

O SUICÍDIO E A PRÁTICA DA TERAPIA OCUPACIONAL: REFLEXÕES DE ESTUDANTES DE UM CURSO DE GRADUAÇÃO*

The suicide and the occupational therapy practice: reflections of students of a graduation course

El suicidio y la práctica de la terapia ocupacional: reflexiones de estudiantes de una carrera de grado

Karine Guedes Ferreira

Terapeuta Ocupacional.
Universidade Federal do Rio de Janeiro,
UFRJ
kguerreira5@gmail.com

Monica Villaza Gonçalves

Docente do Curso de Terapia Ocupacional da
Faculdade de Medicina da
Universidade Federal do Rio de Janeiro,
UFRJ. Doutoranda pelo programa de Pós-
graduação em Terapia Ocupacional da
Universidade Federal de São Carlos, UFSCar.
movillaca@gmail.com

Resumo

O suicídio é atualmente uma questão social e de saúde pública mundial. No Brasil as taxas vêm aumentando gradativamente. Estudos mostram que os profissionais de saúde nem sempre estão preparados para lidar com pacientes com questões relacionadas ao suicídio. Este artigo tem como objetivo refletir sobre as relações entre o suicídio e a prática da terapia ocupacional a partir das percepções de estudantes de uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública sobre o tema. Foram realizadas 13 entrevistas com estudantes de terapia ocupacional de uma IES. Os resultados foram analisados pela abordagem da análise de conteúdo e divididos em duas categorias: (1) Suicídio e a prática da Terapia Ocupacional: a importância da prevenção e (2) Suicídio e questões éticas. Os estudantes entrevistados fazem apontamentos que se relacionam com as políticas públicas nacionais, principalmente no que se refere a prevenção do suicídio e destacam também questões éticas nessa prática. É preciso que o tema seja discutido na graduação, pois a reflexão anterior à prática auxilia os futuros profissionais em suas atuações.

Palavras-chaves: Capacitação Profissional; Saúde Pública; Suicídio; Terapia Ocupacional.

319

Abstract

Suicide is a global public health and social issue. In Brazil, rates have gradually increased. Studies show that health professionals are not always prepared to deal with patients with suicide issues. This article aims to reflect on the relationship between suicide and the practice of occupational therapy from the perceptions of students of a public higher education institution (HEI) about the subject. Thirteen interviews were conducted with students of occupational therapy at an HEI. The results were analyzed by the content analysis approach and divided into two categories: (1) Suicide and Occupational Therapy practice: the importance of prevention and (2) Suicide and ethical issues. The interviewed students make notes that relate to national public policies, especially regarding suicide prevention and also highlight ethical issues in this practice. It is necessary that the subject be discussed in the graduation, because the reflection before the practice helps the future professionals in their performances

Keywords: Professional Training; Public Health; Suicide; Occupational Therapy.

Resumen

El suicidio es actualmente una cuestión social y de salud pública mundial. En Brasil las tasas vienen aumentando gradualmente. Los estudios muestran que los profesionales de la salud no siempre están preparados para tratar con los pacientes con problemas relacionados con el suicidio. Este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre las relaciones entre el suicidio y la práctica de la terapia ocupacional a partir de las percepciones de estudiantes de una Institución de Enseñanza Superior (IES) pública sobre el tema. Se realizaron 13 entrevistas con estudiantes de terapia ocupacional de una IES. Los resultados fueron analizados por el método de análisis de contenido y se dividen en dos categorías: (1) El suicidio y la práctica de la terapia ocupacional: la importancia de la prevención y (2) El suicidio y problemas éticos. Los estudiantes entrevistados hacen apuntes que se relacionan con las políticas públicas nacionales, principalmente en lo que se refiere a la prevención del suicidio y destacan también cuestiones éticas en esta práctica. Es necesario que el tema sea discutido en la gradación, pues la reflexión anterior a la práctica auxilia a los futuros profesionales en sus actuaciones.

Palabras claves: Capacitación Profesional; Salud Pública; Suicidio; Terapia Ocupacional.

1 INTRODUÇÃO

Suicídio pode ser definido como “todo o 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”¹ (p.15). Para Durkheim¹, esse ato pode estar relacionado tanto a fatores individuais quanto sociais. Para eles, fatores sociais e culturais afetam diretamente a vida dos sujeitos, podendo influenciar a relação dos indivíduos com o suicídio, tornando-o mais ou menos vulnerável a este ato.

Em 2012, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 11,4 em cada mil pessoas se suicidaram². Em 2013, o Brasil esteve entre os 10 países com o maior número de suicídios do mundo, apresentando um aumento de 30% dessa incidência nos últimos 20 anos³. O país é o 4º da América Latina em relação ao crescimento do número de suicídios entre os anos de 2000 e 2012², e as mortes auto infligidas são a 3ª maior causa de óbitos por fatores externos no país⁴.

