

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**NATÁLIA MARQUES RESENDE MILAGRE BREZOLINI**

**O CIRURGIÃO DENTISTA E O  
COMPORTAMENTO SUICIDA**

**DIVINÓPOLIS**

**2021**

**NATÁLIA MARQUES RESENDE MILAGRE BREZOLINI**

**O CIRURGIÃO DENTISTA E O  
COMPORTAMENTO SUICIDA**

Dissertação para defesa apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: “Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem”

Orientadora: Profa. Dra. Nadja Cristiane Lappann Botti

**DIVINÓPOLIS**

**2021**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Biblioteca (DIBIB)  
e Núcleo de Tecnologia da Informação (NTINF) da UFSJ,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B272c Brezolini, Natália Marques Resende Milagre .  
O Cirurgião Dentista e o Comportamento Suicida /  
Natália Marques Resende Milagre Brezolini ;  
orientadora Nadja Cristiane Lappann Botti. --  
Divinópolis, 2021.  
86 p.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem) -- Universidade Federal de São João del  
Rei, 2021.

1. Dentista. 2. Suicídio. 3. Profissional da  
Saúde. 4. Odontologia. 5. Formação profissional. I.  
Cristiane Lappann Botti, Nadja , orient. II. Título.

Nome: Natália Marques Resende Milagre Brezolini

Título: **O CIRURGIÃO DENTISTA E O COMPORTAMENTO SUICIDA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em 20/08/2021

**Banca Examinadora:**

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Nadja Cristiane Lappann Botti

Instituição: Universidade Federal de São João del-Rei- UFSJ- CCO

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr João Luiz de Miranda

Instituição: Universidade Federal Vales do Jequitinhonha e Mucuri- UFVJM

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luciana de Lourdes Queiroga Gontijo Netto Maia

Instituição: Universidade Federal de São João del-Rei- UFSJ- CCO

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Alisson Araújo

Instituição: Universidade Federal de São João del-Rei- UFSJ- CCO

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela proteção e por conduzir meu caminho.

A minha orientadora Nadja, que me ensina tantas coisas. A importância de uma xícara de café em meio ao turbilhão. Que a vida é bem mais do que o Lattes. Que precisamos dar voz ao que acreditamos e sentimos. E que cada um conhece o mundo de onde põe os pés. Obrigada pelo apoio e incentivo.

Aos meus pais pela minha existência e por, principalmente, serem responsáveis pela pessoa que me tornei. E a minha família pela presença.

Meus filhos, Cecília e Lucca, que são força, sorriso e abrigo.

Ao Gilmar, por ser meu maior incentivador, apoiador e presente ao meu lado nesse caminhar.

Agradeço minhas companheiras de mestrado Michele Rodrigues e Erica Souza pela parceria, apoio e fortalecimento.

As amigas Daniela Faria, Adriana Rodrigues, professora Jacqueline Machado por toda escuta, sensibilidade, carinho e apoio. Que foram colegas de profissão e trabalho e agora são amigas de café, jantares e para a vida.

Ao professor Alisson Araújo que foi o percurso de tudo isso, valorizando e fortalecendo a odontologia na equipe multiprofissional. Passo importante para a odontologia e para mim.

Aos pesquisadores e cientistas, que nesse momento de tantos questionamentos e repreensões permanecem firmes.

E por fim para que eu nunca me esqueça: “Quantos defeitos sanados com o tempo, eram o melhor que havia em você. Quantas canções você não cantava, hoje assobia para sobreviver. Quantas pessoas que você amava, hoje acredita que amam você” (Oswaldo Montenegro).

Foi estabelecido cientificamente que a Mamangava não podia voar. Sua cabeça é grande demais e suas asas pequenas demais para sustentar o corpo. Segundo as leis da aerodinâmica, simplesmente não pode voar. Mas, ninguém disse isso a Mamangava. E assim, ela VOA.  
(Autor Desconhecido)

Brezolini, N.M.R.M. O cirurgião dentista e o comportamento suicida [Dissertação]. Divinópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei; 2021.

## RESUMO

**Introdução:** O suicídio é um fenômeno complexo e universal, que pode ser definido como uma violência auto infligida, levado até o fim por uma pessoa com total conhecimento ou expectativa de pôr fim a algo ou a uma situação. É um problema para a saúde pública e conseqüentemente para a atenção básica. O dentista por possuir um vínculo com seus pacientes pode ser o primeiro a testemunhar os sinais do comportamento suicida. **Objetivo:** descrever a conduta do cirurgião dentista frente ao comportamento suicida. **Métodos:** Trata-se de um estudo de cunho exploratório descritivo com abordagem quantitativa. A coleta de dados aconteceu por meio de um grupo de Whatsapp, intitulado “Dentistas de Divinópolis”. Esse grupo que foi criado em 07 de agosto de 2014 e possui 10 profissionais que são administradores do grupo e 256 profissionais. O contato inicial se deu através de uma mensagem enviada no particular de cada membro desse grupo. A mensagem contou com uma breve explicação sobre o projeto e em seguida um link para que eles pudessem ter acesso ao termo de consentimento, ao questionário sociodemográfico (composto de 15 questões com o objetivo de caracterizar os participantes bem como essas características em relação ao comportamento suicida.) e o Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida (QUACS). **Resultados:** Participaram dessa pesquisa 86 cirurgiões dentistas, porém 9 (nove) não responderam de forma correta/completa, sendo assim desconsiderados e a análise foi realizada considerando a resposta de 77 profissionais. Dos 77 que responderam completamente, 40 eram do sexo masculino (51,9%), 68,8% eram casados ou união estável e 62 (80,5%) se declararam brancos. 51 (66,2%) possuíam especialização, a maioria 83,1% trabalha no setor privado, 39,0% possuíam até 5 anos de formação e 74 (96,1%) nunca receberam um curso/capacitação sobre a temática. 42 (54,5%) foram formados sob a perspectiva da nova DCN. Os dados do QUACS revelam que encontrou-se diferença entre solteiro/divorciado e casado no fator 3 – Direito ao suicídio ( $p = 0,038$ ). Os solteiros/divorciados têm um maior score indicando que esse grupo tem o julgamento mais moralista com relação a esse assunto. **Conclusões:** Esse trabalho se torna relevante, uma vez que o QUACS é utilizado pela primeira vez com cirurgiões dentistas. Outro ponto, que como se trata de uma pesquisa inédita a nível nacional relacionada ao suicídio e o cirurgião dentista. A odontologia tem uma formação ainda pouco voltada para as questões da saúde mental, assim acredita-se que esse estudo trará um novo olhar para essa formação profissional, bem como uma mudança no olhar do contexto do comportamento suicida.

**DESCRITORES:** Suicídio. Dentista. Profissional da saúde. Tentativa de suicídio. Odontologia. Formação profissional

Brezolini, N.M.R.M. The dental surgeon and suicidal behavior [Dissertation]. Divinópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei; 2021.

## ABSTRACT

**Introduction:** Suicide is a complex and universal phenomenon, which can be defined as self-inflicted violence, carried out to the end by a person with full knowledge or expectation of putting an end to something or a situation. It is a problem for public health and consequently for primary care. The dentist, having a bond with his patients, may be the first to witness the signs of suicidal behavior. **Objective:** describe the conduct of dental surgeon in face of suicidal behavior. **Methods:** This is an exploratory descriptive study with a quantitative approach. Data collection took place through a Whatsapp group, entitled “Dentistas de Divinópolis”. This group was created on August 7, 2014 and has 10 professionals who are group administrators and 256 professionals. The initial contact took place through a message sent in private from each member of that group. The message had a brief explanation about the project and then a link so they could have access to the consent form, the sociodemographic questionnaire (composed of 15 questions in order to characterize the participants as well as these characteristics in relation to suicidal behavior) and the Attitudes towards Suicidal Behavior Questionnaire (QUACS). **Results:** 86 dentists participated in this research, but 9 (nine) did not answer correctly/completely, thus being disregarded and the analysis was carried out considering the answers of 77 professionals. Of the 77 who answered completely, 40 were male (51.9%), 68.8% were married or in a stable relationship and 62 (80.5%) declared themselves white. 51 (66.2%) had specialization, the majority 83.1% work in the private sector, 39.0% had up to 5 years of training and 74 (96.1%) had never received a course/ training on the subject. 42 (54.5%) were trained under the perspective of the new DCN. The QUACS data reveal that a difference was found between single/divorced and married in factor 3 -Right to suicide ( $p = 0.038$ ). Singles/divorced individuals have a higher score indicating that this group has the most moral judgment regarding this issue. **Conclusions:** This work becomes relevant since the QUACS is used for the first time with dental surgeons. Another point, that as this is an unprecedented survey at a national level related to suicide and the dentist. Dentistry has a training that is still little focused on mental health issues, so it is believed that this study will bring a new look to this professional training, as well as a change in the look of the context of suicidal behavior.

**KEYWORDS:** Suicide. Dentists. Health personnel. Suicide attempted. Dental. Professional training

Brezolini, N.M.R.M. El cirujano dentista y la conducta suicida [Disertación]. Divinópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del-Rei; 2021.

## RESUMEN

**Introducción:** El suicidio es un fenómeno complejo y universal, que puede definirse como violencia autoinfligida, llevada a cabo hasta el final por una persona con pleno conocimiento o expectativa de poner fin a algo o situación. Es un problema para la salud pública y, en consecuencia, para la atención primaria. El dentista, que tiene un vínculo con sus pacientes, puede ser el primero en presenciar los signos de un comportamiento suicida. **Objetivo:** describir la conducta del cirujano dentista ante la conducta suicida. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo exploratorio con enfoque cuantitativo. La recogida de datos se realizó a través de un grupo de Whatsapp, denominado “Dentistas de Divinópolis”. Este grupo fue creado el 7 de agosto de 2014 y cuenta con 10 profesionales que son administradores de grupo y 256 profesionales. El contacto inicial se produjo a través de un mensaje enviado en privado por cada miembro de ese grupo. El mensaje tenía una breve explicación sobre el proyecto y luego un enlace para que tuvieran acceso al formulario de consentimiento, el cuestionario sociodemográfico (compuesto por 15 preguntas para caracterizar a los participantes así como estas características en relación a la conducta suicida) y el Cuestionario de Actitudes hacia la Conducta Suicida (QUACS). **Resultados:** En esta investigación participaron 86 odontólogos, pero 9 (nueve) no respondieron correcta / completamente, por lo que fueron descartados y el análisis se realizó considerando las respuestas de 77 profesionales. De los 77 que respondieron completamente, 40 eran hombres (51,9%), 68,8% estaban casados o en una relación estable y 62 (80,5%) se declararon blancos. 51 (66,2%) tenían especialización, la mayoría 83,1% trabaja en el sector privado, 39,0% tenía hasta 5 años de formación y 74 (96,1%) nunca había recibido un curso / formación sobre el tema. 42 (54.5%) fueron capacitados bajo la perspectiva de la nueva DCN Los datos de QUACS revelan que se encontró diferencia entre solteros / divorciados y casados en el factor 3 - Derecho al suicidio ( $p = 0.038$ ). Los solteros / divorciados tienen una puntuación más alta, lo que indica que este grupo tiene el mayor juicio moral con respecto a este tema. **Conclusiones:** Este trabajo cobra relevancia ya que el QUACS se utiliza por primera vez con cirujanos dentales. Otro punto, que ya que se trata de una encuesta sin precedentes a nivel nacional relacionada con el suicidio y el dentista. La Odontología tiene una formación que aún está poco enfocada a temas de salud mental, por lo que se cree que este estudio aportará una nueva mirada a esta formación profesional, así como un cambio en la mirada del contexto de la conducta suicida.

**PALABRAS CLAVE:** Suicidio. Dentista. Profesional de la salud. Intento de suicidio. Odontología. Formación profesional

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 -- Programa SafeTalk- Irlanda do Norte	21
Figura 2 -- Mapa Divinópolis-Minas Gerais	42
Figura 3 -- Mensagem contato com os dentistas	47

## LISTA DE TABELAS

Tabela1 -- Distribuição dos cirurgiões dentistas (CD) por município/distritos da Delegacia Regional de Divinópolis (Total 1851)	44
Tabela 2 -- Análise das variáveis sociodemográficas	50
Tabela 3-- Análise das variáveis sociodemográficas dos fatores profissionais	51
Tabela 4: Comparação entre fatores e vínculo profissional (n=77)	56
Tabela 5: Comparação entre fatores e formação profissional (n=77)	56
Tabela 6: Comparação entre fatores e estado civil (n=77)	57

## LISTA DE SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual Brasileira em saúde
CD	Cirurgião Dentista
CEMAS	Centro Municipal de Apoio à Saúde
CEPCO	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos- Campus Centro-Oeste
CNE	Conselho Nacional de Educação
CRER	Centro Regional de Reabilitação
CREVISA	Centro de Referência de Vigilância em Saúde Ambiental
CRO	Conselho Regional de Odontologia
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
SEO	Serviços de Especialidades Odontológicas
SIM	Sistema Integrado Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSJ	Universidade Federal de São João del-Rei
UIT	Universidade de Itaúna
UNIFENAS	Universidade de Alfenas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
QUACS	Questionário de Atitudes em Relação ao comportamento Suicida

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	24
2.1 Objetivo geral .....	24
2.2 Objetivos específicos.....	24
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	26
3.1 Suicídio e considerações sócio históricos.....	26
3.2 Suicídio e profissionais de saúde.....	31
3.3 Suicídio e profissional dentista.....	34
<b>4. MÉTODO</b> .....	41
4.1. Delineamento da pesquisa .....	41
4.2. Contexto .....	41
4.3 População do estudo .....	42
4.4 Instrumentos para coleta de dados.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b> 45
4.5 Criação dos fatores .....	46
4.6 Análise dos dados .....	47
4.7 Procedimentos Éticos .....	47
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b> 50
<b>6. ARTIGO 1: O cirurgião dentista e o comportamento suicida</b> .....	52
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	64
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	66
<b>APÊNDICES</b> .....	76
<b>ANEXOS</b> .....	82

## APRESENTAÇÃO

Frequentemente ao citar a temática da minha dissertação, escutava a frase: “Mas você não é dentista?!” O questionamento me fazia pensar o porquê de tanta estranheza das pessoas de uma cirurgiã dentista que também olha a saúde mental.

Em minha formação tanto pessoal e profissional fui muito aguçada a ver o ser humano em todos os seus aspectos e contextos envolvidos, portanto para mim a saúde mental está associada à saúde biológica.

Essa visão integral do indivíduo se intensificou quando, no ano de 2016, ingressei no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adolescente (REMSA), pela Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), de Divinópolis. Como residente, atuava tanto no Centro de Saúde Niterói e na Escola Estadual São Vicente.

Vivenciei intensamente, na REMSA, a experiência de como fatores de vulnerabilidades sociais, nos contextos inseridos, faziam diferenças na vida das pessoas, no qual a partir dessas experiências, tive uma maior aproximação e envolvimento dessa temática.

Em um determinado atendimento, uma adolescente relatou o desejo de pôr fim à própria vida. E diante do relato, questionei-me: o que fazer? Eu, como odontóloga, não sabia como proceder no caso e para minha surpresa maior é que a mesma não aderiria aos atendimentos dos outros profissionais da equipe. E encontrei-me no impasse do que mexia tanto comigo. Nessa mesma época, surgia na mídia o fenômeno da Baleia Azul e a série *13 Reasons Why* que também abordavam a temática.

Foi ficando cada vez mais evidente, para mim, como adolescentes não encontravam uma pessoa de referência, um projeto de vida ou desejos/motivos de viver e uma forte ocorrência do comportamento auto lesivo. O fato de acreditar muito em tudo aquilo, bem como não saber o que fazer e nem como agir diante do desabafo, me fizeram querer aprofundar nessa temática. Quando ampliei o olhar, percebi o quanto as questões do comportamento suicida estavam presentes no contexto profissional e do quanto não fui preparada para lidar com ele.

Durante esse percurso conheci a professora Dra. Nadja, que me forneceu apoio, ajuda e transmissão de conhecimentos para lidar com essas situações. Cursei duas disciplinas isoladas do mestrado: “Comportamento suicida na infância e na adolescência” e “Tópicos avançados em suicidologia: *13 Reasons Why*”. Tornei-me membro do Grupo de Trabalho de Valorização da Vida e Suicidologia, no qual elaboramos um E-book Valorização da Vida na Adolescência- Ferramentas Vivenciais.

A necessidade de estudar e como nós dentistas nos sentimos despreparados frente ao comportamento suicida, bem como não sabíamos reconhecê-lo. E assim, surgiu o objetivo desta pesquisa, com o objetivo de contribuir para que o cirurgião dentista perceba sua importância nesse contexto bem como a necessidade da criação do vínculo com o paciente e como nos tornamos referências para eles. Além da contribuição para outras categorias profissionais, com a comunidade, e na construção de estratégias frente ao comportamento suicida que me incentivaram a ingressar no mestrado.

## **1 INTRODUÇÃO**

---

## 1 INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno complexo, universal. Pode ser definido como uma violência auto infligida, levado até o fim por uma pessoa com total conhecimento ou expectativa de por fim a algo ou a uma situação (CONTE *et al.*, 2012; VIDAL; GONTIJO, 2013).

Já comportamento suicida tem como início a presença de ideias ou pensamentos de morte, em seguida ameaças ou gestos, as tentativas de suicídio e por fim, o suicídio (BOTEGA *et al.*, 2006). Desta forma, o comportamento suicida pode ser definido como o ato do indivíduo causar lesões a si mesmo, independente do grau de intenção ou de conhecimento da finalidade deste ato (BOTEGA *et al.*, 2006; WHO, 2002). Ressalta-se que nem sempre a pessoa passará por todas as etapas do comportamento suicida, pois há situações na qual age impulsivamente (BRASIL, 2006).

Sobre a intencionalidade é importante ressaltar que nem todos que sobreviveram à tentativa realmente queriam viver e nem os que morreram realmente desejavam isso (WHO, 2002). Sendo assim, considera-se como suicídio apenas as mortes em que o indivíduo, voluntária e conscientemente, executou um ato ou adotou um comportamento que ele acreditava que determinaria sua morte (BOTEGA *et al.*, 2006).

No ano de 2012, cerca de 804 mil pessoas tiraram suas vidas, número este equivalente a uma morte a cada 45 segundos ou 2000 mortes por dia (WHO *et al.*, 2014). O Brasil possui baixas taxas de suicídio sendo, em 2015, de 5,7 mortes ocupando a 63ª posição quanto à taxa de suicídio, mas analisando os números absolutos ele passa a ocupar a 8ª posição (BRASIL, 2017).

Entre os anos de 2011 e 2015 foram registradas 55.649 mortes por suicídio (BRASIL, 2017). Nos últimos anos uma taxa 5,5 homicídios e 4,5 mortes no trânsito para cada morte por suicídio. Na região Sudeste, o crescimento foi de 35,8%, Minas Gerais apresentou aumento de 58,3%, taxa acima da média. De uma maneira geral, o país passou de 4,4 para 5,3 suicidas a cada 100 mil habitantes, perfazendo um aumento de 20,3%, já entre os jovens esse aumento foi de 15,3%, passando de 2.515 para 2.900 suicídios entre 2002 a 2012. Os suicídios entre os jovens cresceram 8,9% (WAISELFISZ, 2013).

