

# Atitudes de médicos e estudantes de medicina com pacientes com ideação suicida

Gabriela do Prado Rocha<sup>1</sup>, Gerardo Maria de Araújo Filho<sup>2</sup>, Lazslo Antônio Ávila<sup>3</sup>

## Resumo

Partindo do princípio de que o suicídio é problema de saúde pública, este estudo identificou concepções equivocadas sobre o assunto, estratégias de manejo dos pacientes e familiares, e verificou se há mudanças nessas concepções e atitudes ao longo da graduação. Foi elaborado questionário com cinco categorias: “confidencialidade médica”, “deontologia”, “negligência médica”, “graduação”, e “mitos e conceitos”. Cento e vinte e seis sujeitos participaram da pesquisa: 45 (35,7%) alunos do primeiro ano de medicina, 48 (38,1%) estagiários e 33 (26,2%) doutores. As variáveis foram analisadas, e a diferença entre os grupos foi significativa para 15 questões (62,5%). Em uma questão (mitos e conceitos) houve distanciamento da resposta esperada e em duas questões (mitos e conceitos, deontologia), o resultado não deu a informação adequada. Verificamos melhoras durante a graduação para a maioria dos aspectos considerados; dentre as deficiências, destacaram-se as relacionadas à notificação compulsória, eletroconvulsoterapia e responsabilização do profissional médico.

**Palavras-chave:** Suicídio. Ética. Imperícia. Educação-Medicina.

## Abstract

### Attitudes of doctors and medical students toward patients with suicidal ideation

Considering suicide is a public health problem, this study identified misconceptions about patients at risk of suicide as well as strategies to manage patients and their families, also verifying changes in conceptions and attitudes throughout graduation. We applied a questionnaire with five categories: “medical confidentiality,” “deontology,” “medical negligence,” “graduation,” and “myths and conceptions”. One hundred and twenty-six subjects participated in the research: 45 (35.7%) first-year medical students, 48 (38.1%) interns, and 33 (26.2%) doctors. The variables were analyzed, and the difference between groups was significant for 15 questions (62.5%). In one question (myths and conceptions) the answers were distant from the expected, and in two questions (myths and conceptions, deontology) the result did not give adequate information. We observed improvements at medical graduation for most of the studied aspects; among the deficiencies, we highlight those related to compulsory notification, electroconvulsive therapy, and the responsibility of doctors.

**Keywords:** Suicide. Ethics. Malpractice. Education-Medicine.

## Resumen

### Las actitudes de médicos y estudiantes de medicina sobre los pacientes con ideación suicida

Considerando el suicidio como un problema de salud pública, este estudio identificó las concepciones erróneas sobre el tema, las estrategias para atender a los pacientes y sus familias y verificó los cambios en los conceptos y actitudes de estudiantes de medicina durante la graduación. Se elaboró un cuestionario con cinco categorías: “confidencialidad médica”, “deontología”, “mala praxis médica”, “graduación”, y “mitos y conceptos”. De los 126 participantes 45 (35,7%) eran estudiantes del primer año de medicina, 48 (38,1%) becarios, y 33 (26,2%) médicos. Las variables se analizaron estadísticamente, y la diferencia entre grupos fue significativa para 15 preguntas (62,5%). Una pregunta (mitos y conceptos) tuvo una respuesta inesperada, y dos preguntas (mitos y conceptos, deontología) no presentaron un resultado adecuado. Se observaron mejoras durante la graduación en la mayoría de los aspectos estudiados; entre las deficiencias, se destacaron la notificación obligatoria, la terapia electroconvulsiva y la responsabilidad del profesional médico.

**Palabras clave:** Suicidio. Ética. Mala praxis. Educación-Medicina.

Aprovação CEP-Famerp CAAE 44655715.3.0000.5415

1. **Graduanda** gabrielap\_rocha@outlook.com – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp) 2. **Doutor** filho.gerardo@gmail.com – Famerp 3. **PhD** lazslo@terra.com.br – Famerp, São José do Rio Preto/SP, Brasil.

## Correspondência

Lazslo Antônio Ávila – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Av. Brigadeiro Faria Lima, 5.416 CEP 15090-000. São José do Rio Preto/SP, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

O suicídio é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o ato intencional de tirar a própria vida<sup>1</sup>, sendo mais mortal que algumas catástrofes naturais e guerras<sup>2</sup>. Em 2012, ficou em segundo lugar na lista dos principais fatores relacionados à morte das pessoas entre 15 e 29 anos<sup>3</sup>, logo abaixo dos acidentes de trânsito<sup>4</sup>. Segundo o repositório de dados do Global Health Observatory<sup>5</sup>, no mesmo ano, foram registradas seis mortes por suicídio no Brasil para cada 100 mil habitantes. Entre as mulheres, esse índice é de 2,5/100 mil e, entre os homens, 9,4/100 mil.

Apesar disso, as estatísticas sobre o assunto não computam os resultados relacionados a atos autodestrutivos<sup>2</sup>. Mundialmente, o suicídio está entre as três causas mais relevantes de morte no grupo economicamente mais produtivo (15-44 anos)<sup>6</sup> e, além de causar perdas econômicas, acarreta importantes perdas sociais e psicológicas<sup>7</sup>. Quanto à análise econômica, há gastos relevantes relacionados aos sistemas de proteção social e de saúde, resultantes de suicídios e tentativas de autodestruição<sup>8</sup>.

Portanto, trata-se de questão de saúde pública que deve ser abordada por programas sociais, uma vez que as mortes são amplamente evitáveis. Além disso, a obrigação do governo de investir na prevenção do suicídio é indiscutível<sup>6</sup>. Obstáculo significativo que prejudica o campo de prevenção está relacionado à descoberta da melhor forma de identificar pessoas em risco de comportamento suicida, pois nem sempre se busca tratamento para a saúde mental<sup>10</sup>. Além disso, é necessário identificar as dificuldades que os profissionais de saúde encontram para tratar esses indivíduos, considerando que alguns estudos apontam para o fato de os sinais do comportamento suicida em jovens passam despercebidos e não são tratados por clínicos gerais<sup>11</sup>.

