

ESTIGMA EM PACIENTES ADMITIDOS EM URGÊNCIA/EMERGÊNCIA POR TENTATIVA DE SUICÍDIO: ANÁLISE DE ESTUDANTES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE A PARTIR DE CASOS HIPOTÉTICOS

STIGMA IN PATIENTS ADMITTED TO URGENCY /EMERGENCY FOR ATTEMPTED SUICIDE: ANALYSIS OF STUDENTS AND HEALTH PROFESSIONALS FROM HYPOTHETICAL CASES

Recibido: 15 de agosto de 2017 | Aceptado: 10 de noviembre de 2017

DOI: 10.22199/S07187475.2017.0003.00001

AMANDA RESENDE DÓRIA ¹; ANDRÉ FARO ²

¹- UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE, Sergipe, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: O presente estudo buscou analisar, segundo estudantes e profissionais de saúde, estigmas que perpassam o atendimento ao paciente admitido por tentativa de suicídio. **MÉTODO:** Foram construídos três Cenários de Estudo (CEs) com cinco casos clínicos e, dentre eles, uma vítima de tentativa de suicídio. Os CEs variaram de acordo com o tipo de deliberação da causa de internação (ativa—DA, passiva—DP, ou casos comuns ao cotidiano — AC) e descreveram situações fictícias nos quais pacientes atendimentos em um setor de urgência ou emergência hospitalar necessitavam suporte de Ventilação Mecânica (VM), embora só houvesse três disponíveis. Os 174 participantes tiveram que responder a um questionário referente a apenas um CE e desconheciam a existência dos outros CEs. Solicitou-se que eles estabelecessem uma ordem de prioridade de recebimento da VM entre os pacientes. **RESULTADOS:** Nos resultados, em DP e AC, o paciente que tentou suicídio não receberia suporte de VM. Porém, em DA, ele foi prioritário. **CONCLUSÃO:** Os achados sugerem a presença de estigma em relação ao paciente vítima de tentativa de suicídio e esse estigma também parece sofrer influência do contexto no qual o paciente está inserido. **PALAVRAS-CHAVE:** Suicídio, estigma, urgência e emergência, tentativa de suicídio.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The present study aimed to analyze, according to students and health professionals, stigmas that pervade patient care admitted for attempted suicide. **METHOD:** Three Study Scenarios (CEs) were constructed with five clinical cases and among them a suicide victim. The ECs varied according to the type of deliberation of the cause of hospitalization (active-DA, passive-DP, or cases common to daily life - AC) and described fictitious situations in which patients attending an emergency or emergency hospital sector needed support Mechanical ventilation (MV), although only three were available. The 174 participants had to respond to a questionnaire regarding only one EC and were unaware of the existence of other ECs. They were asked to establish a priority order of receipt of the MV among patients. **RESULTS:** In the results, in DP and AC, the patient who attempted suicide would not receive support from MV. But in AD, it was a priority. **CONCLUSION:** The findings suggest the presence of stigma in relation to the patient victim of suicide attempt and this stigma also seems to be influenced by the context in which the patient is inserted.

KEY WORDS: Suicide, stigma, urgency and emergency, suicide attempt.

¹, ². Afiliado a la Universidade Federal de Sergipe, Sergipe, Brasil
Email 1: amandaresenedoria@gmail.com , E-mail 2: andre.faro.ufs@gmail.com.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), mais de 800 mil pessoas morreram em decorrência do suicídio em 2015, sendo que a taxa global de suicídio por 100,000 habitantes nesse ano foi de 10,7. Na América Latina, a taxa do mesmo período foi de 9,6, o equivalente a pouco mais de 61.300 casos por ano. Considerando apenas essa região, a mais alta taxa encontrada foi na Guiana (29,0) e a mais baixa foi de Barbados (0,4). No Brasil, a taxa de suicídios foi de 6,5, o que indica cerca de 12.400 suicídios anualmente (OMS, 2015).

Nos Estados Unidos, cerca de metade das vítimas de tentativa de suicídio se recusam a realizar o tratamento recomendado e, dentre aqueles que iniciam algum tipo de tratamento, 60% não dão continuidade após iniciá-lo. Na América Latina, a prevalência média de ideação suicida entre a população é de 13,85% (Alarcón et al., 2017). Também é observado que medidas voltadas para a prevenção são negligenciadas, como, por exemplo, a falta de acompanhamento da transição do paciente atendido no serviço de urgência para o ambulatorial (Lizardi & Stanley, 2010). Por isso, estudos voltados para essa temática são de grande relevância social, uma vez que podem auxiliar a compreender fatores atrelados a tal fenômeno e propor intervenções que possam diminuir as altas taxas.

No Brasil, cerca de 90% dos casos de suicídio ocorridos possui uma relação com transtornos psiquiátricos e, além disso, a taxa de suicídio tem crescido por volta de 60% nos últimos 45 anos (Botega, 2010). Se comparado com outras regiões do mundo, nesse país as taxas de suicídio são das mais elevadas (Lovisi, Santos, Legay, Abelha, & Valencia, 2009; Meneghel et al., 2004). Entre os jovens, alguns dados têm chamado a atenção: no Brasil, as taxas vêm crescendo e, no México, o suicídio entre adolescentes é a terceira maior causa de morte (Borges et al., 2009; Chachamovich et al., 2009).

Em relação ao atendimento de pacientes admitidos em Urgências e Emergências por tentativa de suicídio, a literatura aponta influência de estigmas relacionados ao suicídio no comportamento de profissionais da saúde com pessoas que possuem determinadas características estigmatizadas (Nebhinani, Nebhinani, Tamphasana, & Gaikwad, 2013). Em decorrência da estigmatização, pode haver negligência, hostilização, dentre outras características negativas no atendimento (Sarti, 2005; Vidal & Gontijo, 2013).

Estigma pode ser definido como uma atribuição de estereótipos negativos que marcam o indivíduo, passando a direcionar comportamentos, podendo este ser marginalizado e excluído de situações sociais (Andrade, & Ronzani, 2014; Ronzani, & Furtado, 2010). Ademais, pode impactar a vida daquele ao qual é direcionado, trazendo depreciação em contextos sociais. No campo da saúde, o estigma gera comportamento diferenciado no atendimento direcionado aos pacientes estigmatizados, por exemplo, negligência e não formação de vínculo entre paciente e profissional. Naqueles que dão entrada por tentativa de suicídio, estudos apontam hostilidade e rejeição por parte dos profissionais (Nebhinani, Nebhinani, Tamphasana, & Gaikwad, 2013; OMS, 2012).