Existem ações de prevenção à violência, mas raras de prevenção específicas ao suicídio (CONTE *et al.*, 2012; VIDAL; GONTIJO, 2013). Dentre elas, historicamente cita-se:

- Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006 que institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2006);

- Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014 que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Com esta Portaria os casos de tentativa de suicídio passam a ser de notificação imediata no âmbito municipal (BRASIL, 2014) [revogando a Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011];

- Agenda Estratégica de Prevenção ao Suicídio que traz dados epidemiológicos, bem como estratégias de prevenção do suicídio e promoção da saúde (BRASIL, 2017);

- Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019 que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios (BRASIL, 2019).

O principal fator de risco para o suicídio é o histórico de tentativa prévia (BRASIL, 2006; BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010). Reconhece-se que preconceitos contra quem tenta tirar a própria vida, condutas inadequadas profissionais, ausência de preparo para lidar com este público, ausência de capacitação sobre saúde mental, presença de atitudes negativas interferem negativamente na formação do vínculo e no cuidado (FREITAS, 2013; SRIVASTAVA; TIWARI, 2012).

Muitos dos casos de autoagressão são atendidos em serviço de saúde, principalmente por profissionais da atenção primária. Esse contato é de suma importância para que esses profissionais identifiquem o potencial de risco e possam intervir para reduzi-lo (VIDAL; GONTIJO, 2013).

De acordo com Ferreira, Varga e Silva (2009) a equipe multiprofissional é definida por uma modalidade coletiva de trabalho que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais, que aproximam diversos saberes em busca de soluções para os problemas de saúde (BRASIL, 2000).

O trabalho da equipe multiprofissional é pautado no atendimento integral, na prática humanizada, com equidade e resolutividade, desenvolvendo ações de prevenção e promoção da saúde (MORETTI-PIRES, 2009). No Brasil, as equipes atuam principalmente na atenção básica à saúde, mais especificamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada em 1994, com foco na saúde da família, considerando a prevenção, cura e reabilitação da saúde por meio de uma equipe formada por médicos, enfermeiros, dentistas, agentes de saúde e técnicos de enfermagem (BRASIL, 2000).

Os profissionais da atenção básica, por possuírem vínculos com os pacientes, familiares e comunidade, tem uma posição privilegiada para acolherem pessoas em situação

de risco. Porém, muitos não estão preparados de forma adequada para acolher e/ou atender pacientes com comportamento suicida, produzindo situações de conflito, reações negativas, opiniões desagradáveis e estereotipadas e conseqüentemente, perdendo uma excelente oportunidade de se acolher e oferecer ajuda a esses pacientes (PATTERSON; WHITTINGTON; BOGG, 2007; TAYLOR *et al.*, 2009; VIDAL; GONTIJO, 2013).

A formação biopsicossocial do indivíduo articula-se a concepção da integralidade que é resultante do emaranhado entre os aspectos biológicos, psicológicos, espirituais, ambientais e como ser social, inserido na sua família e no local onde vive (SISSON *et al.*, 2011). O sofrimento psíquico não é exclusivo de pessoas que possuem algum diagnóstico específico e está presente nas várias queixas que chegam aos profissionais (BRASIL, 2015).

É fundamental que os profissionais, incluindo os cirurgiões dentistas, incorporarem e aprimorem suas competências para ter uma escuta qualificada, a partir disso, a necessidade de reconhecer esse comportamento e realizar os atendimentos/encaminhamentos necessários. Mas, ainda observa-se que esse acolhimento, atendimento e encaminhamentos relacionados ao contexto biopsicossocial ficam restritos a especialistas (HIRDES; SCARPARO, 2015) perdendo-se excelentes oportunidades de criação e/ou fortalecimento de vínculos (BRASIL, 2015).

Profissionais de saúde de diversas categorias percebem as demandas de saúde mental como complexas que estão longe de questões como a vulnerabilidade social e as condições precárias dos territórios (CAMPOS *et al.*, 2011). Estudo de avaliação das atitudes diante do comportamento suicida, realizado com 252 profissionais da atenção básica de uma cidade do interior mineiro apontou mais atitudes positivas entre os médicos e enfermeiros quando comparados aos outros profissionais (técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde), mas não verificou-se diferenças significativas das atitudes em relação ao sexo e à idade dos profissionais (STORINO *et al.*, 2018).

A literatura científica aponta que a maioria das pessoas que morrem por suicídio entra em contato com profissionais de saúde em um período relativamente curto antes de sua morte. Sabe-se que o suicídio e comportamento suicida evocam sentimentos fortes tanto para os diretamente afetados (a pessoa, família e amigos) quanto indiretamente, para a equipe profissional e comunidade como um todo. Desde 2008, o País de Gales, desenvolve um programa de conscientização sobre comportamento suicida, que apresenta como objetivos (JONES, 2010):

- Reafirmar os valores da empatia e da construção de relacionamentos na interação cotidiana, reconhecer os fatores de risco e as ferramentas de avaliação de risco, e principalmente reconhecer o valor de incentivar a expressão pessoal dos pacientes;

- Avaliar o risco de suicídio exige que o profissional tenha a capacidade de conectar e manter o contato com pessoas em diferentes graus de escolaridade;

- Os grupos de treinamento permitem que os profissionais compartilhem suas experiências e aprendam uns com os outros;

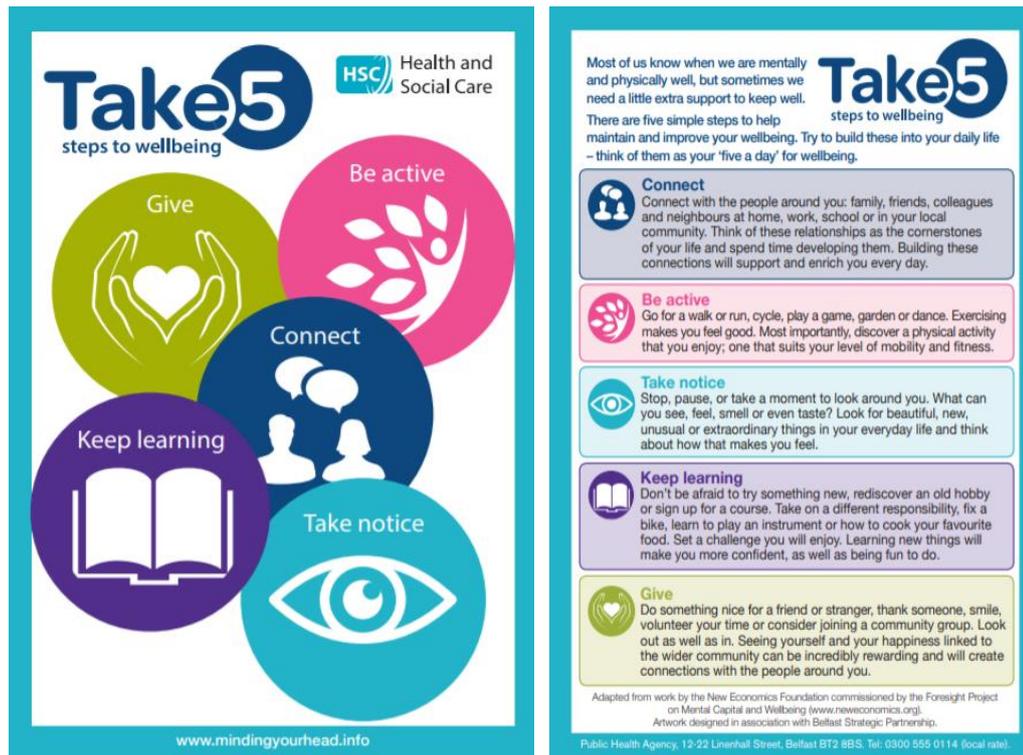
- O treinamento de conscientização do comportamento suicida para o pessoal de saúde não mental é variável e deve ser prioritário.

Reconhece-se o suicídio como um problema de saúde pública potencialmente evitável. Nesta direção, um estudo afirmou que os cirurgiões bucomaxilofaciais podem ser fundamentais devido à possibilidade de identificarem um paciente com risco clinicamente significativo de suicídio e encaminhá-los para uma intervenção oportuna. Enfatizam que pacientes que dizem ao cirurgião que não têm mais motivos para viver, desenvolvem um plano suicida, tem um meio de perpetração letal e apresentam história de tentativa prévia de suicídio estão em risco extremo e requerem intervenção imediata (FRIEDLANDER; ROSENBLUTH; RUBIN, 2012).

Hayes, Prince e Hayes (1988) em artigo publicado na Sociedade Americana de Odontologia assinala que a morte trágica de muitos adolescentes poderia ser evitada ao traçar estratégias de prevenção e educação aos dentistas acerca dos sinais de alerta do suicídio e protocolo para gerenciamento de casos suspeitos. Ainda apontam que material didático deveria ser apresentado no currículo de graduação de odontologia e periodicamente revisto a partir da literatura da odontologia e de cursos de educação continuada.

A Agência de Saúde Pública em parceria com a Associação Britânica de Dentistas e Agência de Treinamento Médico e Odontológico da Irlanda do Norte desenvolveram um treinamento de bem-estar emocional, saúde mental e prevenção do suicídio direcionado diretamente para todos os que trabalham na profissão de dentista na Irlanda do Norte. No país, os cartazes dos "5 passos" (Take5) são divulgados a todas as equipes de dentistas da comunidade, da clínica geral e do hospital, e ainda dos fundos de assistência médica e de assistência social (PHA, 2019).

**Figura1:** Programa SafeTalk- Irlanda do Norte



Fonte: PHA, 2019

A Irlanda do Norte conta ainda com o programa Conversa Segura (SafeTALK), programa de formação de prevenção do suicídio fornecido para todos os dentistas do país, como destaca a figura 1, TALK (Tell – falar, Ask – perguntar, Listen – ouvir, KeepSafe – manter seguro). O programa de treinamento, com duração de 3,5 horas, tem como objetivos (PHA, 2019).

- Reconhecer quando uma pessoa pode estar pensando em suicídio;
- Estar ciente de que as oportunidades de ajudar uma pessoa com pensamentos de suicídio às vezes são perdidas, descartadas e evitadas;
- Pessoas com pensamentos de suicídio podem ser convidados a ajudar;
- Envolver uma pessoa com pensamentos em conversas diretas e abertas sobre suicídio;
- Escutar os sentimentos da pessoa sobre suicídio mostrando que reconhece que esses pensamentos são sérios.
- Conhecer nome e informações de contato local de ajuda para intervenção suicida.
- Agir rapidamente para conectar a pessoa com pensamentos a alguém que possa intervir imediatamente.

O dentista pode testemunhar os primeiros sinais do comportamento suicida. Sendo assim, ele deve ser capacitado e estar envolvido para percebê-los. Uma maior familiaridade com essa condição pode favorecer um melhor cuidado a esses pacientes e fornecer e/ou orientar para tratamentos mais favoráveis (NEELEY; KLUEMPER; HAYS, 2006).

Estudo como o de Melo *et al.* (2018) demonstrou como o Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida (ANEXO1) é importante para mensurar as atitudes dos profissionais frente ao comportamento suicida. Nesse estudo ele foi aplicado à população geral, mas em estudos como o de Storino *et al.* (2018) e de Magalhães *et al.* (2014) ele foi aplicado com estudantes da saúde e para profissionais das unidades básicas de saúde, mas não incluía os cirurgiões dentistas.

Espera-se, então, que os profissionais da atenção básica, incluindo os cirurgiões dentistas, estejam capacitados para lidar com esta demanda. Porém, esta não é uma realidade compartilhada por todos os serviços. Sendo assim, apesar do grande volume de publicações sobre o comportamento suicida, não se encontra na literatura nacional pesquisas sobre o cirurgião dentista e o atendimento a esse público. Justifica-se, então, a necessidade de pesquisas que abordem essa temática.

Acredita-se que este trabalho trará inovações para as duas temáticas e irá contribuir para esse um novo olhar da odontologia frente aos pacientes com comportamento suicida melhorando o acolhimento, o vínculo terapêutico, os encaminhamentos bem como na continuidade do tratamento. Esse trabalho tende a fortalecer a importância dessa temática na vida do cirurgião dentista, podendo mudar o cenário atual em relação dentistas e pacientes com comportamento suicida. Nesse sentido, esse trabalho tem como objetivo descrever a conduta do cirurgião dentista frente ao comportamento suicida.

**2 OBJETIVOS**

---

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Descrever a conduta do cirurgião dentista frente ao comportamento suicida.

### **2.2 Objetivos específicos**

\* Analisar o acolhimento/atendimento do cirurgião dentista aos pacientes com comportamento suicida.

\* Analisar a formação do cirurgião dentista no atendimento ao paciente com comportamento suicida.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Suicídio e considerações sócio-históricas

A palavra suicídio é descrita pela primeira vez na literatura no século XVII por Thomas Browne em seu livro *Religio Medici* – do latim *sui=eu* e *caedes=matar* (KALINA *et al.*, 1983). Em 1651 ela foi inserida no Oxford English Dictionary, uma vez que os termos antes utilizados eram: auto assassinato, autodestruição, auto homicídio e outros (ALVAREZ, 1999; WHO, 2002).

Existem inúmeras definições para o suicídio, mas de maneira geral, essas definições circulam em torno da ideia de acabar com a própria vida, independentemente da motivação, letalidade ou intencionalidade (BOTEGA *et al.*, 2006; BOTEGA, 2015).

Segundo a OMS, o suicídio é também chamado de comportamento suicida fatal, sendo ele o resultado de um ato praticado de forma deliberada tendo como desfecho a morte, sendo que a intenção de morrer é um aspecto fundamental. Mas relacionado à intencionalidade é importante ressaltar que nem todos aqueles que morreram por suicídio e planejaram e nem todos que sobreviveram à tentativa querem viver. Já as tentativas são definidas como o ato de causar lesão a si próprio, porém sem resultar em morte (WHO, 2002; OMS *et al.*, 2006). E por fim a ideação suicida se refere às ideias e pensamentos de se matar, independente da intensidade (BRASIL, 2005).

Outra definição muito utilizada é a de Durkheim (2008, p.15) que definiu como suicídio “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir esse resultado”.

Define-se como comportamento suicida o início de ideias ou pensamentos de morte, seguido por gestos ou ameaças, tentativas de suicídio e por fim, o suicídio (BOTEGA *et al.*, 2006). Ele é um fenômeno complexo, resultado dos fatores biológicos, culturais, sociais, ambientais e psicológicos de um indivíduo, sendo assim a morte é um elo da cadeia que levou o indivíduo a esse ato (CASSORLA, 1991). O Comportamento suicida também pode ser definido como o ato de causar lesões a si mesmo independente do grau de intenção ou de conhecimento desse ato (BOTEGA *et al.*, 2006; WHO, 2002).

Importante ressaltar que há situações em que o indivíduo age impulsivamente, uma das características de quem está sob o risco de suicídio e que nem sempre passará por todas as etapas, ter tido planejamento ou ter passado por tentativas anteriores (BRASIL, 2006).

O ato suicídio aparece como um pedido de ajuda diante de um sofrimento, a morte passar a ser desejável, mas não com o objetivo propriamente de morrer, mas se de colocar fim aquilo que se tornou insuportável (CASSORLA, 1991). Segundo Freud, o desejo vem do inconsciente, portanto não é possível desejar morrer, porém é desejável ficar livre do sofrimento, embora muitas o desfecho seja a morte (WALLAUER, MALIKA, 2012).

Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2012, cerca de 804 mil pessoas cometeram suicídio no mundo, o que equivale a uma morte a cada 45 segundos ou 2000 mortes por dias (WHO, 2014). Esses dados geram um coeficiente de 11,4 mortes por suicídio por 100 mil habitantes, (sendo que 15 mortes entre homens e 8 entre mulheres) e mostra taxas elevadas de suicídio entre pessoas com mais de 70 anos. Entre a população de 15 a 29 anos passou a ser a 2ª maior causa de mortes nesse grupo (BOTEGA, 2014; WHO *et al.*, 2014). As maiores taxas de morte por suicídio, em 2014, são encontradas em países da Europa Oriental e as mais baixas nas Américas do Sul e central (BOTEGA, 2014).

A OMS considera-se como fatores de proteção ao comportamento suicida o bom relacionamento e apoio familiar, habilidades socioemocionais, capacidade de procurar ajuda nas dificuldades, estar aberto a conselhos e ao conhecimento, participação ativa em eventos culturais, lazer, igrejas e sociais. Dentre os fatores de risco identifica-se a tentativa como um fator crucial para o suicídio subsequente além do silêncio e estigma que impedem a procura de ajuda, problemas de saúde mental, uso nocivo de álcool e drogas, perda de emprego ou situação financeira, colapso de relacionamento, trauma, abuso, violência, conflito ou desastre, dor crônica ou doença, desesperança e desamparo (WHO., 2014; 2018).

O Brasil, em 2015, possuía um coeficiente de 5,7 mortes, o que é considerado como baixo para taxas de suicídio, ficando na 63ª posição no ranking da OMS (BRASIL, 2017). Porém, se analisarmos os números absolutos, o Brasil passa à 8ª posição nesse ranking (WHO *et al.*, 2014). 55.649 mortes por suicídio foram registradas no Brasil entre os anos de 2011 a 2015. Em relação aos estados brasileiros as maiores taxas se encontram no Rio Grande do Sul (10,3 mortes), Santa Catarina (8,8 mortes) e Mato Grosso do Sul (8,5 mortes) (BRASIL, 2017).

No Brasil, dentre as mortes por suicídio, ocuparam o segundo lugar nas taxas de mortes violentas, representando uma proporção de 62,5%. De acordo com o mapa de violência dos jovens do Brasil verifica-se aumento progressivo e constante na mortalidade por suicídio, sendo que na década de 1980, representou 2,7% das mortes violentas, já na década de 1990 foi 18,8% e em 2012 teve um aumento para 33,3%, dado similar ao encontrado na Coreia (WASELFISZ, 2013).

A classificação do CID-10 coloca o suicídio como morte por causas externas, juntamente com acidentes de transportes e homicídio, sendo assim podemos refletir sobre uma subnotificação das mortes por suicídio (BOTEGA *et al.*, 2006). Elas ficam escondidas por outros motivos como envenenamento acidental, afogamento ou causa desconhecida (GOTSSENS *et al.*, 2011). Os dados sobre as tentativas de suicídio são ainda mais imprecisos e subnotificados que os de suicídios. Nenhum país no mundo registra tais informações de forma que se consiga ter estimativas nacionais para o fenômeno (BOTEGA, 2015). Mas acredita-se que o número de tentativas de suicídio supere o número de óbitos em 10 ou 20 vezes (WHO *et al.*, 2014).

As informações sobre as tentativas de suicídio, no Brasil, só tornam conhecidas quando os casos chegam até o serviços de saúde do SUS, sendo assim é preciso que a pessoa necessite de cuidados públicos e que haja a notificação por parte desses profissionais (BRASIL, 2005). Contudo, alguns outros estudos relatam que apenas 1 pessoa a cada 3 que tentam suicídio procuram serviços de saúde, agravando ainda mais o quadro de subnotificações (BOTEGA *et al.*, 2009).