O tipo de contato mais comum ocorre em ambulatórios, reforçando a importância de criar e integrar estratégias de prevenção nos cuidados clínicos de rotina e não apenas em ambientes de alto risco ou de atendimento intensivo<sup>12</sup>. Um estudo norte-americano constatou que mais de 38% das pessoas que tentaram o suicídio procuraram atendimento médico na semana anterior à tentativa e 95% no ano anterior, geralmente em atendimento primário e ambulatorial<sup>13</sup>. Fatores de risco como depressão não são sistematicamente identificados e gerenciados por médicos de clínica geral, e a automutilação nos jovens é frequentemente subestimada<sup>3</sup>. Devemos então considerar o papel crucial dos clínicos gerais na investigação dos problemas

de saúde mental<sup>14</sup> e, portanto, na prevenção do suicídio.

As tentativas de suicídio são entre 10 e 20 vezes mais frequentes do que as mortes por suicídio<sup>15</sup> entre pacientes que estão em setores de emergência por tentativa de autoextermínio. Além disso, são estimadas 30% a 60% de tentativas anteriores de suicídio, e 10% a 25% de futuras tentativas futuras no ano subsequente<sup>16</sup>. As “tentativas prévias de suicídio” são o fator de risco mais importante relacionado ao suicídio de fato<sup>10</sup>. O índice está relacionado ao aumento do risco e à redução do período entre tentativas<sup>16</sup>, daí a importância de identificar e tratar adequadamente o paciente. Um estudo mostrou que o primeiro ano após o início dos sintomas de ideação é o período mais crítico, pois em 60% dos casos há evolução da ideação para o planejamento e depois para a tentativa<sup>17</sup>, mostrando que, para que as intervenções médicas tenham sucesso, elas devem ser implementadas o quanto antes.

Diante dos desafios que permeiam a prevenção ao auticídio no cenário da saúde pública atual, o currículo médico deveria orientar melhor os estudantes para identificarem e atenderem às necessidades relacionadas à saúde mental<sup>14</sup>, uma vez que o acolhimento adequado da pessoa no hospital após uma tentativa de suicídio é essencial para estabelecer a aderência ao tratamento<sup>16</sup>.

Melhorias nesse acolhimento após a tentativa de suicídio deveriam sempre levar em conta o código de ética médica brasileiro<sup>18</sup>, baseado nos quatro princípios éticos de Beauchamp e Childress<sup>19</sup> – autonomia, não maleficência, beneficência e justiça –, a fim de evitar falsas interpretações quanto à autonomia, consentimento e respeito às informações do paciente.

A autonomia e o consentimento do paciente são questões controversas quando se trata de pacientes suicidas<sup>20</sup>. Os médicos são obrigados a intervir nesses casos e podem quebrar o sigilo em situações de morte ou suicídio<sup>2</sup>. Portanto, muitas vezes a beneficência e a não maleficência são consideradas mais importantes do que a capacidade de decisão do paciente, ou seja, sua autonomia, justificando o tratamento ou mesmo a internação compulsória<sup>21</sup>.

Esta última é justificada como forma de prevenir o sofrimento e proporcionar tratamento adequado ou proteger o paciente de danos a si ou a outros<sup>22</sup>. Em geral, nestes casos, a autonomia é valor a ser promovido ou restaurado e não a imposição de respeitar a vontade do indivíduo<sup>21</sup>. O médico se vê diante de conflito entre o que ele acredita ser certo e o que é de sua

responsabilidade legal<sup>21</sup>, e quando essa divergência é mal resolvido, há processos baseados na premissa de que a maioria dos suicídios pode ser prevenida se atitudes apropriadas forem tomadas<sup>20</sup>.

Esta situação é bem retratada pela descrição de Welsh e Deahl da psiquiatria moderna, citada por Feiring e Ugstad como *desconfortavelmente enclausurada entre os territórios da lei e da medicina, entre coerção e cuidado*<sup>23</sup>. Muitos profissionais de saúde não estão preparados para atender esses pacientes com o devido cuidado e encaminhá-los para setores com recursos adequados a sua condição<sup>24</sup>. Além disso, algumas revisões sistemáticas indicam que a educação médica em relação ao reconhecimento e tratamento da depressão pode reduzir os índices de suicídio<sup>11</sup>. Estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que há relação entre a formação e a capacidade de tratar pacientes suicidas; profissionais que se sentem capazes de tratar tais indivíduos podem compreendê-los melhor e, conseqüentemente, tratar melhor esses casos<sup>25</sup>. Alguns estudos relatam também queda nos índices de suicídio após implementação da educação contínua sobre depressão para clínicos gerais<sup>26</sup>. Um protocolo de estudo trabalha com a hipótese de que pacientes tratados por equipes multiprofissionais que receberam treinamento adequado vão se recuperar mais rapidamente da ideação suicida, o que pode diminuir as tentativas de autoextermínio<sup>27</sup>.

As pesquisas e o conhecimento sobre prevenção de suicídio vêm crescendo, mas, apesar disso, o tabu e a estigmatização persistem, e as pessoas muitas vezes não buscam ajuda ou são abandonadas<sup>7</sup>. O estigma ligado à doença mental, a certeza de que a situação é irreversível e a criminalização do suicídio em alguns países contribuem para a resistência em buscar ajuda para enfrentar o sofrimento emocional<sup>9</sup>.

Segundo Kovács<sup>2</sup>, dados do Ministério da Saúde mostram que 40% das pessoas que cometeram suicídio buscaram auxílio em postos de saúde, mas, paradoxalmente, encontraram julgamento, censura e falta de proteção, o que aumentou seu sofrimento e sentimento de abandono. O comportamento suicida e a automutilação têm mecanismos-chave como aflição, impulsividade, sofrimento emocional e desespero, o que pode ser interpretado equivocadamente como comportamento para chamar a atenção, levando a sentimentos de negatividade e falta de compaixão, o que pode afetar o envolvimento e a condução terapêutica<sup>3</sup>. Entretanto, em sociedades onde preconceitos e julgamentos errôneos têm diminuído, a busca por ajuda nesses casos é cada vez maior<sup>8</sup>.