Os estigmas são formados a partir de normas sociais que variam de acordo com questões culturais, históricas e sociais, interferindo no nível de consequências direcionadas ao indivíduo estigmatizado (Ronzani & Furtado, 2010). Uma vez que possui influência direta na formação do estigma, o contexto social (imediate ou não) parece influenciar em sua manifestação. Logo, o entendimento de como o estigma se manifesta pode contribuir para o combate a sua existência e, conseqüentemente, sua interferência no atendimento em saúde.

Indivíduos que tentam suicídio e são socorridos com vida dão entrada em

unidades de saúde, geralmente em caráter de urgência ou emergência, por vezes permanecendo internados para estabilização e recuperação de possíveis lesões, traumas ou outros problemas causados pela tentativa. Todavia, é observado que profissionais de saúde percebem o comportamento suicida como algo, em certa medida, opcional ao indivíduo (Machin, 2009). Dessa forma, alguns deles podem equivocadamente adotar o discurso de que esses pacientes atrapalham o fluxo do hospital e, se isso se fizer necessário, poderão dar prioridade àqueles que supostamente valorizam a vida – pacientes que não tentaram tirar a própria vida –, o que implica um atendimento influenciado por estigmas (Avanci, Pedrão, & Júnior, 2005; Azevedo, 2012).

Ao analisar a condição atual de profissionais que trabalham em unidades de urgência e emergência no Brasil, percebe-se sobrecarga de trabalho e ritmo acelerado (Zanelatto & Pai, 2010). Somado a isso, espaço físico inadequado e falta de materiais para suporte necessário ao paciente caracterizam um cotidiano estressante para esses profissionais (Bertolote, Mello-Santos, & Botega, 2010). Tais profissionais vivem uma rotina de luta constante contra a morte e, conseqüentemente, em favor da vida e diminuição do sofrimento. Sendo assim, contextos em que o paciente dá entrada por tentar tirar a própria vida contrapõem esse princípio, o que possivelmente ajuda a explicar a dificuldade para lidar com esse tipo de situação (Machin, 2009). Nesse cenário, investigar o que influencia esses profissionais na tomada de decisão em relação ao atendimento aos usuários do serviço de saúde parece plausível.

Influenciados por estigmas que são dirigidos ao paciente suicida, acredita-se que esse tipo de paciente possa receber menor prioridade no atendimento prestado em urgências em emergências, ainda que protocolos de avaliação determinem critérios objetivos para a tomada de decisão

a respeito da priorização do cuidado e suporte nesses ambientes (a exemplo da Classificação de Risco no Modelo de Manchester). Logo, pode ser que aspectos subjetivos em relação ao motivo pelo qual se dá entrada no serviço hospitalar influenciem a prioridade de assistência, especialmente quando se trata de um contexto de pressão por ações e decisões imediatas, tal como ocorre em setores de pronto-atendimento hospitalar. Tratar um infrator da lei, a exemplo de um estuprador, tende a não ser fácil para alguns profissionais de saúde, pois o suposto comportamento do paciente fora do contexto hospitalar vai de encontro a valores morais da sociedade – ainda que, dentro do contexto da emergência, esse julgamento seja primário e geralmente com base em limitados dados disponíveis. Tais julgamentos podem chegar a gerar negligência no tratamento a esses pacientes, numa tentativa de punição, seja ela consciente ou não (Machin, 2009).

Embora o suicídio não seja um crime, ao contrário do induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio, que sim, configura-se como crime segundo o artigo 122 do Código Penal Brasileiro (1940), ainda hoje as vítimas de tentativa de suicídio sofrem com avaliações pejorativas e, por vezes, incriminatórias a respeito de seu comportamento (Kohlrausch, Abreu, & Soares, 2008). Alguns estudos na literatura sugerem que profissionais da saúde não conseguem enxergar pacientes admitidos por tentativa de suicídio como pessoas que necessitam de ajuda, mas sim como aqueles que afrontam a vida por terem tentado contra ela (Avanci et al., 2005; Silva, Sougey, & Silva, 2015). Isso ganha relevância particular quando a disponibilização do cuidado está em cenário de certa “concorrência” por vagas e atendimentos na urgência e emergência de hospitais públicos brasileiros, caracterizados por superlotação e falta de insumos para o cuidado adequado (O’Dwyer, Oliveira, & Seta, 2009).

Frente a esse cenário complexo e incitador de difíceis decisões, os profissionais de saúde podem – não necessariamente de modo consciente – serem influenciados a usar estratégias não prescritas em protocolos clínicos para lidar com essas adversidades, a exemplo da modificação não intencional dos critérios de priorização de quem deve ser atendido em primeiro ou segundo lugar. Supõe-se, neste estudo, que tal mudança de comportamento pode levar a não consideração de aspectos objetivos na classificação de risco, o que implicaria em tomar decisões com base em vieses subjetivos que podem estar carregados de elementos de discriminação de determinados indivíduos, a exemplo da estigmatização.

Considerando-se essa possibilidade, acredita-se que a culpabilização atribuída ao adoecimento dos pacientes que dão entrada nos serviços de pronto-atendimento pode influenciar o critério de atendimento estabelecido pelos profissionais, inclusive no direcionamento diferenciado de cuidados essenciais para o suporte vital. Sobre isso, sabe-se que a manifestação de estigma afeta o cuidado dos pacientes, mas se acredita que ela possa variar conforme a necessidade de tomada de decisão e nível de pressão aos quais os profissionais sejam submetidos. Em casos de superlotação de serviços de urgência, por exemplo, profissionais podem tentar estabelecer uma ordem de prioridade aos atendimentos que implica escolhas atreladas a determinados estigmas de forma mais ou menos evidente, particularmente baseadas no grau de culpabilidade atribuída ao paciente em virtude do que se sabe sumariamente a seu respeito e seu quadro clínico na entrada no serviço de saúde.

Para fins de ilustração dessa suposição, seria como se uma vítima de um acidente de trânsito por ultrapassar fora da faixa de pedestres fosse considerada mais culpada pelo seu estado de saúde em comparação a alguém que atravessou na faixa e que também foi atropelado, independentemente

de se ter conhecimento se o semáforo estava ou não aberto para os pedestres no momento dos acidentes. Isso influenciaria a priorização do atendimento, que poderia ocorrer em detrimento a elementos clínicos e objetivos de avaliação do nível de gravidade do quadro de ambos os pacientes. Tais critérios, nessa perspectiva apresentada, passariam a ser influenciados pela impressão que se forma a respeito do indivíduo, sua eventual associação a um estigma e o conseqüente grau de culpa que lhe é atribuído pelo seu estado de saúde. Em resumo, em condições clínicas potencialmente similares, aquele paciente que receber menor atribuição de culpabilização pelo seu quadro seria primeiramente atendido.

