



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

KAROLINE HYPPOLITO BARBOSA

**DISTÂNCIA SOCIAL E ESTIGMA DE PROFISSIONAIS DE
SAÚDE SOBRE PESSOAS QUE TENTARAM O SUICÍDIO**

Londrina
2023

KAROLINE HYPPOLITO BARBOSA

**DISTÂNCIA SOCIAL E ESTIGMA DE PROFISSIONAIS DE
SAÚDE SOBRE PESSOAS QUE TENTARAM O SUICÍDIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Hirata Soares

Londrina
2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

B238 Barbosa, Karoline Hyppolito.
Distância Social e Estigma de Profissionais de Saúde sobre Pessoas que Tentaram o Suicídio / Karoline Hyppolito Barbosa. - Londrina, 2023.
61 f.

Orientador: Marcos Hirata Soares.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2023.
Inclui bibliografia.

1. Estigma de Profissionais de Saúde sobre Pessoas que Tentaram o Suicídio. - Tese. 2. Distância Social - Tese. 3. Suicídio - Tese. 4. Saúde Mental - Tese. I. Soares, Marcos Hirata . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

KAROLINE HYPPOLITO BARBOSA

**DISTÂNCIA SOCIAL E ESTIGMA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE
SOBRE PESSOAS QUE TENTARAM O SUICÍDIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcos Hirata Soares
Universidade Estadual de Londrina - PR

Profa. Pós-Dra. Katya Luciane de Oliveira
Universidade Estadual de Londrina - PR

Profa. Dra. Regina Célia Bueno Rezende
Machado
Universidade Estadual de Londrina - PR

Londrina, 24 de Fevereiro de 2023.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus por ser tão presente e fiel em minha vida, à Ele toda honra e glória. Aos meus pais, sinal do amor de Deus por mim, meus alicerces, vocês são a imagem e semelhança D'ele em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por se fazer tão presente em minha vida, meu sustento e meu refúgio. “Senhor eu creio, mas aumentai a minha fé”.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Marcos Hirata, que acreditou em meu trabalho e se manteve presente em todos os momentos, agradeço por todo carinho e dedicação.

Ao meu grupo de pesquisa, GEPPSAM – Grupo de Estudos, Práticas e Pesquisas em Saúde Mental – UEL, por toda parceria e troca de conhecimentos, o caminho foi mais leve com vocês.

A todo corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por todo conhecimento transmitido ao longo desses anos.

Agradeço aos meus pais por todo cuidado, amor e carinho, tudo que sou devo a vocês. Amo vocês de todo meu coração.

A minha família por ser minha base e exemplo de fé. Esse título é seu, meu avô.

Agradeço ao meu noivo por todo amor, carinho, cuidado e zelo, por toda fé em mim. Meu presente de Deus. Nunca serei capaz de agradecer tudo que fez por mim e por nós.

Aos meus amigos que foram essenciais para que eu chegasse até aqui, acompanharam todo o processo de amadurecimento pessoal e profissional, e me fizeram ter coragem pra seguir em frente dando todo apoio e amor que precisei. Sou grata a Deus por todos vocês.

Minha eterna gratidão a todas essas pessoas.

“Se tu choras por ter perdido o sol, as lágrimas
te impedirão de ver as estrelas.”

- O Pequeno Príncipe

BARBOSA, Karoline Hyppolito. **Distância social e estigma de profissionais de saúde sobre pessoas que tentaram o suicídio**. 2023. 61 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2023.

RESUMO

Introdução: O estigma é frequentemente observado em pessoas com transtornos mentais, isso ocorre devido à rotulação acompanhada de preconceitos ou estereótipos. Como produto do estigma, a distância social surge após a rejeição dessas pessoas e é utilizada para identificar o nível de proximidade ou afastamento entre determinado grupo e outro. **Objetivo:** Mensurar a percepção da distância social e percepção do estigma em profissionais de saúde acerca de pessoas que tentaram o suicídio. **Método:** Estudo transversal, composto de uma etapa metodológica, no qual serão aplicadas vinhetas baseadas em casos clínicos retirados da literatura, mediante análise de concordância pelos juízes especialistas em saúde mental, seguida da aplicação da vinheta e respectiva escala de Distância Social em profissionais da saúde. **Resultados:** A análise da concordância entre os experts foi evidenciada por meio do teste Kappa de Fleiss, neste estudo o valor de concordância foi de 0,90 com IC 95% de 0,69-1,10 e $p < 0,001$ o que indicou concordância adequada entre os juízes para o construto analisado, assim como o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que indica a conformidade da análise, sendo consideradas apenas as cargas fatoriais significativas $> 0,52$. Considerando a necessidade de uma análise qualitativa, devido a alteração da estrutura subjacente dos itens, pressupõe-se que uma nova organização seria mais conveniente de ser apresentada. Assim, foram criadas três categorias, segundo os casos clínicos descritos nas vinhetas: (I) Estigma da pessoa com risco de Suicídio associado à imagem corporal de Sobrepeso; (II) Estigma da pessoa com Risco de suicídio associado ao contraimento de Relacionamento Extraconjugal; e (III) Estigma da pessoa com risco de suicídio por atuar como Profissional do Sexo. Isso foi necessário devido à população do estudo direcionar as respostas conforme a subjetividade das vinhetas em relação a cada uma das variáveis. **Conclusão:** O estigma e a distância social puderam ser identificados ao longo do estudo, porém, contrário ao esperado, os profissionais de saúde apresentaram relutância em tal avaliação devido à interferência dos casos clínicos que representavam pessoas com baixo, médio e alto risco de suicídio. A presença de tais variáveis ficou clara em relação aos casos clínicos em que os profissionais identificaram que o fato de ter proximidade com as pessoas descritas, não era algo vantajoso, independente do risco de suicídio descrito.

Palavras-chave: estigma social; ideação suicida; suicídio; saúde mental; profissionais de saúde.

BARBOSA, Karoline Hyppolito. **Social distance and stigma from health professionals about people who have attempted suicide.** 2023. 61 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2023.

ABSTRACT

Introduction: Stigma is often observed in people with mental disorders, this is due to labeling accompanied by prejudice or stereotypes. As a product of stigma, social distance arises after the rejection of these people and is used to identify the level of proximity or distance between a certain group and another. **Objective:** To measure the perception of social distance and perception of stigma in health professionals about people who attempted suicide. **Method:** Cross-sectional study, composed of a methodological step, in which vignettes based on clinical cases taken from the literature will be applied, through agreement analysis by mental health expert judges, followed by the application of the vignette and respective Social Distance scale in health professionals. **Results:** The analysis of the agreement between the experts was evidenced through the Kappa test of Fleiss, in this study the value of agreement was 0.90 with CI 95% of 0.69-1.10 and $p < 0.001$ which indicated adequate agreement between the judges for the analyzed construct, as well as the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test, which indicates the conformity of the analysis, considering only significant factor loadings > 0.52 . Considering the need for a qualitative analysis due to the change in the underlying structure of the items, it is assumed that a new organization would be more convenient to present. Due to this, three categories were created, according to the clinical cases described in the vignettes: (I) Stigma of the person at risk of Suicide associated with the overweight body image; (II) Stigma of the person at risk of suicide associated with contracting an Extramarital Relationship; and (III) Stigma of the person at risk of suicide for working as a Sex Worker. This was necessary because the study population directed the answers according to the subjectivity of the vignettes in relation to each of the variables. **Conclusion:** Stigma and social distance could be identified throughout the study, however, contrary to expectations, health professionals were reluctant to make such an assessment due to the interference of clinical cases that represented people with low, medium and high risk of suicide. The presence of such variables was clear in relation to the clinical cases, in which the professionals identified that being close to the people described was not advantageous, regardless of the risk of suicide described.