A conscientização e compreensão sobre a saúde mental pela população em geral deve incluir esforços do governo, e de outras instituições, para enfrentar a estigmatização do suicídio<sup>6</sup>. A saúde pública sofre sérias conseqüências decorrentes da influência negativa que essa estigmatização tem sobre a qualidade da comunicação e o registro de dados relacionados ao comportamento suicida<sup>6</sup>.

Neste trabalho, buscamos identificar as concepções e possíveis atitudes de estudantes de medicina e médicos em relação a pacientes com ideação suicida ou que tentaram suicídio, verificar seu entendimento da lei e do Código de Ética Médica vigente no Brasil, analisar se essas concepções e possíveis atitudes mudam durante a graduação. Esta pesquisa também visa divulgar para os entrevistados a cartilha *Suicídio: informando para prevenir*<sup>28</sup>, elaborada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em parceria com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

## Método

Esta pesquisa considerou possíveis atitudes e concepções dos médicos e estudantes de medicina em relação a pacientes suicidas. Trata-se de estudo transversal, utilizando metodologia quantitativa e qualitativa, realizado na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp), São Paulo, e no Hospital de Base da Famerp, centro de referência regional e nacional de atendimento e educação.

Como instrumento de análise e com base na cartilha publicada pela ABP<sup>28</sup>, os pesquisadores elaboraram protocolo de pesquisa (Anexo 1) que consistiu em questionário para coleta de dados sociodemográficos, e incluiu pesquisa com afirmações de “sim” ou “não”, ou uma escala de Likert de cinco pontos (“discordo totalmente”, “discordo”, “não sei”, “concordo”, “concordo totalmente”).

Os dados que resultaram do questionário foram agrupados em cinco categorias: sigilo médico, deontologia, negligência médica, graduação, e mitos e conceitos. Coletamos os dados entre agosto de 2015 e julho de 2016, e as variáveis qualitativas foram analisadas pelo teste Shapiro-Wilk (normalidade) e Kruskal-Wallis no programa BioEstat 5.0. Os valores de  $p < 0,05$  foram considerados estatisticamente significativos.

Foram incluídos 126 indivíduos: um grupo de 45 alunos do primeiro ano (GP), um grupo de 48 estagiários (GE), e um grupo de 33 doutores (GD). Os critérios de inclusão foram estabelecidos visando amostra que representasse as diferentes fases da formação

médica, a fim de verificar se os aspectos investigados no protocolo mudaram durante o período. Os participantes foram recrutados por amostragem de conveniência baseada em acessibilidade, interesse no estudo e disposição para participar. Todos eles foram informados das características do estudo e confirmaram sua vontade de participar assinando termo de consentimento livre e esclarecido. Posteriormente, preencheram questionário para registro de dados.

## Resultados

Dos 93 alunos incluídos no estudo, 45 (48,4%) estavam no primeiro ano do curso de medicina e 48 (51,6%) eram estagiários, dos quais 27 (56,3%) estavam no quinto ano e 21 (43,7%) no sexto ano. Do grupo de doutores, composto por 33 médicos, oito (24,2%) eram instrutores e 25 (75,8%) residentes. Os dados sobre o local de trabalho do GD e frequências de atendimento aos pacientes com ideação suicida ou tentativa de suicídio estão na Tabela 1. Os dados coletados foram divididos em cinco categorias (Quadro 1) com o objetivo de se obter melhor compreensão do tema abordado.

Três questões (Quadro 1) investigaram aspectos relacionados ao sigilo médico (confidencialidade). Houve diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) para as questões 11 e 22 entre GP e GE, e entre GP e GD (Tabela 2). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para a questão 18; entretanto, como previsto, a maioria dos participantes escolheu a resposta “concordo” ou “concordo totalmente”: 35 (77,8%) do GP, 35 (72,9%) do GE e 26 (78,8%) do GD.

A deontologia médica foi avaliada em cinco questões do protocolo de pesquisa (Quadro 1), sendo observadas diferenças significativas entre os grupos para as questões 19, 21 e 23, que tratam do atendimento de urgência/emergência, notificação obrigatória de tentativas de suicídio e internação compulsória, respectivamente. Em relação ao tratamento de urgência/emergência, houve diferença estatisticamente significativa entre GP (média=3,64) e GD (média=4,21). Na pergunta sobre notificação compulsória, a diferença entre GP (média=3,15) e GD (média=3,63) foi significativa, e 36 alunos (80%) do GP responderam “não sei”, enquanto no GD, 19 doutores (57,6%) escolheram a resposta “concordo” ou “concordo totalmente”. Quanto à internação compulsória, foram encontradas diferenças significativas entre GP (média=3,07) e GE (média=3,73), e entre GP e GD (média=3,94).

Não houve maior consenso em relação à graduação para a pergunta 12. Entre aqueles que

responderam “concordo” ou “concordo totalmente” para essa pergunta, 32 (71,1%) pertenciam ao GP, 26 (54,1%) ao GE e 21 (63,7%) ao GD. Quanto à pergunta 24, embora o resultado não tenha sido significativo, os resultados foram próximos da “resposta esperada”, de acordo com o avanço na graduação.

Os aspectos relacionados à negligência médica foram analisados por quatro questões; as questões número 1 e 10, relacionadas à autonomia do paciente, tiveram  $p < 0,05$  quando GP (média=3,09 e média=2,51, respectivamente) e GD (média=2,36 e média=2, respectivamente) foram comparadas. A resposta esperada para ambos foi “discordo totalmente”. Os resultados sugerem que estes aspectos provavelmente tinham sido ensinados no curso de graduação em medicina. Os resultados dos três grupos para a questão 5 estão próximos do esperado (“discordo totalmente”). Entretanto, as respostas obtidas para a pergunta 13 (média=2,93) não correspondem ao esperado.

