debruçarem-se sobre tal temática, abordando-a sobre diferentes aspectos de diagnóstico de fatores de risco e de proteção, mas também sobre a compreensão da população sobre o tema, de modo a gerar subsídios que orientem campanhas de desmistificação de preconceitos, para educação e promoção de saúde da população em geral, de modo que esses possam identificar, cuidar e prevenir o suicídio.<sup>6,9</sup>

Nessa perspectiva, após seleção nos periódicos nacionais, foi possível detectar que existem alguns estudos que trazem generosa contribuição para a literatura sobre o assunto. Morais e Sousa<sup>10</sup> objetivaram construir um mapeamento e despertar a população para o problema do suicídio no município de Dormentes – PE. Foram detectados

como desencadeadores problemas pessoais e financeiros, como falta de emprego, depressão, ansiedade, profunda tristeza e vontade de acabar com o sofrimento, consanguinidade, ciúme doentio, excesso de atividades, falta de vitaminas e de uma alimentação adequada, excesso de remédios e questões psicológicas. De modo semelhante, Hildebrandt, Zart e Leite,<sup>11</sup> com o propósito de conhecer os motivos que levaram adolescentes a tentar suicídio, realizaram uma pesquisa em uma instituição hospitalar no Rio Grande do Sul, detectando que a principal causa das tentativas de suicídio são os conflitos familiares. Igualmente, a pesquisa de Ribeiro, Coutinho e Nascimento<sup>12</sup> com 276 adolescentes do ensino médio de João Pessoa – PB indicou que a depressão que desencadeia o suicídio está associada a quatro aspectos: psicoafetivos; depressão como sinônimo de tristeza e desilusão amorosa; psicossocial; dificuldade de relacionamento social e ideias tenebrosas; e ideia de morte ou ideação suicida.

Vieira e Coutinho,<sup>13</sup> com o objetivo de investigar a ocorrência de suicídio no meio acadêmico, realizaram uma pesquisa com 233 estudantes do curso de Psicologia de uma universidade pública. Os resultados apontaram um índice significativo de depressão e ideação suicida. Correia e colaboradores<sup>14</sup> realizaram um estudo com o objetivo de entender a estrutura das representações sociais sobre o suicídio com 30 mulheres que sofreram violência doméstica e tentaram suicídio por envenenamento. Constatou-se que a representação social das mulheres frente ao suicídio está vinculada a histórias de vida permeada por rejeição e falta de amor, o que leva à depressão. O sentimento de impotência diante da necessidade de mudança pode causar problemas emocionais, o que poderá ocasionar a decisão de interromper a própria vida. É reforçada, portanto, a pertinência de estudos que abordem não apenas o suicida, mas também a população, compreendendo a percepção de todos sobre o tema, para ter subsídios que norteiem a tomada de decisão sobre programas de promoção, prevenção e educação.

Diante do exposto, o presente estudo objetivou compreender a percepção da população brasileira sobre o suicídio.

## MÉTODO

### Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória. Foi realizada por meio de levantamento via internet em todo o Brasil.

#### Amostra

Após a coleta de dados, realizada durante quatro meses (agosto a dezembro de 2016), contou-se com amostra não probabilística por conveniência composta por 246 participantes, sendo 183 (76,44%) mulheres e 58 (23,60%) homens; com idade média de 28,09 anos ( $\pm 9,18$ ); com variação entre 17 e 70 anos. São 14 (5,70%) com escolaridade a nível

fundamental ou médio, 144 (58,50%) com nível superior incompleto e 88 (35,80%) com nível superior completo de diferentes cursos de todas as áreas do conhecimento. Destes, 109 (44,70%) não se consideram religiosos e 135 (55,30%) consideram-se religiosos. São de diferentes religiões: católica ( $f = 88$ ; 35,80%); evangélica ( $f = 33$ ; 13,40%); espírita ( $f = 21$ ; 8,50%); outras ( $f = 14$ ; 5,70%); nenhuma ( $f = 90$ ; 36,60%).

### Instrumento

Foi utilizado o Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida (QUACS).<sup>15</sup> Compreende uma escala de 21 itens que reúne as crenças, os sentimentos e as reações em relação aos suicidas. Os itens estão dispostos em uma escala visual análoga com 10 cm de distância entre a “discordância total” e a “concordância total”, nos quais o respondente deve marcar um ponto de 1 a 10, conforme o nível de aproximação com cada extremo.