Key words: social stigma; suicidal ideation; suicide; mental health; health personnel.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da Amostra (n=110) e Média da Correlação das Variáveis com Score das Vinhetas Aplicadas. Londrina, PR, Brasil, 2022	27
Tabela 2 – Análise por Componentes Principais do Construto “Distância Social dos Profissionais de Saúde Frente ao Suicídio”. (n=110). Londrina, Paraná, 2022.....	29
Tabela 3 – Análise da Confiabilidade dos Itens da Escala de Distância Social dos Profissionais de Saúde Frente ao Suicídio.	30
Tabela 4 – Matriz de Correlação Item a Item e Item-total das Vinhetas Analisadas.....	31
Tabela 5 – Comunalidade dos Fatores Carregados na Análise por Componentes Principais.....	32
Tabela 6 – Comunalidade dos Fatores Carregados na Análise com Extração de 9 Componentes	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
IC	Intervalo de Confiança
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
LGBTQI+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Travestis e transgêneros, Queer, Intersexo
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Móvel Urgência
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1	CARACTERÍSTICAS DO ATO SUICIDA	15
2.2	POLITICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL.....	16
2.3	ESTIGMA E DISTANCIA SOCIAL NO SUICÍDIO	18
2.4	ATUAÇÃO PROFISSIONAL FRENTE AO ESTIGMA DO SUICÍDIO.....	19
3	OBJETIVOS	21
3.1	OBJETIVO GERAL.....	21
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4	MÉTODOS	22
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	22
4.2	VINHETAS.....	23
4.3	ANÁLISE DOS DADOS.....	24
4.4	ÉTICA EM PESQUISA.....	24
5	RESULTADOS	26
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	26
5.2	ANÁLISE DA CONCORDÂNCIA INTER JUÍZES	28
5.3	ANÁLISE POR COMPONENTES PRINCIPAIS	28
6	DISCUSSÃO	34
6.1	ANÁLISE QUALITATIVA: CATEGORIAS	34
6.1.1	Estigma da Pessoa com Risco de Suicídio Associado a Imagem Corporal de Sobrepeso.....	35
6.1.2	Estigma da Pessoa com Risco de Suicídio Associado ao Contrainceto de Relacionamento Extraconjugal.....	37
6.1.3	Estigma da Pessoa com Risco de Suicídio por Atuar como Profissional do Sexo	38
6.2	ANÁLISE DE CONFIABILIDADE E CORRELAÇÕES.....	40

7	CONCLUSÕES	42
	REFERÊNCIAS	44
	APÊNDICES.....	49
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais de Saúde.....	50
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Juízes.....	52
	APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados.....	54
	ANEXOS	58
	ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética	59

1 INTRODUÇÃO

O transtorno mental está presente em grande parte da população, segundo Relatório Mundial de Saúde Mental publicado pela Organização Mundial da Saúde, aproximadamente uma a cada oito pessoas no mundo vivia com o transtorno mental em 2019, o equivalente a 970 milhões de pessoas no mundo. Atualmente, segundo dados divulgados, 28,9% da população mundial sofre de transtorno depressivo, 31,0% de transtorno de ansiedade e 703.000 mortes no mundo por ano são por suicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

O comportamento suicida ocorre em progressão gradual. Inicia-se com a ideação suicida, no qual o indivíduo em sofrimento se vê planejando o fim da vida mediante pensamentos; plano suicida por meio da elaboração do método que o levará a morte; e por fim, a tentativa de suicídio por meio de comportamentos desfavoráveis e maléficos à vida, modo que fica claro o desejo da morte (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

O comportamento suicida é de origem multifatorial, estando diretamente relacionado com a construção da personalidade, autoestima e valores sociais, como interação com a sociedade e família. Quando tal ato se torna ineficaz, com predominância a sentimentos negativos, observa-se a intolerância quanto a conflitos e adversidades da vida (SIMÕES *et al.*, 2022). Está relacionado diretamente com doenças psiquiátricas e tentativas anteriores de suicídio (BORBA *et al.*, 2020; STORINO *et al.*, 2018), visto que tais pessoas possuem elevado risco para cometer o suicídio.

O estigma é definido como preconceito criado a partir de percepções sobre pessoas consideradas incomuns pela sociedade (FERREIRA, 2020), podendo ser frequentemente observado em pessoas com transtornos mentais. Tal fato ocorre devido à rotulação acompanhada de preconceitos ou estereótipos, sendo este processo capaz de causar consequências irreparáveis, como sociais, afetivas e comportamentais, acarretando na perda da autoestima, culpa, desaprovação social, repúdio e isolamento, propiciando a elevação da vulnerabilidade social e até mesmo desempenhando papel agravante para o comportamento suicida (RAN *et al.*, 2021).

Como produto do estigma, a distância social surge após a rejeição dessas pessoas e é utilizada para identificar o nível de proximidade ou afastamento entre determinado grupo e outro. O desejo pela distância social pode ser relacionado

também como uma dedução de ameaças vistas devido a percepções distorcidas pelas demais pessoas, como características físicas ou imprevisibilidade da doença oriunda da sua condição de saúde (LUDWIG *et al.*, 2020).

A temática que envolve o suicídio é cercada por preconceitos, desinformação e rejeição social, inclusive por muitos profissionais na área da saúde. A atuação da equipe multiprofissional que realiza atendimento às pessoas com comportamento suicida deve ser assertiva a fim de conduzir a pessoa para o tratamento eficaz e oferecer acesso a todos os mecanismos que possam contribuir para sua reabilitação física e mental (GUERRERO-DÍAZ *et al.*, 2021).

Os profissionais de saúde estão propensos a apresentarem estigmas em relação aos pacientes atendidos com comportamento suicida, uma vez que a percepção sobre o fato pode envolver crenças e valores individuais. Por isso, é importante que os profissionais de saúde estejam capacitados para abordar o suicídio de uma maneira ampla e sem preconceitos (GUERRERO-DÍAZ *et al.*, 2021).

2 REVISÃO DA LITERATURA

A presença do estigma em pessoas com transtornos mentais contribui para o risco da ideação suicida, assim como o ato suicida propriamente dito. Pessoas estigmatizadas evitam a procura dos serviços de saúde por medo das atitudes estigmatizantes que elas possam sofrer (RAN *et al.*, 2021).

Considerado um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, o suicídio é definido como ato deliberado pelo próprio indivíduo cuja finalidade seja a morte (ALMEIDA *et al.*, 2021). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), para cada suicídio propriamente dito, há muito mais tentativas, sendo este o principal fator de risco para o suicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

2.1 CARACTERÍSTICAS DO ATO SUICIDA

Múltiplos são os fatores que predispõe o comportamento suicida, como transtornos mentais, fatores biológicos, sociais, além da ausência de bem-estar físico e mental. Reconhecer tais causas e seus sinais de alerta torna possível à intervenção precoce ao comportamento suicida e sua prevenção (BORBA *et al.*, 2020).