**Tabela 1.** Caracterização do Grupo Médico (GD)

Características	n	%
<b>Gênero</b>		
Masculino	19	57,6
Feminino	14	42,4
<b>Local de trabalho</b>		
Urgência/emergência	7	21,2
Unidade de tratamento intensivo	2	6,1
Oncologia	9	27,3
Enfermaria de clínica médica	11	33,3
Enfermaria de cirurgia geral	1	3
Psiquiatria	15	45,5
<b>Situação Ocupacional</b>		
Instrutor	8	24,2
Residente		
Primeiro ano	8	24,2
Segundo ano	11	33,3
Terceiro ano	5	15,2
Quarto ano	1	3,0
<b>Atendimento a paciente com ideação suicida/semana</b>		
Não	2	6,1
1 a 5	25	75,8
6 a 10	6	18,2
11 a 15	1	3,0
<b>Atendimento a paciente com tentativa de suicídio/semana</b>		
Não	3	9,1
1 a 5	29	87,9
6 a 10	1	3,0

**Quadro 1.** Categorias de temas abordados no protocolo de pesquisa

Questões
<b>Confidencialidade médica</b>
11. A quebra do sigilo médico em situações envolvendo suicídio pode ser considerada ética e legal.
18. Ao identificar um paciente com risco médio de cometer suicídio, a conduta adequada seria pedir permissão para entrar em contato com familiares, amigos e/ou colegas e explicar a situação sem causar alarme ou subestimá-la, dando apenas as informações necessárias e preservando a confidencialidade sobre outras informações relacionadas às particularidades do indivíduo.
22. De acordo com o Código de Ética Médica brasileiro: <i>o médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções</i> . O sigilo médico deve ser respeitado mesmo em situações em que o paciente tenha ideação suicida e esteja em risco de cometer suicídio.
<b>Deontologia</b>
12. A avaliação do risco de suicídio deve ser feita para todos os pacientes, independentemente da presença de queixas suicidas explícitas.
19. Urgência/emergência: a vigilância 24 horas deve ser estruturada por alguém da equipe de saúde ou cuidador, se avaliado como qualificado, até reavaliação médica. Objetos que possam ser utilizados para ferir a si ou a outros (facas, instrumentos cortantes, medicamentos, cintos e cordas) devem ser mantidos longe do paciente, bem como seus pertences devem ser revistados em busca desses itens. As portas, inclusive a do banheiro, não devem ser trancadas.
21. Desde junho de 2014, 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, inclui a tentativa de suicídio como notificação imediata obrigatória em 24 horas a partir do conhecimento da ocorrência.
23. Em casos de alto risco de suicídio, o médico pode internar o paciente contrariando a sua vontade para preservar a vida.
24. Deve-se assegurar que a pessoa que acaba de tentar o suicídio seja imediatamente submetida a um tratamento para reduzir o risco de reincidência e concretização do suicídio.
<b>Negligência médica</b>
1. O suicídio é uma decisão individual, uma vez que a pessoa tem o pleno direito de exercer o livre arbítrio.
5. Quando um indivíduo mostra sinais de melhora ou sobrevive a uma tentativa de suicídio, ele está fora de perigo.
10. Pacientes que estão gravemente deprimidos, mas com a capacidade cognitiva intacta, podem ser considerados aptos a recusar medicamentos antidepressivos.
13. A falha em examinar a propensão do paciente para cometer suicídio ou em estabelecer plano de precaução apropriado, depois de previsto o potencial suicídio, pode levar à responsabilização profissional por danos ao indivíduo em uma tentativa de suicídio.
<b>Graduação</b>
26. Você foi preparado durante sua graduação para tratar pacientes com ideação suicida?
27. Você se sente preparado para atender pacientes com comportamento suicida (pensamentos, tentativas, planos)?
<b>Mitos e conceitos</b>
2. Quando uma pessoa pensa em cometer suicídio, está em risco de cometer suicídio pelo resto de sua vida.
3. As pessoas que ameaçam se matar não vão fazer isso, só querem chamar a atenção.
4. Se uma pessoa que se sentia deprimida e estava pensando em cometer suicídio, num momento seguinte se sentir melhor, geralmente significa que o problema acabou.
6. Não devemos falar em suicídio, pois isso pode aumentar o risco.
7. O tratamento eficaz de doenças mentais é o pilar mais importante da prevenção de suicídios. Após o tratamento de uma doença mental, o desejo de morte desaparece.
8. A maioria das pessoas suicidas fala ou mostra sinais sobre suas ideias de morte.
9. Falar com alguém sobre o assunto pode aliviar a angústia e a tensão que os pensamentos suicidas trazem.
14. Todo paciente que fala em suicídio está em risco potencial e merece uma investigação e atenção especiais.
15. A abordagem verbal pode ser tão ou mais importante do que a medicação.
16. Embora a maioria das pessoas em risco de suicídio tenha algum distúrbio mental, a maioria não procura um profissional da saúde mental.
17. A terapia eletroconvulsiva ainda é o tratamento mais eficaz para a depressão, sendo reservado principalmente para casos específicos como depressões graves, depressões refratárias, depressões com sintomas psicóticos e depressões com alto risco de suicídio.
20. A prevenção de suicídios deve começar somente em centros com foco na saúde mental.