O suicídio causa impactos emocionais, sociais e econômicos para as pessoas ao seu redor. Estima-se que para cada óbito por suicídio, outras cinco pessoas são diretamente atingidas⁵. No entanto, Calixto Filho e Zerbini⁶ afirmam que a depender do local em que o ato ocorrer, como, por exemplo, em ambientes de trabalho ou escolas, centenas de pessoas podem ser afetadas.

Com relação aos custos econômicos, as tentativas de suicídio acarretam, por exemplo, altos gastos com hospitalização e medicamentos, além de afastamentos do trabalho, incapacidade e até invalidez³. Segundo Minayo⁷, no ano 2000 foram notificados 9.132 atendimentos em serviços públicos de saúde por tentativas de suicídio. Estes pacientes, juntos, precisaram de 36,699 dias de internação e acarretaram um gasto de R\$ 2.994.994,42, o que resulta em uma média de R\$ 321,62 por pessoa e tempo médio de internação de 3,9 dias.

O custo dos suicídios pode ser medido também em anos de vida produtivos perdidos por incapacidade (*disability adjusted life year*), segundo a OMS⁸. Pesquisas apontam que este custo equipara-se as despesas de mortes em guerras, homicídios, traumas e asfixias neonatais, e é quase o dobro do custo com a morte de pessoas com diabetes⁴, que acabam por ter mais destaque nas campanhas de saúde pública e na formação de profissionais de saúde.

Dessa forma, trabalhar essa temática na graduação em terapia ocupacional faz-se

essencial para que os futuros profissionais estejam em consonância com as necessidades atuais da saúde pública brasileira e mundial.

A formação em terapia ocupacional deve buscar incluir novas temáticas pertinentes ao campo de conhecimento e intervenção da profissão, sendo sempre de acordo com a conjuntura atual e local. Faz-se necessário buscar novos cenários e proposta de ensino, como a incorporação da reflexão contextual da realidade, mediada por um processo de ensino-aprendizagem interativo⁹.

Este artigo tem como objetivo refletir sobre as relações entre o suicídio e a prática da terapia ocupacional a partir das percepções de estudantes de uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública sobre o tema.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, com abordagem descritivo-analítica e recorte temporal transversal, realizado em uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública da cidade do Rio de Janeiro.

321

2.1 Participantes e cenário de coleta de dados

Foram entrevistados 13 estudantes, entre os meses de agosto e outubro de 2016, contatados pela pesquisadora através de uma busca ativa por redes sociais e convite pessoal aos alunos que cursavam disciplina junto a ela, e que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: (1) estar regularmente matriculados nos 7º e 8º período do curso e; (2) ter cursado as seguintes disciplinas: Terapia Ocupacional e Saúde Mental; Antropologia e Sociologia; Filosofia; Terapia Ocupacional Social; Saúde Coletiva e Saúde Pública.

A escolha das disciplinas a serem consideradas como critérios de inclusão foi baseada naquelas que poderiam trabalhar de alguma forma as diferentes abordagens teóricas sobre o suicídio.

Minayo⁷ aponta três modelos explicativos para a questão do suicídio: (1) o modelo sociológico, que coloca o ato suicida como fruto do contexto histórico e cultural, e por isso a

inclusão das disciplinas de Antropologia e Sociologia, Filosofia e Terapia Ocupacional Social; (2) o modelo psicológico, que entende esse ato como resultado de conflitos internos dos indivíduos; e (3) o modelo nosológico em que o suicídio é visto como uma enfermidade, justificando a inclusão da disciplina de Terapia Ocupacional e Saúde Mental. As disciplinas de Saúde Coletiva e Saúde pública foram incluídas pelo fato do suicídio ser destacado enquanto um problema mundial de saúde pública, conforme apontam o Ministério da Saúde^{10,11} e a OMS^{4,5}.

Apesar da previsão inicial de no mínimo 20 alunos entrevistados, muitos fatores influenciaram o processo da entrevista. Dentre eles estão: falta de disponibilidade dos alunos; incompatibilidade de horários entre entrevistador e entrevistado; e dificuldades de estar no local onde seria realizada a entrevista, já que os alunos que atendiam aos pré-requisitos estavam em campos de estágio, muitas vezes em local externo à universidade. O roteiro da entrevista foi enviado via e-mail juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para esclarecer detalhes da pesquisa. Posteriormente, era realizada a entrevista e entregue uma cópia do TCLE assinada. As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes e, embora previstas para serem feitas pessoalmente em um espaço privado dentro da universidade, acabaram sendo realizadas por meio de recursos de vídeo chamadas de aplicativos e redes sociais (*Skype, Facebook* ou *Whatsapp*) devido à indisponibilidade de horários para um encontro presencial com a pesquisadora, que realizou as entrevistas em local reservado em sua residência para preservar a identidades dos participantes.