A tentativa de suicídio pode estar relacionada ao transtorno mental (depressão, transtorno bipolar, alcoolismo, abuso/dependência de drogas e esquizofrenia) e os principais meios utilizados por pessoas para consumir o suicídio são enforcamento, uso de arma de fogo, envenenamento, intoxicação por fumaça/fogo e precipitação de altura (FERREIRA *et al.*, 2018). De acordo com estudo realizado em São Paulo, em uma população de estudo com 113 participantes, apenas 22 pessoas que tentaram suicídio não possuíam algum tipo de transtorno mental (SILVA; MARCOLAN, 2022).

Estão expostos ao maior risco para cometerem suicídio pessoas ou grupos com maior vulnerabilidade, como aqueles que já tentaram suicídio; os que possuem alterações psíquicas e psicológicas; profissionais da segurança pública, população privada de liberdade, população LGBTQI+, imigrantes ou refugiados, pessoas vivendo em situação de rua, histórico familiar como casos de suicídio na família, história de abuso na infância, desemprego, ausência de companheiro, e outros (BACHMANN, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Em 1980 iniciou-se um movimento de reforma na Política Nacional de Saúde Mental do Brasil, devido à necessidade urgente de uma reforma psiquiátrica no país, visto que o que acontecia anteriormente violava os direitos humanos, não fornecendo qualidade ao atendimento dos pacientes. A evolução de tal política no Brasil teve associação direta com a descentralização da saúde e sua administração por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo para que essa política entrasse em vigor aconteceu em nível nacional, motivada principalmente após a reforma psiquiátrica que acontecia na Europa (ALMEIDA, 2019).

Após observar-se a necessidade da substituição do modelo hospitalocêntrico voltado à pacientes psiquiátricos, a fim de promover a integralidade e continuidade do cuidado, corresponsabilização e a descentralização do atendimento, a política passou por reformulação mudando seu foco para atenção à saúde mental, promoção e estratégias contra dependências e redução de danos. O objetivo da Política Nacional de Saúde Mental destinou-se à valorização dos direitos aos portadores de doença mental (ALMEIDA, 2019).

Para tratar desse problema de saúde pública no país, por meio da portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com o objetivo de estruturar estratégias e diretrizes para o atendimento a pessoas com necessidades específicas voltadas a saúde mental, englobando transtornos mentais e dependência a substâncias psicoativas (ALMEIDA, 2019). Por meio de uma corresponsabilização entre as pirâmides hierárquicas, a política teve como propósito a criação de fluxos para o atendimento ao paciente em sofrimento psíquico (SAMPAIO; BISPO JR., 2021).

Segundo Pitta (2011), o maior desafio da reforma psiquiátrica, com o fim dos considerados manicômios, é o fato de que leitos clínicos devem estar disponíveis em todo o território para atenderem pacientes psiquiátricos, sempre que necessário, além das internações diurnas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como será abordado posteriormente. Com isso espera-se ofertar apoio integral ao paciente psiquiátrico, uma vez que, ao se pensar em uma assistência em saúde mental adequada, deve-se pensar além dos leitos, mas sim de sua disponibilidade para atendê-los com humanização.

Essa política define a responsabilidade da RAPS e visa à organização da

saúde mental no país, com foco na ampliação do acesso à atenção psicossocial de pessoas em sofrimento psíquico, dependentes químicos e pessoas com transtornos mentais. É constituída por diversas unidades em diferentes níveis de atenção a saúde e atua desde a identificação do sofrimento psíquico até a reabilitação do indivíduo e familiares quando necessário, por meio do acolhimento, escuta e acompanhamento contínuo a nível ambulatorial e a urgências psiquiátricas quando necessário (LIMA; GUIMARÃES, 2019; AMARANTE; NUNES, 2018).

A seguir serão descritos alguns meios de porta de entrada para assistência a saúde de pessoas em sofrimento psíquico e outros sintomas que podem acarretar no comportamento suicida. O primeiro nível de atenção incorporado à RAPS é o CAPS, que por meio de uma equipe multiprofissional presta atendimento de maneira interdisciplinar a pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico, com caráter aberto e comunitário (ALMEIDA, 2019).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são pontos de atenção localizados na maior parte das regiões do Brasil e oferecem atendimentos que visam à promoção da saúde e prevenção de agravos por meio de diferentes programas executados por equipe multiprofissionais. Nos atendimentos realizados a população, é possível à identificação de pessoas com fatores de risco ou que apresentam sinais que podem desencadear a tentativa de suicídio e por isso, essas unidades são pontos estratégicos de intervenção e devem atuar em parceria para os CAPS (SAMPAIO; BISPO JR., 2021).

O Serviço de Móvel Urgência (SAMU) também é um importante ponto de assistência à pessoa que executa a tentativa de suicídio. Na maioria dos casos, é o SAMU realiza o primeiro atendimento de urgência e emergência. A condução desse atendimento é determinante para a recuperação do paciente (SAMPAIO; BISPO JR., 2021).

Já as instituições hospitalares que integram a RAPS no âmbito SUS, como Enfermaria Especializada em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência, realizam o tratamento aos agravos clínicos decorrentes da tentativa de suicídio e também devem conduzir a estabilização psíquica e emocional para que após a alta o indivíduo dê seguimento ao tratamento para evitar novas tentativas (SAMPAIO; BISPO JR., 2021). O paciente em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais após a tentativa de suicídio chega ao ambiente hospitalar pela emergência, e após o controle dos sintomas identificados em sua chegada, é encaminhado a setores de

internação onde permaneceram até seu reestabelecimento físico e emocional (SANTOS *et al.*, 2019).

2.3 ESTIGMA E DISTÂNCIA SOCIAL NO SUICÍDIO

O estigma pode ser definido como algo que precisa ser evitado, como ameaça a pessoas consideradas normais pela sociedade. Atrelado ao estigma observa-se a discriminação e o preconceito. O preconceito é algo intrínseco ao sujeito, enquanto a discriminação ocorre após comportamentos, onde após um ato realizado pelo sujeito a ser discriminado, sua raça, idade, sexo, deficiências ou outras características interferem diretamente no julgamento para a discriminação. Ambos levam a exteriorização do estigma (FERREIRA, 2020; MELO; MONTEIRO, 2021).

Podendo ser subdividido em diferentes níveis, o estigma pode ser posto como: Estigma Social; Estigma Estrutural; Auto Estigma; Estigma Antecipado; e Estigma Internalizado (MA; LOKE, 2019). As consequências geradas pelo estigma fazem com que o portador de transtorno mental desenvolva medo da rejeição social e busque estratégias para o enfrentamento. Ao esconder sua real condição, a pessoa estigmatizada eleva em si o sofrimento psíquico (RAN *et al.*, 2021).

Ao identificar estereótipos, trejeitos e atitudes consideradas não típicas, o estigma abre espaço para o desejo pela distância social, fazendo com que ocorra uma desvalorização do indivíduo frente à sociedade. A distância social influencia diretamente no julgamento acerca de pacientes com transtornos mentais, até por profissionais de saúde especialistas na área da saúde mental, onde o desejo pela distância social ao paciente em sofrimento psíquico se sobressai frente ao profissionalismo (FERREIRA, 2020; MELO; MONTEIRO, 2021).