Tabela 2. Respostas obtidas no protocolo de pesquisa

Perguntas	Respostas esperadas	GP			GE			GD			Valores de p								
		Média	Mediana	Moda	Média	Mediana	Moda	Média	Mediana	Moda	GP/GE	GP/GD	GE/GD						
P1	1	3,09	3	4	2,73	3	2	39,60%	2	2	2	2	36	2	2	60,60%	ns	<0,05	ns
P2	2	2,27	2	2	2,73	2	2	43,80%	2	2	2	4	3,3	4	4	42,40%	ns	<0,05	ns
P3	1	1,76	2	2	1,21	1	1	79,20%	1	1	1	1	1,7	1	1	51,50%	<0,05	ns	ns
P4	1	1,89	2	2	1,71	2	2	60,00%	2	2	2	2	1,85	2	2	57,60%		0,534	
P5	1	1,6	2	2	1,42	1	1	53,30%	1	1	1	1	1,39	1	1	63,60%		0,1267	
P6	1	1,36	1	1	1,27	1	1	66,70%	1	1	1	1	1,27	1	1	75,80%		0,4895	
P7	5	2,38	2	2	2,54	2	2	60,00%	2	2	2	2	2,67	2	2	48,50%		0,5067	
P8	5	2,78	2	2	3,98	4	4	44,40%	4	4	4	4	3,76	4	5	36,40%	<0,05	<0,05	ns
P9	5	3,89	4	4	4,21	4	4	73,30%	4	4	4	4	4,33	4	4	57,60%	ns	<0,05	ns
P10	1	2,51	3	3	2,1	2	2	44,40%	2	2	2	2	2	2	2	48,50%	ns	<0,05	ns
P11	5	2,56	3	3	3,48	4	4	40,00%	4	4	4	4	3,97	4	4	63,60%	<0,05	<0,05	ns
P12	5	3,67	4	4	3,15	4	4	61,40%	4	4	4	4	3,52	4	4	45,50%		0,1047	
P13	5	2,84	3	2,3	3	3	3	40,00%	3	3	3	3	2,97	3	4	42,40%		0,599	
P14	5	3,58	4	4	4,21	4	4	62,20%	4	4	4	4	4,18	4	4	48,50%	<0,05	<0,05	ns
P15	5	4,29	4	4	4,38	4	4	57,80%	4	4	4	4	4,18	4	4	54,50%		0,5781	
P16	5	3,89	4	4	4,25	4	4	73,30%	4	4	4	4	3,42	4	4	66,70%	<0,05	ns	ns
P17	5	2,78	3	3	3,38	3	3,4	82,20%	3	3	3,4	3	3,42	3	3	30,30%	<0,05	<0,05	ns
P18	5	3,78	4	4	3,69	4	4	71,10%	4	4	4	4	3,67	4	4	66,70%		0,9293	
P19	5	3,64	4	4	3,88	4	4	57,80%	4	4	4	4	4,21	4	4	54,50%	ns	<0,05	ns
P20	1	2,18	2	2	1,52	1	1	73,30%	1	1	1	1	1,45	1	1	54,50%	<0,05	<0,05	ns
P21	5	3,16	3	3	3,48	3	3	80,00%	3	3	3	3	3,64	4	4	39,40%	ns	<0,05	ns
P22	1	2,91	3	2	2,23	2	2	40,00%	2	2	2	2	1,82	2	2	51,50%	<0,05	<0,05	ns
P23	5	3,07	3	3	3,73	4	4	44,40%	4	4	4	4	3,94	4	4	51,50%	<0,05	<0,05	ns
P24	5	3,96	4	4	4,06	4	4	64,40%	4	4	4	4	4,24	4	4	75,80%		0,2071	

GP: grupos dos alunos do primeiro ano; GE: grupo dos estagiários; GD: grupo dos doutores; ns: não significante

Duas questões do protocolo investigaram aspectos da graduação. Quando perguntados sobre ser preparados na faculdade para tratar pacientes com ideação suicida, 12 (25,5%) estagiários responderam “concordo” e nenhum respondeu “concordo totalmente”, enquanto 12 (36,4%) do GD responderam “concordo” ou “concordo totalmente” ( $p=0,31$ ). Em relação a estar preparado para tratar pessoas com comportamento suicida, 37 estagiários (77,1%) não se sentiam preparados; entre os médicos, 13 (39,4%) responderam da mesma forma ( $p=0,021$ ).

Das afirmações do protocolo de pesquisa, 12 investigaram aspectos relacionados a mitos e conceitos. Houve diferença significativa entre os grupos para oito questões (2, 3, 8, 9, 14, 16, 17, 20). Em relação à questão 2, encontramos diferença entre a resposta dada pelos participantes e a resposta esperada durante a graduação, conforme indicado pelas médias encontradas nos grupos de estudo: GP (média=2,26), GE (média=2,72) e GD (média=3,30); sendo a diferença significativa ( $p<0,05$ ) entre GP e GD.

Nas outras questões com  $p<0,05$  constatou-se aproximação da resposta esperada durante a graduação. Nas questões em que não houve diferença significativa entre os três grupos analisados (4, 6, 7, 15), apenas a questão 7 mostra resultados diferentes do esperado (“concordo” e “concordo totalmente”); GP: média=2,37; GE: média=2,54 e GD: média=2,66).

## Discussão

De acordo com o Código de Ética Médica brasileiro<sup>18</sup>, os médicos devem manter o sigilo das informações que obtêm no exercício de suas funções, mas em caso de risco iminente de morte<sup>2,18</sup> o profissional deve comunicar o fato aos familiares, ou seja, quebrar o sigilo para preservar a vida do enfermo. Segundo o material *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*<sup>29</sup>, elaborado pelo Ministério da Saúde com a Organização Pan-Americana de Saúde e a Universidade Estadual de Campinas, mesmo sem o consentimento, diante de situação de risco que justifique a quebra de sigilo, alguém próximo ao paciente deve ser localizado. Neste estudo, os meios dos resultados obtidos aproximaram-se do esperado à medida que a formação do participante foi ampliada e foram semelhantes aos resultados encontrados na literatura, indicando que este conhecimento é aprendido durante a formação médica.

Quanto à deontologia, em relação ao comportamento suicida, a principal responsabilidade do profissional de saúde é a capacidade de identificar, minimizar e tratar fatores de risco, visando sempre a proteção do paciente<sup>30</sup>. Os participantes da atual pesquisa parecem estar bem instruídos na administração de urgência/emergência e sobre a possibilidade de internação involuntária. Foram encontradas informações errôneas quanto à notificação compulsória: alguns médicos desconheciam a Portaria 1.271/2014 do Ministério da Saúde do Brasil<sup>31</sup>, 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. Segundo a Portaria, as tentativas de suicídio devem ser notificadas em até 24 horas após o evento<sup>31</sup>.

Outra questão encontrada na graduação é a avaliação do risco de suicídio; como não há como prever quem vai cometer suicídio, o risco individual apresentado pelos pacientes deve ser avaliado<sup>30</sup>. Bertolote, Mello-Santos e Botega<sup>30</sup> reforçam a importância de investigar a ideação suicida e os fatores de risco em todos os indivíduos internados em emergências clínicas e em enfermarias não psiquiátricas.

Quanto à ética de princípios, o comportamento suicida surge como circunstância importante na qual o princípio primordial da autonomia pode ser substituído pelos princípios da beneficência e da não maleficência, pois negligenciar o risco à vida e o sofrimento mental resultante do comportamento suicida pode incorrer em imperícia ética. Sobre esta questão, o Código de Ética Médica brasileiro afirma que é vedado ao médico causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência e *a responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida*<sup>32</sup>. Os resultados deste estudo indicam que os participantes não veem o profissional como responsável nos casos de lesões resultantes de tentativa de suicídio após falha do exame médico ou a implementação de precauções após a previsão do potencial suicida.