O presente estudo buscou analisar o estabelecimento de priorização subjetiva no atendimento de urgência ou emergência de pacientes admitidos por tentativa de suicídio, a fim de investigar a presença de possível estigmatização desses pacientes e se ela altera a prioridade do cuidado. Para tanto, compararam-se cenários fictícios de atendimento hospitalar que levam em consideração supostas situações de maior ou menor culpabilidade pelo motivo de admissão no serviço, com o intuito de analisar se o contexto de comparação influencia na ordem de priorização da assistência ao paciente vítima de tentativa de suicídio.

MÉTODO

Delineamento do Estudo

O presente trabalho foi baseado na avaliação de três diferentes Cenários de Estudo (CEs), que foram compostos por uma situação hipotética em que constavam quatro casos clínicos selecionados de acordo com um suposto tipo de deliberação, que pode ser Ativa (DA), Passiva (DP) ou uma situação de Aproximação do Cotidiano (AC). É importante frisar que além desses quatro casos clínicos, em todos os cenários foi incluído um caso em comum: paciente

admitido por tentativa de suicídio. Com isso, todos os CEs contaram com cinco casos hipotéticos.

Elaborou-se o cenário DA para representar situações em que as pessoas tendem a atribuir ao próprio indivíduo a culpabilidade direta e intencional pelo seu estado de adoecimento. O cenário DP pode ser entendido como situações em que julgamentos tendem a não atribuir ao próprio indivíduo a causalidade pelo processo de adoecimento. Já o contexto AC apresenta casos relativamente comuns em Pronto-Socorro, considerando a situação criada para o estudo, independentemente do tipo de deliberação. Vale destacar que tais cenários foram criados pelos pesquisadores para fins exclusivos deste estudo.

Em resumo, no DA, a vítima tende a ser considerada intencionalmente culpada pelo seu estado de saúde. No DP, embora possa receber atribuição de culpa, ela é indireta e o desfecho não é intencional, caracterizando uma vitimização menos flagrante. No AC, trata-se dos alguns casos observados em atendimentos de pronto-socorro. Tal composição dos cenários (DA, DP e AC) aconteceu a partir da avaliação de juízes, todos profissionais de saúde que atuavam na área de PS há mais de cinco anos (três médicos e dois enfermeiros). Os juízes avaliaram sete casos clínicos de pacientes supostamente relacionados a algum tipo de deliberação. Em seguida, opinaram a respeito de quatro casos mais representativos para cada cenário (ativo ou passivo), considerando a possibilidade de uma atribuição enviesada de culpa pelo desfecho. A concordância em todos os casos indicados foi superior a 95%. Para o cenário AC, obtiveram-se as situações mais típicas da rotina hospitalar por meio de grupo focal com esses juízes, que apontaram em consenso o perfil geral de demanda comum de paciente no PS de hospitais de urgência e emergência. A descrição dos CEs e os respectivos casos estão relacionados na Tabela 1.

Na coleta de dados propriamente dita, a partir da situação hipotética descrita abaixo, foi solicitado que o participante da pesquisa categorizasse uma suposta ordem de atendimento de cinco pacientes em situação de emergência. Cada participante respondeu a apenas um questionário referente a um CE e desconhecia a existência dos outros dois. Quando respondido de forma presencial, os participantes foram abordados em seu local de trabalho e foi solicitado que respondesse ao questionário. Quando respondido de forma online, o link com o questionário foi repassado para estudantes e profissionais da área da medicina e da enfermagem. Em ambas as abordagens, a definição do questionário que iria ser respondido foi feita de forma aleatória e a escolha dos participantes por conveniência.

No questionário, a descrição do enunciado foi a mesma nos três CEs. Quanto aos pacientes, em todos os CEs havia cinco descrições de casos, sendo que um deles era o paciente que deu entrada por tentativa de suicídio. Apenas este caso se repetia em todos os cenários (especificamente, na terceira linha de respostas). Apesar de no CE constar cinco pacientes e todos precisarem de Ventilação Mecânica (VM), na situação hipotética existiam disponíveis apenas três suportes de VM. Assim, o quarto e o quinto pacientes não receberiam o suporte de VM necessária ao momento.

No enunciado e instruções do preenchimento das respostas, dois estímulos foram analisados: a posição geral do paciente vítima de suicídio e sua variação a partir do CE. As respostas dos participantes em relação à prioridade de atendimento variaram de 1, que corresponde ao primeiro paciente a ser atendido, a 5, referente ao último paciente a receber atendimento. A seguir está a descrição das instruções:

Vamos imaginar que você trabalha em Pronto-Socorro e observa a atuação de

uma de uma equipe que também trabalha no mesmo setor. Numa situação hipotética e improvável, chegam cinco pacientes graves, simultaneamente, com quadro clínico grave necessitando, todos eles, de suporte de ventilação mecânica. No entanto, o PS só dispõe de três respiradores disponíveis. Levando em consideração que apenas três dos cinco pacientes receberão suporte de ventilação mecânica, qual ordem de prioridade que você acredita que a equipe daria à instalação dos ventiladores?

Obs.: Considerando o pedido, enumere de 1 a 5 a ordem de prioridade.

Vale lembrar que em cada CE repetiu-se a presença de uma vítima de tentativa de suicídio em uma condição específica, apresentado da seguinte forma: Indivíduo tenta suicídio por enforcamento, é socorrido pela ambulância do SAMU e levado ao hospital. A respeito dessa descrição, sabe-se que embora exista uma ampla gama de meios para uma tentativa de suicídio, o enforcamento foi selecionado por se tratar de um meio comum no Brasil (Albuquerque et al., 2017; Ferreira, 2012; Lovisi et al., 2009; Ministério da Saúde, 2017), especialmente no sexo masculino. Buscou-se ainda caracterizar um quadro que minimizasse a chance de interpretação de tentativa por acidente (ou seja, sem comprovada intenção de morte) ou provocada por terceiros (um crime contra a vida, por exemplo).