Mulheres tentam mais suicídio, porém os homens morrem dele (BOTEGA *et al.*, 2006; MARÍN-LEÓN; BARROS, 2003; RUEDA-JAIMES *et al.*, 2011; SCHNITMAN *et al.*, 2011; THOMÉ FERREIRA; TRICHÊS, 2014). Isso acontece devido aos meios utilizados. Os homens tendem a usar métodos mais letais (arma de fogo, enforcamento) do que as mulheres (envenenamento) (BRASIL, 2005; RUEDA-JAIMES *et al.*, 2011). Importante lembrar que o acesso a esses meios, uso de substâncias como álcool e outras drogas, por exemplo, influenciam na mortalidade por suicídio (RUEDA-JAIMES *et al.*, 2011; SCHNITMAN *et al.*, 2011).

A literatura internacional aponta uma prevalência de 2 a 19% de ideação suicida durante toda a vida. Ela é mais comum em mulheres, adultos jovens, pessoas que moram sozinhas e pessoas com algum transtorno mental (BERTOLOTE *et al.*, 2005; NOCK *et al.*, 2008).

Um estudo, no Brasil, com a população geral apontou a presença de ideação suicida igual a 5% nos pacientes e 8% em pacientes com quadro infeccioso ou oncológico (BOTEGA *et al.*, 2010). Dados similares foram encontrados no estudo de Stefanello e Furlanetto (2012) que encontrou a presença de ideação suicida em 7,2% dos pacientes pesquisados

Já entre os adolescentes a prevalência de ideação suicida foi de 35,7% dos participantes, indo de encontro com os achados de outros que mostram alta prevalência entre sexo feminino e jovem (BOTEGA *et al.*, 2009).

Historicamente o primeiro programa institucional de suicidologia norte-americana ocorreu em Los Angeles, no Centro de Prevenção do Suicídio, em 1958 (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

Fato comum acontecia na Grécia Antiga (2000 a 146 a.c.) quando o indivíduo não tinha poder de decisão sobre a própria vida e as decisões eram tomadas no coletivo, sendo assim não podia se suicidar sem o aviso prévio da comunidade. Caso o praticasse sem o consentimento era considerado um transgressor das leis e se autorizado lhe era entregue uma arma para sua concretização (KALINA *et al.*, 1983).

Mesmo que houvesse o consentimento, lhe era negado o sepultamento, a mão era amputada e enterrada a parte do corpo que era queimado fora dos limites da cidade. Em Roma, as questões do suicídio eram praticamente econômicas. Portanto, não era permitido a escravos e soldados uma vez que diminuiria a força de trabalho. Por isso, as razões para se cometer o suicídio deveriam ser aprovadas pelo Senado, que definia como a morte seria e os meios para que ela ocorresse (ALVAREZ, 1999).

Na Europa (séculos I a.c. e IV d.c.) os corpos eram enterrados em encruzilhadas com o intuito de que o espírito se perdesse e não conseguisse voltar em busca de vingança. Tinham o receio que o fantasma pudesse induzir os parentes a fazê-lo ou induzir o inimigo a suicidar. As mulheres indianas, até pouco tempo, era comum tirarem suas vidas quando seus esposos morriam. No Egito Antigo, era comum os escravos serem enterrados juntos ao seu senhor, especialmente se ele fosse faraó (KALINA *et al.*, 1983).

Quando chega a Idade Média (séculos V a XV d.c.) a explicação para a proibição do suicídio passou a ser teológica, mas tinha um fundo econômico. Uma vez que aqueles que tirassem suas próprias vidas, seus bens passavam a pertencer à coroa. Até 452 d.c. o suicídio era considerado crime, fruto de um arrebatamento diabólico. A Igreja pregava a ideia de que todos pertenciam a Deus e, portanto, cabia somente a Ele tirar a vida (ALVAREZ, 1999). Já em 563 d.c. passaram a existir sanções judiciais e penas religiosas para os suicidas, tendo como consequência a negação dos ritos religiosos, sepultamentos e enterro em solo sagrados (VENEU, 1994).

Pendurar pelos pés, carregar o corpo nu em forquilhas, arrastar o cadáver pela rua ou queimá-los e/ou enforcá-los publicamente eram práticas comuns nas cidades medievais. Já no ponto de vista judicial, as punições iam desde confiscar os bens ou entrega dos bens ao dono lugar onde ocorrerá a morte, isso tudo porque acreditavam dar alentos aos reis ou senhores feudais que se sentiam prejudicados por perder um súdito. Também era comum acontecer retaliações físicas e morais dirigidas ao defunto e a família. Em raras situações as famílias

conseguiam reaver os bens caso conseguissem provar que o morto era inocente (ALVAREZ, 1999; VENEU, 1994).

Nos séculos XV a XVIII (Era Moderna) o indivíduo passa a ter maior autonomia e menor influência do Estado e da Igreja. A ciência começa a ganhar espaço e as explicações deixam de ser somente da ordem do divino. Assim, não há mais condenação e sim aceitação da condição de alienação mental (KALINA *et al.*, 1983; BOTEGA, 2015). A partir do século XIX, o surgimento da Ciências, traz o suicídio para a discussão cultural, social, econômica e psicológica, sendo que Durkheim (1987), passa a ser uma figura expoente com seu estudo sobre o suicídio.

Na época da Revolução Francesa o suicídio é retirado da lista de crimes legais, assim como a extinção das medidas relacionadas ao morto, seus bens e suas famílias, buscando novas explicações para o fenômeno, a partir da obra de Durkheim. Isso porque mostraram que o suicídio não compromete a estabilidade dos Estados (KALINA *et al.*, 1983).

Émile Durkheim, durante a Revolução Industrial, cria o primeiro modelo, o sociológico. Em 1897 publicou o livro “O suicídio”, que tinha como objetivo indicar as regularidades, recorrências e tentativas de suicídio em 11 países pesquisados por ele (MINAYO, 1998). O livro buscava explicar que o suicídio era associado às questões sociais em detrimento das explicações comumente utilizadas (DURKHEIM, 1987). Ele defendia que o conjunto de suicídios de uma determinada sociedade em um dado período revela resultados diferentes de análises dos mesmos suicídios analisados individualmente. Mas o autor também não negava que o suicídio era um ato de desespero individual (WALLAUER, MALISKA, 2012; BOTEGA, 2015).

Mesmo que, a partir dos séculos XIX e XX, o suicídio foi deixando de ser crime, países como a Inglaterra e a Irlanda (nas décadas de 1960 e 1990 respectivamente), caso houvesse uma tentativa não concretizada ele poderia ser preso ou sofrer sanções (WALLAUER, MALISKA, 2012; BOTEGA, 2015).

Já no Brasil, pouca literatura sobre a construção histórica do suicídio é encontrada, desde a colonização, em 1500. Em 1991, Reis publica um livro intitulado “A morte é uma festa” que relata sobre os ritos fúnebres que aconteciam no Brasil. Nele relata perspectivas semelhantes as que aconteciam na Europa, ou seja, medo de que os mortos voltassem ou que não fossem para o reino dos céus. Era proibida a realização dos ritos fúnebres bem como o enterro (REIS, 1991).

Sabe-se que o suicídio era uma prática comum entre os escravos, independentemente do método (forma ativa como enforcamento, armas brancas ou forma passiva como recusa de

alimentar ou tristeza profunda). Essa tristeza ou nostalgia era chamada de banzo e era muito comum logo que os escravos desembarcavam no Brasil (OLIVEIRA; ODA, 2008) (GOULART, 1972). Ele também era utilizado como forma de resistência às condições de vida ou para obter liberdade ou maior autonomia (BASTIDE, 2009; FERREIRA, 2004).

No Brasil, assim como na Europa, com influência da Igreja Católica, eram negados aos suicidas os ritos fúnebres assim como em relatos nas cidades de Salvador e Portugal no século XX (FERREIRA, 2004; CANARIO, 2011).

Entre os povos africanos, o suicídio era uma prática comum, em alguns lugares tinha um lugar social, político e religioso importante (CASSORLA, 2011). Com a escravidão a vinda para o Brasil o suicídio passou a ser relativamente aceito por aqui levado em consideração à vida desses escravos em cativeiros e longe da sua terra natal (OLIVEIRA; ODA, 2008). Também era comum, acontecer suicídios coletivos de escravos em navios, plantação de açúcar, como forma de libertação, mas também como punição aos senhores (CASSORLA, 2011). Havia uma diferença entre os escravos que fora trazido da África e os nascidos no Brasil. Os africanos haviam crenças ligadas aos seus costumes religiosos, já os nascidos no Brasil foram criados sob os ensinamentos da Igreja Católica (REIS, 1991).

Com todo esse traçado histórico, pode-se perceber que o significado de suicídio passou por diferentes momentos durante esse percurso histórico de civilização. Nos últimos tempos houve um avanço expressivo no conhecimento do que se pode entender sobre o comportamento suicida. Ele passa a ser visto como um fenômeno que é permeado por questões psicológicas, sociais, biológicas, econômicas e culturais (WALLAUER, MALISKA, 2012). Mas ainda visualizamos a interiorização do suicídio como condenável e que tem como culpado a pessoa ou a sociedade.

### **3.2 Suicídio e profissionais de saúde**

O sofrimento psíquico está presente nos mais variados tipos de queixa que chegam até o serviço de saúde e não está sempre relacionada a pessoas com algum diagnóstico específico de saúde (BRASIL, 2013). Assim observamos a importância dos profissionais aprimorarem e incorporarem em suas práticas diárias cuidados em saúde mental, levando em consideração os aspectos singulares e subjetivos no processo de atendimento à integralidade do sujeito. Porém, muitas vezes esse atendimento fica restrito aos especialistas (HIRDES; SCARPARO, 2015).

Os profissionais da Atenção Básica precisam visualizar a importância do atendimento à saúde mental (FROSI; TESSER, 2015). Quando esse atendimento é realizado, muitas vezes,

não é percebido pelos profissionais, como por exemplo, uma escuta e/ou orientações, perdendo assim, uma excelente oportunidade de se construir e/ou fortalecer vínculos com esse usuário e seus familiares (BRASIL, 2013).

Essas questões nos permitem pontuar sobre como a demanda da saúde mental é vista na Atenção Básica. Um estudo demonstrou como esse acolhimento é restrito e que os apontamentos relatados pelos profissionais foram: encaminhamento para o psiquiatra, encaminhamento para internações e prescrição de medicamentos. Muitas vezes, esse apontamento se dá pela falta de preparo/ capacitação desses profissionais, preferindo manter o cuidado restrito a especialistas (SCHUTEL; RODRIGUES; PERES, 2015).

A literatura revela que há dois lados em relação aos profissionais da Atenção Básica, de um lado profissionais cuja saúde mental está restrita aos transtornos mentais e do outro lado profissionais que entendem o processo saúde doença mental como influenciado por outros fatores, que ultrapassam os da saúde (VELOSO; SOUZA, 2013). O médico psiquiatra era indicado como a figura mais importante e às vezes única nesse processo do cuidar na saúde mental (SOUZA; LUIS, 2012).

Observa-se assim, no trabalho do cuidar da saúde mental, uma visão biologista, além de revelar um despreparo dos profissionais para lidar com essa demanda, gerando, muitas vezes, sentimentos de frustração e impotência (NUNES; OLIVEIRA; GALVÃO, 2020; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

Alguns estudos internacionais apontaram como pouco comum à investigação ou avaliação do comportamento suicida por médicos na Atenção Básica (GRAHAM; RUDD; BRYAN, 2011; SAINI *et al.*, 2014). No Brasil, estudiosos analisaram as visões e concepções sobre o comportamento suicida a partir da prática de enfermeiras e de agentes comunitários de saúde. Na prática observou-se uma maior identificação do comportamento suicida pelos agentes comunitários de saúde. Isto se deve à proximidade com o território e seu papel de articulador entre a comunidade e a Unidade de Saúde. Entre enfermeiros, houve referência de poucas oportunidades de atender a esta demanda específica, mas entendem que a função do serviço é prevenção e a manutenção da qualidade de vida das pessoas (ABREU; KOHLRAUSCH; LIMA, 2008).

Os serviços de saúde devem incorporar a prevenção do suicídio como um componente central de suas atividades, sendo essa estratégia uma das prioridades atuais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017). Assim, considera-se ser possível prevenir o comportamento suicida, sendo necessário adotar uma abordagem multissetorial abrangente (KLONSKY; MAY; SAFFER, 2016; WHO *et al.*, 2014). Contudo, muitas vezes, as equipes não estão preparadas

para atender pacientes com comportamento suicida, considerando a baixa experiência profissional, falta de conhecimento e estigmatização (WHO *et al.*, 2014). De uma maneira geral, os profissionais da saúde apresentam dificuldades em identificar e lidar com pacientes suicidas (SILVA, 2014).

Almeja-se que haja mudanças positivas no conhecimento e nas atitudes dos profissionais de saúde, pois se sabe que quase metade dos pacientes que morreram por suicídio tiveram contato com um profissional da atenção básica no mês da ocorrência da tentativa (HAWTON *et al.*, 2011) e cerca de 80%, dentro de um ano. Em contraste, o contato com um profissional de saúde mental foi verificado somente em 19% e 32% daqueles que morreram por suicídio, respectivamente, dentro do mês e do ano em que ocorreu a tentativa (STRUTHERS; HIRSCHFELD, 2014).

Dados como estes nos leva a pensar que a formação dos profissionais deve contemplar habilidades cognitivas e mudanças nas atitudes que possam favorecer a empatia e a compreensão desses comportamentos, priorizando a capacitação dos agentes de saúde (STORINO *et al.*, 2018). A preparação dos profissionais da saúde e das demais áreas sobre a identificação dos pacientes com comportamento se faz necessária, uma vez que é uma forma eficaz de prevenção. É preciso perceber/ reconhecer o quanto antes o início desse processo, para que possa ofertar ajuda o quanto antes (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010; CARLOS; D'AGORD, 2016).

Estudo demonstra que é difícil identificar o que paciente está realmente sentindo, detectar os fatores e compreender o paciente como um todo, sendo assim necessários mais debates para um maior aprimoramento em prol de uma intervenção adequada de redução de danos (REISDORFER *et al.*, 2015).

A percepção da população frente o suicida é permeado por suas experiências e características pessoais. Profissionais da Psicologia conhecem transtornos e doenças mentais levando-os a compreender o comportamento suicida com atitudes mais positivas e com mais segurança (FUKUMITSU, 2014).

Entre católicos, evangélicos e espíritas, os evangélicos apresentaram mais rigidez, com um discurso mais moralista e a não aceitação sobre o direito do outro suicidar. Pessoas religiosas, especialmente as de diretrizes mais rígidas, compreendem a vida como um direito divino e não aceitam a sua retirada (CARNEIRO, 2013; GONÇALVES; GONÇALVES; JÚNIOR, 2011).

Embora não haja por parte da maioria das pessoas sentimentos negativos frente ao paciente suicida, ainda há preconceitos e estigmas relacionados a essas pessoas,

principalmente pela dificuldade encontrada de lidar com a situação. É imprescindível que haja uma maior promoção à saúde mental, mais debate sobre o tema, como também grupos de apoio a pessoas que estão passando por momentos difíceis (MELO *et al.*, 2018).

Pesquisa examina a atitude dos profissionais que lidam com pacientes com o comportamento suicida. Alguns deles relatam que em diferentes setores de atendimento, os profissionais que trabalham em emergência apresentam mais atitudes negativas quando comparados aos que trabalham em unidades de cuidados intensivos, que exibem mais atitudes positivas em relação a esses pacientes (MCALLISTER *et al.*, 2002).

Os profissionais de saúde lidam constantemente com indivíduos em situação de crise e que tentam suicídio. Assim como aqueles que atuam na Atenção Básica, por estarem em contato próximo e prolongado com os pacientes, seus familiares e sua comunidade, estão em posição privilegiada para avaliação dos pacientes em risco de suicídio (MAGALHÃES *et al.*, 2014). As dificuldades desses profissionais em lidar com a morte, em especial ao suicídio, podem gerar conflitos emocionais nesses pacientes e em seus familiares (ÖNCÜ *et al.*, 2008).

Os profissionais da saúde, muitas vezes, percebem as demandas de saúde mental como demandas complexas, permeada por questões de vulnerabilidade social e condições territoriais. Muitos ficam angustiados na tentativa de compreender a situação desses pacientes e no anseio por respostas fazem uso de protocolos de outras áreas, no estilo queixa-conduta (CAMPOS *et al.*, 2011).

### **3.3 Suicídio e profissional dentista**

A resolução do CNE (Conselho Nacional de Educação) em 2002 institui as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Graduação em Odontologia que prevê entre alguns artigos, Artigo 3º que relata que o Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico, capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (BRASIL, 2002). As DCN são baseadas na Lei 5.081 de 24 de agosto de 1966 que regula o Exercício da Odontologia (BRASIL, 1966).

A portaria nº 3.840 de 07 de dezembro de 2010 inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde e estabelecem as diretrizes, orientações e

prazos do processo de ajuste de metas para os anos de 2011 (BRASIL, 2010). Os profissionais da odontologia são profissionais da saúde com altas taxas de automutilação deliberada, com taxas sete vezes maiores que a população de forma geral (PRESTON, 2006).

Essa relação entre odontologia e o suicídio pode ser mito para alguns, uma questão relevante para outros ou até mesmo uma fuga para problemas mentais adjacentes. Pode ser até utilizado para programas populares de televisão, que retratam o suicídio dentistas em seus episódios (SEINFELD, 2013).

Não há nenhuma evidência aparente do aumento do número de suicídios de dentistas nos últimos 19 anos, sendo registrados picos ao longo dos anos. Mais mortes masculinas foram reportadas, mas isso pode se devido à distribuição do sexo masculino dentro da odontologia. Como o suicídio tem um estigma associado, talvez isso seja uma das razões pelo qual o assunto não é discutido abertamente e reforçando o fato de não serem inseridos na grade curricular (LARBIÉ; KEMP; WHITEHEAD, 2017).

Embora os cursos de odontologia possam ofertar alguma educação sobre gerenciamento de estresse, efeitos nocivos do vício em drogas, habilidades de enfrentamento, pouca atenção é dada a prevenção do suicídio (ALEXANDER, 2001; BALDWIN; DODD; RENNIE, 1999; LAPORTA, 2010; TAKAYAMA *et al.*, 2011).

Apesar de vários artigos discutirem sobre o equilíbrio saudável entre vidas profissionais e pessoais (BRONDANI; PATTANAPORN, 2013; MATHIAS *et al.*, 2005; ROGERS; MALONE, 2009; TAKAYAMA *et al.*, 2011) e sobre o suicídio entre e os dentistas (ALEXANDER, 2001; MORENO; RUIZ, 2010) essas questões não aparecem especificamente entre as quarenta e sete competências para a formação desses profissionais. Ofertar aos alunos a oportunidade de explorar o comportamento suicida e superar os estigmas dá a eles uma maior autoconsciência que refletirá positivamente a prosperar na vida pessoal e profissional (BRONDANI; RAMANULA; PATTANAPORN, 2014). É importante salientar que estamos perdendo oportunidades de formar profissionais que podem reconhecer e oferecer ajuda e medidas preventivas em relação ao comportamento suicida.