A formação para lidar com pacientes com ideação, pensamentos e tentativas de suicídio melhora as habilidades médicas em geral; mas os participantes relataram que não foram adequadamente preparados durante a graduação. De acordo com a diretriz desenvolvida pelo CFM em parceria com a ABP, *o tratamento eficaz da doença mental é o pilar mais importante da prevenção do suicídio. Após o tratamento da doença mental (...) o*

*desejo de se matar desaparece*<sup>33</sup>. Tal conceito não parece estar bem estabelecido entre nosso grupo de estudo, que acredita que uma vez que o indivíduo tenha pensado em se matar, o risco de suicídio será condição para toda a vida.

### Considerações finais

Esta pesquisa tem algumas limitações que podem ser minimizadas em estudos futuros. Uma delas é que foi realizada com médicos e estudantes de medicina de região específica do Brasil, ou seja, os resultados obtidos não podem ser generalizados. Outra limitação, apesar de todos os cuidados, diz respeito aos possíveis vieses de informação por

parte dos entrevistados<sup>33</sup>, como falta de atenção ou compreensão, pressa em responder e autocensura.

Entretanto, essas limitações não desvalorizam os resultados e as conclusões alcançadas. Este trabalho registra a opinião e o conhecimento de médicos e estudantes de medicina ligados à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São Paulo, e seus resultados podem ser úteis para futuras comparações, pois este tipo de estudo deve tentar abranger mais instituições, médicos e estudantes.

Nesse sentido, sugerimos a adoção de medidas de educação continuada com uma abordagem mais focada neste tema. Os suicídios são fenômenos complexos que envolvem várias disciplinas; e, nas palavras de Kovács, *neste contexto, respostas simplistas devem dar lugar à reflexão e a um debate multidisciplinar*<sup>34</sup>.

*Esta pesquisa foi apoiada pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic) da Famerp.*

### Referências

1. World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings [Internet]. Genebra: WHO; 2010 [acesso 18 set 2018]. Disponível: <https://bit.ly/39mKC8p>
2. Kovács MJ. Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. *Psicol Teor Prát* [Internet]. 2013 [acesso 9 jul 2016];15(3):69-82. Disponível: <https://bit.ly/2WHWmjb>
3. Michail M, Tait L. Exploring general practitioners' views and experiences on suicide risk assessment and management of young people in primary care: a qualitative study in the UK. *BMJ Open* [Internet]. 2016 [acesso 11 jul 2016];6:e009654. Disponível: <https://bit.ly/33L0Hnf>
4. World Health Organization. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs: sustainable development goals [Internet]. Genebra: WHO; 2016 [acesso 6 ago 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2Uh9NVE>
5. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository [Internet]. 2016 [acesso 6 ago 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2wqg4FH>
6. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide: a framework [Internet]. Genebra: WHO; 2012 [acesso 9 jul 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2y8JYi9>
7. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Genebra: WHO; 2014 [acesso 10 dez 2014]. Disponível: <https://bit.ly/2QKem8Y>
8. Silva TPS, Sougey EB, Silva J. Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2015 [acesso 9 jul 2016];23(2):419-26. Disponível: <https://bit.ly/3bC2GgH>
9. Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ML, editores. *Mental, neurological, and substance use disorders* [Internet]. 3ª ed. Washington: World Bank; 2015 [acesso 25 mar 2020]. (Disease control priorities, 4). DOI: 10.1596/978-1-4648-0426-7
10. Ballard ED, Cwik M, Storr CL, Goldstein M, Eaton WW, Wilcox HC. Recent medical service utilization and health conditions associated with a history of suicide attempts. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2014 [acesso 9 jul 2016];36(4):437-41. Disponível: <https://bit.ly/2UA6yI2>
11. Tait L, Michail M. Educational interventions for general practitioners to identify and manage depression as a suicide risk factor in young people: a systematic review and meta-analysis protocol. *Syst Rev* [Internet]. 2014 [acesso 11 jul 2016];3(1):145. Disponível: <https://bit.ly/3bsZEuK>
12. Schaffer A, Sinyor M, Kurdyak P, Vigod S, Sareen J, Reis C *et al.* Population-based analysis of health care contacts among suicide decedents: identifying opportunities for more targeted suicide prevention strategies. *World Psychiatry* [Internet]. 2016 [acesso 11 jul 2016];15(2):135-45. Disponível: <https://bit.ly/33LEup4>
13. Ahmedani BK, Stewart C, Simon GE, Lynch F, Lu CY, Waitzfelder BE *et al.* Racial/ethnic differences in healthcare visits made prior to suicide attempt across the United States. *Med Care* [Internet]. 2015 [acesso 9 jul 2016];53(5):430-5. Disponível: <https://bit.ly/2vRYOZC>
14. Younes N, Chee CC, Turbelin C, Hanslik T, Passerieux C, Melchior M. Particular difficulties faced by GPs with young adults who will attempt suicide: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2013 [acesso 9 jul 2016];14:68. Disponível: <https://bit.ly/39kS8Rn>