TABELA 1.
Apresentação dos Casos e Pacientes Fictícios Considerando o Tipo de Deliberação de cada Cenário de Estudo.

| Cenário | Descrição do paciente | Codificação |
|--------------------------------------|--|-------------|
| Deliberação Ativa (DA) | Indivíduo estuprou uma pessoa vulnerável, foi linchado por moradores da região e socorrido pelo SAMU. | 1DA |
| | Indivíduo desmaia durante uma festa por overdose de cocaína e o encaminham através do SAMU para o hospital. | 2DA |
| | Indivíduo tenta suicídio por enforcamento, é socorrido pelo SAMU e levado ao hospital. | SDA |
| | Indivíduo que estava fazendo racha com amigos, sofre acidente automobilístico grave e é levado ao hospital pelo SAMU. | 3DA |
| | Indivíduo rouba uma bolsa e é surpreendido pela polícia, com quem troca tiros, acaba sendo baleado e levado ao hospital pelo SAMU. | 4DA |
| Deliberação Passiva (DP) | Indivíduo com histórico de tabagismo sofre problema cardiorrespiratório e é levado ao hospital pelo SAMU. | 1DP |
| | Indivíduo estava competindo numa vaquejada quando sofreu traumatismo crânio -encefálico e foi levado ao hospital pelo SAMU. | 2DP |
| | Indivíduo tenta suicídio por enforcamento, é socorrido pelo SAMU e levado ao hospital. | SDP |
| | Indivíduo é encontrado desmaiado na rua devido ao excesso do uso de crack, sendo levado pelo SAMU para o hospital. | 3DP |
| Aproximação do Cotidiano (AC) | Indivíduo não utiliza equipamentos de segurança, desequilibra-se, cai de andaime e é levado ao hospital através de ambulância de SAMU. | 4DP |
| | Indivíduo previamente hipertenso, sofre um AVC em casa, e é levado ao hospital pelo SAMU. | 1AC |
| | Indivíduo atravessa a rua fora da faixa e é atropelado, sendo levado ao hospital pelo SAMU. | 2AC |
| | Indivíduo tenta suicídio por enforcamento, é socorrido pelo SAMU e levado ao hospital. | SAC |
| | Indivíduo renal crônico mal aderente ao tratamento dialítico, sofre Edema Agudo de Pulmão e é levado ao hospital pelo SAMU. | 3AC |
| | Indivíduo pilotando uma moto sofre colisão com carro e sofre trauma grave, sendo levado ao hospital pelo SAMU. | 4AC |

Nota: Na Codificação, o número anterior às letras corresponde à ordem das situações hipotética no Cenário de Estudo correspondente.
DA: Deliberação Ativa; DP: Deliberação Passiva; AC: Aproximação do Cotidiano; SAC: Situação que é apresentada comportamento de suicídio (SAC – Suicídio no AC; SDP – Suicídio no DP; SDA – Suicídio no DA).

Participantes

A amostra foi composta por 174 participantes, divididos em três grupos: 32,7% (n = 57) em DA, 35,1% (n = 61) em DP e 32,2% (n = 56) em AC. A idade dos participantes variou entre 24 e 57 anos, com média de 29,5 anos (DP = 9,25). A maior parte dos participantes tinha idade inferior ou igual a 24 anos (40,2%; n = 70), 27% (n = 47) tinham entre 25 e 34 anos e 32,8% (n = 57) idade superior a 32 anos.

Em geral, os participantes possuíam nível superior de formação ou estavam cursando ensino superior na área da enfermagem (70,1%; n = 122) e da medicina (29,9%; n = 52). Quando considerado o nível de formação, 52,3% (n = 91) da amostra foi composta por profissionais e outros 47,7% (n = 83) por estudantes. Em relação ao sexo dos

participantes, a maioria foi do sexo feminino (77,6%; n = 135). No que tange à experiência dos participantes em serviços de urgências e emergências, 34,5% (60) afirmaram que não tiveram, 32,2% (56) tiveram contato igual ou inferior a um ano e 33,3% (58) disseram que tiveram contato com tais serviços por mais de 1 ano.

Os dados foram coletados de forma presencial e online. No primeiro tipo (35,1%; n = 61), responderam técnicos de enfermagem e enfermeiros abordados em um hospital público de urgência e emergência. O formato online (64,9%; n = 113) ocorreu por meio de questionário enviado via internet para enfermeiros, médicos, estudantes de enfermagem e de medicina. A síntese dos dados é apresentada na Tabela 2.

TABELA 2.

Dados Sociodemográficos dos Participantes segundo a Amostra Geral e por Grupo de Deliberação.

| | Dados Gerais F%(n) | Deliberação Ativa (DA) F%(n) | Deliberação Passiva (DP) F%(n) | Aproximação do Cotidiano (AC) F%(n) |
|--------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--|
| Cenário de Estudo | | 32,7 (57) | 35,1 (61) | 32,2 (56) |
| Idade | ≤24 anos | 40,2 (70) | 35,1 (20) | 44,2 (27) |
| | Entre 25 e 34 anos | 27,0 (47) | 26,3 (15) | 27,9 (17) |
| | >34 anos | 32,8 (57) | 38,6 (22) | 27,9 (17) |
| Sexo | Masculino | 22,4 (39) | 8,8 (5) | 27,9 (17) |
| | Feminino | 77,6 (135) | 91,2 (52) | 72,1 (44) |
| Área de formação | Enfermagem | 70,1 (122) | 82,5 (47) | 62,3 (38) |
| | Medicina | 29,9 (52) | 17,5 (10) | 37,7 (23) |
| Nível de formação | Profissionais | 52,3 (91) | 61,4 (35) | 45,9 (28) |
| | Estudantes | 47,7 (83) | 38,6 (22) | 54,1 (33) |
| Experiência em Urgência e Emergência | Não | 34,5 (60) | 30,0 (18) | 43,3 (26) |
| | ≤1 ano | 32,2 (56) | 26,7 (15) | 28,6 (16) |
| | >1 ano | 33,3 (58) | 41,4 (24) | 32,8 (19) |

Dentre os 35,1% (n = 61) que participaram da coleta presencial atuavam nesse hospital, 47,5% (n = 30) responderam que trabalhavam na ala verde clínica, 31,1% (n = 18) na verde trauma, 13,1% (n = 8) na vermelha e 8,1% (n = 5) atuavam na azul. Por nível por área de formação, 28,2% (n = 49) eram técnicos de enfermagem, 25,9% (n = 45) estudantes de medicina, 21,3% (n =

37) estudantes de enfermagem, 20,7% (n = 36) enfermeiros e 4% (n = 7) médicos. Em relação ao período que cursavam os estudantes da amostra, 44,7% (n = 51) cursavam o primeiro período, 34,2% (n = 39) estavam entre o oitavo e décimo segundo e 21,0% (n = 24) entre o segundo e o sétimo.

Procedimentos e Aspectos Éticos

Os participantes, abordados tanto presencialmente quanto de forma online, foram convidados a responder o questionário. Primeiramente, apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para finalizar, dados sociodemográficos do participante foram preenchidos. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe (UFS, Brasil) (CAAE 32954114.1.0000.5546).