As perguntas contidas no QUACS são agrupadas em três fatores:

- 1) “Sentimentos negativos perante o paciente suicida” – quanto maior a pontuação, maior a presença de tais sentimentos, os quais podem dificultar o auxílio ao indivíduo que incorreu em comportamento suicida ( $Q2 + Q5 + Q9 + Q13 + Q15 + Q17 + Q19 = 70$  pontos);
- 2) “Percepção de capacidade profissional” – quanto maior a pontuação, mais confiante a pessoa se sente para lidar com indivíduos com comportamento suicida ( $Q1 + Q7 + Q10 + Q12 = 40$  pontos);
- 3) “Direito ao suicídio” – uma maior pontuação pode significar uma atitude mais “moralista” ( $Q3 + Q4 + Q6 + Q16 + Q18 = 50$  pontos).

Contempla-se que os itens 3 e 12 devem ser invertidos; e as questões Q8, Q11, Q14, Q20 e Q21 não são somadas aos fatores da escala, pois não possuem semelhança com os fatores construídos. Tais questões podem, portanto, ser analisadas separadamente ou excluídas da análise da escala.

### Procedimentos

Considerando-se os aspectos éticos referentes a pesquisas envolvendo seres humanos, o presente estudo foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (Unifor), aprovado com Parecer nº 1.228.013, de 15/09/2015. O instrumento foi disponibilizado na internet juntamente ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), por meio de uma página específica e de domínio privado. A divulgação ocorreu durante quatro meses (agosto a dezembro de 2016), por meio de redes sociais *on-line* (Facebook) em divulgação de grupos de interesse em geral. Destaca-se ainda que foram respeitados os aspectos éticos exigidos pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

### Análise dos dados

As análises de dados foram realizadas com auxílio do pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science) para Windows, versão 20, divididas em quatro etapas. Primeiro foi traçado o perfil da amostra, por meio de estatística descritiva

(frequência, porcentagem e medidas de tendência central e dispersão). Em seguida, foi realizada a análise descritiva dos fatores do questionário, realizando somatório de pontos de cada fator. Por fim, foram realizadas comparações das avaliações dos fatores e subfatores em função dos dados sociodemográficos: sexo, idade, escolaridade, curso e religião.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

São apresentados, nesta seção, os resultados encontrados na pontuação total de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida e nos fatores anteriormente descritos: Fator 1 – Sentimentos negativos perante o paciente suicida; Fator 2 – Percepção de capacidade profissional; e Fator 3 – Direito ao suicídio. Em seguida, serão apresentados os resultados das comparações por dados sociodemográficos.

As pontuações do Fator 1 – “Sentimentos negativos perante o paciente suicida” tiveram média de 20,46 (DP = 9,40), com pontuações que variaram entre 7 e 49. Nesse sentido, observa-se que tais sentimentos são relativamente baixos. Mostrando que, no geral, as pessoas compreendem os suicidas; sentimento que facilita o auxílio ao indivíduo que incorreu em comportamento suicida. Contempla-se, todavia, que 25 sujeitos (8,90%) apresentaram pontuações acima da metade (35 pontos), demonstrando que ainda existe uma quantidade significativa de pessoas com sentimentos negativos em relação ao suicida (ver tabela 1). A partir das análises dos itens desse fator, verifica-se que todos tiveram pontuações baixas, evidenciando que não há raiva, e sim respeito ao que tenta suicídio (ver tabela 2).

O Fator 2 – “Percepção de capacidade profissional” apresentou pontuação média 17,31 (DP = 6,94), com pontuações que variaram entre 4 e 33. Reconhece-se, portanto, que as pessoas não se sentem aptas para lidar com indivíduos com comportamento suicida (ver tabela 1). Igualmente, verificou-se que todos os itens tiveram pontuações baixas (ver tabela 2).

O Fator 3 obteve média 24,88 (DP = 9, 20), com pontuações que variaram entre 10 e 50. Destaca-se a média próxima a 50% da pontuação máxima, representando uma atitude mais “moralista”. Observou-se, todavia, que a maioria ( $f = 171$ ; 62,20%) das pessoas apresentou até 25 pontos, reconhecendo o direito do outro de cometer suicídio (ver tabela 1). Nas análises dos itens, chama a atenção as pontuações altas nos itens 4 e 18, evidenciando que os participantes acham que o diálogo pode evitar o suicídio e que, tendo a oportunidade, tentariam mudar os planos de um suicida.