Dos 13 estudantes entrevistados, apenas um era do sexo masculino. As falas dos estudantes são identificadas por letras seguidas de números (E1, E2, etc), segundo a tabela abaixo:

Período	Sexo	Estudante
8º	Masculino	E.1
8º	Feminino	E.2
8º	Feminino	E.3
8º	Feminino	E.4
8º	Feminino	E.5
8º	Feminino	E.6
8º	Feminino	E.7
8	Feminino	E.8
8º	Feminino	E.9
7º	Feminino	E.10

7º	Feminino	E.11
7º	Feminino	E.12
7º	Feminino	E.13

Apesar de não ter atingido o número de participantes estipulados ao início do projeto para as entrevistas, percebeu-se que as falas dos estudantes começaram a se repetir, o que pode ser considerado, conforme Fontanella et al¹², uma saturação da pesquisa qualitativa.

O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (p.17)¹².

2.2 Instrumento da coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas de forma individual, com roteiro pré-elaborado pelas autoras, que contemplava questões sobre o entendimento que os estudantes tinham sobre o conceito de suicídio; se tiveram a discussão dessa temática durante a graduação, e se sim, quando e em qual contexto; se achava importante estudar o suicídio na graduação, o porquê e no caso de afirmação, se tinha sugestões de como deveria ser abordado; se relacionava a prática da terapia ocupacional com tema. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas e analisadas pela própria pesquisadora.

323

2.3 Análise de dados

A análise dos dados foi realizada sob a forma de análise de conteúdo. Bardin¹³ explicita que a análise de conteúdo é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens¹³ (p.42).

Foram elencadas três categorias de análise: o que os estudantes entendem por suicídio,

a abordagem do suicídio na formação e o suicídio e a prática da terapia ocupacional.

2.4 Questões éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade em que foi realizado pelo parecer nº 57264116.3.0000.5257, e todos os procedimentos éticos determinados pela Resolução 466 de 2012 do Ministério da Saúde foram realizados. Cada participante foi informado individualmente sobre a pesquisa e seus objetivos. Houve esclarecimento sobre o estudo e os mesmos estiveram livres para participar ou recusar-se a participar. O entrevistado pode retirar o consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Ao aceitar participar da pesquisa, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi assinado em duas vias, sendo uma cópia do pesquisador e outra do participante.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

324

Os resultados aqui apresentados são correspondentes à última categoria temática de análise das entrevistas, “o suicídio e a prática da terapia ocupacional”. Dentro desta categoria, foram encontrados dois subtemas nos quais se dividem os resultados e discussão: “suicídio e a prática da Terapia Ocupacional: a importância da prevenção” e “Suicídio e questões éticas”.

3.1 Suicídio e a prática da Terapia Ocupacional: A importância da prevenção

Uma das questões do roteiro de entrevista referia-se à associação do suicídio com a prática da Terapia Ocupacional.

Dos treze estudantes entrevistados, apenas um estudante relatou não ver a relação entre a prática terapêutica ocupacional e a questão do suicídio e tentativa de suicídio:

“Considerando que não me lembro do tema ter sido abordado na graduação, considero que se relaciona pouco.” (E.6)

A maioria dos alunos entrevistados correlacionou a atuação da Terapia Ocupacional com o suicídio devido a abordagem deste profissional ser ligada diretamente a vida humana.

“O terapeuta ocupacional lida com vidas, por isso é muito importante a construção de um olhar minucioso sobre o outro, observar cada detalhe, cada sinal que o paciente apresenta.” (E.1)

“Muitas vezes a pessoa até avisa, ou ameaça, antes de praticar o ato. Quando existe esse risco a intervenção da terapia ocupacional pode ser muito significativa, pois o TO poderá identificar os motivos que essa pessoa apresenta e tentar junto com ela rever essas questões. Tentar dar um novo significado à vida dessa pessoa” (E.9)

Ao falar da “ameaça antes de praticar o ato”, entende-se que o estudante se refere à ideação suicida. A ideação suicida pode ser definida como o “pensamento ou ideia suicida. Engloba desejos, atitudes ou planos que o indivíduo tenha de se matar”¹⁴ (p.246). Gonçalves¹⁵ diz que relação entre ideação, tentativas e efetivação do suicídio pode ser encontrada em comunicações verbais, em comportamentos e em sinais manifestados pelas pessoas. Teixeira¹⁶ em seu estudo constata que a maioria das pessoas com tentativas de suicídio anunciou sua intenção, porém, os sinais de alerta não foram reconhecidos pela família e nem pelos profissionais.

Diversos estudos afirmam que a maioria dos casos de violência auto infligida foi atendida em algum serviço de saúde antes da consumação do suicídio. Entretanto, nem sempre a tentativa foi entendida enquanto tal, uma vez que as notificações acabam sendo colocadas como causa(s) secundária(s), como lesões e traumas¹⁵. Neste sentido, é preciso que os profissionais estejam atentos para identificar esses casos e atuar na prevenção dos mesmos, o que nem sempre é possível devido à falta de preparação¹⁷.

Machin¹⁸ afirma que existe resistência dos profissionais no atendimento de pessoas que tentaram suicídio, segundo ele, proveniente de uma formação biomédica voltada para o tratamento exclusivo de doenças, o que torna difícil ao profissional entender a necessidade de cuidado de alguém que intencionalmente se violentou. Concepções morais e culturais influem diretamente na prática profissional nesses casos.