Análise dos dados

Realizaram-se análises descritivas (média, desvio-padrão e frequência percentual) com o Programa SPSS (versão 22). Foi feita análise geral da média do paciente admitido por tentativa de suicídio e, em seguida, analisou-se a média por CE. A variável dependente do estudo foi a priorização do atendimento prescrita pelos participantes à vítima da tentativa de suicídio (posição que variou entre 1º e 5º lugar) e a principal variável independente foi o cenário de vitimização (DA, DP e AC), que foi testada por meio de ANOVA one way (post-hoc Tukey). Além disso, outras variáveis independentes foram testadas em relação à posição atribuída ao paciente vítima de tentativa de suicídio por CE, a saber: área de formação (medicina ou enfermagem; t de Student), nível de formação (estudante ou profissional; t de Student), sexo (masculino ou feminino; t de Student) e tempo de experiência em serviços de urgência e emergência (nenhuma experiência, menor ou igual a um ano e maior que um ano; ANOVA one way, post-hoc Tukey). Por fim, para saber se o tipo de coleta (presencial ou online) teve algum impacto na diferenciação das respostas, aplicou-se o teste t de Student dessa variável em relação à posição do paciente vítima de tentativa de suicídio nos três CEs. O nível de significância estabelecido foi de p-valor < 0,05.

RESULTADOS

Os resultados são apresentados na seguinte sequência: primeiro, estatística descritiva da priorização de atendimento de cada paciente por cenário; segundo, comparação da priorização do atendimento dos pacientes dentro de cada cenário, destacando-se a posição do paciente admitido por tentativa de suicídio em cada um dos cenários; por fim, foram explicados os resultados análise inferencial entre as variáveis.

Inicialmente, vale salientar que foram conduzidas análises com o software Gpower (Erdfelder, Faul, & Buchner, 1996) para a ponderação do tamanho amostral (a priori) e o poder do teste (β) obtido após a coleta dos dados (post-hoc). Com a análise a priori, constatou-se que o tamanho amostral esperado para os dados então obtidos seria de 54 indivíduos (ANOVA oneway, comparação de 3 grupos) para um β de 0,81, sendo que o valor desejável é de um β maior que 0,80. Considerando que a presente pesquisa contou com 174 indivíduos, o valor de β obtido superou 0,95 (post-hoc), o que permitiu concluir que a análise desta investigação exibiu poder suficiente para discriminar diferenças entre as médias da posição do paciente suicida por CE.

Análise da posição dos pacientes por Cenário de Estudo (CE)

A média de prioridade do paciente que dá entrada na urgência por tentativa de suicídio, analisando-se as respostas de todos os cenários, foi de 2,9 (DP = 1,40). Na Tabela 3 estão descritas as médias e desvios-padrão da posição dos pacientes por cenário.

Considerando-se a codificação apresentada no Método (Tabela 1), no que se refere aos pacientes que compõem cenário de DA, os três primeiros pacientes que receberiam suporte de VM foram: SDA (M = 1,7; DP = 1,10), 3DA (M = 2,38; DP =

1,11) e o 2DA (M = 2,89; DP = 1,01). No cenário de DP, viu-se que os pacientes que não receberiam a VM foram o 3DP (M = 3,65; DP = 1,18) e o SDP (M = 3,51; DP = 1,20). Ainda em relação ao DP, os três primeiros pacientes a receber atendimento seriam o 1DP (M = 2,98; DP = 1,36), o 2DP (M = 1,91; DP = 1,24) e o 4DP (M = 2,85,

DP= 1,41). No que concerne aos pacientes que não receberiam atendimento no cenário AP, foram o SAC (M = 3,4; DP = 1,14) e o 2AC (M = 3,41; DP = 1,55). No AP, o primeiro paciente a receber tratamento seria o 4AC (M = 2,46; DP = 1,32), seguido pelo 1AC (M = 2,78; DP = 1,15).

TABELA 3.

Médias (M) e Desvios-Padrão (DP) por Paciente segundo Escala de Priorização Atribuída pelos Participantes.

| Paciente | Deliberação ativa M(DP) | Deliberação passiva M(DP) | Aproximação do cotidiano M(DP) |
|--|-------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| SDA, SDP e SAC. Suicídio | 1,7 (1,10) | 3,5 (1,20) | 3,4 (1,14) |
| 1DA. Indivíduo estuprou uma pessoa, foi linchado... | 4,6 (0,83) | - | - |
| 4DA. Indivíduo rouba uma bolsa e é surpreendido pela polícia, com quem troca tiros... | 3,2 (1,04) | - | - |
| 2DA. Indivíduo desmaia durante uma festa por overdose de cocaína... | 2,8 (1,01) | - | - |
| 3DA. Indivíduo que estava fazendo racha com amigos.... | 2,3 (1,11) | - | - |
| 3DP. Indivíduo é encontrado desmaiado na rua devido ao excesso do uso de crack... | - | 3,6 (1,18) | - |
| 1DP. Indivíduo com histórico de tabagismo... | - | 2,9 (1,36) | - |
| 4DP. Indivíduo não utiliza equipamentos de segurança, desequilibra-se, cai... | - | 2,8 (1,41) | - |
| 2DP. Indivíduo estava competindo numa vaquejada quando sofreu traumatismo crânio-encefálico... | - | 1,9 (1,24) | - |
| 2AC. Indivíduo atravessa a rua fora da faixa e é atropelado... | - | - | 3,4 (1,55) |
| 3AC. Indivíduo renal crônico mal aderente ao tratamento dialítico... | - | - | 2,8 (1,61) |
| 1AC. Indivíduo hipertenso, sofre um AVC em casa... | - | - | 2,7 (1,15) |
| 4AC. Indivíduo pilotando uma moto sofre colisão com carro e sofre trauma grave... | - | - | 2,4 (1,32) |

Ao se comparar as médias da posição de atendimento do paciente vítima de tentativa de suicídio versus cada um dos CE, constatou-se que houve significância estatística nessa comparação [F (2, 171) = 43,758; p < 0,001]. No DA, o paciente SDA teve média mais baixa (M = 1,7; DP = 1,10) que no DP (M = 3,5; DP = 1,20) e no AC (M = 3,4; DP = 1,14). Ambas as comparações com p-valor < 0,001 (Figura 1). Não houve diferença significativa entre DP e AC (p >

0,05). Então, notou-se que apenas no DA o paciente que deu entrada por tentativa de suicídio receberia VM, pois ficou entre a primeira e a segunda posição. Não se viu o mesmo nos contextos DP e AC, em que esse paciente ficaria acima da terceira posição.