Um fato que compromete a busca ativa e recuperação das pessoas com risco de cometer suicídio se refere ao estigma enfrentado por elas, uma vez que, para muitos, o ato suicida denota para sociedade rótulos como a fragilidade, a fraqueza, a falta de fé e outros diversos preconceitos que afetam o indivíduo de sua família. Dessa forma, a intervenção relacionada ao comportamento suicida deve abranger o indivíduo, a família e a toda comunidade, visto que se trata de um fenômeno complexo e multifatorial, que afeta todas as classes sociais e etárias (FERREIRA *et al.*, 2018).

Dentre vários sentimentos que emergem naquele que tenta o suicídio, a culpa é um sentimento que se manifesta na maioria das pessoas que cometem o ato suicida e em seus familiares. O indivíduo se martiriza por não conseguir sozinho superar a intenção de cometer o suicídio e seus amigos e familiares se culpam pela atitude tomada pela pessoa e pelo fato de não terem realizado nenhuma ação para auxiliar e evitar a prática. O sentimento de culpa pesa negativamente sobre o ambiente e compromete a recuperação do indivíduo com a idealização suicida e a superação do sofrimento de todos os envolvidos (FEIJOO, 2021; OLIVEIRA; FARIA, 2019).

2.4 ATUAÇÃO PROFISSIONAL FRENTE AO ESTIGMA DO SUICÍDIO

O comportamento suicida gera grande demanda aos serviços de saúde, seja durante a ideação suicida ou após a tentativa do suicídio. O paciente chega, na maioria dos casos, ao serviço de emergência após o ato realizado e considerando a gravidade do caso. (STORINO *et al.*, 2018).

Com o ato suicida não consumado, o indivíduo chega ao serviço de saúde após o autoextermínio, geralmente em hospitais de grande porte pela gravidade do ocorrido. Estimativas trazem que de 63% dos pacientes procuram os serviços de saúde após intoxicação e 70% após envenenamento intencional, sendo este o método mais utilizado para a tentativa do autoextermínio (FREITAS; BORGES, 2017).

Estudo realizado em Santa Catarina em Unidades de Pronto Atendimento e em Pronto-Socorro, realizado com 16 profissionais de saúde, evidenciou que pacientes suicidas, após a alta hospitalar, não aderem ao tratamento ambulatorial, no qual se faz necessária a busca ativa por meio da atenção primária (FREITAS; BORGES, 2017). A atenção primária possui papel fundamental no dia a dia deste paciente. É nela que o paciente recebe, em sua maioria, o diagnóstico inicial de transtorno mental, oportunizando a intervenção direta na promoção da saúde e prevenção de agravos, e principalmente, na criação de vínculo com o paciente e toda sua rede de apoio (STORINO *et al.*, 2018).

Contudo, é fato que a temática que envolve o suicídio é cercada por preconceitos, desinformação e rejeição social, inclusive por muitos profissionais na área da saúde (DUTRA *et al.*, 2018; MELO; MONTEIRO, 2021). O profissional de

saúde considerado capacitado para atender diversas situações é o mesmo profissional que ao se deparar com alterações psiquiátricas, se vê despreparado tanto profissionalmente quanto emocionalmente (STORINO *et al.*, 2018).

De acordo com estudo qualitativo realizado por Freitas e Borges (2017), os profissionais entrevistados relataram a existência de sentimentos negativos durante o atendimento, como medo, revolta, vergonha, tristeza e sentimento de impotência, demonstrando um despreparo frente à complexidade do atendimento ao paciente suicida. Tal fato ocorre principalmente devido interferências pessoais (FREITAS; BORGES, 2017), falta de preparo, escassez de conhecimento sobre a vasta área da saúde mental, e, sobretudo, pelo estigma levando ao anseio da distância social (STORINO *et al.*, 2018).

O desejo pela distância social faz com que grande parte dos profissionais de saúde despertem preconceito à pacientes portadores de transtornos psiquiátricos, assim como em pacientes com comportamento suicida, interferindo diretamente na qualidade da assistência e elevando o desejo do indivíduo ao suicídio, pois se exacerba o sentimento de desvalorização e menosprezo pelo seu sofrimento. A redução do estigma nos serviços de saúde frente ao comportamento suicida proporciona um atendimento eficaz ao indivíduo em elevado sofrimento psíquico, assim como garante uma intervenção efetiva para sua prevenção (STORINO *et al.*, 2018).

Torna-se então essencial a atuação de uma equipe multiprofissional qualificada nos diferentes níveis de atenção da RAPS, com enfoque nos sinais de alerta para identificar o comportamento suicida em quaisquer fases, reduzindo as taxas de suicídio, suas consequências, e promovendo novamente o bem-estar físico e mental do indivíduo e de todos que o cercam (BORBA *et al.*, 2020).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Mensurar a percepção da distância social e percepção do estigma em profissionais de saúde acerca de pessoas que tentaram o suicídio.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a relação da distância social entre profissionais de saúde e o estigma de pessoas que tentaram suicídio;
- Construir e buscar evidências de validade representando três casos clínicos de pessoas com baixo, médio e alto risco para suicídio.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal, desenvolvido em um Hospital Terciário Universitário e no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Norte do Paraná. O hospital atende casos de alta complexidade, com uma totalidade de 465 leitos. O SAMU oferta atendimentos na cidade desde 2003 e com abrangência a toda 17ª Regional de Saúde.

A primeira etapa do estudo foi desenvolvida com cinco juízes experts na área de saúde mental para validação do instrumento de coleta de dados. Os juízes foram eleitos por meio de busca na plataforma Lattes com os seguintes critérios: Profissional de saúde mental, com titulação de mestrado e com experiência profissional na área; Pesquisador, com titulação de doutorado e com produção científica na área de saúde mental.

A segunda etapa consistiu na apresentação das vinhetas previamente validadas pelos juízes, na primeira etapa. A terceira etapa contou com 110 profissionais de saúde que atuam em um hospital terciário de alta complexidade e no SAMU-PR.

Como critério de inclusão, profissionais ativos nos serviços de saúde e com experiência mínima de seis meses na função proposta.

A coleta de dados ocorreu por meio de questionários autoaplicáveis, administrados individualmente, em horário previamente estabelecido entre o pesquisador e o entrevistado, no período de maio de 2022.

A primeira etapa da coleta de dados contou com sete questões que abordavam a caracterização sociodemográfica: sexo, idade, situação conjugal, religião, caracterização profissional e acadêmica.

Os participantes da pesquisa foram profissionais de saúde, atuantes no Hospital Terciário proposto para o estudo e no SAMU Londrina, sendo estes, Condutor Socorrista, Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros e Médicos.

4.2 VINHETAS

As vinhetas foram construídas baseadas em casos clínicos retirados da

literatura (SOARES, M. H., 2019), mediante análise de concordância pelos juízes especialistas em saúde mental, seguida da aplicação da vinheta e respectiva escala de Distância Social em profissionais da área da saúde. Conforme o manual de prevenção do suicídio elaborado pela Organização Panamericana de Saúde (2006), o suicídio pode ser classificado em três diferentes níveis: baixo, médio e alto risco de suicídio.

O baixo risco de suicídio ocorre quando o pensamento suicida é verbalizado, mas sem planejamento do ato. O médio risco fica evidente quando o planejamento do suicídio acontece, porém sem intenção de fazê-lo imediatamente. E por fim, o alto risco de suicídio, onde o pensamento suicida e o plano já estão claros em sua mente, mostrando a outros cada vez mais o desejo pela morte (BRASIL, 2006).