Em geral, no acolhimento de pacientes em risco de suicídio, os estudos apontam ser preciso: (1) trabalhar a formação de profissionais para que eles entendam qualquer tipo de sofrimento como uma necessidade de cuidado em saúde; (2) contar com uma equipe

multidisciplinar que trabalhe em conjunto nas ações de (re)integração de laços sociais; (3) existir uma rede de serviços de saúde, de assistência social e inclusão social e cultura no território, desenvolvendo ações conjuntas e complementares; e (4) entender a tentativa de suicídio como uma situação de emergência que necessita de atenção imediata^{18,19}.

Tanto a OMS quanto o Ministério de Saúde apontam o suicídio e as tentativas como um problema de saúde pública. Shah e Bhat²⁰, utilizando-se de exemplos de países como a China e o Reino Unido afirmam que para diminuir as taxas de suicídios é preciso investir na implementação de políticas nacionais. A OMS^{4,8} recomenda ser necessário capacitar as equipes de saúde para identificar, abordar, manejar e encaminhar as pessoas que apresentam sinais de um possível comportamento suicida na comunidade como uma forma importante de se prevenir esse ato.

No Brasil, a partir da implementação das Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio²¹ aparecem os manuais e recomendações para profissionais de diversas áreas e setores no que se refere ao acolhimento de questões relacionadas ao suicídio^{10,11}.

Desta forma, os estudantes apontarem que identificar as ideações suicidas é relevante na prática da terapia ocupacional e consonante com as políticas públicas sobre o tema, pois este é um passo importante na prevenção do ato em si.

Durante as entrevistas alguns estudantes relacionaram a atuação da Terapia Ocupacional às práticas de prevenção, como nas falas a seguir:

“A Terapia Ocupacional deve trabalhar com a prevenção do suicídio, amenizando os fatores de risco, criando parceria com familiares, identificando os motivos do sofrimento mental e auxiliando na criação de estratégias para contornar a situação” (E.3)

“Penso que a T.O. poderia contribuir na prevenção do suicídio em diversas populações”[...] (E.8)

Prevenção é a palavra chave ao se tratar do suicídio. A Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio tem como objetivo desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos, além de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido. Tais estratégias deveriam ser organizadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade

civil, os organismos governamentais e os não governamentais, nacionais e internacionais⁵.

As políticas de prevenção devem estar pautadas na intersetorialidade. O enfrentamento do suicídio deve-se utilizar de estratégias que envolvem setores como imprensa, educação, saúde, assistência social, segurança pública, ONGs e as famílias. De acordo com o Manual de Prevenção ao Suicídio a nível local, cada um desses setores e pessoas envolvidos pode cumprir um papel importante em sua área de atividade. As ações têm mais sucesso quando são feitas por meio da rede. Diferentes categorias profissionais podem entrar em contato com pessoas com comportamento suicida e sentem-se impotentes para agir por não saber para quem ou para onde encaminhá-las. “A capacidade de agir de cada um é maior quando se consegue estabelecer elos com outros, para acertar ações conjuntas, dividir trabalho, trocar ideias e obter apoio”²²(p.23).

Sendo assim, o Terapeuta Ocupacional além de estar inserido nas equipes multi e interdisciplinares, também atua nesses diferentes setores. Os estudantes entrevistados conseguem reconhecer a importância de estabelecer este trabalho intersetorial, que articulados entre si, poderão trocar informações, planejar em conjunto e acertar as ações a serem desenvolvidas por cada um:

327

“A T.O está diretamente ligada a possibilidade de atender pacientes com tendências suicidas, pois muitas das vezes o sujeito não consegue se organizar e lidar com situações do seu cotidiano que o fazem entrar em sofrimento e acabam vendo como única saída a morte. O T.O pode facilitar a comunicação com os outros profissionais e familiares envolvidos nesse processo para que todos possam ajudá-lo a se encontrar novamente dentro dos seus papéis ocupacionais” (E.5)

“Não tenho conhecimento sobre a prática da TO relacionada ao tema, porém acredito que possamos contribuir na intervenção em grupo ou individual, por meio da escuta cuidadosa e procurar meios potencializadores para intervir na ação de suicídio de fato, contando com uma equipe multidisciplinar.” (E.6)

A rede local de vigilância, prevenção e controle atuam em torno de todas as situações de vulnerabilidade para o suicídio. Tal rede deve ser constituída basicamente por dois níveis de articulação das ações. O primeiro nível está relacionado a área da saúde, contendo

profissionais de vigilância epidemiológica, serviços de urgência, de saúde mental e da atenção primária. O segundo nível abrange integrantes de outros setores, públicos ou não. Essas ações referem-se à construção dos planos de cuidado para cada caso, além de definição e aplicação de medidas de apoio às pessoas em situação de vulnerabilidade e suas famílias. Considera-se que a prevenção é um movimento que engloba o biológico, psicológico, político, social e cultural, no qual o indivíduo é considerado como um todo em sua complexidade^{22,23}.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, o cuidado com a pessoa que tentou suicídio deve ser iniciado na unidade de emergência e referenciado ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ao Programa de Saúde da Família (PSF), ou outros serviços existentes no território, que devem desenvolver um trabalho articulado de apoio e tratamento a essas pessoas, contribuindo para prevenção de novas tentativas²².