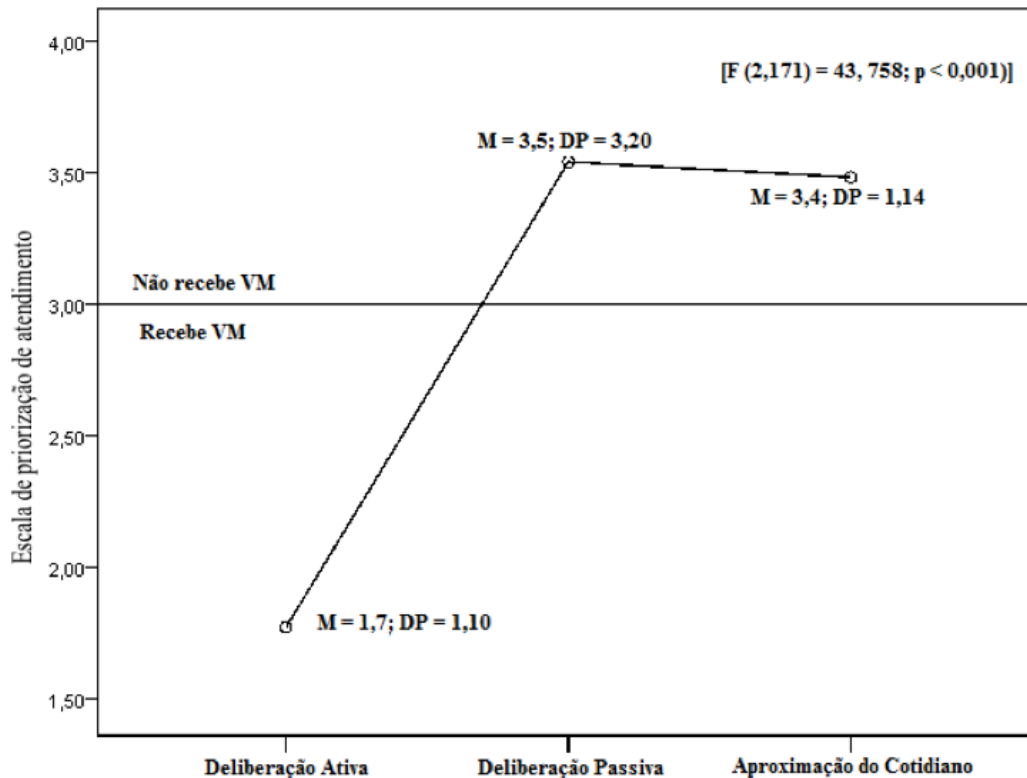


FIGURA 1.
Média e Desvio-Padrão da Posição do Paciente que Tentou Suicídio por Cenário de Estudo.

Análise da posição do paciente que dá entrada devido à tentativa de suicídio segundo variáveis do perfil amostral

Ao se analisar o cruzamento da variável posição do paciente que dá entrada por tentativa de suicídio em cada cenário com variáveis como área de formação (medicina ou enfermagem), nível de formação (estudante, profissional), sexo, tipo de coleta (presencial ou online) e tempo de experiência (não teve, menor que um ano e maior que um ano), constatou-se que, em DA, não houve diferença significativa quanto à formação, sexo, tipo de coleta e tempo de experiência ($p > 0,05$). Quando analisadas as relações em DP, nenhuma das variáveis supracitadas apresentou diferenciação estatisticamente significativa. Já em AC, não apresentaram significância: área de formação, sexo, tipo de coleta e tempo de experiência. Todavia, algumas relações foram significativas, como se descreve a seguir.

No cenário DA, no que tange à área de formação dos respondentes, comparando-se a posição atribuída ao paciente que dá entrada por tentativa de suicídio por CE, aqueles da área da medicina atribuíram média maior ($M = 2,5$; $DP = 1,58$) que os participantes da área da enfermagem ($M = 1,6$; $DP = 0,92$), havendo significância estatística na comparação [$t(55) = 2,396$; $p = 0,020$]. Em suma, profissionais e estudantes da área da enfermagem, no cenário DA, tendem a atribuir maior priorização quando comparado com outros cenários.

No cenário AC, quando analisada a relação entre o nível de formação com a posição do mesmo paciente, estudantes atribuíram média 3,1 ($DP = 1,12$) e profissionais formados 3,7 ($DP = 1,10$), sendo que tal diferença também foi significativa [$t(54) = -2,042$; $p = 0,046$]. Dessa forma, ser estudante ou profissional

denotou diferença apenas em AC, não apresentando diferença nos outros cenários.

DISCUSSÃO

Para fins didáticos, a discussão foi dividida em três tópicos: o primeiro tratou da posição geral do paciente que dá entrada por tentativa de suicídio, o segundo discutiu a posição desse mesmo paciente por CE e, por fim, análises que retratam a influência de características relativas ao perfil do respondente nos resultados obtidos.

Análise geral do paciente que dá entrada por tentativa de suicídio

A literatura aponta que, apesar de serviços de urgência e emergência serem porta de entrada para indivíduos que tentaram suicídio, tais pacientes possuem atendimento negligenciado e estigmatizado (Lester & Walker, 2006; Machin, 2009; Sarti, 2005; Vidal & Gontijo, 2013). Todavia, no presente estudo, quando analisada a posição geral do paciente que dá entrada por tentativa de suicídio, ainda que a média atribuída tenha sido limítrofe (2,9; DP = 1,40), este paciente ficaria entre aqueles que receberiam o suporte de VM, ou seja, foi de encontro à expectativa dele não receber esse tratamento, considerando as condições de pesquisa então avaliadas.

O resultado acima descrito aponta que o modo pelo qual o paciente é avaliado é variável e não necessariamente submetido a um critério único de avaliação, ou seja, está passível de influências externas para que emerja (ou não) um eventual processo de estigmatização com maior ou menor força. Esse dado dá maior relevância às recomendações de outros estudos sobre o estigma no campo da saúde, uma vez que, considerando-se essa ideia de mutabilidade do fenômeno, profissionais da saúde passam a ser importante foco de intervenção pela possibilidade de mudança de seus comportamentos no atendimento em saúde (Cleaver, 2014; Nascimento, 2011; Nebhinani et al., 2013; Wallin &

Runeson, 2003). Um exemplo disso seria o estudo realizado por Navarro e Martínez (2012), em que profissionais da enfermagem com maior grau de formação em saúde mental e de inteligência emocional tiveram maior atitude positiva direcionada a pacientes com comportamento suicida. Assim, percebe-se que o fenômeno da estigmatização do paciente suicida, quando presente, pode sofrer transformações, tanto em direção a sua acentuação, como a sua redução.

Análise por cenário de estudo

Quando analisada a média por cenário em DP e AC, o paciente que dá entrada por tentativa de suicídio não receberia a VM, ficando em quinto e quarto lugar, respectivamente. Os resultados encontrados para tais cenários corroboram achados da literatura sobre atendimento a esse tipo de paciente, especialmente quando ocorre a estigmatização e, eventualmente, algum tipo de negligência (Andrade & Ronzani, 2014; Lester & Walker, 2006). Estes resultados sugerem que o paciente que dá entrada por tentativa de suicídio foi avaliado em detrimento de outros, tendo supostamente ocorrido algum nível de estigmatização e atitudes negativas frente a ele.