**Tabela 1** - Pontuações dos fatores do QUACS

Fatores	Pontuação máxima	Média (DP)
Fator 1 - Sentimentos negativos perante o paciente suicida	70	20,46 (DP = 9, 40)
Fator 2 - Percepção de capacidade profissional	40	17,31 (DP = 6,94)
Fator 3 - Direito ao suicídio	50	24,88 (DP = 9, 20)

**Tabela 2** - Pontuações dos itens do QUACS

Fator e itens	Média	DP
<b>Sentimentos negativos perante o paciente suicida</b>		
Q2 - Quem fica ameaçando geralmente não se mata.	2,53	2,20
Q5 - No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio.	2,56	1,97
Q9 - Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio e acabar induzindo o paciente a isso.	3,24	2,46
Q13 - Às vezes dá raiva porque com tanta gente querendo viver... e aquele paciente querendo morrer.	2,01	1,86
Q15 - A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar.	4,54	2,82
Q17 - No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a ideia de suicídio.	3,54	2,78
Q19 - Quem quer se matar mesmo não fica “tentando” se matar.	2,04	1,87
<b>Percepção de capacidade profissional</b>		
Q1 - Sinto-me capaz de ajudar.	4,94	2,55
Q7 - Sinto-me capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar.	4,31	2,46
Q10 - Acho que tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio.	3,73	2,59
Q12 - Sinto-me inseguro(a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio.	4,33	2,60
<b>Direito ao suicídio</b>		
Q3 - Apesar de tudo, penso que uma pessoa tem o direito de se matar.	3,98	3,06
Q4 - Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho.	6,12	2,70
Q6 - A vida é um dom de Deus e só Ele pode tirar.	4,08	3,19
Q16 - Quem tem Deus no coração não vai se matar.	2,38	2,44
Q18 - Quando uma pessoa fala em pôr fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela.	5,28	2,98

É possível verificar ainda que, nas atribuições das pontuações de resiliência, houve diferenças percebidas pelas comparações realizadas a partir das variáveis sociodemográficas. Não apresentaram diferenças as comparações por idade. A seguir são apresentadas apenas as avaliações que se destacaram pela existência de diferenças estatisticamente significativas. Para tanto, destaca-se que todas essas variáveis apresentaram-se não normais a partir do teste de Shapiro-Wilk: Fator 1 ( $W = 0,93$ ;  $p < 0,01$ ), Fator 2 ( $W = 0,96$ ;  $p < 0,01$ ), Fator 3 ( $W = 0,91$ ;  $p < 0,01$ ). Portanto, foram utilizados os testes não paramétricos Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas comparações das pontuações por sexo, não havendo

diferenças no Fator 3, em que os homens possuem maiores pontuações do que as mulheres: ( $U = 3269,50$ ,  $p < 0,05$ ) [masculino ( $M = 25,12$ ;  $DP = 9,62$ ); feminino ( $M = 19,03$ ;  $DP = 8,88$ )] E Fator 2 ( $U = 4068,00$ ,  $p < 0,05$ ) [masculino ( $M = 19,33$ ;  $DP = 6,23$ ); feminino ( $M = 16,69$ ;  $DP = 7,05$ )]. Observa-se, portanto, que os homens possuem mais sentimentos negativos frente ao comportamento suicida e sentem-se mais capazes para lidar com suicidas.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas comparações das pontuações por área do conhecimento apenas nos Fatores 1 ( $13,70$ ,  $p < 0,05$ ) e 2 ( $15,36$ ,  $p < 0,05$ ). Os profissionais e estudante de Psicologia destacaram-se por apresentar as menores pontuações no Fator 1 ( $M = 18,63$ ;  $DP = 8,10$ ) e as maiores pontuações no Fator 2 ( $M = 19,23$ ;  $DP = 7,39$ ); ou seja, são os que possuem menos sentimento negativo frente ao suicida e os que se sentem mais capacitados para lidar com eles. Destaca-se que os participantes da área de Ciências da Natureza e Engenharias foram os que mais possuem sentimentos negativos frente ao suicida; e os de Ciências da Natureza, Engenharias e Ciências da Vida os que se sentem menos capacitados.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas comparações das pontuações entre pessoas com ou sem religião apenas no Fator 3 ( $U = 110,96$ ,  $p < 0,05$ ) [religioso ( $M = 27,35$ ;  $DP = 9,66$ ); não religioso ( $M = 21,94$ ;  $DP = 7,68$ )]. Observou-se que os religiosos possuem uma atitude mais moralista, enquanto os não religiosos reconhecem mais o direito do outro de cometer suicídio.