Vinheta baixo risco: “Julia, 20 anos, solteira, estudante do 3º ano de Engenharia Civil, é umas das poucas mulheres em sua turma. Mesmo sendo uma pessoa de fácil interação social, se sentia inferior às demais pessoas, por estar acima do peso desde a infância. Recentemente, buscou o pronto socorro referindo palpitações e dispneia. Ela foi avaliada e liberada de alta, pois não foram identificadas alterações clínicas, muito embora, na triagem ela havia dito ao Enfermeiro: - Nunca resolvem o meu problema. Só terei paz se morrer, ao ser questionada sobre ideação e intenção suicida, referiu que tem esse pensamento de morte há alguns anos, porém, sem intenção nem planejamento de como fazê-lo. Ainda, nega tentativas anteriores de suicídio”.

Vinheta médio risco: “Arthur, 47 anos, casado há 10 anos, têm dois filhos. Devido aos sintomas de cansaço e fraqueza constantes, procurou o hospital para se tratar e acabou sendo diagnosticado com o vírus HIV. Em atendimento com a psicóloga, Arthur refere que teme por seu casamento e que não iria conseguir contar para sua esposa sobre sua condição, visto que a causa havia sido sua infidelidade. Muito desolado, Arthur disse para a técnica de enfermagem que passou a noite pensando em se jogar pela janela quando ninguém estivesse por perto, pois isso resolveria todos os seus problemas e disse ainda que anteriormente já havia tentado se matar com uma garrafa de vidro e não conseguiu, mas que agora ele iria conseguir”.

Vinheta alto risco: “Natalia, profissional do sexo, 25 anos, mora com seus pais, ambos aposentados. O fato de ser a principal provedora da família gera um desgaste emocional associado ao preconceito que sofre por parte dos seus

familiares e da sociedade. Na noite passada, o pai de Natalia, ao não ser atendido após chamá-la, arrombou a porta e a encontrou desfalecida com uma toalha envolta ao seu pescoço. Imediatamente, foi acionado o SAMU e ao chegar ao local, reconheceram a paciente, por ter sido a quarta vez. Natalia estava inconsciente com sinais vitais presentes, porém instáveis e a equipe a encaminhou ao hospital mais próximo. No trajeto, ela disse a equipe: - Desta vez, me deixem morrer por favor, estou cansada de tentar, mas uma hora vou conseguir acabar com esse sofrimento.”

Foram utilizadas como base de raciocínio para que os sujeitos da pesquisa pudessem responder os itens da Escala de Distância Social criada por Emory Bogardus (1925), a fim de mensurar a distância social. Após a leitura das vinhetas, os participantes responderam baseando-se em cada vinheta, sobre o quanto concordam com as assertivas descritas em uma escala tipo Likert, de cinco pontos, com pontuação total entre cinco e 25 pontos.

“Em uma escala de 1 a 5, onde 1 corresponde a ‘discordo totalmente’ e 5 a ‘concordo totalmente’, o quanto você gostaria de: (1) Ser vizinho dessa pessoa; (2) Começar uma conversa com essa pessoa; (3) Ser amigo desta pessoa; (4) Trabalhar com esta pessoa; (5) Ter alguém da família casado com essa pessoa”. As assertivas foram adaptadas do estudo de Link *et al.* (1999), onde foram construídas vinhetas simbolizando pessoas com transtornos depressivos, esquizofrenia, dependência de substâncias psicoativas e pessoas consideradas anormais perante a sociedade.

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Foi empregada a análise fatorial exploratória dos dados por meio do programa estatístico Jamovi®, além da Análise por Componentes Principais.

4.4 ÉTICA EM PESQUISA

O estudo atendeu aos critérios éticos e em conformidade com a Resolução CNS nº 466/2012 de Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo Seres Humanos, sendo aprovado pelo comitê de ética das duas instituições em que a coleta de dados foi realizada. Aprovado sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 55681922.9.0000.5231.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

A população do estudo contou com 110 profissionais de saúde, atuantes no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgência e em um Hospital terciário. Para atender ao objetivo de caracterização dos participantes e os scores nas vinhetas, foi empregada a estatística descritiva. Os dados podem ser vistos na Tabela 1.

A amostra contou com profissionais com idade entre 21 e 60 anos, predominantemente do sexo feminino, 63,6% (n=70), 57,3% (n=63) casados ou com companheiros e técnico de enfermagem como profissão predominante, 47,3% (n=52).

Tabela 1 – Caracterização da Amostra (n=110) e Média da Correlação das Variáveis com Score das Vinhetas Aplicadas. Londrina, PR, Brasil, 2022

Variáveis	n	%	Média (mediana) do score Vinheta 1	Média (mediana) do score Vinheta 2	Média (mediana) do score Vinheta 3
Sexo					
Masculino	40	36,4	19 (20)	18,15 (19)	17,8 (18,5)
Feminino	70	63,6	18,61 (19)	16,81 (18)	16,54 (16)
Situação Conjugal					
Solteiro, viúvo ou sem companheiro	47	42,7	18,40 (19)	16,27 (16)	16 (16)
Casado ou com companheiro	63	57,3	19,01 (20)	18,06 (19)	17,74 (19)
Profissão					
Condutor Socorrista	11	10,0	19,81 (20)	18,72 (19)	19,45 (20)
Técnico em Enfermagem	52	47,3	18,21 (19)	17,15 (18)	16,78 (17)
Enfermeiro	38	34,5	19,21 (19)	16,92 (17)	16,36 (17)
Médico	9	8,2	18,66 (20)	18 (18)	17,88 (18)

Fonte: Produzida pelo autor.

5.2 ANÁLISE DA CONCORDÂNCIA INTER JUÍZES

Para a análise da concordância entre os experts foi utilizado o teste Kappa de Fleiss, cujo valor varia de 0 a 1, onde $< 0,00$ considera-se uma concordância ruim, 0,00-0,20 concordância leve, 0,21-0,40 concordância justa, 0,41-0,60 concordância moderada, 0,61-0,80 concordância substancial e 0,81-1,00 concordância quase perfeita (LANDIS; KOCH, 1977).

Neste estudo o valor de concordância foi de 0,90 com IC 95% de 0,69-1,10 e $p < 0.001$ o que indicou concordância adequada entre os juízes para o construto analisado.

A média do score da escala de distância social e estigma foram definidos como variável dependente e as variáveis relacionadas à caracterização sociodemográficas as independentes. Já as vinhetas foram descritas conforme o grau do suicídio exemplificado, como baixo, médio e alto risco de suicídio.

5.3 ANÁLISE POR COMPONENTES PRINCIPAIS

Foi realizado teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que indica a conformidade da análise. Conforme demonstrado, a Tabela 2 apresenta a carga fatorial das variáveis em relação aos componentes, variância comum e valores de KMO.

A partir das informações analisadas, foram consideradas apenas as cargas fatoriais significativas – assim compreendidas aquelas com valores $> 0,52$. Por sua vez, os valores de KMO são considerados: excelentes quando $> 0,8$; bons quando entre 0,7 e 0,8; medianos entre 0,6 e 0,7; ruim entre 0,5 e 0,6; e inaceitável $< 0,5$ (MATOS; RODRIGUES, 2019).

A análise de dados ocorreu por meio de três etapas. Na primeira etapa avaliou-se a carga fatorial de item a item em relação ao componente e sua variância comum.