Em relação ao cenário DP, a média atribuída aos pacientes que dão entrada por tentativa de suicídio foi próxima da que se encontrou no cenário AC. Por outro lado, em DA foi interessante notar que o paciente que dá entrada por tentativa de suicídio ficou em primeiro lugar na escala de priorização respondida pelos participantes. Colocados os pacientes que compuseram esse cenário em ordem de priorização pelos respondentes, em segundo lugar ficou aquele que estava fazendo racha, em terceiro o usuário de cocaína, quarto o que estava roubando uma bolsa e foi surpreendido pela polícia e em quinto o que realizou estupro. Uma possível explicação para o paciente admitido por tentativa de suicídio ter sido priorizado diante desses

pacientes talvez se deva ao fato de que esse cenário foi composto por outros pacientes também bastante estigmatizados, valendo notar que todos, com exceção do que tentou suicídio, estavam infringindo leis (Dias, 2011). Assim, leva-se a um entendimento de que, apesar do estigma contra aquele que tentou suicídio existir, diante de cenários como este, em que comparações com outros também estigmatizados ocorrem, ele parecer ser atenuado.

A discrepância verificada na média de priorização do paciente que tentou suicídio por CEs reitera a ideia de que estigmas direcionados às vítimas de tentativa de suicídio não é estático, assim como visto na priorização geral. Levanta-se, então, a discussão sobre estigmas que perpassam o atendimento a esse paciente. De acordo com Tsao, Tummala e Roberts (2008), estigma pode ser definido como marcador que diferencia alguém, trazendo consigo relação de desvalorização e afetando negativamente a pessoa a qual se refere. No entanto, acredita-se que não há um padrão na estigmatização desse paciente, visto que houve diferenciação por CE.

Vale ressaltar também que o estigma é concebido como uma construção derivada de interações sociais próximas e distais, lembrando que pessoas sofrem influências de estigmas a partir de um contexto permeado pelo social, cultural, dentre outros (Cleaver, 2014; Siqueira & Cardoso, 2011; Tzeng & Lipson, 2004). Portanto, o ambiente do atendimento na saúde pode ser entendido como passível a essas influências externas que geram determinados tipos de pressão social sobre as pessoas que nele atuam, a exemplo do estigma, o que pode vir a afetar os moldes do atendimento.

Relação dos resultados com o perfil dos respondentes

Ao se analisar o perfil dos respondentes, buscou-se avaliar se alguma variável

independente poderia demonstrar capacidade de enviesamento dos resultados da pesquisa e não a comparação de CEs em si. Em primeiro lugar, vale ressaltar que o tipo de coleta, sendo online ou presencial (se o entrevistador estava ou não em seu local de trabalho), não diferenciou significativamente as respostas dos participantes. A partir disso, concluiu-se que o modo de coleta não alterou a variabilidade dos dados, tendo influência não significativa sobre os achados. Além do mais, o fato de já ter atuado ou não em situações de urgência e emergência também não afetou os resultados da pesquisa, o que aponta um posicionamento indistinto quanto a esse histórico pessoal.

No que diz respeito à relação de variáveis, o cenário DA apresentou significância na diferença da média do paciente que dá entrada por tentativa de suicídio entre as diferentes áreas de formação dos respondentes. Os profissionais e estudantes da área da enfermagem atribuíram maior prioridade ao paciente que dá entrada por tentativa de suicídio, isso em comparação aos da medicina e a outros cenários. Também foi notada diferença significativa na média do paciente que dá entrada por tentativa de suicídio no cenário AC atribuída pelos diferentes níveis de formação. Estudantes atribuíram média menor do que profissionais, sugerindo-se concluir que a experiência profissional afetou as respostas dos participantes.

Enfim, considerando-se o conjunto de resultados então produzidos, a partir da presente pesquisa se ressaltou a importância de estudar o fenômeno do suicídio não somente a partir da perceptiva daquele que comete o ato, mas também dos agentes relacionados aos cuidados desses pacientes. Isso se evidenciou no momento em que foi detectada variação na priorização do atendimento do mesmo paciente, que foi colocado em posições distintas a depender do CE, o que sugere uma potencial fonte de diferenciação do

atendimento a partir de critérios não objetivos ou clinicamente pertinentes. Tais dados foram ao encontro do que já fora destacado pela própria OMS (2014) quando destacou a importância da capacitação de profissionais de saúde para a prevenção do suicídio, o que ratifica a relevância de reconhecê-los como importante público-alvo de intervenção.

Apesar da importância dos achados aqui obtidos, faz-se necessário apontar limitações do estudo. Uma dificuldade encontrada foi abordar médicos para que respondessem ao questionário, em especial no seu local de trabalho. Outra limitação se deu em virtude do viés produzido pelo instrumento de coleta, uma vez que ele descreveu um quadro clínico mais comum entre homens que tentaram suicídio, que é o do enforcamento (Marín-León & Barros, 2003; Viana, Zenkner, Sakae, & Escobar, 2008). Inclusive, por essa decisão metodológica, os demais casos para comparação nos cenários também buscaram perfis usualmente masculinos no contexto das assistências em emergência e urgência. Como sugestão para próximas pesquisas, propõe-se descrever quadros clínicos que a literatura aponte como mais comum entre as mulheres, como por exemplo, tentativa por ingestão de medicamento, pois talvez esta variável que traga resultados novos no estudo do fenômeno.

Outro ponto que deve ser ressaltado é que os casos que constituíram o cenário AC podem ter sofrido algum tipo de enviesamento quanto à sua deliberação. Aventa-se essa possibilidade pois alguns dentre os casos listados poderiam ter sido classificados como DA ou DP, mas que segundo os juízes consultados para esta pesquisa, eles se adequavam melhor ao AC. Logo, mesmo havendo alta concordância entre os juízes, isso não implica a inexistência de algum enviesamento situacional em virtude da experiência profissional de cada um deles. De qualquer modo, embora tal possibilidade

de julgamento subjetivo possa ter existido, acredita-se que não tenha sido um completo entrave a respeito dos resultados então obtidos. Enfim, é necessário marcar a importância de que próximos estudos ponderem a inclusão, remoção ou ainda a eventual manutenção da configuração aqui utilizada para os cenários e seus respectivos casos clínicos.

Finalmente, entende-se que promover o conhecimento acerca do fenômeno aqui estudado pode também contribuir para diminuir a estigmatização e, conseqüentemente, melhorar o atendimento. Além do mais, faz-se importante conhecer o contexto cultural e social, compreendendo assim representações sobre o suicídio, deixando este de ser algo pouco estudado, ainda que comentado. Concomitantemente, faz-se necessário entender as conseqüências negativas trazidas pela estigmatização para estes pacientes, para que assim possa haver aproximação entre ele e o profissional (Tzeng & Lipson, 2004). Estudos que visem investigar como se manifestam e diante de quais circunstâncias são mais iminentes os estigmas associados a pacientes com histórico de tentativa de suicídio se mostram, portanto, prementes, pois só assim medidas de prevenção podem ser bem embasadas.