15. Sendra-Gutiérrez JM, Esteban-Vasallo M, Domínguez-Berjón MF. Características de la conducta suicida y factores asociados a su mortalidad en el ámbito hospitalario. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2018 [acesso 11 jul 2018];11(4):234-43. Disponível: <https://bit.ly/3ajYt0D>
16. Gutierrez BAO. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. *Psicol USP* [Internet]. 2014 [acesso 9 jul 2016];25(3):262-9. Disponível: <https://bit.ly/2Ugn0ye>
17. Chakravarthy B, Hoonpongmanont W, Anderson CL, Habicht M, Bruckner T, Lotfipour S. Depression, suicidal ideation, and suicidal attempt presenting to the emergency department: differences between these cohorts. *West J Emerg Med* [Internet]. 2014 [acesso 9 jul 2016];15(2):211-6. Disponível: <https://bit.ly/2QL8g8t>
18. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 1.931/09 [Internet]. Brasília: CFM; 2010 [acesso 18 dez 2014]. Disponível: <https://bit.ly/3dxXFYi>
19. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5ª ed. Nova York: Oxford University Press; 2001.
20. Ho AO. Suicide: rationality and responsibility for life. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2014 [acesso 3 dez 2014];59(3):141-7. Disponível: <https://bit.ly/33Laz0f>
21. Sjöstrand M, Sandman L, Karlsson P, Helgesson G, Eriksson S, Juth N. Ethical deliberations about involuntary treatment: interviews with Swedish psychiatrists. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2015 [acesso 9 jul 2016];16:37. Disponível: <https://bit.ly/3dtR5ly>
22. Feiring E, Ugstad KN. Interpretations of legal criteria for involuntary psychiatric admission: a qualitative analysis. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2014 [acesso 13 jul 2016];14:500. Disponível: <https://bit.ly/2UANtvx>
23. Feiring E, Ugstad KN. Op. cit. p. 10.
24. Daolio ER. Suicídio: tema de reflexão bioética. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2012 [acesso 11 jul 2016];20(3):436-41. Disponível: <https://bit.ly/33NqbAl>
25. Graham RD, Rudd MD, Bryan CJ. Primary care providers' views regarding assessing and treating suicidal patients. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 2011 [acesso 7 nov 2016];41(6):614-23. Disponível: <https://bit.ly/3bwp76V>
26. Malakouti SK, Nojomi M, Ahmadkhaniha HR, Hosseini M, Fallah MY, Khoshalani MM. Integration of suicide prevention program into primary health care network: a field clinical trial in Iran. *Med J Islam Repub Iran* [Internet]. 2015 [acesso 11 jul 2016];29:208. Disponível: <https://bit.ly/2wsCl5N>
27. Beurs DP, Groot MH, Bosmans JE, Keijser J, Mokkenstorm J, Verwey B *et al.* Reducing patients' suicide ideation through training mental health teams in the application of the Dutch multidisciplinary practice guideline on assessment and treatment of suicidal behavior: study protocol of a randomized controlled trial. *Trials* [Internet]. 2013 [acesso 3 dez 2014];14:372. Disponível: <https://bit.ly/39kUHTv>
28. Associação Brasileira de Psiquiatria, Conselho Federal de Medicina. Suicídio: informando para prevenir [Internet]. Brasília: CFM; 2014 [acesso 6 dez 2014]. Disponível: <https://bit.ly/2QKjBFs>
29. D'Oliveira CF, Botega NJ, organizadores. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; ca.2006 [acesso 10 dez 2014]. Disponível: <https://bit.ly/3eytFMm>
30. Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2010 [acesso 14 jan 2015];32(supl 2):S87-95. Disponível: <https://bit.ly/2UCkzoE>
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1.271, de 6 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* [Internet]. Brasília, 9 jun 2014 [acesso 15 abr 2020]. Disponível: <https://bit.ly/34Bx6Nw>
32. Conselho Federal de Medicina. Op. cit. p. 34. Tradução livre.
33. Associação Brasileira de Psiquiatria, Conselho Federal de Medicina. Op. cit. p. 13. Tradução livre.
34. Kovács MJ. Op. cit. p. 76. Tradução livre.


#### Participação dos autores

Gabriela do Prado Rocha realizou a pesquisa de campo. Gerardo Maria de Araújo Filho concebeu o estudo e orientou a discussão. Lazslo Antônio Ávila participou da concepção e desenvolvimento da pesquisa e da versão final. Todos os autores colaboraram na redação do artigo.


Gabriela do Prado Rocha

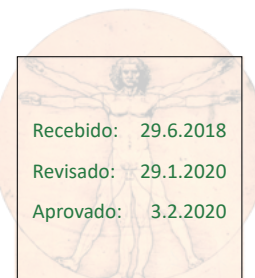
 0000-0002-9791-3564

Gerardo Maria de Araújo Filho

 0000-0001-7112-8456

Lazslo Antônio Ávila

 0000-0001-6392-1016



## Anexo

## Protocolo de pesquisa

Sexo: ( ) M ( ) F Idade:

Ano de graduação:

Se for estudante: ( ) Primeiro ano ( ) Sexto ano (pular para enunciados numerados)

Médico residente: ( ) Sim ( ) Não

Se for residente, qual o ano de residência (considerar todos os anos de residência):

( ) Primeiro ( ) Segundo ( ) Terceiro ( ) Quarto ( ) Quinto ( ) Sexto

Local de trabalho:

( ) Urgência/emergência

( ) UTI

( ) Oncologia

( ) Enfermaria de clínica médica

( ) Enfermaria de cirurgia geral

( ) Ala de ortopedia

Você atende pacientes com ideação suicida em seu local de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, indique a média semanal, que mais se aproxime da realidade, de atendimento de pacientes com ideação suicida em seu local de trabalho:

( ) 1 a 5 pacientes

( ) 6 a 10 pacientes

( ) 11 a 15 pacientes

( ) 16 a 20 pacientes

( ) Mais de 21 pacientes

Você atende no seu local de trabalho pacientes que tentaram se suicidar?

( ) sim ( ) não

Se sim, informe a média semanal, que mais se aproxime da realidade, de atendimento em seu local de trabalho de pacientes que já tentaram suicídio:

( ) 1 a 5 pacientes

( ) 6 a 10 pacientes

( ) 11 a 15 pacientes

( ) 16 a 20 pacientes

( ) Mais de 21 pacientes

Selecione a opção mais apropriada para as seguintes declarações:

1. O suicídio é decisão individual, uma vez que se tem o pleno direito de exercer o livre arbítrio.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo ( ) Não sei ( ) Concordo ( ) Concordo totalmente

2. Quando uma pessoa pensa em cometer suicídio, está arriscada a cometer suicídio para o resto de sua vida.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo ( ) Não sei ( ) Concordo ( ) Concordo totalmente

3. Pessoas que ameaçam se matar não vão fazer isso, elas só querem chamar a atenção.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo ( ) Não sei ( ) Concordo ( ) Concordo totalmente

4. Se uma pessoa que se sentia deprimida e estava pensando em cometer suicídio, no momento seguinte se sentir melhor, isso geralmente significa que o problema acabou.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo ( ) Não sei ( ) Concordo ( ) Concordo totalmente