O dilema de Freud, no conjunto entre a sua depressão e o câncer de boca, traz uma relevância para a odontologia e suas especialidades, pois, gerenciamos cada vez mais, pacientes com doenças malignas. De acordo uma pesquisa dos EUA de acompanhamento de mortalidade que demonstrou que além da falta de saúde mental, associada a forte ideação suicida e o câncer, onde aqueles com câncer oral são mais propensos a cometerem suicídio do que pacientes com outras doenças malignas (SCHNEIDER *et al.*, 2008).

Independentemente do desconforto que possa surgir, assim que haja a identificação de um paciente com comportamento suicida, o cirurgião dentista deve abordá-lo, principalmente pensando na letalidade envolvida (STOLL, JUNQUEIRA, 2013). A maioria dos dentistas não foi treinada para avaliar um paciente com risco de suicídio e tende a querer encaminhar para o clínico geral ou profissional da saúde mental al (ALEXANDER, 2001). Quando a vida de um paciente está sob perigo, o dentista precisará violar a confidencialidade e assim reunir todos os fatos importantes para providenciar um encaminhamento a um profissional da saúde ou até mesmo usando sistema de emergência (NEELEY; KLUEMPER; HAYS, 2006; RUDD *et al.*, 2006).

Pacientes com alto risco de suicídio em acompanhamento com dentistas podem dar sinais de alertar durante o percurso do tratamento, portanto se o profissional está ciente desses fatores ele tem a oportunidade de interceder para detectar e intervir precocemente podendo salvar vidas (FRIEDLANDER; ROSENBLUTH; RUBIN, 2012).

Os cirurgiões dentistas estão sujeitos a diversos fatores estressantes como local de trabalho e seus desconfortos (sonoros, químicos, ergométricos), manuseio de pacientes, questões financeiras, perfeição impossível de alcançar que tanto almejam isolamento social que podem afetar a saúde física e/ou mental. Estudiosos sugerem que uma pequena parcela de dentistas faz algo para lidar com o estresse, piorando as condições e negando a necessidade de tratamento (GERSCHMAN; BURROWS, 1998).

Em um estudo com jovens dentistas do Reino Unido demonstrou que um dos maiores estressores da profissão é a dependência do paciente, que indicou que 25% deles já haviam perdido alguns intervalos de almoço e que 50% haviam se atrasado em pelo menos 30 minutos para algum compromisso pessoal (BALDWIN; DODD; RENNIE, 1999). Profissões que exigem essa dependência direta com o paciente (médico, dentista) têm taxas de suicídio maiores do que aquelas que não possuem essa dependência. Dentistas relataram que oferecer tratamento a pacientes não cooperantes é um dos maiores estressores da prática odontológica, portanto trabalham sobre estresse psicológico ou emocional gerado pelos próprios pacientes (WILSON *et al.*, 1998).

Outros estudos sugerem que quando se estabelece uma estratégia preventiva, o trabalho de dentista se torna mais motivador e engajadora ajudando no alívio do esgotamento, assim o currículo odontológico precisa incluir assuntos como gerenciar o estresse, habilidades de comunicação entre outros (GORTER *et al.*, 2008; HAKANEN; BAKKER; DEMEROUTI, 2005).

Pouco se sabe sobre o estado de saúde mental dos estudantes de odontologia, mas sabe-se que ela enfraquece à medida que os estudos avançam, sendo necessária mais pesquisa nesse sentido. Os dentistas normalmente acham que não precisam de ajuda especializada para enfrentar as situações de estresse e tendem a auto prescrição (MORENO; RUIZ, 2010).

Embora os profissionais da saúde tenham um risco aumentado de suicídio, os dentistas inicialmente têm uma taxa significativamente maior que a população geral. Porém um estudo que durou 26 anos, risco de suicídio em dentistas, médicos, enfermeiros e farmacêuticos demonstrou que taxa diminuiu em dentistas durante esse período e dentistas mulheres apresentavam uma taxa menor ainda (HAWTON *et al.*, 2011). Outro estudo constatou que no período entre 2001 e 2005 não inclui dentista como uma das principais ocupações de risco para o suicídio, além de relatar uma redução de 59% nas taxas de suicídio para dentistas entre os anos de 1979-1980, 1982-1983 e 2001-2005 (ROBERTS; JAREMIN; LLOYD, 2013).

Na literatura científica inúmeras intervenções e estratégias de prevenção que visam educar e reduzir o suicídio entre dentistas. Um ponto comum é que habilidades de gerenciamento de estresse e de comunicação precisam ser ensinadas nas escolas de odontologia (ALEXANDER, 2001; MORENO; RUIZ, 2010; ROGERS; MALONE, 2009). Um estudo reforça essa tese e relata que, na Faculdade de Odontologia da Universidade da Colúmbia Britânica, um módulo sobre prevenção do estresse e do suicídio foi incluído na grade curricular de mais de 500 alunos. Em resposta, esses alunos ficaram desconfortáveis com o material, porém o consideravam de extrema necessidade (BRONDANI; RAMANULA; PATTANAPORN, 2014).

A psicologia em estudos sobre o suicídio reconhece os vários fatores estressantes e de risco que podem levar o dentista a ficar mentalmente doente ou tentar o suicídio (LANGE; DUNNING; FUNG, 2012; SKEGG *et al.*, 2010). A conscientização dos sinais e sintomas da saúde mental deve ser iniciada nas escolas pensando no foco futuro da prevenção, uma vez que o risco de suicídio inclui diversas variáveis (JONES; COTTER; BIRCH, 2016).

Um estudo epidemiológico na Universidade de Washington investigou a dor crônica em jovens e adolescentes por causa da associação conhecida entre dor crônica, incluindo a DTM (disfunção têmporo-mandibular) e a depressão. No questionário havia duas perguntas ligadas ao comportamento suicida (HENDIN, 2000). A relação forte e significativa que muitos dentistas criaram com seus pacientes, parece ser um ponto natural para que os mesmos assumam um papel importante de saúde pública, com uma triagem e escuta eficaz para detectar, reconhecer sinais e fatores de risco do comportamento suicida em seus pacientes (DWORKIN, 2001).

A qualidade e a duração dessa relação dentista e paciente pode fornecer um importante auxílio de nível primário e/ou recomendações de aconselhamento e encaminhamento para um profissional da saúde mental. Com esse tipo de abordagem, o dentista assumiria um papel bio-comportamental, trazendo um benefício enorme para o paciente e comunidade, assim como uma satisfação pessoal ao profissional. Para executar esse papel, o dentista não precisa ter ampla experiência em saúde mental e sim saber reconhecer esses sinais e o que fazer caso eles surjam, uma vez que já um profissional que possui um sucesso em ter um vínculo forte e duradouro com seus pacientes (DWORKIN, 2001).

Em estudo com 396 dentistas 50,3% responderam que pelo menos um de seus pacientes adolescentes já havia tentado suicídio e 5,5% relataram que pelo menos um de seus pacientes cometeu suicídio. Praticamente a maioria desses profissionais relatou não ter conhecimento sobre o suicídio e concordaram fortemente à necessidade dessas informações em suas formações profissionais. A extensão dessas respostas reforça a importância do profissional ter esse olhar sobre o comportamento suicida. Esse mesmo estudo relata que apesar de 45% dos profissionais terem ministrado palestras sobre psicologia para adolescentes, somente 7% receberam palestras ou capacitação relacionada ao tema. Quase sem exceção, esses profissionais também relataram que já tiveram uma experiência familiar relacionada ao suicídio (LOOCHTAN; COLE, 1991).

Esse estudo reforça a importância de se ter conteúdo sobre essa temática na formação do cirurgião dentista. Assim como os currículos futuros devem incluir mais ênfase no reconhecimento e na intervenção nesse contexto para os profissionais da saúde. Também reforça a importância do dentista estar preparado para reconhecer esses sinais de alerta uma vez que os pacientes visitam seus consultórios com frequência e regularidade, podendo estes serem os primeiros a reconhecer esses sinais. Informações continuadas, capacitações e literatura odontológica na temática podem auxiliar aqueles profissionais que já estão em prática. Ao ouvir, observar, acolher esses profissionais podem ajudar a salvar uma vida (LOOCHTAN; COLE, 1991).

Observa-se que poucas pesquisas relacionam o comportamento suicida ao profissional cirurgião dentista, e as que possuem estão, em sua maioria, relacionadas ao suicídio do profissional e não dos pacientes atendidos por eles. A importância do vínculo que esses profissionais possuem com seus pacientes, portanto podem muitas das vezes ser o primeiro a identificar os fatores de risco do comportamento suicida em seus pacientes.

Portanto, a necessidade de mais pesquisas que abordem o comportamento suicida e os cirurgiões dentistas, bem como a inserção do tema na formação desse profissional e

capacitações para que eles consigam reconhecer a relevância desse tema para a saúde pública bem como a importância desse papel nesse processo.

## **4 MÉTODO**

---

### **4 MÉTODO**

#### **4.1 Delineamento da pesquisa**

Trata-se de um estudo de cunho exploratório descritivo com abordagem quantitativa. O estudo exploratório proporciona ao pesquisador solucionar e/ou aumentar a identificação de possíveis lacunas na prestação de serviço e conseguir melhor delineamento das estratégias (DE OLIVEIRA, 2011; TRIVIÑOS, 2008). Ele, também, visa entender o significado subjetivo que as pessoas atribuem aos seus ambientes, relações e atividades (FLICK, 2009; MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2013).

Essa pesquisa também se configura como descritiva, pois busca descrever as características, semelhanças e diferenças de uma população ou fenômeno (GIL, 2008). A abordagem descritiva permite abranger assim como desvendar a relação entre eventos, descrevendo um fenômeno ou situação com detalhes, especialmente aqueles que estejam ocorrendo (DE OLIVEIRA, 2011).

Já os estudos quantitativos, consideram que a amostra é representativa de uma população e que permite ter um olhar objetivo sobre o fenômeno estudado (FONSECA, 2002). Ela é organizada por meio de métodos empíricos, com o objetivo de descrever fenômenos ou fatos, com controle estatístico, além de fornecer dados para a constatação de hipóteses, permitindo assim um importante conhecimento de uma realidade (DE OLIVEIRA, 2011; LAKATOS; MARCONI, 2003).

## **4.2 Contexto**

O estudo foi desenvolvido no município de Divinópolis, município da região centro-este de MG, como mostra a Figura 2. Divinópolis localiza-se a “20° 8’ 21” de latitude sul e “44° 53’ 17” de longitude oeste, distante 106 quilômetros de Belo Horizonte e a 822 quilômetros de Brasília. Situa-se numa região de terras altas, principalmente a Oeste/Noroeste, onde se concentram 8% dos 15% de terrenos montanhosos que formam o território municipal, composto de campos (53%) e de áreas planas (32%).

**Figura 2:** Mapa Divinópolis-Minas Gerais



Fonte: <<http://www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=1788206>> Acesso em: 18 de junho de 2020

### 4.3 População do estudo

Conforme informações do Censo realizado no ano de 2010 pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), Divinópolis registra a 12ª posição do total de 853 cidades, no ranking das cidades mais populosas do estado de Minas Gerais, com população total de 213.076 habitantes. De acordo com os dados e a média de crescimento populacional estima-se que no ano de 2015 a população total será de aproximadamente 230.000 habitantes (IBGE, 2010).

Em Divinópolis ao se remeter às políticas públicas de saúde como em qualquer ente federado, a primeira e principal referência é o SUS. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 a partir da promulgação da Constituição Federal daquele ano. É notória a predominância do SUS com seu impacto na qualidade de vida da população. Menicucci nos diz que “o sistema público possui o maior número de estabelecimentos de saúde, é responsável pela maior parte dos procedimentos e pela cobertura de três quartos da população”. Ainda de acordo com Menicucci é no SUS que a maioria da população encontra acesso a benefícios pontuais como “a cobertura para procedimentos tipicamente de saúde coletiva, além do fornecimento de medicamentos na atenção ambulatorial - um dos itens de maior gasto privado em saúde” (MENICUCCI, 2009, p.1622).

Em Divinópolis o Sistema Único de Saúde é gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA).

Em Divinópolis encontra-se:

- 32 UBS (Unidade Básica de Saúde);

- 11 ESF (Estratégia de Saúde da Família);

Além dos serviços próprios e específicos ofertados para atender diferentes níveis de exigências e complexidades, tais como:

- Centro de Referência de Vigilância em Saúde Ambiental (Crevisa);
- Residência Terapêutica;
- Centro Regional de Reabilitação (CRER);
- Farmácia Central;
- Laboratório (Cemas);
- Policlínica,
- UPA (Unidade de Pronto Atendimento) Central e Sudeste,
- Serviço de Especialidade Odontológica (SEO);

Divinópolis encontra-se num período de mudanças relacionadas à estrutura da área da saúde. Com o apoio da Secretaria de Estado de Minas Gerais e do Ministério Público de Minas Gerais, está sendo efetivado o Sistema Integrado Municipal de Saúde (SIM Saúde).

O SIM Saúde é um conjunto de ações que visam reestruturar, dinamizar e qualificar assistência à saúde no município de Divinópolis, através da Secretaria Municipal de Saúde. Quanto às estratégias pretende-se a reorganização da atenção à urgência e emergência, articulando os diversos pontos de atenção e definindo fluxos e referências adequados, a reorganização da atenção primária com ênfase na Estratégia de Saúde da Família (ESF); aumento do número de leitos hospitalares para o SUS em Divinópolis (SIM SAÚDE, 2014). Porém, esse Sistema foi implantado, porém não atualizado.

O município de Divinópolis possuía, em 2019, 541 cirurgiões dentistas inscritos no Conselho Regional de Odontologia (CRO, 2020). Destes 541 profissionais, 256 fazem parte de um grupo profissional de Whatsapp intitulado “Dentistas Divinópolis.

O Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais (CRO-MG) é subdividido em Delegacias. Atualmente Minas conta com 14 delegacias mais a sede de Belo Horizonte. Elas são: Delegacia Regional de Alfenas, Delegacia Regional de Diamantina, Delegacia Regional de Divinópolis, Delegacia Regional de Governador Valadares, Delegacia Regional de Ipatinga, Delegacia Regional de Juiz de Fora, Delegacia Regional de Lavras, Delegacia Regional de Montes Claros, Delegacia Regional de Muriaé, Delegacia Regional de Patos de Minas, Delegacia Regional de Teófilo Otoni, Delegacia Regional de Três Corações, Delegacia Regional de Uberaba, Delegacia Regional de Uberlândia e Sede de Belo Horizonte.

A Delegacia Regional de Divinópolis é composta por 47 municípios/distritos, totalizando 1851 cirurgiões dentistas cadastrados. A tabela 1 mostra a distribuição desses profissionais.

**Tabela1:** Distribuição dos cirurgiões dentistas (CD) por município/distritos da Delegacia Regional de Divinópolis (n= 1851) (2021)

<b>Municípios/ Distritos</b>	<b>CD Cadastrados</b>	<b>Municípios/ Distritos</b>	<b>CD Cadastrados</b>
Abaeté	28	Leandro Ferreira	5
Araújos	10	Luz	23
Arcos	59	Martinho Campos	11
Bambuí	30	Medeiros	4
Boa Vista de Minas	1	Moema	12
Bom Despacho	82	Nova Serrana	71
Carmo da Mata	13	Paineiras	1
Carmo do Cajuru	22	Pains	10
Cedro de Abaeté	2	Papagaios	13
Cláudio	35	Pará de Minas	139
Conceição do Pará	3	Pedra do Indaiá	1
Córrego Danta	5	Perdigão	5
Córrego Fundo	2	Pimenta	9
Divinópolis	541	Pitangui	61
Dores do Indaiá	18	Piumhi	63
Estrela do Indaiá	3	Pompéu	32
Florestal	2	Santo Antônio do Monte	58
Formiga	120	Santo Antônio dos Campos	2
Ibitira	3	São Gonçalo do Pará	5
Igaratinga	3	São José do Barreiro	1
Iguatama	13	São Roque de Minas	7
Itapecerica	32	São Sebastião do Oeste	2
Itaúna	218	Vargem bonita	4
Lagoa da Prata	65		

Fonte: <http://cromg.org.br/municipios-da-regional-de-divinopolis-2/>. Acessado em 18 de junho de 2020.

Os cirurgiões dentistas são formados para atuarem em diferentes contextos de trabalho: saúde pública, consultórios particulares, clínicas odontológicas, gestão em saúde, entre outros. Atualmente na região centro oeste de Minas Gerais possuem 4 universidades que ofertam o curso de Odontologia, Universidade de Itaúna (UIT- Itaúna-MG), Universidade de Alfenas (UNIFENAS- Divinópolis-MG), Pitágoras (Divinópolis-MG) e Centro Universitário Una (UNA- Divinópolis-MG). Para atingir os objetivos propostos, esta pesquisa foi realizada com cirurgiões dentistas que fazem parte de um grupo profissional de WhatsApp que exercem sua profissão no município de Divinópolis/MG.

Os critérios de inclusão adotados para participação do estudo foram cirurgiões dentistas incluídos em grupo profissional de WhatsApp do município de Divinópolis/MG. E

como Critérios de exclusão profissionais que não fazem parte desse grupo profissional específico de WhatsApp.

Para o cálculo amostral, foram utilizados os critérios propostos por Lwanga & Lemeshow (1991) considerando uma significância de 5% e uma precisão (margem de erro) também de 5%. A amostra precisa ser representativa da população que ele visa atingir – os dentistas que fazem parte do grupo de WhatsApp – e esse total de 256 dentistas também entra como referência para o cálculo. Com esses parâmetros, a amostra desejada é de 153 dentistas. A amostra alcançada foi de 77 dentistas então os parâmetros foram recalculados. O intervalo de confiança dessa amostra é de 90% e a precisão de 8%.

#### **4.4 Instrumentos para coleta de dados**

Para o acesso às informações dos cirurgiões dentistas foram utilizados os instrumentos: questionário sociodemográfico e questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida (ANEXO 1) (BOTEGA *et al.*, 2005).

A coleta de dados aconteceu através desse grupo que foi criado em 07 de agosto de 2014 e possui 10 profissionais que são administradores do grupo.

O contato inicial se deu através de uma mensagem enviada no particular de cada membro desse grupo. A mensagem contou com uma breve explicação sobre o projeto e em seguida um link para que eles pudessem ter acesso ao termo de consentimento, ao questionário sociodemográfico e o questionário (ANEXO 1).

O questionário é composto de 15 questões com o objetivo de caracterizar os participantes bem como essas características em relação ao comportamento suicida com os aspectos: idade, identidade de gênero, estado civil, religião, raça, escolaridade, tempo de formação, vínculo profissional, capacitação sobre a temática.

O Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida (ANEXO 1) (BOTEGA *et al.*, 2005) foi desenvolvido por pesquisadores brasileiros, com o objetivo de medir as atitudes dos profissionais frente ao comportamento suicida. Ele é composto de 21 afirmativas sobre o comportamento e uma escala a ser marcada com traço perpendicular, cujas extremidades estão discordo plenamente e concordo plenamente. Para a pesquisa foi utilizado o programa pesquisa online disponível : [https://www.onlinepesquisa.com/?gclid=Cj0KCQjwz4z3BRCgARIsAES\\_OVcKjqJlg8SyJ7xYIwETJM7Yoqd6SS5HEsXnwMY9XBN\\_wM2z6E5Y24YaApqGEALw\\_wcB](https://www.onlinepesquisa.com/?gclid=Cj0KCQjwz4z3BRCgARIsAES_OVcKjqJlg8SyJ7xYIwETJM7Yoqd6SS5HEsXnwMY9XBN_wM2z6E5Y24YaApqGEALw_wcB)

#### 4.5 Criação dos fatores

Inicialmente foram criados 3 fatores: “Sentimentos negativos em relação ao paciente – FATOR 1”, “Capacidade profissional – FATOR 2” e “Direito ao suicídio – FATOR 3”. Estes fatores foram criados a partir da soma das notas dadas pelos entrevistados em questões referentes a cada uma das 3 áreas. Portanto, para criar o Fator 1 somaram-se as notas dadas nas questões 2, 5, 9, 13, 15, 17, 19 e 20 por cada entrevistado, já para o Fator 2 as notas somadas foram das questões 1, 7, 10, 12 (invertido) e 14 e para o Fator 3 a soma se deu pelos valores das questões 3, 4, 6 (invertido), 8, 11, 16 (invertido), 18 e 21.

No fator 1, quanto maior o escore, maior a presença de sentimentos negativos em relação ao paciente. No fator 2, maiores escores indicam maior percepção de capacidade profissional e no fator 3 maiores escores mais moralista é o julgamento das pessoas com quem tenta o suicídio (BOTEGA *et al.*, 2005). Posteriormente, foi feita uma análise descritiva dos 3 fatores através de medidas de tendência central (média), variabilidade (desvio-padrão) e posição (mediana, mínimo e máximo). Para comparações entre as variáveis sociodemográficas com os fatores utilizou-se os seguintes testes: Teste T, utilizado para comparar 2 grupos, e a ANOVA apropriado para comparação de três ou mais grupos. Todos os dois testes são utilizados quando as variáveis contínuas, no caso os 3 fatores, seguem distribuição normal. Para testar a normalidade foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov (APÊNDICE B). Em todas as análises foi considerado um nível de significância de 5% e utilizado o software estatístico SPSS versão 22.0 (<https://ibm-spss-statistics-base.br.uptodown.com/windows>)

A coleta de dados deu início no dia 31/03/2020 com envio da primeira mensagem e link de acesso à pesquisa para os 256 profissionais do grupo, sendo que 48 foram respondidos até a data do segundo envio. No dia 13/04/2020, segundo envio para os 208 profissionais que não haviam respondido, com 21 respostas até a data do terceiro envio. O último envio foi no dia 20/04/2020 para 187 profissionais com 17 respostas até 15 dias depois quando a coleta foi finalizada no site da pesquisa. A Figura 3 mostra a imagem da mensagem enviada no particular de cada um dos cirurgiões dentistas que faziam parte do grupo de WhatsApp.

**Figura 3:** Mensagem contato com os dentistas



Fonte: whatsapp autora

#### 4.6 Análise dos dados

Para apresentação dos dados sociodemográficos e psicossociais, recorreu-se aos recursos da análise descritiva dos dados. Segundo Reis et al. (2002) ela é a fase inicial do processo, utilizada para organizar, resumir e descrever aspectos importantes de conjunto de categorias. Os dados foram descritos por meio de métricas estatísticas e depois foram relacionados entre dois ou mais conjuntos. A análise dos dados quantitativos (questionário QUACS- ANEXO1) se deu por meio de dados digitados em uma planilha previamente programada no programa Microsoft Excel 2010.

#### 4.7 Procedimentos Éticos

O estudo respeitou a Resolução 466/2012 sobre pesquisa com seres humanos. O projeto foi encaminhado ao CEPCO – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do *Campus* Centro-Oeste, para apreciação e posterior aprovação (Parecer 3.594.424, de 24 de setembro de 2019). Após aprovação do CEPCO, foi iniciada a coleta de dados, que aconteceu entre os meses de março e abril de 2020 (BRASIL, 2012).

Importante registrar que a proposta inicial era de que houvesse uma segunda etapa que seria uma entrevista com uma seleção dos profissionais que participaram da primeira etapa. Porém, no contexto atual, com a pandemia do COVID-19 optou-se por não realizar devido às questões de isolamento/afastamento social, visto que a primeira etapa nos forneceu dados suficientes para uma análise dos objetivos dessa pesquisa.

Foi solicitado aos profissionais que aceitassem a participar da pesquisa, que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Os resultados serão divulgados para a comunidade acadêmica e para os profissionais envolvidos, respeitando os critérios de sigilo e garantia de confidencialidade dos dados.



## 5 RESULTADOS

### 5.1 Apresentação Geral

Participaram dessa pesquisa 86 cirurgiões dentistas, porém nove não responderam de forma correta/completa, sendo assim desconsiderados e a análise foi realizada considerando a resposta de 77 profissionais. Dos 77 que responderam, 40 eram do sexo masculino (51,9%), mais da metade 68,8% eram casados ou união estável e 62 (80,5%) se declararam branco (Tabela 2). Dentre os 77 profissionais, 51 (66,2%) possuíam especialização, a maioria 83,1% trabalham no setor privado, cerca 39,0% possuíam até 5 anos de formação e 74 (96,1%) nunca receberam um curso/capacitação sobre a temática (Tabela 3). É importante ressaltar que no ano de 2002 foi publicado pelo MEC as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de Odontologia, portanto profissionais com mais de 18 anos de formados foram orientados sobre a antiga DCN. Dos 77 profissionais, 42 (54,5%) foram formados sob a perspectiva da nova DCN.

**Tabela 2:** Características sociodemográficas da população do estudo (n=77), Divinópolis-MG, 2021

Variável Sociodemográfica	Valor Absoluto	Percentual	
Identidade de gênero	Feminino	37	48,1%
	Masculino	40	51,9%
Idade	De 20 a 30 anos	15	19,4%
	31 a 40 anos	27	35,1%
	41 a 50 anos	28	36,4%
	Acima de 50 anos	7	9,1%
	Branco	62	80,5%
Raça/cor	Negro	1	1,3%
	Pardo	14	18,2%
	Católico	63	81,8%
Espiritualidade	Evangélico	3	3,9%
	Espírita	6	7,8%
	Não possui	4	5,2%
	Outros	1	1,3%
Estado Civil	Casado/união estável	53	68,8%
	Solteiro	19	24,7%
	Divorciado	5	6,5%

Fonte: Autoria própria

**Tabela 3:** Formação e atuação profissional da população do estudo (n=77), Divinópolis-MG, 2021

<b>Variável Sociodemográfica</b>		<b>Valor Absoluto</b>	<b>Percentual</b>
Escolaridade - maior título	Graduação	9	11,7%
	Especialização	51	66,2%
	Mestrado	17	22,1%
Tempo de formação	0 a 5 anos	30	39,0%
	6 a 10 anos	6	7,8%
	11 a 20 anos	23	29,8 %
	Mais de 20	18	23,4%
Diretrizes curriculares	Antes 2002	35	45,5%
	Depois de 2002	42	54,5%
Vínculo empregatício atual	Público	6	7,8%
	Privado	64	83,1%
	Ambos	7	9,1%
Teve capacitação sobre a temática	Sim	3	3,9 %
	Não	74	96,1%

Fonte: Autoria própria

## 5.2 Apresentação do artigo

Conforme norma do Programa de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de São João del-Rei, os resultados e discussão serão apresentados no formato de artigo científico. O artigo elaborado apresenta como título “O cirurgião dentista e o comportamento suicida”.

## 6. ARTIGO 1: O CIRURGIÃO DENTISTA E O COMPORTAMENTO SUICIDA THE DENTAL SURGEON AND SUICIDAL BEHAVIOR

### INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno complexo, universal. Pode ser definido como uma violência auto infligida, levado até o fim por uma pessoa com total conhecimento ou expectativa de findar algo ou a uma situação (CONTE *et al.*, 2012; VIDAL; GONTIJO, 2013). O comportamento suicida tem como início a presença de ideias ou pensamentos de morte, em seguida ameaças ou gestos, as tentativas de suicídio e por fim, o suicídio (BOTEGA *et al.*, 2006).

Sobre a intencionalidade é importante ressaltar que nem todos que sobreviveram à tentativa realmente queriam viver e nem os que morreram realmente desejavam isso (WHO, 2002). Sendo assim considera-se como suicídio apenas as mortes em que o indivíduo, voluntária e conscientemente, executou um ato ou adotou um comportamento que ele acreditava que determinaria sua morte (BOTEGA *et al.*, 2006).

No ano de 2012, cerca de 804 mil pessoas tiraram suas vidas, número este equivalente a uma morte a cada 45 segundos ou 2000 mortes por dia (WHO *et al.*, 2014). O Brasil possui baixas taxas de suicídio sendo, em 2015, uma taxa de 5,7 mortes (BRASIL, 2017), contudo na análise dos dados absolutos e da população do país observa-se que a posição no ranking mundial avança de 63ª posição para a 8ª (WHO *et al.*, 2014).

Entre os anos de 2011 e 2015 foram registradas 55.649 mortes por suicídio (BRASIL, 2017). Nos últimos anos uma taxa 5,5 homicídios e 4,5 mortes no trânsito para cada morte por suicídio. Na região Sudeste, o crescimento foi de 35,8%, Minas Gerais apresentou aumento de 58,3%, taxa acima da média. De uma maneira geral o país passou de 4,4 para 5,3 suicidas a cada 100 mil habitantes, perfazendo um aumento de 20,3%, já entre os jovens esse aumento foi de 15,3%, passando de 2.515 para 2.900 suicídios entre 2002 a 2012. Os suicídios entre os jovens cresceram 8,9% (WAISELFISZ, 2013).

A formação biopsicossocial do individuo articula-se a concepção da integralidade que é resultante do emaranhado entre os aspectos biológicos, psicológicos, espirituais, ambientais e enquanto ser social, inserido na sua família e no local onde vive (SISSON *et al.*, 2011). O sofrimento psíquico não é exclusivo de pessoas que possuem algum diagnóstico específico e está presente nas várias queixas que chegam aos profissionais (BRASIL, 2015).

É fundamental que os profissionais, incluindo os cirurgiões dentistas, incorporem a aprimorarem suas competências para ter uma escuta qualificada, a partir disso, a necessidade de reconhecer esse comportamento e realizar os atendimentos/encaminhamentos necessários. Mas, ainda se observa que esse acolhimento, atendimento e encaminhamentos relacionados ao contexto biopsicossocial ficam restritos a especialistas (HIRDES; SCARPARO, 2015), perdendo-se excelentes oportunidades de criação e/ou fortalecimento de vínculos (BRASIL, 2015).

Reconhece-se o suicídio como um problema de saúde pública potencialmente evitável. Nesta direção, um estudo afirmou que os cirurgiões bucomaxilofaciais podem ser fundamentais devido à possibilidade de identificarem um paciente com risco clinicamente significativo de suicídio e encaminhá-los para uma intervenção oportuna (FRIEDLANDER; ROSENBLUTH; RUBIN, 2012).

A Agência de Saúde Pública em parceria com a Associação Britânica de Dentistas e Agência de Treinamento Médico e Odontológico da Irlanda do Norte desenvolveram um treinamento de bem-estar emocional, saúde mental e prevenção do suicídio direcionado diretamente para todos os que trabalham na profissão de dentista na Irlanda do Norte. No país, os cartazes dos "5 passos" (Take5) são divulgados a todas as equipes de dentistas da

comunidade, da clínica geral e do hospital, e ainda dos fundos de assistência médica e de assistência social (PHA, 2019).

O dentista pode testemunhar os primeiros sinais do comportamento suicida. Sendo assim, ele deve ser capacitado e estar envolvido para percebê-los. Uma maior familiaridade com essa condição pode favorecer um melhor cuidado a esses pacientes e fornecer e/ou orientar para tratamentos mais favoráveis (NEELEY; KLUEMPER; HAYS, 2006).

Estudo como o de Melo *et al.* (2018) demonstrou como o Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida é importante para mensurar as atitudes dos profissionais frente ao comportamento suicida. Nesse estudo ele foi aplicado à população geral, mas em estudos como o de Storino *et al.* (2018) e de Magalhães *et al.* (2014) ele foi aplicado com estudantes da saúde e para profissionais das unidades básicas de saúde, mas não aplicado aos cirurgiões dentistas.

Espera-se, então, que os profissionais da atenção básica, incluindo os cirurgiões dentistas estejam capacitados para lidar com esta demanda. Porém, esta não é uma realidade compartilhada por todos os serviços. Sendo assim, apesar do grande volume de publicações sobre o comportamento suicida, não se encontra na literatura nacional pesquisas sobre o cirurgião dentista e o atendimento a esse público.

Nesse sentido, esse trabalho teve como objetivo descrever a do cirurgião dentista frente ao comportamento suicida.

## MÉTODOS

Tratou-se de um estudo de cunho exploratório descritivo com abordagem quantitativa. Foi realizado no município de Divinópolis/MG. Segundo o Conselho Regional de Odontologia, no ano de 2019, o município possuía 541 cirurgiões dentistas inscritos CRO-MG. Destes 541 profissionais, 256 fazia parte de um grupo profissional de WhatsApp intitulado “Dentistas Divinópolis”. A coleta de dados aconteceu através desse grupo que foi criado em 07 de agosto de 2014 e possui 10 profissionais que são administradores do grupo. O contato inicial se deu através de uma mensagem enviada no particular de cada membro desse grupo. A mensagem contou com uma breve explicação sobre o projeto e em seguida um link para que eles pudessem ter acesso ao termo de consentimento, ao questionário sociodemográfico e o questionário QUACS. Esse link foi enviado três vezes a cada membro com intervalo de 15 dias entre eles. 86 profissionais responderam o link, porém 77 responderam de forma correta/completa sendo essa nossa amostra final. Para o acesso as informações dos cirurgiões dentistas foram utilizadas o questionário sociodemográfico composto de 15 questões com o objetivo de caracterizar os participantes bem como essas características em relação ao comportamento suicida com os aspectos: idade, identidade de gênero, estado civil, religião, raça, escolaridade, tempo de formação, vínculo profissional, capacitação sobre a temática.

Vários questionários foram construídos para examinar as atitudes relacionadas ao suicídio. Questionários como: SOQ (Questionário de Opinião de Suicídio), o SUIATT (Questionário de Atitudes Suicidas) e a Semântica Escala diferencial de atitudes em relação ao comportamento suicida (SEDAS, por sua sigla em espanhol). Esses questionários receberam algumas pontuações negativas e a fim de contornarem as mesmas, foi desenvolvido o SEDAS (VILLACIEROS *et al.*, 2016). Optamos por utilizar o QUACS, por ser um instrumento brasileiro e que tem uma aplicação relativamente simples.

Também se utilizou o Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida (QUACS) (BOTEGA *et al.*, 2005) desenvolvido por pesquisadores brasileiros, com o objetivo de medir as atitudes dos profissionais frente ao comportamento suicida. Ele é composto de 21 afirmativas sobre o comportamento e uma escala a ser marcada com traço perpendicular, cujas extremidades estão discordo plenamente e concordo plenamente. Para a

coleta de dados foi utilizado um programa online de pesquisa ([https://www.onlinepesquisa.com/?gclid=Cj0KCQjwz4z3BRCgARIsAES\\_OVcKjqJlg8SyJ7xyIwETJM7Yoqd6SS5HEsXnwMY9XBN\\_wM2z6E5Y24YaApqGEALw\\_wcB](https://www.onlinepesquisa.com/?gclid=Cj0KCQjwz4z3BRCgARIsAES_OVcKjqJlg8SyJ7xyIwETJM7Yoqd6SS5HEsXnwMY9XBN_wM2z6E5Y24YaApqGEALw_wcB)).

Inicialmente foram criados 3 fatores: “Sentimentos negativos em relação ao paciente – FATOR 1”, “Capacidade profissional – FATOR 2” e “Direito ao suicídio – FATOR 3”. Estes fatores foram criados a partir da soma das notas dadas pelos entrevistados em questões referentes a cada uma das 3 áreas. Portanto, para criar o Fator 1 somaram-se as notas dadas nas questões 2, 5, 9, 13, 15, 17, 19 e 20 por cada entrevistado, já para o Fator 2 as notas somadas foram das questões 1, 7, 10, 12 e 14 e para o Fator 3 a soma se deu pelos valores das questões 3, 4, 6, 8, 11, 16, 18 e 21. No fator 1, quanto maior o escore, maior a presença de sentimentos negativos em relação ao paciente. No fator 2, maiores escores indicam maior percepção de capacidade profissional e no fator 3 maiores escores mais moralista é o julgamento das pessoas com quem tenta o suicídio (BOTEGA *et al.*, 2005). Posteriormente, foi feita uma análise descritiva dos 3 fatores através medidas de tendência central (média), variabilidade (desvio-padrão) e posição (mediana, mínimo e máximo). Para comparações entre as variáveis sociodemográficas com os fatores utilizou-se os seguintes testes: Teste T, utilizado para comparar 2 grupos, e a ANOVA apropriado para comparação de três ou mais grupos. Todos os dois testes são utilizados quando as variáveis contínuas, no caso os 3 fatores, seguem distribuição normal. Para testar a normalidade foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Em todas as análises foi considerado um nível de significância de 5% e utilizado o software estatístico SPSS versão 22.0. A coleta de dados deu início no dia 31/03/2020 com envio da primeira mensagem e link de acesso à pesquisa para os 256 profissionais do grupo, sendo que 48 foram respondidos até a data do segundo envio. No dia 13/04/2020, segundo envio para os 208 profissionais que não haviam respondido, com 21 respostas até a data do terceiro envio. O último envio foi no dia 20/04/2020 para 187 profissionais com 17 respostas até 15 dias depois quando a coleta foi finalizada no site da pesquisa. Para apresentação dos dados sociodemográficos e psicossociais, recorreu-se aos recursos da análise descritiva dos dados. Segundo Reis *et al.* (2002) ela é a fase inicial do processo, utilizada para organizar, resumir e descrever aspectos importantes de um conjunto de categorias. Os dados são descritos por meio de métricas estatísticas e depois podem ser relacionados entre dois ou mais conjuntos. A análise dos dados quantitativos (questionário QUACS) se deu através dos dados digitados em uma planilha previamente programada no programa Microsoft Excel 2010.

Este estudo respeitou a Resolução 466 sobre pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi aprovado, em 22 de setembro de 2019, pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do *Campus* Centro-Oeste. (CEPCO) da Universidade Federal de São João del-Rei, sob o Parecer 3.594.424, de 24 de setembro de 2019.

## RESULTADOS

Participaram dessa pesquisa 86 cirurgiões dentistas, porém 9 (nove) não responderam de forma correta/completa, sendo desconsiderados e a análise foi realizada considerando a resposta de 77 profissionais, totalizando, assim, a amostra.