O cuidado dos profissionais de saúde mental deverá ser continuado e todas essas pessoas precisarão ser acompanhadas pela atenção primária. Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) são essenciais, pois asseguram a continuidade dos cuidados e a adesão ao tratamento. É necessário garantir a integração entre os serviços sobre os avanços e os problemas enfrentados pelos indivíduos. A rede de proteção vai se formando a partir da atuação dos diferentes atores à condução de cada caso^{4,22}.

A troca de informações entre os profissionais pode fornecer elementos importantes para o estabelecimento de um plano de cuidados adequado e de cooperação entre todos. Ao procederem dessa forma, os profissionais de saúde estarão estabelecendo o núcleo de uma rede local de prevenção e controle do suicídio, além de colaborar para que os profissionais enfrentem melhor a complexidade dos problemas envolvidos. Como o suicídio tem causas diversas, inter-relacionadas e de difícil abordagem, é muito importante o estudo conjunto, fortalecendo a capacidade de a rede agir positivamente²².

É muito comum sentir frustração diante de casos graves, cujos desfechos negativos nem sempre podem ser evitados. A responsabilidade deve ser compartilhada com os outros colegas que estão lidando com o caso, com o próprio paciente, seus familiares e com os demais integrantes da rede. É importante que o profissional entenda que ele também não está sozinho e que pode precisar de ajuda durante o acompanhamento dos casos, uma vez que não é responsável individualmente pelas vidas das pessoas que trata²² (p.21).

As práticas de prevenção também agem anterior as tentativas de suicídio, para isso é necessário identificar os fatores de risco de cada população. De acordo com o Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio 2013-2017 de Portugal, as ações de prevenção podem se iniciar

através de campanhas para a população em geral que visam sobretudo a diminuição do estigma e o aumento do conhecimento em torno dos comportamentos da esfera suicidária, promovendo o reconhecimento do risco de suicídio, sinais de alerta, informação sobre fatores de risco e protetores²⁴.

Os profissionais ainda não podem prever exatamente quem irá se suicidar, mas podem tentar reduzir os riscos. O detalhado conhecimento de tais fatores pode auxiliar na delimitação das populações nas quais os eventos poderão ocorrer com maior frequência²³.

Os fatores de risco, neste contexto, são indicativos se um indivíduo, uma comunidade ou uma população é particularmente vulnerável a suicídio. Os fatores de risco podem existir em diversos níveis, incluindo o nível individual, social, ou contextual e em diversos pontos de interação. Quando os fatores de risco estão presentes, precisa-se assumir que existe uma grande probabilidade de comportamentos suicidas⁴. Os principais fatores de risco são: tentativa de suicídio anterior; transtornos mentais; sociodemográficos; psicológicos; condições clínicas incapacitantes (por exemplo: trauma medular; neoplasias malignas; Aids/HIV). Pode-se citar também: comportamento retraído, inabilidade para se relacionar com a família e amigos; alcoolismo; mudança no hábito alimentar e de sono; odiar-se, sentimento de culpa, de se sentir sem valor ou com vergonha; uma perda recente importante – morte, divórcio, separação; história familiar de suicídio; desejo súbito de concluir os afazeres pessoais, organizar documentos, escrever um testamento; sentimentos de solidão, impotência, desesperança; cartas de despedida; menção repetida de morte ou suicídio^{4,10}. Outro fator de risco determinante é o imediato acesso a um método para cometer suicídio. Reduzir o acesso a métodos de cometer suicídio é uma estratégia efetiva de prevenção⁴.

Os fatores de proteção estão relacionados a fortes conexões com a família e apoio da comunidade; aptidões na solução de problemas, solução de conflitos e tratamento não violento de disputas; crenças pessoais, sociais, culturais e religiosas que desincentivam o suicídio e apoiam a autopreservação; buscar ajuda e ter acesso fácil a assistência de qualidade para doenças mentais e físicas²².

Quando se trata da prevenção no contexto escolar, deve ser dada ênfase particular às situações relacionadas aos funcionários da escola e aos alunos. É importante que assuntos relacionados ao suicídio sejam abordados no âmbito educacional através de uma ótica positiva de saúde mental. Entre as estratégias para o enfrentamento do suicídio nas escolas estão: estabelecer uma comunicação com confiança entre os profissionais e alunos; articulação entre a escola, a família, os serviços de saúde e a comunidade; fortalecer a autoestima dos estudantes; promover a expressão emocional, prevenir do comportamento desafiador e a

violência escolar; prover informação sobre serviços de saúde; favorecer a empatia dos funcionários da escola e encaminhamento para outros profissionais²⁶.