Tabela 2 - Análise por Componentes Principais do Construto “Distância Social dos Profissionais de Saúde Frente ao Suicídio”. (n=110). Londrina, Paraná, 2022

Variáveis	Carga Fatorial			KMO*
	Componente 1	Componente 2	Componente 3	KMO**
				0,806
1. Gostaria de ser vizinho dessa pessoa.		0,313	0,885	0,688
2. Começaria uma conversa com essa pessoa.	0,370		0,682	0,677
3. Seria amigo desta pessoa.	0,325		0,674	0,738
4. Trabalharia com esta pessoa.	0,360		0,433	0,829
5. Gostaria de ter alguém da família casado com esta pessoa.		0,687	0,421	0,827
6. Gostaria de ser vizinho dessa pessoa.	0,341	0,544	0,323	0,868
7. Começaria uma conversa com essa pessoa.	0,705		0,313	0,829
8. Seria amigo desta pessoa.	0,740			0,840
9. Trabalharia com esta pessoa.	0,674			0,773
10. Gostaria de ter alguém da família casado com esta pessoa.		0,805		0,816
11. Gostaria de ser vizinho dessa pessoa.	0,471	0,510	0,351	0,857
12. Começaria uma conversa com essa pessoa.	0,829			0,822
13. Seria amigo desta pessoa.	0,810			0,818
14. Trabalharia com esta pessoa.	0,503	0,476		0,875
15. Gostaria de ter alguém da família casado com esta pessoa.		0,861		0,768

*Teste de Kaiser-Mayer-Olkin

**KMO Total

As vinhetas aplicadas para base do raciocínio, por meio de quadros clínicos, tiveram sua estrutura interna evidenciada por meio do Alfa de Cronbach e Ômega de McDonald. A Tabela 3 apresenta esses dados.

Tabela 3 – Análise da Confiabilidade dos Itens da Escala de Distância Social dos Profissionais de Saúde Frente ao Suicídio

Variável	Alfa de Cronbach	Ômega de McDonald
Vinheta Baixo Risco	0,733	0,746
Vinheta Médio Risco	0,779	0,792
Vinheta Alto Risco	0,834	0,842

Ainda na primeira etapa avaliou-se a carga fatorial dos itens assim como sua consistência por meio da correlação entre item a item e avaliação entre item-total, como visto na Tabela 4, que buscou apresentar os dados inerentes ao propósito do estudo.

Tabela 4 - Matriz de Correlação Item a Item e Item-total das Vinhetas Analisadas

Vinheta*	Baixo Risco					Médio Risco					Alto Risco				
	V 1.1	V 1.2	V 1.3	V 1.4	V 1.5	V 2.1	V 2.2	V 2.3	V 2.4	V 2.5	V 3.1	V 3.2	V 3.3	V 3.4	V 3.5
V 1.1															
V 1.2	0,449														
V 1.3	0,495	0,459													
V 1.4	0,368	0,167	0,423												
V 1.5	0,465	0,199	0,288	0,305											
V 2.1	0,462	0,168	0,228	0,376	0,428										
V 2.2	0,271	0,512	0,280	0,380	0,231	0,417									
V 2.3	0,198	0,272	0,421	0,349	0,318	0,488	0,568								
V 2.4	0,193	0,311	0,380	0,450	0,236	0,386	0,424	0,659							
V 2.5	0,150	-,037	0,116	0,236	0,504	0,367	0,252	0,365	0,276						
V 3.1	0,528	0,194	0,381	0,477	0,339	0,548	0,408	0,470	0,315	0,371					
V 3.2	0,178	0,457	0,288	0,322	0,217	0,343	0,661	0,545	0,437	0,265	0,529				
V 3.3	0,130	0,225	0,420	0,339	0,178	0,434	0,479	0,596	0,475	0,349	0,608	0,714			
V 3.4	0,324	0,149	0,309	0,392	0,243	0,373	0,291	0,410	0,442	0,391	0,589	0,472	0,519		
V 3.5	0,229	0,019	0,172	0,232	0,576	0,459	0,220	0,398	0,183	0,715	0,471	0,311	0,392	0,481	

* V 1.1: Gostaria de ser vizinho dessa pessoa; V 1.2: Começaria uma conversa com essa pessoa; V 1.3: Seria amigo desta pessoa; V 1.4: Trabalharia com esta pessoa; V 1.5: Gostaria de ter alguém da família casado com esta pessoa.
V 2.1: Gostaria de ser vizinho dessa pessoa; V 2.2: Começaria uma conversa com essa pessoa; V 2.3: Seria amigo desta pessoa; V 2.4: Trabalharia com esta pessoa; V 2.5: Gostaria de ter alguém da família casado com esta pessoa.
V 3.1: Gostaria de ser vizinho dessa pessoa; V 3.2: Começaria uma conversa com essa pessoa; V 3.3: Seria amigo desta pessoa; V 3.4: Trabalharia com esta pessoa; V 3.5: Gostaria de ter alguém da família casado com esta pessoa.

Também foi avaliada a carga fatorial de todos os itens, como apresentado na Tabela 5 de modo descritivo, com a finalidade de assegurar a consistência do estudo.

Tabela 5 - Comunalidade dos Fatores Carregados na Análise por Componentes Principais

Variável*	Componentes			MSA KMO**
	1	2	3	
TOTAL				0,806
V 1.1		0,313	0,855	0,688
V 1.2	0,370		0,682	0,677
V 1.3	0,325		0,674	0,738
V 1.4	0,360		0,433	0,829
V 1.5		0,687	0,421	0,827
V 2.1	0,341	0,544	0,323	0,868
V 2.2	0,705		0,313	0,829
V 2.3	0,740			0,840
V 2.4	0,674			0,773
V 2.5		0,805		0,816
V 3.1	0,471	0,510	0,351	0,857
V 3.2	0,829			0,822
V 3.3	0,810			0,818
V 3.4	0,503	0,476		0,875
V 3.5		0,861		0,768

* V 1.1: Gostaria de ser vizinho dessa pessoa; V 1.2: Começaria uma conversa com essa pessoa; V 1.3: Seria amigo desta pessoa; V 1.4: Trabalharia com esta pessoa; V 1.5: Gostaria de ter alguém da família casado com esta pessoa.

V 2.1: Gostaria de ser vizinho dessa pessoa; V 2.2: Começaria uma conversa com essa pessoa; V 2.3: Seria amigo desta pessoa; V 2.4: Trabalharia com esta pessoa; V 2.5: Gostaria de ter alguém da família casado com esta pessoa.

V 3.1: Gostaria de ser vizinho dessa pessoa; V 3.2: Começaria uma conversa com essa pessoa; V 3.3: Seria amigo desta pessoa; V 3.4: Trabalharia com esta pessoa; V 3.5: Gostaria de ter alguém da família casado com esta pessoa.

** Medida de Adequação da Amostragem do Teste de Kaiser-Mayer-Olkin

Na segunda etapa, conforme mostra a Tabela 6, foram eliminados os itens cujas cargas fatoriais estivessem $< 0,6$, que é o critério de significância estatística para um estudo com 100 sujeitos, segundo Hair *et al.* (2009). Com isso observou-se que com a análise das 15 variáveis, sem a extração de componentes, a variância total foi de 62,9%. Após a extração de 9 componentes, no qual a carga fatorial das variáveis manteve-se $> 0,6$, obteve-se a variância total de 64,5%, garantindo maior confiabilidade ao estudo.