	Média	Desvio-padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
<b>Fator 1:</b> Sentimentos negativos em relação ao paciente	23,8	12,2	24,2	0,0	50,3
<b>Fator 2:</b> Capacidade profissional	15,7	8,3	14,6	0,0	32,1
<b>Fator 3:</b> Direito ao suicídio	35,3	9,4	34,2	17,6	58,1

Fonte: Autoria própria

**Tabela 2:** Comparação entre fatores e gênero (n=77), Divinópolis- MG, 2021

	Feminino (n=37)	Masculino (n=40)	Valor-p*
<b>Fator 1</b>			
Média ± desvio-padrão	21,9 ± 11,3	25,6 ± 12,8	0,185
<b>Fator 2</b>			
Média ± desvio-padrão	14,3 ± 7,5	17,1 ± 8,9	0,133
<b>Fator 3</b>			
Média ± desvio-padrão	36,1 ± 9,8	34,5 ± 9,1	0,470

Fonte: Autoria própria

**Tabela 3:** Comparação entre fatores e tempo de formação (n=77), Divinópolis- MG, 2021-ANOVA

	0 a 5 anos (n=30)	6 a 10 anos (n=6)	11 a 20 anos (n=23)	> 20 anos (n=18)	Valor-p
<b>Fator 1</b>					
Média ± desvio-padrão	21,9 ± 10,9	17,1 ± 11,3	28,9 ± 11,6	22,6 ± 13,8	0,080*
<b>Fator 2</b>					
Média ± desvio-padrão	16,8 ± 8,1	14,4 ± 9,1	14,3 ± 7,8	16,4 ± 9,4	0,705*
<b>Fator 3</b>					
Média ± desvio-padrão	36,7 ± 9,1	31,1 ± 11,6	36,4 ± 9,3	32,9 ± 9,3	0,357*

Fonte: Autoria própria

**Tabela 4:** Comparação entre fatores e vínculo profissional (n=77), Divinópolis- MG, 2021-Teste de Mann Whitney

	Público (n=6)	Privado (n=64)	Valor-p*
<b>Fator 1</b>			
Mediana (Q1 – Q3)	16,7 (13,4 – 20,8)	25,5 (14,6 – 33,1)	0,110
<b>Fator 2</b>			
Mediana (Q1 – Q3)	20,4 (10,5 – 22,3)	14,9 (10 – 23,4)	0,630
<b>Fator 3</b>			
Mediana (Q1 – Q3)	30,6 (25,7 – 37,9)	34,5 (29,3 – 40,8)	0,360

Fonte: Autoria própria

**Tabela 5:** Comparação entre fatores e formação profissional (n=77), Divinópolis- MG, 2021-Teste de Mann Whitney

	Graduação (n=9)	Especialização/Mes trado (n=68)	Valor-p*
<b>Fator 1</b>			
Mediana (Q1 – Q3)	29,4 (18,3 – 33,7)	22,8 (14 – 32,4)	0,295
<b>Fator 2</b>			
Mediana (Q1 – Q3)	13,6 (9,6 – 22,1)	15,4 (10 – 22,8)	0,674
<b>Fator 3</b>			
Mediana (Q1 – Q3)	39,2 (34,9 – 45,6)	33,4 (28,4 – 40,1)	0,163

Fonte: Autoria própria

Neste estudo encontrou-se diferença entre solteiro/divorciado e casado no fator 3 – Direito ao suicídio ( $p = 0,038$ ). Os solteiros/divorciados têm um maior score indicando que esse grupo tem o julgamento mais moralista com relação a esse assunto (Tabela 6).

**Tabela 6:** Comparação entre fatores e estado civil (n=77), Divinópolis- MG, 2021- Teste de Mann Whitney

	Solteiro/Divorciado (n=24)	Casado (n=53)	Valor-p*
<b>Fator 1</b>			
Mediana (Q1 – Q3)	23,1 (15,1 – 28,1)	24,5 (13,7 – 35,8)	0,350
<b>Fator 2</b>			
Mediana (Q1 – Q3)	13,8 (10,4 – 19,2)	16,2 (10 – 23,5)	0,542
<b>Fator 3</b>			
Mediana (Q1 – Q3)	38,4 (33,1 – 46,4)	33 (27,2 – 39)	0,038

Fonte: Autoria própria

## DISCUSSÃO

Neste estudo observou-se que os escores mais elevados no QUACS foram obtidos no fator 3 “Direito ao suicídio” e os menores foram obtidos no fator 2 “capacidade profissional”, o que indica que os cirurgiões dentistas, no cenário do estudo, têm um julgamento mais moralista frente à pessoa que tenta suicídio ao mesmo tempo que se sentem pouco preparados para atender os mesmos. Esses resultados corroboram outros estudos que, também obtiveram atitudes mais moralistas e com menor compreensão e empatia com os pacientes que tentam suicídio (CARMONA-NAVARRO; PICHARDO-MARTÍNEZ, 2012; FREITAS, 2019, GIACCHERO VEDANA *et al.*, 2017; KISHI *et al.*, 2011).

Por outro lado, estudos realizados com estudantes de enfermagem traz um resultado diferentes, mostrado que o maior escore foi no fator 3 “direito ao suicídio” e o menor no fator 1 “sentimentos negativos”, mostrando assim uma atitude mais compreensiva e menos negativa frente ao paciente com comportamento suicida (MORAES *et al.*, 2016 e VEDANA, ZANETTI, 2019).

Diversos estudos com profissionais da saúde que lidam com pacientes com comportamento suicida foram realizados. Resultados de pesquisa revelaram que existe uma forte presença de atitudes negativas frente a esses pacientes, principalmente quando os profissionais percebem qualquer intenção suicida (MAGALHÃES *et al.*, 2014). De acordo com Botega e colaboradores (2005) no fator 3 “Direito ao suicídio” observa-se que atitudes mais liberais e menos condenatórias foram relatados pelas enfermeiras mais jovens e por aquelas que já haviam tido contato com pacientes suicidas.

Em relação à capacidade profissional (fator 2), o estudo de Silva e colaboradores (2021) mostrou que os médicos obtiveram o maior escore nesse fator, demonstrando que se sentem mais preparados profissionalmente para atender o paciente suicida, seguido dos

técnicos de enfermagem e por fim os enfermeiros. Já no fator 1 “sentimentos negativos” foi evidenciado um escore baixo para todas as categorias profissionais. E no fator 3, médicos e técnicos de enfermagem obtiveram maiores escores demonstrando atitudes mais moralistas com os pacientes.

Os dados empíricos revelam que, quando comparamos os fatores com a variável sociodemográfica gênero observamos que o fator 1 “Sentimentos negativos” obteve escore maior no gênero masculino demonstrando que as odontólogas possuem sentimentos mais positivos e afetuosos frente ao paciente suicida, corroborando estudo de Carmona-Navarro (2012) e Law (2009). Porém contrapõe com os resultados do estudo de Vedana, Zanetti (2019) e Moraes e colaboradores (2016) no qual as mulheres obtiveram um maior escore nesse fator.

Já o fator 2 “capacidade profissional” o gênero masculino obteve um maior escore, demonstrando que eles se sentem mais preparados para atender o paciente suicida do que as profissionais do sexo feminino, corroborando estudo de Storino e colaboradores (2018) e Moraes e colaboradores (2016).

E por fim o fator 3 “Direito ao suicídio” o maior escore foi no gênero feminino relatando que as cirurgiãs dentistas têm um julgamento mais moralista frente ao paciente com comportamento suicida do que os cirurgiões dentistas do gênero masculino, resultados diferentes aos encontrados no estudo de Carmona-Navarro e colaboradores (2012) que fala que as mulheres possuem atitudes menos moralistas frente ao comportamento suicida.

O presente estudo não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre os Fatores do QUACS e o sexo feminino e masculino, relatando assim, que as respostas frente às 21 afirmativas foram variadas. Esses resultados corroboram estudos como o de Nunes e colaboradores (2020), Magrini (2017) e Santos e colaboradores (2014).

Ao compararmos os fatores com a variável tempo de formação podemos perceber que profissionais que possuem mais tempo de formado tendem a ter uma maior presença de sentimentos negativos com o paciente suicida. E que profissionais com menos tempo de formação (de 0 a 5 anos) se sentem menos capacitados a lidar com esses pacientes. Esse resultado corrobora com o estudo de Storino e colaboradores (2018) mostrando que quanto mais tempo de formado mais os profissionais se sentem preparados para lidar com o paciente com comportamento suicida.

E no fator 3 os recém-formados obtiveram maiores escores, demonstrando um julgamento mais moralista, resultado diferente ao encontrado no estudo de Silva (2014) que mostra que quanto mais tempo de formado mais atitudes condenatórias e moralistas tem o profissional.

O presente estudo não encontrou diferenças estatisticamente significativas nas médias dos fatores em relação ao tempo de formação, resultado semelhante ao encontrado nos estudos de Melo e colaboradores (2018) Storino e colaboradores (2018), Moraes e colaboradores (2016) e Silva (2014).

Na comparação entre vínculo profissional e os fatores do QUACS, podemos observar que os profissionais do setor privado possuem um maior escore no fator 1, demonstrando uma presença maior de sentimentos negativos. No fator 2, os profissionais do setor público obtiveram os maiores escores, assim, eles se sentem mais preparados para atender/acolher o paciente. Já no fator 3 os profissionais do setor privado obtiveram maiores médias demonstrando que possuem um julgamento mais moralista ao comportamento suicida.

Os resultados não mostram diferenças estatisticamente significativas em relação ao fator e vínculo profissional, resultado diferente foi encontrado no estudo de Freitas (2019) que encontrou diferenças relevantes em relação ao vínculo profissional e os fatores 1 e 2.

Na variável sociodemográfica formação profissional e os fatores do QUACS podemos observar que o profissional que possui somente a graduação tem uma maior presença de

sentimentos negativos (fator 1) frente ao comportamento suicida do que profissionais que possuem especialização/mestrado. Estudos como os de Storino e colaboradores (2018), Carmona-Navarro e colaboradores (2012) e McCarthy e colaboradores (2010) apontam que quanto maior o grau de formação profissional, mais sentimentos positivos com paciente com comportamento suicida.

Profissionais com especialização/mestrado obtiveram um maior escore no fator 2, demonstrando que esses profissionais se sentem mais capazes de lidar com o paciente suicida do que os profissionais com graduação. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Nunes e colaboradores (2020) e Magalhães e colaboradores (2014). E o fator 3 teve um maior escore com profissionais graduados mostrando que esses profissionais têm uma visão mais moralista do que os profissionais especialização/mestrado, resultados esses que corroboram os encontrados nos estudos de Nunes e colaboradores (2020) e Storino e colaboradores (2018).

As atitudes dos profissionais em relação aos pacientes com comportamento suicida se diferem dentro de cada grupo profissional. As atitudes positivas com esses pacientes são encontradas em profissionais com experiência no atendimento a esse público ou profissionais que tiveram supervisão ou educação qualificada na temática. O fator emocional e o estresse de trabalhar com esse público pode influenciar nas atitudes dos profissionais (NORHEIM; GRIMHOLT; EKEBERG, 2013).

O resultado dessa comparação não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre os fatores do QUACS e o grau de formação profissional. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Silva (2014), Gibb e colaboradores (2010) e Berlim e colaboradores (2007), contrapondo os resultados encontrados no estudo de Freitas (2019) que relata diferenças significativas nos fatores comparados à formação profissional.

A atitude e o conhecimento dos profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida são de suma importância, uma vez que interfere na disposição e cuidado das pessoas em risco. No Brasil, há uma escassez de estudos que avaliam o comportamento suicida em profissionais da saúde. Alguns desses estudos retratam que atitudes negativas estão relacionadas ao despreparo profissional, reforçando a discriminação e prejudicando o cuidado do paciente suicida. Profissionais que leram materiais específicos sobre o comportamento suicida tiveram atitudes menos negativas assim como se sentiram mais preparados (ALMEIDA; VEDANA, 2020; NORHEIM; GRIMHOLT; EKEBERG, 2013). Atitudes estigmatizantes com pacientes que cometeram tentativas de suicídio afetaram negativamente suas interações sociais e suas buscas por ajuda profissional (ÖZTÜRK, 2018).

A literatura revela a importância da capacitação dos profissionais para lidar com o comportamento suicida. Que as formações/ capacitações favorecem no atendimento, mas também não garante a presença de atitudes empáticas e menos moralistas (MAGRINI, 2017; MCCARTHY; GIJBELS, 2010; MORAES *et al.*, 2016; WHEATLEY; AUSTIN-PAYNE, 2009). É esperado que as atitudes mudem a partir do treinamento a prevenção do suicídio. Acredita-se que fornecer uma educação preventiva e continuada para as equipes de saúde é essencial, reforçando que toda a equipe deve receber o treinamento para que o cuidado a esse paciente seja eficaz e integral (RAMBERG; DI LUCCA; HADLACZKY, 2016).

De modo específico, a formação odontológica tem sido vista como complexa e altamente exigente, gerando um estresse que pode permanecer na vida profissional. Espera-se desses estudantes um alto grau de diversidades com práticas clínica, habilidades interpessoais e muito conhecimento teórico. Essas cobranças podem levar à ansiedade, perda da autoconfiança e esgotamento. As descobertas sobre a persistência da ansiedade, depressão e ideação suicida entre acadêmicos de odontologia reforça a necessidade de revisar a metodologia de ensino atual, fortalecendo as reações interpessoais e introduzindo estratégias de enfrentamento do estresse (BATHLA *et al.*, 2015).

O estudo encontrou diferença no fator 3 e o estado civil, mostrando que os profissionais que se declararam solteiros ou divorciados tiveram um julgamento mais moralista frente ao paciente com comportamento suicida do que aqueles que se declararam casados ou com união estável. Não se encontrou na literatura estudos que corroborassem ou contrapusessem esse resultado, revelando esse achado inédito.

## CONCLUSÃO

A pesquisa demonstrou que embora exista uma menor presença de sentimentos negativos frente ao paciente com comportamento suicida, ainda há preconceitos e estigmas que permeiam esses pacientes. Reconhece que há um grande despreparo profissional em lidar com indivíduos que tentaram o suicídio.

O estudo também demonstrou a importância de se trazer para a formação profissional, a discussão deste tema. Sendo assim, é necessário que haja uma ampliada discussão com os professores e equipe pedagógica que são responsáveis pela formação dos futuros cirurgiões dentistas.

É imprescindível que os dentistas estejam preparados para atender os pacientes com comportamento suicida. A adoção de educação continuada e capacitações que ajudem na desmistificação do suicídio, fortalecimento de vínculos e estratégias de acolhimento podem melhorar o atendimento a esses pacientes. Estudos que demonstrem que após a capacitação há uma melhora no atendimento ao paciente suicida, se faz necessário para que haja um fortalecimento da necessidade dessas capacitações.

Há estudos sobre fatores estressores das profissões da saúde e o impacto que eles causam na vida do profissional. A odontologia é conhecida como uma profissão com altos índices de estresses, como cobrança no conhecimento teórico, habilidades práticas, lidar com a saúde do paciente, entre outros. Porém são necessárias mais pesquisas voltadas para esses profissionais e seus estudantes e os índices de suicídio cometidos por estes. Outro ponto a se ressaltar que, não existem estudos que relatem a história pessoal do dentista e a tentativa de suicídio.

Como limitação deste estudo destaca-se a sua baixa abrangência visto que ele foi realizado com cirurgiões dentistas de uma única cidade de Minas Gerais, fazendo-se necessário expandir a amostra para outras cidades bem como para outras regiões do país, de modo a aumentar a validade dos achados principalmente levando em consideração que o comportamento suicida é um fenômeno complexo e multifatorial correlacionado a diferentes contextos.

Esse trabalho se torna relevante, uma vez que o QUACS é utilizado pela primeira vez com cirurgiões dentistas. Outro ponto, que como se trata de uma pesquisa inédita a nível nacional relacionada ao suicídio e o cirurgião dentista. A odontologia tem uma formação ainda pouco voltada para as questões da saúde mental, assim acredita-se que esse estudo trará um novo olhar para essa formação profissional, bem como uma mudança no olhar do contexto do comportamento suicida.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. S.; VEDANA, K. G. G. Formação e atitudes relacionadas às tentativas de suicídio entre profissionais de Estratégias de Saúde da Família. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em português)**, v. 16, n. 4, p. 92–99, 31 ago. 2020.

BATHLA, M. et al. Evaluation of anxiety, depression and suicidal intent in undergraduate dental students: A cross-sectional study. **Contemporary Clinical Dentistry**, v. 6, n. 2, p. 215–222, jun. 2015.

BERLIM, M. T. et al. Does a brief training on suicide prevention among general hospital personnel impact their baseline attitudes towards suicidal behavior? **Journal of Affective Disorders**, v. 100, n. 1–3, p. 233–239, jun. 2007.

BOTEGA, N. J. et al. Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 4, p. 315–318, dez. 2005.

BOTEGA, N. J. et al. Prevenção do comportamento suicida. v. 37, n. 3, p. 8, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nºCNE/CES 3/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de mar. 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 548 p. : il. (Caderno HumanizaSUS ; v. 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico nº30. Secretaria de Vigilância em Saúde. v.48. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017.

CARMONA-NAVARRO, M. C.; PICHARDO-MARTÍNEZ, M. C. Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: influence of emotional intelligence. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, p. 1161–1168, dez. 2012.

CONTE, M. et al. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2017–2026, ago. 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA (CRO). Delegacias Regionais. Belo Horizonte, Minas Gerais. Disponível em: <http://site.cromg.org.br/>. Acesso em: 6 de junho de 2020.

FREITAS, A. P. A. **Significados do comportamento suicida para profissionais e usuários nos contextos da Atenção Básica e Assistência Social**. 2019. Tese (Doutorado em Psicologia)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FRIEDLANDER, A. H.; ROSENBLUTH, S. C.; RUBIN, R. T. The Adult Suicide-Prone Patient: A Review of the Medical Literature and Implications for Oral and Maxillofacial Surgeons. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 70, n. 5, p. 1253–1260, maio 2012.

GIACCHERO VEDANA, K. G. et al. Attitudes towards suicidal behaviour and associated factors among nursing professionals: A quantitative study. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 24, n. 9–10, p. 651–659, nov. 2017.

GIBB, S. J.; BEAUTRAIS, A. L.; SURGENOR, L. J. Health-care staff attitudes towards self-harm patients. **The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 44, n. 8, p. 713–720, ago. 2010.

HIRDES, A.; SCARPARO, H. B. K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 383–393, fev. 2015.

KISHI, Y. et al. Attitudes of Japanese nursing personnel toward patients who have attempted suicide. **General Hospital Psychiatry**, v. 33, n. 4, p. 393–397, ago. 2011.

LAW, G. U.; ROSTILL-BROOKES, H.; GOODMAN, D. Public stigma in health and non-healthcare students: attributions, emotions and willingness to help with adolescent self-harm. **International Journal of Nursing Studies**, v. 46, n. 1, p. 107–118, jan. 2009.