A prevenção do suicídio no âmbito da Terapia Ocupacional também foi relacionada a outras concepções dentro da profissão, como demonstram as falas:

“Este é um tema recorrente na sociedade atual e que interfere no cotidiano tanto das vítimas de pensamento suicida, quanto daqueles à sua volta” (E.10)

[...]”possibilitar meios de ressignificar o cotidiano e vida do sujeito que está em sofrimento, atuando diretamente em seu contexto e família” (E.4)

Para Marquetti, Vilarubia e Milek²⁷ o cotidiano ultrapassa os limites da individualidade atingindo a dinâmica do convívio social, do coletivo, e suas significativas inter-relações com o outro. A autora diz em seu estudo que é fundamental conhecer e refletir sobre o cotidiano dos tentadores de suicídio, pois fornece informações significativas sobre a construção deste ato na inter-relação sujeito-coletivo. Tal conhecimento pode ser utilizado como recurso com o objetivo de auxiliar na implementação de práticas de prevenção dentro do contexto de cada sujeito.

330

Esta proposta permite, através da observação e análise do cotidiano, um conhecimento dos indivíduos e suas atividades, um conhecimento do sujeito através das pequenas individualidades construídas em sua rotina e em sua intimidade, quase velada, porém, constitutiva. A identificação das limitações e potencialidades do sujeito pode permitir o direcionamento adequado para a formulação de estratégias de intervenção no cotidiano do sujeito para o campo da prevenção em saúde²⁷ (p.22).

Considera-se o cotidiano uma área de intervenção essencial da Terapia Ocupacional, portanto, a questão abordada relaciona-se diretamente com prática desse profissional.

3.2 Suicídio e questões éticas

Outra questão de extrema importância percebida na fala dos estudantes foi a questão ética e seus dilemas ao se tratar de um assunto tão delicado e ainda pouco discutido:

[...] “talvez não saberia intervir, caso acompanhasse um paciente que desejasse suicidar-se, pelo fato de o paciente achar que não entendo seu

desejo e que não irei ajudá-lo, mas como ajudar alguém a morrer? Jamais conseguiria realizar um procedimento desses, vejo como um ato totalmente antiético. O respeito à vida é fundamental, e deve ser o maior atributo de nossa existência.” (E.10)

Uma das estudantes aponta que, para ela, a disciplina de ética é uma das que deveria abordar a temática na graduação.

“Acho que é um assunto que deveria ser abordado dentro de algumas disciplinas como saúde mental, saúde da criança, saúde da mulher, ética, gerontologia, para que pudesse ser estudado de forma ampla em cada contexto.” (E.6)

O Código de Ética Profissional do Terapeuta Ocupacional diz que:

Artigo 9º - Constituem-se deveres fundamentais do terapeuta ocupacional, segundo sua área e atribuição específica: VIII - contribuir para promover a universalização dos direitos sociais, o respeito e a promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, oportunizando no âmbito de sua atividade profissional, o acesso e o exercício dos mesmos; [...]

Artigo 14º - Constituem deveres fundamentais dos profissionais terapeutas ocupacionais na sua relação com o cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade: I - respeitar a vida humana desde a concepção até a morte, jamais cooperando em ato em que voluntariamente se atente contra ela, ou que coloque em risco a integridade física, psíquica, moral, cultural e social do ser humano ou sua inclusão sócio-comunitária; [...]

Artigo 32º - É proibido ao terapeuta ocupacional:

I – revelar, sem justa causa, fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão do exercício de sua profissão²⁸.

331

Pode haver dúvidas sobre como agir em relação ao suicídio, mesmo com as considerações no Código de Ética. Ainda há as questões como: o terapeuta ocupacional deve ou não impedir que pacientes cometam suicídio? É necessário avisar os familiares? Deve-se levar em consideração que a quebra de sigilo pode afetar a relação de confiança entre terapeuta e cliente.

Kovacs²⁹ em seu estudo diz que pessoas que tentam suicídio buscam a confiança e o vínculo com o terapeuta, tendo a certeza que será respeitado e protegido. No caso de tentativa ou ideação suicida é importante que os contratos terapêuticos sejam esclarecedores.

O autor afirma ainda que é preciso cuidado nas relações, pois na ânsia de evitar o suicídio a todo custo pode prejudicar a escuta e levar a um rompimento da relação terapêutica.

Ao falar da ética do profissional de saúde essa questão é problematizada, considerando que a promoção da vida como valor absoluto. Quando se trata da bioética, Kovacs²⁹ diz que o indivíduo tem autonomia em suas ações e decisões, e o profissional de saúde não pode ignorar esse fato. A pessoa que tenta suicídio pode estar em sofrimento intenso, e a questão a ser considerada é como diminuí-lo. É inapropriado seguir apenas questões legais, é necessário assumir uma posição de compreensão e não condenação. Vale ressaltar, também, as convicções, valores e princípios pessoais dos profissionais.

a autonomia do cliente é o elemento preferencial na relação terapêutica, não cabendo priorizar somente aquilo em que o profissional pessoalmente acredita e os aspectos que valoriza. Ao considerar apenas crenças e valores pessoais, o profissional pode induzir a adaptação da pessoa com ideação ou tentativa de suicídio, levando a julgamentos, condenações ou estigma. A preocupação em adaptar a pessoa à sociedade pode levar a prejuízos em relação a uma escuta atenta e cuidadosa²⁹ (p.74).