Tabela 6 - Comunalidade dos Fatores Carregados na Análise com Extração de 9 Componentes

Variável*	Componentes			MSA KMO**
	1	2	3	
TOTAL				0,831
V 1.3			0,777	0,814
V 1.4			0,737	0,866
V 1.5		0,744		0,793
V 2.1				0,877
V 2.2	0,724			0,818
V 2.3	0,656			0,864
V 2.4				0,777
V 2.5		0,820		0,813
V 3.1				0,880
V 3.2	0,873			0,799
V 3.3	0,808			0,847
V 3.4				0,871
V 3.5		0,882		0,771

* V 1.3: Seria amigo desta pessoa; V 1.4: Trabalharia com esta pessoa; V 1.5: Gostaria de ter alguém da família casado com esta pessoa.

V 2.1: Gostaria de ser vizinho dessa pessoa; V 2.2: Começaria uma conversa com essa pessoa; V 2.3: Seria amigo desta pessoa; V 2.4: Trabalharia com esta pessoa; V 2.5: Gostaria de ter alguém da família casado com esta pessoa.

V 3.1: Gostaria de ser vizinho dessa pessoa; V 3.2: Começaria uma conversa com essa pessoa; V 3.3: Seria amigo desta pessoa; V 3.4: Trabalharia com esta pessoa; V 3.5: Gostaria de ter alguém da família casado com esta pessoa.

** Medida de Adequação da Amostragem do Teste de Kaiser-Mayer-Olkin

6 DISCUSSÃO

O profissional de saúde desempenha papel fundamental no atendimento ao paciente com comportamento suicida. A atitude deste profissional poderá interferir diretamente no cuidado ofertado ao paciente, assim como em seu reestabelecimento (STORINO *et al.*, 2018).

O objetivo do presente estudo foi identificar a distância social e o estigma de profissionais de saúde sobre pessoas que tentaram o suicídio, por meio de vinhetas com representações de casos clínicos divididos em: baixo, médio e alto risco de suicídio. Ao longo do estudo, esperava-se que as atitudes dos profissionais fossem relacionadas ao grau de risco do suicídio associado aos respectivos casos descritos.

Porém, o presente estudo evidenciou que as atitudes estigmatizantes identificadas nos profissionais de saúde tiveram correlação com o desejo de proximidade ou distanciamento da pessoa que tentou o suicídio, conforme descrito nas vinhetas, e não com base no grau do risco de suicídio (baixo, médio e alto risco). Um estudo realizado na Alemanha, com 2.002 participantes, com o objetivo de identificar o estigma de pessoas que praticam o suicídio, por meio de vinhetas apresentadas via contato telefônico, apontou que as atitudes estigmatizantes tiveram relação com a diferença de sexo, idade e condição médica da pessoa que tentou o suicídio. Notou-se uma correlação direta com as variáveis sociodemográficas (LUDWIG *et al.*, 2020).

Por sua vez, no presente estudo, observa-se (conforme a Tabela 1) que as variáveis sociodemográficas não interferiram significativamente no desejo de distância social. É possível analisar a média, bem como a mediana, das respostas apresentadas nas vinhetas representativas dos riscos de suicídio de duas formas distintas a seguir descritas.

Em uma primeira observação nota-se que os escores apresentados poderiam variar conforme o nível de sentimento de estigma. Nesse aspecto, o estudo evidenciou que, independentemente das variáveis, os profissionais tenderam a distanciar-se do sentimento de estigma.

O segundo aspecto importante de análise dos dados obtidos na Tabela 1, se dá justamente pela observação de que as variáveis identificadas nas linhas da tabela não apresentam grande alteração quando comparadas com as médias de cada uma das três vinhetas. Isso implica dizer que o grau de suicídio ser baixo,

médio ou alto, pouco influenciou nas respostas dos profissionais de saúde.

Considerando as tabelas já analisadas, houve entendimento de que a estrutura subjacente dos itens foi alterada, sendo necessário um olhar qualitativo sobre o conteúdo.

6.1 ANÁLISE QUALITATIVA: CATEGORIAS

Ao fazer a leitura qualitativa, pressupõe-se que uma nova organização seria mais conveniente de ser apresentada. Ocorre que, as variáveis que outrora estavam divididas conforme o risco de suicídio relacionado às respectivas vinhetas, foram após a análise qualitativa, subdivididas em três categorias, segundo os casos clínicos descritos nas vinhetas: (I) Estigma da pessoa com risco de Suicídio associado a imagem corporal de Sobrepeso; (II) Estigma da pessoa com Risco de suicídio associado ao contraimento de Relacionamento Extraconjugal; e (III) Estigma da pessoa com risco de suicídio por atuar como Profissional do Sexo. Isso foi necessário devido à população do estudo direcionar as respostas conforme a subjetividade das vinhetas em relação a cada uma das variáveis.

6.1.1 Estigma da Pessoa com Risco de Suicídio Associado a Imagem Corporal de Sobrepeso

A vinheta 1 representa um caso clínico de baixo risco de suicídio, em que uma estudante, por estar acima do peso desde a infância, mesmo sendo uma pessoa de fácil interação social, sente-se inferior as demais pessoas e busca alívio de sua ansiedade e angústia por meio de mutilações – o que se traduz em pensamentos suicidas.

A condição de estar acima do peso induz a uma estigmatização, por meio de estereótipos negativos divergentes do padrão corporal cultural aceito pela sociedade. Dessa forma, a criação da imagem corporal é multifatorial – influenciada por diversos fatores, dentre eles o cultural (TAROZO; PESSA, 2020).

O fato de o caso estar relacionado com a obesidade, fez com que houvesse um nível de aceitabilidade social pelos profissionais de saúde. Neste estudo, tal fato pôde ser associado ao baixo risco de suicídio.

Embora exista um estigma sobre as pessoas com tais características, os

estereótipos sociais fazem com que essa seja uma condição mais “aceitável” perante a sociedade (TAROZO; PESSA, 2020). Isso pode decorrer do fato de que nos dias atuais, 18,9% dos brasileiros convivem com a condição de obesidade – de acordo com estudo qualitativo realizado em São Paulo, com o objetivo de “identificar ações sobre o corpo que são percebidas como cuidado em pessoas obesas e analisar as implicações dessas percepções para a atuação dos profissionais da área da saúde” onde 12 participantes foram entrevistados (ARAÚJO *et al.*, 2019).

Nesse contexto, após a leitura da vinheta 1, a qual engloba o caso relacionado à obesidade, as variáveis com relevância demonstradas na Tabela 2 foram: (1) Gostaria de ser vizinho dessa pessoa; (2) Começaria uma conversa com essa pessoa; (3) Seria amigo desta pessoa. Como já descrito, observou-se na literatura que, o fato de o plano de fundo da vinheta ligar-se a uma condição socialmente permissível, as variáveis descritas acima fazem parte da vivência social de muitas pessoas.

Desse modo, há um fortalecimento da identidade social das pessoas obesas que contribui para a classificação das três variáveis citadas serem consideradas como baixo risco de suicídio (RODRIGUES, 2021).

Encontrou-se uma lacuna de conhecimento no que tange a percepção de profissionais de saúde e a aceitabilidade social em pessoas que convivem com a obesidade. Deste modo, neste estudo identificou-se que a presença do estigma da obesidade sobressaiu-se quando relacionado ao estigma do suicídio, ao contrário do objetivo inicial da pesquisa.