MAGALHÃES, C. A. et al. Atitudes de estudantes de medicina em relação ao suicídio. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 4, p. 470–476, dez. 2014.

MAGRINI, D. F. **Atitudes dos profissionais de enfermagem que atuam em emergências diante do comportamento suicida e fatores associados**. Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica—Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 25 jul. 2017.

MCCARTHY, L.; GIJBELS, H. An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital. **International Emergency Nursing**, v. 18, n. 1, p. 29–35, jan. 2010.

MELO, C. DE F. et al. Brazilian population perception about suicide / Percepção da população brasileira sobre o suicídio. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 4, p. 1085–1090, 4 out. 2018.

MORAES, S. M. et al. Atitudes relacionadas ao suicídio entre graduandos de enfermagem e fatores associados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 6, p. 643–649, dez. 2016.

NEELEY, W. W.; KLUEMPER, G. T.; HAYS, L. R. Psychiatry in orthodontics. Part 1: Typical adolescent psychiatric disorders and their relevance to orthodontic practice. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 129, n. 2, p. 176–184, fev. 2006.

NORHEIM, A. B.; GRIMHOLT, T. K.; EKEBERG, Ø. Attitudes towards suicidal behaviour in outpatient clinics among mental health professionals in Oslo. **BMC psychiatry**, v. 13, p. 90, 19 mar. 2013.

NUNES, E. A.; OLIVEIRA, B. B. DE; GALVÃO, L. B. DE L. Atitudes de Estudantes de Medicina diante do Comportamento Suicida e Fatores Associados. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 4, p. e131, 2020.

ÖZTÜRK, A. Evaluation Of Suicide Knowledge Level And Stigma Attitudes Towards People Who Committed Suicide in University Students. **Journal of Psychiatric Nursing**, 2018.  
PHA. **Public Health Agency Annual Report e Accounts for the year ended 31 march 2019**. Northern Ireland, 2019.

RAMBERG, I.-L.; DI LUCCA, M. A.; HADLACZKY, G. The Impact of Knowledge of Suicide Prevention and Work Experience among Clinical Staff on Attitudes towards Working with Suicidal Patients and Suicide Prevention. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 13, n. 2, p. 195, 4 fev. 2014

REIS, Edna Afonso; REIS Ilka Afonso. Análise Descritiva de Dados. Relatório Técnico do Departamento de Estatística da UFMG, 2002.

SANTOS, S. A., LEGAY, L. F., AGUIAR, F.P., LOVISI, G.M., ABELHA, L., OLIVEIRA, S.P de. (2014). Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. **Cadernos de Saúde Pública**, 30(5), 1057-1066

SILVA, L. L. T. **Atitudes e percepções de estudantes e professores de enfermagem frente ao suicídio de adolescentes** 2014. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.

SILVA IG, MARANHÃO TA, SILVA TL, SOUSA GJB, LIRA Neto JCG, PEREIRA MLD. Gender differentials in suicide mortality. *Rev Rene*. 2021;22:e61520

SISSON, M. C. et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 991–1004, dez. 2011.

STORINO, B. D. et al. Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 369–377, dez. 2018.

VEDANA, K. G. G.; ZANETTI, A. C. G. Attitudes of nursing students toward to the suicidal behavior. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. e3116, 2019.

VILLACIEROS, M. et al. Psychometric Properties of the Attitudinal Beliefs Questionnaire about Suicidal Behavior (CCCS-18). **The Spanish Journal of Psychology**, v. 19, ed 2016.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 108–114, jun. 2013.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2013: Homicídios e juventude no Brasil**. Brasília, 2013.

WHEATLEY, M.; AUSTIN-PAYNE, H. Nursing staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adults and adolescents in an inpatient setting. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, v. 37, n. 3, p. 293–309, maio 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. Geneva, Suíça, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva, Suíça, 2014..

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora exista uma menor presença de sentimentos negativos frente ao paciente com comportamento suicida, ainda há preconceitos e estigmas que permeiam esses pacientes. Reconhece que há um grande despreparo profissional em lidar com indivíduos que tentaram o suicídio.

A importância de se trazer para a formação profissional, a discussão deste tema. Sendo assim, é necessário que haja uma ampliada discussão com os professores e equipe pedagógica que são responsáveis pela formação dos futuros cirurgiões dentistas.

É imprescindível que os dentistas estejam preparados para atender os pacientes com comportamento suicida. A adoção de educação permanente e capacitações que ajudem na desmistificação do suicídio, fortalecimento de vínculos e estratégias de acolhimento podem melhorar o atendimento a esses pacientes. Estudos que demonstrem que após a capacitação há uma melhora no atendimento ao paciente suicida, se faz necessário para que haja um fortalecimento da necessidade dessas capacitações.

Há estudos sobre os estressores das profissões da saúde e o impacto que eles causam na vida do profissional. A odontologia é conhecida como uma profissão com altos índices de estresses, como cobrança no conhecimento teórico, habilidades práticas, lidar com a saúde do paciente, entre outros. Porém são necessárias mais pesquisas nacionais voltadas para esses profissionais e seus estudantes e os índices de suicídio cometidos por estes. Outro ponto a se ressaltar que, não existem estudos que relatem a história pessoal do dentista e a tentativa de suicídio.

Como limitação deste estudo destaca-se a sua baixa abrangência visto que ele foi realizado com cirurgiões dentistas de uma única cidade de Minas Gerais, fazendo-se necessário expandir a amostra para outros contextos diversos bem como para outras regiões do país, de modo a aumentar a validade dos achados principalmente levando em consideração que o comportamento suicida é um fenômeno complexo e multifatorial correlacionado a diferentes contextos.

Esse trabalho se torna relevante, uma vez que o QUACS é utilizado pela primeira vez com cirurgiões dentistas. Outro ponto, que como se trata de uma pesquisa inédita a nível nacional relacionada ao suicídio e o cirurgião dentista. A odontologia tem uma formação ainda pouco voltada para as questões da saúde mental, assim acredita-se que esse estudo trará um novo olhar para essa formação profissional, bem como uma mudança no olhar do contexto do comportamento suicida.



## REFERÊNCIAS

- ABREU, K. P.; KOHLRAUSCH, E. R.; LIMA, M. A. D. DA S. Care of user with suicidal behavior: the view of Health Community Agents - a qualitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 7, n. 3, 2008.
- ALEXANDER, R. E. Stress-related suicide by dentists and other health care workers. Fact or folklore? **Journal of the American Dental Association (1939)**, v. 132, n. 6, p. 786–794, jun. 2001.
- ALMEIDA, A. S.; VEDANA, K. G. G. Formação e atitudes relacionadas às tentativas de suicídio entre profissionais de Estratégias de Saúde da Família. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 16, n. 4, p. 92–99, ago. 2020.
- ALVAREZ, A. **O Deus selvagem: um estudo do suicídio**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.
- BALDWIN, P. J.; DODD, M.; RENNIE, J. S. Young dentists--work, wealth, health and happiness. **British Dental Journal**, v. 186, n. 1, p. 30–36, 9 jan. 1999.
- BASTIDE, R. **O candomblé da Bahia rito nagô**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.
- BATHLA, M. et al. Evaluation of anxiety, depression and suicidal intent in undergraduate dental students: A cross-sectional study. **Contemporary Clinical Dentistry**, v. 6, n. 2, p. 215–222, jun. 2015.
- BERLIM, M. T. et al. Does a brief training on suicide prevention among general hospital personnel impact their baseline attitudes towards suicidal behavior? **Journal of Affective Disorders**, v. 100, n. 1–3, p. 233–239, jun. 2007.
- BERTOLOTE, J. et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: The WHO SUPRE-MISS community survey. **Psychological medicine**, v. 35, p. 1457–65, 1 nov. 2005.
- BERTOLOTE, J. M.; MELLO-SANTOS, C. DE; BOTEAGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. suppl 2, p. S87–S95, out. 2010.
- BOTEAGA, N. J. et al. Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 4, p. 315–318, dez. 2005.
- BOTEAGA, N. J. et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2632–2638, dez. 2009.
- BOTEAGA, N. J. et al. SciELO - Brasil - Depression, alcohol use disorders and nicotine dependence among patients at a general hospital Depression, alcohol use disorders and nicotine dependence among patients at a general hospital. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 32, p. 250–256, set. 2010.
- BOTEAGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 231–236, dez. 2014.
- BOTEAGA, Neury José (2015) **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artemed, 2015.
- BOTEAGA, N. J. et al. Prevenção do comportamento suicida. v. 37, n. 3, p. 8, 2006.

BRASIL. Lei nº 5.081, de 24 de agosto de 1966. Regula o Exercício da Odontologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 ago. 1966.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nºCNE/CES 3/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de mar. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: [s.n.], 2006. 76p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.840, de 07 de dezembro de 2010. Inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e a Avaliação do Pacto pela Saúde e estabelece as diretrizes, orientações e prazos do processo de ajuste de metas para o ano de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.176 p.:il. (Cadernos de Atenção Básica, nº 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 548 p. : il. (Caderno HumanizaSUS ; v. 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico nº30. Secretaria de Vigilância em Saúde. v.48. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2017.

BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 abr, 2019. Seção 1. p. 1.

BRONDANI, M.; PATTANAPORN, K. Integrating Issues of Substance Abuse and Addiction into the Predoctoral Dental Curriculum. **Journal of dental education**, v. 77, p. 1108–17, 1 set. 2013.

BRONDANI, M.; RAMANULA, D.; PATTANAPORN, K. Tackling Stress Management, Addiction, and Suicide Prevention in a Predoctoral Dental Curriculum. **Journal of dental education**, v. 78, p. 1286–93, 1 set. 2014.

CAMPOS, R. O. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4643–4652, dez. 2011.

CANARIO, E. D. do A. (2011). “**É mais uma cena da escravidão**”: suicídio de escravos na cidade de Recife, 1850-1888. 2011. Tese (Mestrado) - Universidade federal de Pernambuco, CFCH, Recife.

CARLOS, F. P. DE; D’AGORD, M. R. DE L. O lugar obscuro do suicídio. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 19, n. 1, p. 43–56, mar. 2016.

CARMONA-NAVARRO, M. C.; PICHARDO-MARTÍNEZ, M. C. Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: influence of emotional intelligence. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, p. 1161–1168, dez. 2012.

CARNEIRO, A. B. DE F. Suicídio, religião e cultura: reflexões a partir da obra “Sunset Limited”. **Reverso**, v. 35, n. 65, p. 15–23, jul. 2013.

CASSORLA, R. **Do suicídio**: estudos brasileiros. 2ª ed. Campinas, SP: Papirus, 1991.

CONTE, M. et al. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2017–2026, ago. 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA (CRO). Delegacias Regionais. Belo Horizonte, Minas Gerais. Disponível em: <http://site.cromg.org.br/>. Acesso em: 6 de junho de 2020.

DE OLIVEIRA, M. F. **Metodologia Científica**: um manual para a realização de pesquisas em administração. Catalão, GO, 2011.

STOLL, L. B.; JUNQUEIRA, J. A. A. Distúrbios alimentares: implicações odontológicas. Relato de caso clínico. **Rev Dental Press Estét.** 2013 jul-set;10(3):106-17.

DURKHEIM, É. **O suicídio**. São Paulo, SP: Editora Martin Claret, 2008[1897].

DWORKIN, S. F. The dentist as biobehavioral clinician. **Journal of Dental Education**, v. 65, n. 12, p. 1417–1429, dez. 2001.

FERREIRA, J. “Por hoje se acaba a lida”: suicídio escravo na Bahia (1850-1888). **Afro-Ásia**, n. 31, p.197-234, jan. 2004.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. DA. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. suppl 1, p. 1421–1428, out. 2009.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ed. Porto Alegre, SC: Editora Artmed, 2009.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Ceará: Universidade Estadual do Ceará, 2002.

FREITAS, A.P. A. “**Da sua vida cuido eu!**” **Os significados das tentativas de suicídio para profissionais de saúde**. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FREITAS, A. P. A. **Significados do comportamento suicida para profissionais e usuários nos contextos da Atenção Básica e Assistência Social**. 2019. Tese (Doutorado em Psicologia)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FRIEDLANDER, A. H.; ROSENBLUTH, S. C.; RUBIN, R. T. The Adult Suicide-Prone Patient: A Review of the Medical Literature and Implications for Oral and Maxillofacial Surgeons. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 70, n. 5, p. 1253–1260, maio 2012.

FROSI, R. V.; TESSER, C. D. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3151–3161, out. 2015.

FUKUMITSU, K. O. SciELO - Brasil - O psicoterapeuta diante do comportamento suicida O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. **Psicologia USP**, v. 25, p. 270–275, dez. 2014.

GERSCHEMAN, Jack; BURROWS, Graham et al. Stress and distress in dentistry. **Stress Med**, v.14, p.213-217,1998.

GIACCHERO VEDANA, K. G. et al. Attitudes towards suicidal behaviour and associated factors among nursing professionals: A quantitative study. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 24, n. 9–10, p. 651–659, nov. 2017.

GIBB, S. J.; BEAUTRAIS, A. L.; SURGENOR, L. J. Health-care staff attitudes towards self-harm patients. **The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 44, n. 8, p. 713–720, ago. 2010.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

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

GORTER, R. et al. Positive engagement and job resources in dental practice. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 36, p. 47–54, 1 mar. 2008.

GOTSENS, M. et al. Validation of the Underlying Cause of Death in Medicolegal Deaths. **Revista española de salud pública**, v. 85, p. 163–74, 1 abr. 2011.

GOULART, J. A. **Da fuga ao suicídio: aspectos de rebeldia dos escravos no Brasil**. Rio de Janeiro: Conquistas, 1972.

GRAHAM, R. D.; RUDD, M. D.; BRYAN, C. J. Primary Care Providers' Views Regarding Assessing and Treating Suicidal Patients: Primary Care and Suicide. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 41, n. 6, p. 614–623, dez. 2011.

HAKANEN, J. J.; BAKKER, A. B.; DEMEROUTI, E. How dentists cope with their job demands and stay engaged: the moderating role of job resources. **European Journal of Oral Sciences**, v. 113, n. 6, p. 479–487, 2005.

HAWTON, K. et al. Risk of suicide in medical and related occupational groups: a national study based on Danish case population-based registers. **Journal of Affective Disorders**, v. 134, n. 1–3, p. 320–326, nov. 2011.

HAYES, P. A.; PRINCE, M. T.; HAYES, K. The suicidal adolescent. **ASDC journal of dentistry for children**, v. 55, n. 2, p. 133–136, abr. 1988.

- HENDIN, H. **The Surgeon General's Call to Action to Prevent Suicide**: American Foundation for Suicide Prevention Responds. p. 3, 2000.
- HIRDES, A.; SCARPARO, H. B. K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 383–393, fev. 2015.
- JONES, L. M.; COTTER, R.; BIRCH, K. M. A review of occupationally-linked suicide for dentists. **The New Zealand Dental Journal**, v. 112, n. 2, p. 39–46, jun. 2016.
- JONES, R. The development of nurse-led suicide prevention training for multidisciplinary staff in a North Wales NHS Trust. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 17, n. 2, p. 178–183, mar. 2010.
- KALINA, E; KOVADLOFF, S. **As cerimônias da destruição**. Rio de Janeiro, RJ: Livraria Francisco Alves Editora S/A, 1983.
- KISHI, Y. et al. Attitudes of Japanese nursing personnel toward patients who have attempted suicide. **General Hospital Psychiatry**, v. 33, n. 4, p. 393–397, ago. 2011.
- KLONSKY, E. D.; MAY, A. M.; SAFFER, B. Y. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 12, p. 307–330, 2016.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. DE A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003.
- LANGE, B.; DUNNING, D.; FUNG, ERICY. K. Suicide rate in the dental profession: Fact or myth and coping strategies. **Dental Hypotheses**, v. 3, n. 4, p. 164, 2012.
- LAPORTA, L. D. Occupational stress in oral and maxillofacial surgeons: tendencies, traits, and triggers. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America**, v. 22, n. 4, p. 495–502, nov. 2010.
- LARBIE, J.; KEMP, M.; WHITEHEAD, P. The Mental Health and Well-being of UK Dentists: A Qualitative Study. British Dental Association, London. August, 2017.
- LAW, G. U.; ROSTILL-BROOKES, H.; GOODMAN, D. Public stigma in health and non-healthcare students: attributions, emotions and willingness to help with adolescent self-harm. **International Journal of Nursing Studies**, v. 46, n. 1, p. 107–118, jan. 2009.
- LWANGA, S. K.; LEMESHOW, S.e OMS. Determinação do tamanho da amostra em estudos de saúde: um manual prático. Organização Mundial da Saúde. Geneva, 1991.
- LOOCHTAN, R. M.; COLE, R. M. Adolescent suicide in orthodontics: Results of a survey. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 100, n. 2, p. 180–187, 1 ago. 1991.
- MAGALHÃES, C. A. et al. Atitudes de estudantes de medicina em relação ao suicídio. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 4, p. 470–476, dez. 2014.
- MAGRINI, D. F. **Atitudes dos profissionais de enfermagem que atuam em emergências diante do comportamento suicida e fatores associados**. Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica—Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 25 jul. 2017.

- MARÍN-LEÓN, L.; BARROS, M. B. A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 357–363, jun. 2003.
- MATHIAS, S. et al. Specialty and sex as predictors of depression in dentists. **The Journal of the American Dental Association**, v. 136, n. 10, p. 1388–1395, 1 out. 2005.
- MCALLISTER, M. et al. Nurses' attitudes towards clients who self-harm. **Journal of Advanced Nursing**, v. 40, n. 5, p. 578–586, dez. 2002.
- MCCARTHY, L.; GIJBELS, H. An examination of emergency department nurses' attitudes towards deliberate self-harm in an Irish teaching hospital. **International Emergency Nursing**, v. 18, n. 1, p. 29–35, jan. 2010.
- MELO, C. DE F. et al. Brazilian population perception about suicide / Percepção da população brasileira sobre o suicídio. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 4, p. 1085–1090, 4 out. 2018.
- MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1620–1625, jul. 2009.
- MINAYO, M. C. DE S. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública: a sociological concern and a public health problem. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, p. 421–428, abr. 1998.
- MINAYO, M. C. DE S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria metodo e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.
- MORAES, S. M. et al. Atitudes relacionadas ao suicídio entre graduandos de enfermagem e fatores associados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 6, p. 643–649, dez. 2016.
- MORENO, F.; RUIZ, C. Risk of suicide amongst dentists: Myth or reality? **International dental journal**, v. 60, p. 411–8, 1 dez. 2010.
- MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 30, p. 153–166, set. 2009.
- NEELEY, W. W.; KLUEMPER, G. T.; HAYS, L. R. Psychiatry in orthodontics. Part 1: Typical adolescent psychiatric disorders and their relevance to orthodontic practice. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 129, n. 2, p. 176–184, fev. 2006.
- NOCK, M. K. et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. **The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science**, v. 192, n. 2, p. 98–105, fev. 2008.
- NORHEIM, A. B.; GRIMHOLT, T. K.; EKEBERG, Ø. Attitudes towards suicidal behaviour in outpatient clinics among mental health professionals in Oslo. **BMC psychiatry**, v. 13, p. 90, 19 mar. 2013.
- NUNES, E. A.; OLIVEIRA, B. B. DE; GALVÃO, L. B. DE L. Atitudes de Estudantes de Medicina diante do Comportamento Suicida e Fatores Associados. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 4, p. e131, 2020.

- NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 2375–2384, out. 2007.
- OLIVEIRA, S. V.; ODA, A. M. G. R. O suicídio de escravos em São Paulo nas últimas duas décadas da escravidão. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 15, p. 371–388, jun. 2008.
- ÖNCÜ, B. et al. Attitudes of Medical Students, General Practitioners, Teachers, and Police Officers Toward Suicide in a Turkish Sample. **Crisis**, v. 29, p. 173–9, 1 fev. 2008.
- ÖZTÜRK, A. Evaluation Of Suicide Knowledge Level And Stigma Attitudes Towards People Who Committed Suicide in University Students. **Journal of Psychiatric Nursing**, v.9, n.2, p.96-104, 2018.
- PATTERSON, P.; WHITTINGTON, R.; BOGG, J. Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS). **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 14, n. 5, p. 438–445, ago. 2007.
- PHA. **Public Health Agency Annual Report e Accounts for the year ended 31 march 2019**. Northern Ireland, 2019.
- PRESTON, M. Burnout syndrome. **Br Dent J**, v.201, p.186, 2006.
- PROGRAMA Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 316–319, jun. 2000.
- RAMBERG, I.-L.; DI LUCCA, M. A.; HADLACZKY, G. The Impact of Knowledge of Suicide Prevention and Work Experience among Clinical Staff on Attitudes towards Working with Suicidal Patients and Suicide Prevention. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 13, n. 2, p. 195, 4 fev. 2016.
- REIS, J. J. **A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX**. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 1991.
- REIS, E. A.; REIS, I. A. (2002). Análise Descritiva de Dados. Relatório Técnico do Departamento de Estatística da UFMG.
- REISDORFER, N. et al. Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 2, p. 295–304, 2 jul. 2015.
- ROBERTS, S. E.; JAREMIN, B.; LLOYD, K. High-risk occupations for suicide. **Psychological Medicine**, v. 43, n. 6, p. 1231–1240, jun. 2013.
- ROGERS, C.; MALONE, K. Stress in Irish dentists: developing effective coping strategies. **Journal of the Irish Dental Association**, v. 55, p. 304–7, 1 dez. 2009.
- RUDD, D.; BERMAN, A.L.; JOINER, T.W. Jr, et al. Sinais de alerta para suicídio: teoria, pesquisa e aplicações clínicas. **Suicide Life Threat Behav**, v. 36, p. 255, 2006.
- RUEDA-JAIMES, G. E. et al. Diferencias de género en pacientes con suicidabilidad. **Revista Colombiana de Psiquiatría**, v. 40, n. 4, p. 637–646, dez. 2011.
- SAINI, P. et al. Assessment and Management of Suicide Risk in Primary Care. **Crisis**, v. 35, n. 6, p. 415–425, 1 nov. 2014.

SANTOS, S. A., LEGAY, L. F., AGUIAR, F.P., LOVISI, G.M., ABELHA, L., OLIVEIRA, S.P de. (2014). Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. **Cadernos de Saúde Pública**, 30(5), 1057-1066

SCHNEIDER, Karen; SHENASSA, Edmond. Correlatos da ideação suicida em uma amostra populacional de pacientes com câncer. **J Psychosoc Oncol**, v.26, p.49, 2008.

SCHNITMAN, G. et al. TAXA DE MORTALIDADE POR SUICÍDIO E INDICADORES SOCIOECONÔMICOS NAS CAPITALS BRASILEIRAS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 46, 29 ago. 2011.

SCHUTEL, T. A. A.; RODRIGUES, J.; PERES, G. M. A concepção de demanda em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde**, v. 8, n. 2, p. 85, 17 set. 2015.

SEINFELD, season 8, episode 19: the yada yada, 1989. At: [www.tv.com/shows/seinfeld/the-yadayada-2393/](http://www.tv.com/shows/seinfeld/the-yadayada-2393/).

SILVA, L. L. T. **Atitudes e percepções de estudantes e professores de enfermagem frente ao suicídio de adolescentes** 2014. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.

SILVA, I.G.; MARANHÃO, T.A.; SILVA, T.L.; SOUSA, G.J.B.; LIRA, N. J.C.G.; PEREIRA, M.L.D. Gender differentials in suicide mortality. **Rev Rene**. 2021;22:e61520

SIM Saúde. Sistema Integrado Municipal de Saúde. Mudança da estrutura da saúde pública em Divinópolis. Divinópolis/MG, 2014

SISSON, M. C. et al. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 991–1004, dez. 2011.

SKEGG, K. et al. Suicide by Occupation: Does Access to Means Increase the Risk? **The Australian and New Zealand journal of psychiatry**, v. 44, p. 429–34, 1 maio 2010.

SOUZA, J. DE; LUIS, M. A. V. Demandas de saúde mental: percepção de enfermeiros de equipes de saúde da família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 6, p. 852–858, 2012.

SRIVASTAVA, M.; TIWARI, R. A Comparative Study of Attitude of Mental Health Versus Nonmental Professionals toward Suicide. **Indian Journal of Psychological Medicine**, v. 34, n. 1, p. 66–69, 2012.

STEFANELLO, B.; FURLANETTO, L. M. Ideação suicida em pacientes internados em enfermarias de clínica médica: prevalência e sintomas depressivos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, p. 2–7, 2012.

STORINO, B. D. et al. Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 369–377, dez. 2018.

STRUTHERS, S. A.; HIRSCHFELD, R. M. A. Strategies to improve suicide prevention. In: KOSLOW, S. H.; RUIZ, P.; NEMEROFF, C. B. (Eds.). **A Concise Guide to Understanding Suicide**. Cambridge: Cambridge University Press, p. 357–365, 2014

TAKAYAMA, Y. et al. Condition of depressive symptoms among Japanese dental students. **Odontology**, v. 99, n. 2, p. 179–187, jul. 2011.

TAYLOR, T. L. et al. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. **The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science**, v. 194, n. 2, p. 104–110, fev. 2009.

THOMÉ FERREIRA, V. R.; TRICHÊS, V. J. S. Perfil Epidemiológico de Tentativas e Mortes por Suicídio em Município da Região Sul do Brasil. **Psico**, v. 45, n. 2, p. 219, 19 ago. 2014.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

VEDANA, K. G. G.; ZANETTI, A. C. G. Attitudes of nursing students toward to the suicidal behavior. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. e3116, 2019.

VELOSO, T. M. C.; SOUZA, M. C. B. DE M. E. Concepções de profissionais da estratégia saúde da família sobre saúde mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 79–85, mar. 2013.

VENEU, M. G. **Ou não ser: uma introdução à história do suicídio no ocidente**. Brasília: UNB, 1994.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 108–114, jun. 2013.

VILLACIEROS, M. et al. Psychometric Properties of the Attitudinal Beliefs Questionnaire about Suicidal Behavior (CCCS-18). **The Spanish Journal of Psychology**, v. 19, ed 2016.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2013: Homicídios e juventude no Brasil**. Brasília, 2013.

WALLAUER, A.; MALISKA, M.E. **Suicídio: um desafio para profissionais de saúde**. Florianópolis, SC: Pandion, 2012.

WENZEL, A.; BROWN, G. K.; BECK, A.T. **Terapia Comportamental para pacientes suicidas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WHEATLEY, M.; AUSTIN-PAYNE, H. Nursing staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adults and adolescents in an inpatient setting. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, v. 37, n. 3, p. 293–309, maio 2009.

WILSON, R. F. et al. Perceived sources of occupational stress in general dental practitioners. **British Dental Journal**, v. 184, n. 10, p. 499–502, 23 maio 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. Geneva, Suíça, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Prevención del suicidio: recurso para consejeros**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Substancias, Trastornos Mentales y Cerebrales, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva, Suíça, 2014.



## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

### Título: O cirurgião dentista e o comportamento suicida

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “O Cirurgião dentista e o comportamento suicida” será realizada pela Prof.<sup>a</sup> Dra. Nadja Cristiane Lappann Botti e pela mestrandia Natália Marques Resende Milagre Brezolini, do programa de Pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de São João Del Rei, campus Centro Oeste Dona Lindu.

Sua colaboração é voluntária e consiste em participar uma entrevista para compreender o comportamento do cirurgião dentista frente ao comportamento suicida.

Ressalto que seu nome e informações pessoais não serão revelados, respeitando suas informações e privacidade, além da utilização dos resultados da pesquisa, exclusivamente para fins científicos, visando o objetivo de compreender o comportamento do cirurgião dentista frente ao comportamento suicida.

Sua colaboração é importante e necessária para o andamento da pesquisa, mas é livre sua participação. As informações coletadas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias, sendo assinadas por você, como participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, assim como todas as páginas serão rubricadas por ambas as partes.

Em qualquer momento você poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como, sair da mesma e não permitir a utilização de suas informações, sem que haja nenhum prejuízo para você.

Os riscos desta pesquisa são mínimos e consistem em constrangimento e quebra do sigilo do participante. Será garantido o anonimato na publicação dos resultados. Será garantido o ressarcimento e a indenização ao participante conforme as recomendações previstas na Resolução 466/2012 que estabelece as normas para pesquisas que envolvem seres humanos. Quanto aos benefícios, acredita-se que este estudo permitirá que os profissionais e os cursos de graduação e pós-graduação possam junto propor programas de educação em saúde sobre a importância do atendimento do cirurgião dentista ao paciente com comportamento suicida. Você ficará com uma cópia deste Termo e em caso de dúvida(s) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa poderá entrar em contato com os pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Campus Centro Oeste Dona Lindu: Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400-Sala 304 Bloco da Biblioteca. Bairro: Chanadour - Divinópolis – MG. Telefone: (37) 3690-4491.. Os dados coletados neste estudo serão armazenados em local seguro pelo período de 5 anos e após este prazo serão destruídos.

### CONSENTIMENTO:

Eu, \_\_\_\_\_ portador da CI \_\_\_\_\_ como participante, afirmo que fui devidamente orientado (a) sobre o objetivo e a finalidade da pesquisa, bem como da utilização das informações exclusivamente para fins científicos e sua divulgação posterior, sendo que meu nome será mantido em sigilo.

Nome do entrevistado (a): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

Pesquisadoras: Prof.<sup>a</sup> Dra. Nadja Cristiane Lappann Botti e mestrandia Natália Marques Resende Milagre Brezolini. Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400. Bairro Chanadour, Divinópolis MG -CEP 35.501-296. Telefone: (37) 3690-4491.

Eu, \_\_\_\_\_, como pesquisador responsável para aplicar esse termo, obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito da pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

## APÊNDICE B - TESTE DE NORMALIDADE

Os fatores “Sentimentos negativos em relação ao paciente – FATOR 1”, “Capacidade profissional – FATOR 2” e “Direito ao suicídio – FATOR 3” foram analisados e segundo resultados do Teste de Kolmogorov-Smirnov percebe-se que todos seguem distribuição normal pois possuem valor-p superior a 0,05.

**Testes de Normalidade**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
FATOR1	,084	77	,200*	,980	77	,262
FATOR2	,064	77	,200*	,987	77	,626
FATOR3	,075	77	,200*	,986	77	,543

\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correção de Significância de Lilliefors

## APÊNDICE C - RESULTADOS POR SEXO

Teste de normalidade para identificar o tipo de teste de comparação, se paramétrico ( $p > 0,05$ ) ou não paramétrico ( $p < 0,05$ ). É preciso fazer por homens e mulheres.

**Tests of Normality**

8. Identidade de gênero		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Feminino	Fator 1 - Sentimentos em relação ao paciente	,125	37	,154	,966	37	,302
	Fator 2 - Capacidade profissional	,099	37	,200*	,962	37	,237
	Fator 3 - Direito ao suicídio	,076	37	,200*	,975	37	,573
Masculino	Fator 1 - Sentimentos em relação ao paciente	,059	40	,200*	,968	40	,307
	Fator 2 - Capacidade profissional	,069	40	,200*	,970	40	,367
	Fator 3 - Direito ao suicídio	,096	40	,200*	,946	40	,056

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

## APÊNDICE D - RESULTADO POR TEMPO DE FORMAÇÃO

Teste de normalidade para identificar o tipo de teste de comparação, se paramétrico ( $p > 0,05$ ) ou não paramétrico ( $p < 0,05$ ). É preciso fazer para cada tempo de formação.

### Tests of Normality

11. Tempo de formação na graduação		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
0 a 5 anos	Fator 1 - Sentimentos em relação ao paciente	,115	30	,200 <sup>*</sup>	,949	30	,157
	Fator 2 - Capacidade profissional	,123	30	,200 <sup>*</sup>	,965	30	,416
	Fator 3 - Direito ao suicídio	,115	30	,200 <sup>*</sup>	,973	30	,621
11 a 20 anos	Fator 1 - Sentimentos em relação ao paciente	,162	23	,122	,944	23	,218
	Fator 2 - Capacidade profissional	,155	23	,162	,962	23	,511
	Fator 3 - Direito ao suicídio	,151	23	,188	,969	23	,664
6 a 10 anos	Fator 1 - Sentimentos em relação ao paciente	,179	6	,200 <sup>*</sup>	,932	6	,596
	Fator 2 - Capacidade profissional	,191	6	,200 <sup>*</sup>	,886	6	,297
	Fator 3 - Direito ao suicídio	,236	6	,200 <sup>*</sup>	,893	6	,336
Mais de 20 anos	Fator 1 - Sentimentos em relação ao paciente	,133	18	,200 <sup>*</sup>	,954	18	,484
	Fator 2 - Capacidade profissional	,169	18	,190	,945	18	,355
	Fator 3 - Direito ao suicídio	,145	18	,200 <sup>*</sup>	,918	18	,118

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

**APÊNDICE E - RESULTADO POR VÍNCULO (RETIRADO O AMBOS)**

Teste de normalidade.

**Tests of Normality**

Vínculo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
1,00 Fator 1 - Sentimentos em relação ao paciente	,263	6	,200*	,897	6	,356
Fator 2 - Capacidade profissional	,266	6	,200*	,777	6	,036
Fator 3 - Direito ao suicídio	,246	6	,200*	,846	6	,147
2,00 Fator 1 - Sentimentos em relação ao paciente	,067	64	,200*	,980	64	,371
Fator 2 - Capacidade profissional	,071	64	,200*	,974	64	,194
Fator 3 - Direito ao suicídio	,073	64	,200*	,975	64	,214

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

**APÊNDICE F - RESULTADO POR ESCOLARIDADE**

Teste de normalidade indica teste de Mann Whitney para comparar os dois grupos (p < 0,05)

### Tests of Normality

Escolaridade		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Graduação	Fator 1 - Sentimentos em relação ao paciente	,132	9	,200*	,960	9	,794
	Fator 2 - Capacidade profissional	,224	9	,200*	,911	9	,324
	Fator 3 - Direito ao suicídio	,237	9	,154	,899	9	,247
Especialização/Mestrado	Fator 1 - Sentimentos em relação ao paciente	,066	68	,200*	,979	68	,307
	Fator 2 - Capacidade profissional	,068	68	,200*	,974	68	,177
	Fator 3 - Direito ao suicídio	,109	68	,042	,962	68	,038

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

### APÊNDICE G - RESULTADO POR ESTADO CIVIL

Teste de normalidade indica teste de Mann Whitney para comparar os dois grupos ( $p < 0,05$ )

#### Tests of Normality

Estado Civil		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Solteiro/Divorciado	Fator 1 - Sentimentos em relação ao paciente	,137	24	,200*	,959	24	,414
	Fator 2 - Capacidade profissional	,112	24	,200*	,963	24	,498
	Fator 3 - Direito ao suicídio	,106	24	,200*	,972	24	,719
Casado	Fator 1 - Sentimentos em relação ao paciente	,114	53	,082	,967	53	,157
	Fator 2 - Capacidade profissional	,087	53	,200*	,965	53	,126
	Fator 3 - Direito ao suicídio	,119	53	,058	,951	53	,030

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction



## ANEXO 1: QUESTIONÁRIO DE ATITUDES EM RELAÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICIDA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

### QUESTIONÁRIO DE ATITUDES EM RELAÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICIDA (QUACS)

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

**Obrigada desde já pela sua participação!**

Ao responder as questões, **assinale com um traço** a posição que mais se aproximar de sua opinião. Veja nos exemplos abaixo (Moraes, Magrini, Zanetti, Santos & Vedana, 2016):

EXEMPLOS		
<b>"EU GOSTO DE OUVIR MÚSICA SERTANEJA"</b>		
Discordo totalmente	_____ / _____	Concordo plenamente
A resposta acima indica concordância com a proposição, mas não uma concordância total. A concordância total seria indicada por um traço ao final da linha, como abaixo:		
Discordo totalmente	_____ / _____	Concordo plenamente
Se, em relação à afirmativa, você não tiver opinião formada ou for indiferente, assinale no centro da linha, como indicado:		
Discordo totalmente	_____ / _____	Concordo plenamente

**Então, vamos começar...**

01. Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar.

Discordo \_\_\_\_\_ Concordo

totalmente

plenamente

02. Quem fica ameaçando, geralmente não se mata.

Discordo \_\_\_\_\_

Concordo

totalmente

plenamente

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

Discordo \_\_\_\_\_

Concordo

totalmente

plenamente

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

Discordo \_\_\_\_\_

Concordo

totalmente

plenamente

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

Discordo \_\_\_\_\_

Concordo

totalmente

plenamente

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

Discordo \_\_\_\_\_

Concordo

totalmente

plenamente

07. Sinto-me capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar.

Discordo \_\_\_\_\_

Concordo

totalmente

plenamente

08. Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental.

Discordo \_\_\_\_\_

Concordo

totalmente

plenamente

09. Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio, e acabar induzindo o paciente a isso.

Discordo \_\_\_\_\_

Concordo

totalmente

plenamente

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

Discordo \_\_\_\_\_ Concordo  
totalmente \_\_\_\_\_ plenamente

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

Discordo \_\_\_\_\_ Concordo  
totalmente \_\_\_\_\_ plenamente

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

Discordo \_\_\_\_\_ Concordo  
totalmente \_\_\_\_\_ plenamente

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

Discordo \_\_\_\_\_ Concordo  
totalmente \_\_\_\_\_ plenamente

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

Discordo \_\_\_\_\_ Concordo  
totalmente \_\_\_\_\_ plenamente

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

Discordo \_\_\_\_\_ Concordo  
totalmente \_\_\_\_\_ plenamente

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

Discordo \_\_\_\_\_ Concordo  
totalmente \_\_\_\_\_ plenamente

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

Discordo \_\_\_\_\_ Concordo  
totalmente \_\_\_\_\_ plenamente

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

Discordo \_\_\_\_\_ Concordo  
totalmente plenamente

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

Discordo \_\_\_\_\_ Concordo  
totalmente plenamente

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

Discordo \_\_\_\_\_ Concordo  
totalmente plenamente

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

Discordo \_\_\_\_\_ Concordo  
totalmente plenamente

**Fim do Questionário QUACS**