A partir dos dados obtidos no presente estudo, é possível constatar que a maioria das pessoas não apresenta sentimentos negativos em relação a sujeitos suicidas, embora ainda existam algumas pessoas que apontam sentimentos negativos perante indivíduos com ideação suicida. Diante disso, é possível afirmar que ainda há muito preconceito com as pessoas que tentam se matar, pois muitos profissionais da saúde que lidam com essa situação apresentam uma conduta caracterizada por hostilidade e rejeição diante de sujeitos com ideação suicida. Além disso, esses comportamentos dos profissionais podem levar à diminuição de cuidados em relação aos seus pacientes, no qual muitos profissionais acreditam estarem desperdiçando seu tempo, por não estarem cuidando de pacientes mais graves. Sendo assim, muitos pacientes não são acompanhados de forma regular e deixam de procurar ajuda.<sup>16</sup>

Os resultados sobre a percepção de capacidade profissional confirmam a literatura que tem demonstrado a necessidade de fortalecer as discussões sobre o assunto, uma vez que existe uma grande dificuldade em lidar com as situações que envolvem o comportamento suicida, e de ainda ser considerado entre os profissionais como um desafio. Há também a dificuldade em identificar o que realmente o paciente está sentindo e detectar satisfatoriamente os fatores de risco, compreendendo o paciente como um todo, enfatizando ainda a necessidade de mais debates como possibilidade de um maior aprimoramento em prol de uma intervenção adequada para redução dos danos.<sup>17</sup>

Os dados sobre a percepção do direito do outro de cometer suicídio confirmam a literatura que mostra que a primeira reação ao ver alguém com o desejo de morrer é o

receio de lidar com essa situação. O primeiro sentimento é de defesa pelo dom da vida, em detrimento ao nosso direito de decidir sobre ela. Especialmente entre os profissionais da saúde, a destacar os médicos, há uma incessante busca para o prolongamento da vida de um sujeito, mesmo que isso traga sofrimento; conseqüentemente, a perda do paciente, por doença ou suicídio, muitas vezes é interpretada como fracasso profissional.

É possível perceber ainda que a percepção da população sobre o suicida e o suicídio é permeada por suas experiências e características pessoais, em destaque para as diferenças nas percepções entre os participantes com diferentes religiões e de diferentes cursos ou categorias profissionais. Contempla-se que os estudantes e os profissionais da Psicologia conhecem transtornos e doenças mentais, como depressão, que conduzem pessoas a ideações e tentativas suicidas, levando-os a compreenderem tais comportamentos, terem atitudes mais positivas e sentirem-se mais capacitados para tal tarefa.<sup>18</sup> Além disso, entre católicos, evangélicos e espíritas, os evangélicos foram os que apresentaram maior rigidez de discurso moralista e não aceitação sobre o direito do outro de se suicidar. Compreende-se, pois, que as pessoas religiosas, especialmente as que seguem diretrizes mais rígidas, compreendem a vida como um direito divino e sua retirada como algo não aceitável.<sup>19-20</sup>

## CONCLUSÃO

Apesar do número alarmante de suicídios no Brasil e no mundo, e de campanhas nacionais, como o Setembro Amarelo, ainda há desinformação e preconceito diante de pessoas suicidas, o que prejudica a busca por ajuda. Em parte, essa realidade deve-se a um certo tabu em relação ao assunto, pois é pouco discutido, o que ocasiona falta de informação da população, até mesmo dos profissionais da saúde, que muitas vezes não sabem lidar com pacientes que já tiveram ideação suicida. Portanto, é importante assegurar que tanto os profissionais quanto a própria população tenham um conhecimento mínimo sobre o assunto, a fim de reduzir as dificuldades de lidar com o comportamento suicida, cooperando minimamente para a redução dos danos ao paciente com este tipo de conduta.

A partir do presente estudo constatou-se que, embora não haja por parte da maioria das pessoas sentimentos negativos em relação a pacientes suicidas, ainda há preconceitos e estigmas relacionados a pessoas que tentam se matar, bem como hostilidade e rejeição por parte de algumas pessoas, principalmente pela dificuldade encontrada de lidar com a situação, cooperando com a diminuição da procura por ajuda por parte dos pacientes, configurando um problema grave e que necessita de uma ação interventiva imediata e cuidadosa.

Reconhece-se como limitação do presente estudo o enfoque sobre a população geral, sem caracterizar grupos específicos, como pacientes com ideação suicida ou que tentaram suicídio, os profissionais de determinadas categorias. Embora não fosse o objetivo do estudo, reconhece-se que essas abordagens trariam grande contribuição para o debate e a compreensão sobre o tema. Sugere-se ainda a realização

de pesquisas qualitativas e longitudinais, para maior profundidade na compreensão das crenças dos diferentes sujeitos sobre o suicídio.