5. Quando um indivíduo mostra sinais de melhoria ou sobrevive a uma tentativa de suicídio, ele está fora de perigo.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo ( ) Não sei ( ) Concordo ( ) Concordo totalmente

6. Não devemos falar em suicídio, pois isso pode aumentar o risco.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo ( ) Não sei ( ) Concordo ( ) Concordo totalmente

7. O tratamento eficaz de doenças mentais é o pilar mais importante da prevenção de suicídios. Após o tratamento da doença mental, o desejo de matar desaparece.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo ( ) Não sei ( ) Concordo ( ) Concordo totalmente

8. A maioria das pessoas suicidas fala ou mostra sinais sobre suas ideias de morte.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo ( ) Não sei ( ) Concordo ( ) Concordo totalmente

9. Falar com alguém sobre o assunto pode aliviar a angústia e a tensão que os pensamentos suicidas trazem.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo ( ) Não sei ( ) Concordo ( ) Concordo totalmente

10. Pacientes que estão gravemente deprimidos, mas cognitivamente preservados, podem ser considerados competentes para recusar medicamentos antidepressivos.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo ( ) Não sei ( ) Concordo ( ) Concordo totalmente

11. A quebra do sigilo médico em situações envolvendo suicídio pode ser considerada ética e legal.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo ( ) Não sei ( ) Concordo ( ) Concordo totalmente

12. A avaliação do risco de suicídio deve ser feita para todos os pacientes, independentemente da presença de queixas suicidas explícitas.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo ( ) Não sei ( ) Concordo ( ) Concordo totalmente

13. A falha em examinar a propensão do paciente para cometer suicídio ou em estabelecer plano de precaução apropriado, depois de previsto o potencial suicídio, pode levar à responsabilização profissional por danos ao indivíduo em uma tentativa de suicídio.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo ( ) Não sei ( ) Concordo ( ) Concordo totalmente

14. Todo paciente que fala de suicídio tem risco potencial e merece investigação e atenção especiais.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo ( ) Não sei ( ) Concordo ( ) Concordo totalmente

15. A abordagem verbal pode ser tão ou mais importante que a medicação.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo ( ) Não sei ( ) Concordo ( ) Concordo totalmente

16. Embora a maioria das pessoas em risco de suicídio tenha algum distúrbio mental, a maioria não procura profissional da saúde mental.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo ( ) Não sei ( ) Concordo ( ) Concordo totalmente

17. A terapia eletroconvulsiva ainda é o tratamento mais eficaz para a depressão, sendo reservada principalmente para casos selecionados como: depressões graves, depressões refratárias, depressões com sintomas psicóticos e depressões com alto risco de suicídio.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo ( ) Não sei ( ) Concordo ( ) Concordo totalmente

18. Ao identificar um paciente com risco médio de cometer suicídio, a conduta adequada seria solicitar permissão para entrar em contato com familiares, amigos e/ou colegas e explicar a situação sem causar alarme ou subestimá-la, dando apenas as informações necessárias e preservando a confidencialidade sobre outras informações relacionadas às particularidades do indivíduo.

( ) Discordo totalmente ( ) Discordo ( ) Não sei ( ) Concordo ( ) Concordo totalmente

19. Urgência/emergência: a vigilância de 24 horas deve ser estruturada por alguém da equipe de saúde ou cuidador, se avaliado como qualificado, até reavaliação médica. Objetos que possam ser utilizados para ferir a si ou a outros (facas, instrumentos cortantes, medicamentos, cintos e cordas) devem ser mantidos longe do paciente, bem como seus pertences devem ser revistados em busca desses itens. As portas, inclusive a do banheiro, não devem ser trancadas.

Discordo totalmente  Discordo  Não sei  Concordo  Concordo totalmente

20. A prevenção do suicídio deve começar somente em centros com foco na saúde mental.

Discordo totalmente  Discordo  Não sei  Concordo  Concordo totalmente

21. Desde junho de 2014, 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, inclui a tentativa de suicídio como notificação imediata obrigatória em 24 horas a partir do conhecimento do fato.

Discordo totalmente  Discordo  Não sei  Concordo  Concordo totalmente

22. De acordo com o Código de Ética Médica brasileiro, o médico guardará sigilo a respeito das informações de que detenha conhecimento no desempenho de suas funções. O sigilo médico deve ser respeitado mesmo em situações em que o paciente tenha ideação suicida e esteja em risco de cometer suicídio.

Discordo totalmente  Discordo  Não sei  Concordo  Concordo totalmente

23. Em casos de alto risco de suicídio, o médico pode internar o paciente contra sua vontade a fim de garantir a vida.

Discordo totalmente  Discordo  Não sei  Concordo  Concordo totalmente

24. Deve-se assegurar que a pessoa que acaba de tentar o suicídio seja imediatamente colocada em tratamento para reduzir o risco de reincidência e concretização do suicídio.

Discordo totalmente  Discordo  Não sei  Concordo  Concordo totalmente

25. Todas as avaliações médicas devem incluir:

- Doença mental
- História pessoal e familiar de comportamento suicida
- Suicídio (avaliação de risco de suicídio)
- Características de personalidade
- Estressores crônicos e recentes
- Fatores psicossociais e demográficos
- Presença de outras doenças

26. Você foi preparado durante sua graduação para tratar pacientes com ideação suicida?

Discordo totalmente  Discordo  Não sei  Concordo  Concordo totalmente

27. Você se sente preparado para atender pacientes com comportamento suicida (pensamentos, tentativas, planos)?

Sim  Não

28. Em média, qual foi o volume total de trabalho (em horas) destinado a esta formação durante sua graduação (pode incluir aulas de graduação em uma ou mais matérias, estágios focados no tema e discussões sobre o suicídio)?

29. Você sabia ou já ouviu falar da publicação *Suicídio: Informar para prevenir* do Conselho Federal de Medicina em parceria com a Associação Psiquiátrica Brasileira?

Sim  Não

30. Se sim, você leu (toda ou em parte) a publicação *Suicídio: Informar para prevenir* do Conselho Federal de Medicina em parceria com a Associação Psiquiátrica Brasileira?

Sim  Não