É importante lembrar nessa discussão que as concepções sobre o tema são modificadas de acordo com o contexto cultural, religioso, entre outros. O suicídio era um direito de escolha como acreditavam os estóicos e epicuristas, pois a vida só merecia ser vivida se trouxesse alegria, por exemplo¹⁵. Sendo assim, não há uma diretriz do que é correto ou errado, configurando-se como um valor subjetivo. As discussões éticas devem ser realizadas a fim de levar os alunos a uma reflexão concisa e respeitável sobre a abordagem, sempre obedecendo as questões éticas da profissão, não fazendo julgamentos morais e concepções apenas individuais na abordagem com este público. Esse debate sobre as questões éticas apareceu na formação dos estudantes entrevistados, o que se mostra positivo com relação as demandas dos estudantes

332

“Na graduação tive uma disciplina de Ética em Terapia Ocupacional que abordou o tema suicídio ao apresentar um filme chamado ‘Mar adentro’”.
(E3)

“[tive uma abordagem] sobre os temas de suicídio assistido, eutanásia, distanásia e ortotanásia, nas disciplinas de Saúde e Sociedade, Ética e Oncologia”. (E5)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dois pontos foram os destacados pelos estudantes entrevistados na pesquisa ao refletirem sobre as relações da prática da terapia ocupacional e os suicídios, ideações e tentativas de suicídio: a prevenção e as questões éticas.

Dados os números crescentes de suicídios no Brasil e no mundo, a temática precisa ser colocada em pauta na formação dos profissionais que trabalharão nos diferentes níveis de atenção à saúde. Trata-se de uma demanda contemporânea, que afeta não só a saúde pública, mas também as esferas sociais e econômicas, tanto no nível individual quanto coletivo. Assim, é preciso que a discussão sobre a temática seja feita ainda na graduação, antes mesmo dos profissionais iniciarem suas práticas, para que se necessário, quando se depararem com esta situação, estejam aptos a elaborar estratégias de enfrentamento e prevenção pautadas nas políticas públicas sobre o tema e em princípios éticos.

As práticas de prevenção do suicídio podem se iniciar através de campanhas que visam a diminuição do estigma e o aumento do conhecimento sobre o comportamento e a ideação suicida, o reconhecimento do risco de suicídio, sinais de alerta, informação sobre fatores de risco e protetores. O Terapeuta Ocupacional pode atuar em equipes multiprofissionais, em diferentes esferas do cuidado, utilizando-se da intersectorialidade para que o sujeito seja assistido de maneira integral, sempre obedecendo às questões éticas da profissão, não fazendo julgamentos morais e concepções apenas individuais durante a abordagem. Entender o cotidiano e o contexto do sujeito são referências teórico-metodológicas essenciais a formação do terapeuta ocupacional, e mostram-se como caminhos importantes no que se refere a práticas relacionadas a prevenção do suicídio.

Apesar das limitações da pesquisa, realizada em apenas uma universidade, entende-se que a mesma se mostra relevante ao iniciar a discussão do tema com estudantes de graduação em terapia ocupacional. Entende-se que são necessárias mais pesquisas sobre esse tema nos cursos de graduação, para que se trace um panorama de como esta abordagem tem sido realizada em um cenário mais geral, para que possam ser discutidas, se necessário, mais formas de trabalhar com esse conteúdo nesse âmbito.

Referências

1. Durkheim É. **O suicídio: estudo de sociologia**. Tradução: Monica Stabel, editor. São Paulo: Martins Fontes; 2000. 515 p.
2. World Health Organization. **Preventing suicide. A global imperative**. Geneva: World Health Organization; 2014. 92 p. Disponível em:

- http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf
3. Botega NJ, Werlang BSG, Cais CF da S, Macedo MMK. **Prevenção do comportamento suicida**. Psico. 2006; 37(3):213–20. Disponível em:
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1442>
 4. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2000. p. 22. Disponível em::
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67603/8/WHO_MNH_MBD_00.4_por.pdf
 5. Organização Mundial da Saúde. **Ação de saúde pública para a prevenção de suicídio: uma estrutura**. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2012. 29 p. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suicidio-traduzido.pdf>
 6. Calixto Filho M, Zerbini T. **Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010**. Saúde, Ética & Justiça. 2016; 21(2):45–51. Disponível em:
<https://www.revistas.usp.br/sej/article/view/134006>
 7. Minayo MC de S. **Suicídio: violência auto-infligida**. In: Minayo MC de S, editor. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 205–23. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf
 8. World Health Organization. **Preventing Suicide. A resource for general physicians**. Geneva: World Health Organization; 2000. p. 15. Disponível em:
http://www.who.int/mental_health/media/en/56.pdf
 9. Lopes RE, Oliver FC, Malfitano APS, Galheigo SM, Almeida MC de. **XI Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional: refletindo sobre os processos de formação acadêmica e profissional**. Rev Ter Ocup da Univ São Paulo. 2008 Dec 1;19(3):1230–7. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14043>
 10. Brasil M da S. **Prevenção do Suicídio. Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Ministério da Saúde, Universidade Estadual de Campinas, Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. 76 p. Disponível em:
https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf
 11. Brasil M da S. **Prevenção do Suicídio. Manual dirigido profissional da saúde da atenção básica**. Ministério da Saúde, Universidade Estadual de Campinas, Organização Pan-Americana da Saúde; 2009. 35 p. Disponível em:

- http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_641_manu_prevencao240111.pdf
12. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas**. Cad Saude Publica. 2008 Jan;24(1):17–27. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=pt&tlng=pt
 13. Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011. 176 p.
 14. Borges VR, Werlang BSG. **Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos**. Estud Psicol. 2006 Dec;11(3):345–51. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2006000300012&lng=pt&tlng=pt
 15. Gonçalves MV. **A percepção dos profissionais dos CAPS da Cidade do Rio de Janeiro sobre a atenção aos casos de tentativa de suicídio em idosos**. Escola Nacional de Saúde Pública; 2013.
 16. Teixeira CMF da S. **Tentativa e suicídio na adolescência**. Rev da UFG. 2004;6(1). Disponível em: https://teste.proec.ufg.br/revista_ufg/juventude/suicidio.html
 17. Vidal CEL, Gontijo ED. **Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta**. Cad Saúde Coletiva. 2013;21(2):108–14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/02.pdf>
 18. Machin R. **Nem doente, nem vítima: o atendimento às “lesões autoprovocadas” nas emergências**. Cien Saude Colet. 2009 Dec;14(5):1741–50. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500015&lng=pt&tlng=pt
 19. Heck RM, Kantorski LP, Borges AM, Lopes CV, Santos MC dos, Pinho LB de. **Ação dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial diante usuários com tentativa e risco de suicídio**. Texto Context Enferm. 2012;21(1):26–33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a03v21n1>
 20. Shah A, Bhat R. **Are elderly suicide rates improved by increased provision of mental health service resources? A cross-national study**. Int Psychogeriatrics. 2008 Dec 17;20(6):1230. Disponível em:
http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1041610208007023
 21. Brasil M da S. **Portaria no. 1.876 de 14 de agosto de 2006**. 2006. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html
 22. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em

- Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis. **Prevenção do Suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram.** Moura ECA, Rodrigues PH de A, Nogueira R de C, Santos TEHH, editors. Porto Alegre: CORAG; 2011. 87 p. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano11/034704do1ao64.pdf>
23. Associação Brasileira de Psiquiatria. **Suicídio: informando para prevenir.** Brasília: CFM/ABP; 2014 [cited 2017 Dec 27]. p. 52. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf
24. Portugal M da S. **Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017.** Direção geral de saúde. Programa Nacional de Saúde Mental; 2013. 114 p.
25. Gomes RK, Oliveira VB de. **Depressão, ansiedade e suporte social em profissionais de enfermagem.** Bol Psicol. 2013;63(138):23–43. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v63n138/v63n138a04.pdf>
26. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção do Suicídio: Manual para Professores e Educadores** [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2000. 29 p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66801/5/WHO_MNH_MBD_00.3_por.pdf
27. Marquetti FC, Vilarubia GV, Milek G. **Percurso suicida: observação e análise de alterações no cotidiano do indivíduo com tentativas de suicídio.** Rev Ter Ocup da Univ São Paulo. 2014 Sep 9;25(1):18–26. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/64664>
28. COFFITO. **Resolução no. 425, de 08 de julho de 2013. Estabelece o Código de ética e Deontologia da Terapia Ocupacional.** 2013. Disponível em: http://www.crefito.com.br/repository/legislacao/resolucao_425.pdf
29. Kovács MJ. **Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio.** Rev Psicol - Teor e Prática. 2013;15(3):69–82. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/6199/4594>

*O artigo é parte da pesquisa desenvolvida no Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro intitulada “A abordagem do suicídio na formação do terapeuta ocupacional: o que dizem os estudantes”, cujos resultados foram apresentados como trabalho de conclusão de curso da primeira autora. A

pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Clementino Fraga Filho da UFRJ, sendo aprovado através do Parecer número 1.636.174.

Contribuição das autoras: Karina Guedes Ferreira: concepção da pesquisa, redação do texto, revisão do texto. **Monica Villaça Gonçalves:** concepção da pesquisa, revisão do texto.

Submetido em: 28/12/2017.

Aceito em: 26/02/2018.

Publicado em: 30/04/2018.