Por fim, reconhece-se que ainda há um grande despreparo por parte dos profissionais em lidar com indivíduos que já tentaram tirar a própria vida, o que faz com que muitas pessoas não sejam compreendidas e desistam de procurar ajuda. Defende-se, pois, que é imprescindível que haja uma maior promoção à saúde mental, que tenha mais debate sobre o tema, como também grupos de apoio a pessoas que estão passando por momentos difíceis.

## REFERÊNCIAS

1. Franco SA, Gutiérrez ML, Sarmiento J, Cuspoca D, Tatis J, Castillejo A, et al. Suicídio en estudiantes universitarios en Bogotá, Colombia, 2004–2014. *Cien. Saúde Colet.* 2017 jan; 22(1):269-78.
2. Rosa NM, Agnolo CMD, Oliveira RR, Mathias TAF, Oliveira MLF. Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. *J Bras Psiquiat.* 2016 jul; 65(3):231-8.
3. Vasconcelos-Raposo J, Soares AR, Silva F, Fernandes MG, Teixeira CM. Níveis de ideação suicida em jovens adultos. *Estudos de Psicologia* 2016 abr; 33(2):345-54.
4. Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2010 out; 32(Suppl 2):87-95.
5. Ribeiro DB, Terra MG, Soccol KLS, Schneider JF, Camillo LA, Plein FAS. Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016 abr; 37(1).
6. Carlos FP, D'Agord MRL. O lugar obscuro do suicídio. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* 2016 jan; 19(1):43-56.
7. Schraiber LB, Barros C, D'Oliveira AFPL, Peres MFT. *Revista de Saúde Pública in scientific publications on Violence and Health (1967-2015)*. *Revista de Saúde Pública* 2016 nov; 50.
8. Loureiro RM. Um possível olhar do comportamento suicida pelos profissionais da saúde. *Scientia Médica* 2006 jan; 16(2):64-7.
9. Barrón EV, Krmpotic CS. La prevención del suicidio juvenil: entre la enunciación y la acción. *Revista Katálisis* 2016 jan; 19(1):43-52.
10. Moraes SRS, Sousa GMC. Representações sociais do suicídio pela comunidade de dormentes – PE. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2011 jan; 31(1):160-175.
11. Hildebrandt LM, Zart F, Leite MT. A tentativa de suicídio na percepção de adolescentes: um estudo descritivo. *Rev. Eletr. Enf. [internet]* 2011 abr/jun; 13(2):219-26.
12. Ribeiro K, Coutinho M, Nascimento E. Representação social da depressão em uma Instituição de Ensino da Rede Pública. *Psicol. Cienc. Prof.* 2010 set; 30(3):448-63.
13. Vieira KFL, Coutinho MPL. Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2008 set; 28(4):714-27.
14. Correia CM, Gomes NP, Couto TM, Rodrigues AD, Erdmann AL, Diniz NMF. Representações sobre o suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo. *Texto Contexto Enferm.* 2014 jan; 23(1):118-25.
15. Botega NJ, Silveira IU, Mauro MLF. *Telefonemas na crise: percursos e desafios na prevenção do suicídio*. Rio de Janeiro: ABP; 2010.
16. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad. Saúde Pública* 2013 jan; 29(1):175-187.
17. Reisdorfer N, Araujo GM, Hildebrandt LM, Gewehr TR, Nardino J, Leite MT. Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. *Revista de Enfermagem da UFSM* 2016 jul; 5(2):295-304.
18. Fukumitsu KO. The psychotherapist facing suicide behavior. *Psicologia USP* 2014 jan; 25(3):270-275.
19. Carneiro ABF. Suicídio, religião e cultura: reflexões a partir da obra "Sunset Limited". *Reverso* 2013 jan; 35(65):15-23.
20. Gonçalves LRC, Gonçalves E, Oliveira Júnior LB. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. *Nova Economia* 2011; 21(2):281-316.

Recebido em: 03/03/2017

Revisões requeridas: Não houve

Aprovado em: 31/03/2017

Publicado em: 05/10/2017

**Autora responsável pela correspondência:**

Cynthia de Freitas Melo

Avenida Washington Soares, 1321

Bloco N, Sala 13

Edson Queiroz, Fortaleza, Ceará

CEP: 60.811-341

E-mail: <cf.melo@yahoo.com.br>