REFERÊNCIAS

- Abreu, K. P., Lima, M. A. D. S., Kohlrausch, E., & Soares, J. F. (2010). Comportamento suicida: Fatores de risco e intervenções preventivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12, 195-200.
- Albuquerque, J. H. M., Félix, T. A., Flôr, S. M. C., Moreira, R. M. M., & Oliveira, E. N. (2017). Análise epidemiológica de óbitos por suicídio. *Revista de Políticas Públicas*, 16, 29-34.

- Andrade, T. M. de, & Ronzani, T. M. (2014). A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento. O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Módulo 1, 140. Disponível em: http://www.supera.senad.gov.br/pluginfile.php/62073/mod_resource/content/1/SUP7_Mod1.pdf
- Avanci, R. C., Pedrão, L. J., & Júnior, M. L. C. (2005). Tentativa de suicídio na adolescência: Considerações sobre a dificuldade de realização diagnóstica e a abordagem do profissional de enfermagem. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 1, 1-8.
- Azevedo, E. G. (2012). A abordagem ao suicídio no SUS (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina.
- Bertolote, J.M., Mello-Santos, C. de, & Botega, N. J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, 87-95.
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J., & Fleiz, C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*, 32(5), 413-425.
- Carmona-Navarro, M. C., & Pichardo-martínez, M. C. (2012). Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: Influência da inteligência emocional. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 20. doi: 10.1590/S0104-11692012000600019
- Chachamovich, E., Stefanello, S., Botega, N., & Turecki, G. (2009). Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31, 18-25.
- Cleaver, K. (2014). Attitudes of emergency care staff towards young people who self-harm: A scoping review. *International Emergency Nursing*, 22, 52-61.
- Código Penal Brasileiro (1940). Brasília. Recuperado em 21 de outubro de 2017, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/deceto-lei/Del2848compilado.htm.
- Dias, I. de M. T. (2011). Estigma e ressocialização - Uma análise sobre direitos humanos e reintegração de adolescentes em conflito com a lei. *Videre*, 87-109.
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 28, 1-11. doi: doi:10.3758/BF03203630
- Ferreira, A. D. (2012). Caracterização dos atendimentos por tentativa de suicídio em hospital geral de emergências e evolução durante dois anos (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo.
- Fortney, J., Mukherjee, S., Curran, G., Fortney, S., Han, X., Booth, BM (2004). Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. *Behavioral Health Services & Research*, 31(4), 418-429.
- Kohlrausch, E., Lima, M. A. D. S., Abreu, K. P., & Soares, J. S. F. (2008). Atendimento ao comportamento suicida: Concepções de enfermeiras de unidades de saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7(4), 468-475.
- Lester, D., & Walker, R. L. (2006). The stigma for attempting suicide and the loss to suicide prevention efforts. *Crisis*, 27, 147-148. doi: 10.1027/0227-5910.27.3.147
- Lizardi, D., & Stanley, B. (2010). Treatment Engagement: A neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients. *Psychiatric Services*, 61(12), 1183-1191.
- Lovisi, G. M., Santos, S. A., Legay, L., Abelha, L., & Valencia, E. (2009). Análise epidemiológica do suicídio no

- Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(2), 86-94.
- Marín-León, L., & Barros, M. B. A. (2003). Mortes por suicídio: Diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Revista de Saude Pública*, 37(3), 357-363.
- Machin, R. (2009). Nem doente, nem vítima: O atendimento às “lesões autoprovocadas” nas emergências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 1741-1750. doi: 10.1590/S1413-81232009000500015
- Meneghel, S. N., Victora, C. G., Faria, N. M. X., Carvalho, L. A., & Falk, J. W. (2004). Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*, 38(6), 804-810. doi: 10.1590/S0034-89102004000600008
- Nascimento, A. P. P. do. (2011). O cuidado prestado a pessoas que tentaram suicídio: Questões sobre a formação para o trabalho em saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Nebhinani, M., Nebhinani, N., Tamphasana, L., & Gaikwad, A. D. (2013). Nursing students' attitude towards suicide attempters: A study from rural part of Northern India. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 4, 400-407. doi: 10.4103/0976-3147.120240
- O'Dwyer, G. O., Oliveira, S. P. de, Seta, M. H. de. (2009). Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5), 1881-1890. doi: 10.1590/S1413-81232009000500030
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2012). Public health action for the prevention of suicide. Acesso em 25 de Junho, 2015, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf?ua=1.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2014). Preventing suicide: A global imperative. Acesso em 23 de setembro, 2015, de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2015). Global Health Observatory (GHO) data. Acesso em 20 de outubro, 2017, de http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates_crude/en/#
- Ronzani, T. M., & Furtado, E. F. (2010). Estigma social sobre o uso de álcool. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 326-332. doi: 10.1590/S0047-20852010000400010.
- Sarti, C. A. (2005). O atendimento de emergência a corpos feridos por atos violentos. *Revista Saúde Coletiva*, 15, 107-126. doi: 10.1590/S0103-73312005000100007.
- Silva, T. de P. S. da, Sougey, Botelho E., & Silva, J. (2015). Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. *Revista Bioética*, 23(2), 419-426. doi: 10.1590/1983-80422015232080
- Siqueira, R. de, & Cardoso, H. (2011). O conceito de estigma como processo social: Uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana. *Imagonautas*, 2, 92-113.
- Tsao, C. I. P., Tummala, A., & Roberts, L. W. (2008). Stigma in mental health care. *Academic Psychiatry*, 32, 70-72. doi: 10.1176/appi.ap.32.2.70
- Tzeng, W.-C., & Lipson, J. G. (2004). The cultural context of suicide stigma in Taiwan. *Qualitative Health Research*, 14, 345-358. doi: 10.1177/1049732303262057
- Viana, G. N., Zenkner, F. D. M., Sakae, T. M., & Escobar, B. T. (2008). Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57, 38-43. doi: 10.1590/S0047-20852008000100008.
- Vidal, C. E. L., & Gontijo, E. D. (2013). Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: A percepção de quem tenta. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21, 108-114. doi: 10.1590/S1414-462X2013000200002

- Wallin, U., & Runeson, B. (2003). Attitudes towards suicide and suicidal patients among medical students. *European Psychiatry*, 18, 329-333. doi: 10.1016/j.eurpsy.2003.03.006.
- Zanelatto, D. M., & Pai, D. D. (2010). Práticas de acolhimento no serviço de emergência: A perspectiva dos profissionais de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(2), 358-365. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v9i2.9390.