Ainda, a variável (4) “Trabalharia com esta pessoa”, não foi considerada relevante na análise, por não obter carga fatorial adequada, conforme evidenciado na Tabela 2. Por sua vez, a variável (5) “Gostaria de ter alguém da família casado com esta pessoa”, mesmo sendo apresentada em uma vinheta considerada como baixo risco de suicídio, será analisada dentro de uma categoria de médio risco de suicídio, conforme análise qualitativa.

6.1.2 Estigma da Pessoa com Risco de Suicídio Associado ao Contraimento de Relacionamento Extraconjugal

Esta categoria será apresentada a partir da representação do caso clínico da vinheta 2 – médio risco de suicídio, onde um homem casado, após história de

infidelidade, acaba sendo diagnosticado com o vírus do HIV. Desolado, ele procura o serviço de saúde com receio de contar para sua esposa o ocorrido e sua atual condição, o que o leva à ideação suicida verbalizado para um profissional de saúde.

É notável que o cenário apresentado na vinheta 2 envolve a instituição familiar. Ao tratar da estigmatização dentro deste ambiente, as cargas psicológicas apresentadas são de grande relevância, o que pode induzir à emoções negativas, à auto discriminação, ao preconceito, e principalmente, à ausência da rede de apoio familiar (TAROZO; PESSA, 2020). Novamente pode-se observar, de acordo com a Tabela 2, que o grau de suicídio evidenciado não interferiu no julgamento dos profissionais de saúde.

Considerando que as variáveis analisadas foram: (5-10-15) Gostaria de ter alguém da família casado com esta pessoa; (6-11) Gostaria de ser vizinho dessa pessoa; pôde-se observar que o fato do médio risco de suicídio verbalizado e evidenciado não foi significativo mediante ao desejo pela proximidade do profissional de saúde em relação ao sujeito, ou seja, desejo pela distância social.

Segundo uma pesquisa etnográfica realizada em Montevidéu, La Teja em 2022, com famílias afro-uruguayas e sua relação com o candombe, à conexão entre família e vizinhança se dá pela proximidade adquirida pelo processo de afinidade, convívio e convivência, propiciando a semelhança com as relações familiares comumente conhecidas. Devido a isto, torna-se possível a associação entre pessoas de famílias distintas ao grau de parentesco simbólico, viabilizado pela confinidade por meio de demonstrações solidárias e ações mútuas (TEIXEIRA, 2022).

No estudo em questão, observou-se que o fato de uma relação extraconjugal no contexto das relações de vizinhança (variáveis 6-11) e no contexto das relações familiares (variáveis 5-10-15) interferiu significativamente no modo de julgamento dos profissionais de saúde, posto que a hipótese levantada foi de maior estigma devido a relação de proximidade aventada pelas variáveis em questão.

De acordo com Angelim *et al.* (2020), o motivo do estigma em profissionais de saúde frente a casos de relações extraconjugais, ocorre devido ao fato de que pessoas vivendo com o vírus do HIV, favorecem a sua disseminação em outros parceiros, os quais a proteção no ato sexual não ocorre. Tal fato se dá entre relações sexuais com homens ou mulheres, na maioria dos casos, fruto da infidelidade.

A infidelidade pode colocar a mulher no papel de vítima, já que estudos

apontam que no casamento, a esposa apresenta total confiança em seu parceiro, o colocando em posição de fidelidade extrema; porém isso, muitas vezes, não acontece. Devido a tal fato, ela deixa de se proteger por acreditar fielmente em sua fidelidade e se torna vulnerável ao vírus do HIV, fruto de uma traição (ANGELIM *et al.*, 2020).

Tinha-se que a prevalência de infecções por HIV é maior em casais homossexuais, onde ocorre a prática do sexo anal. Porém, o estudo de Angelim *et al.* (2020), afirma que devido à confiança extrema em seu parceiro, a mulher assume papel de vítima, mas ressalta que a relação extraconjugal pode ser praticada tanto pelo homem com pela mulher. Observa-se então um aumento nos casos de infecção por HIV em casais heterossexuais, podendo ir de encontro à infidelidade como causa principal.

No que tange as demais variáveis (7-8-9) que estão presentes na vinheta de médio risco de suicídio, identificada como relacionamentos extraconjugais, serão analisadas de modo qualitativo, junto às variáveis 12,13 e 14, por se enquadrarem em uma categoria posteriormente classificada como alto risco de suicídio pelos profissionais do grupo em estudo.

6.1.3 Estigma da Pessoa com Risco de Suicídio por Atuar como Profissional do Sexo

A categoria 3 está relacionada com o alto risco de suicido representada pela vinheta 3, a qual retrata uma situação em que uma mulher de 25 anos, profissional do sexo, principal provedora de sua família, se vê emocionalmente desgastada devido ao preconceito, e pressões sociais e familiares sobre sua condição. Durante um episódio de esgotamento psicológico, Natalia foi encontrada pelo seu pai após uma tentativa de suicídio. O serviço de atendimento móvel de urgência foi acionado, e na chegada ao hospital, após sua quarta tentativa de suicídio, Natalia pede para que dessa vez deixem-na morrer.

A cerca da vinheta em comento, os profissionais responderam as questões que foram classificadas dentro dessa categoria, quais sejam: 12 – Começaria uma conversa com essa pessoa; 13 – Seria amigo desta pessoa; 14 – Trabalharia com esta pessoa. Estas variáveis se relacionam com as variáveis 7, 8 e 9, à medida que transparecem um maior grau de proximidade, ou seja, está além dos aspectos de

vizinhança e relações familiares, o que implica no alto risco.

Outro fato curioso demonstrado durante a entrevista e a leitura da vinheta 3 aos profissionais de saúde, foi que, por tratar-se de uma profissional do sexo, os entrevistados explanaram o desejo pela distância social e a presença do estigma por Natalia devido sua profissão, independente de ser uma peça fundamental em sua estrutura familiar. Isso ocorreu independente do alto risco de suicídio evidenciado no caso clínico, o que não era esperado como resposta no presente estudo.

A variável de número 9, assim como a de número 14, interferiram significativamente nas respostas dos entrevistados. Isto ocorreu devido ao fato de que, quando questionados se “Trabalhariam com esta pessoa”, os profissionais de saúde se viram na posição de “profissionais do sexo”, associando a pergunta diretamente com o fato de a vinheta apresentar uma profissão estigmatizante e divergente da profissão dos entrevistados, gerando um viés negativo nas respostas.

O estigma pode ser subdividido em diversas categorias, porém, em profissionais do sexo, os que se destacam são os estigmas: social; estrutural e o internalizado. No presente estudo, observa-se o estigma social e o estrutural. Tem-se que o estigma social acontece a partir da criação de estereótipos criados pela população em geral, frente à população estigmatizada; já o estigma estrutural, se dá em decorrência da perpetuação por meio de instituições. Porém, observa-se a prevalência do estigma internalizado, no qual o grupo estigmatizado aceita o estereótipo imposto a eles (MA; LOKE, 2019).

Em concordância com Ma e Loke (2019), este estudo observou que, conforme descrito na vinheta analisada pelos profissionais, o fato de a profissional do sexo descrita no caso, aceitar e internalizar a rejeição da sociedade – demonstrada na ocasião por seus familiares – vai ao encontro das respostas dadas pelos profissionais de saúde, nas variáveis analisadas qualitativamente nesta categoria. Observou-se o desejo pela distância social e o estigma social e estrutural enraizado, o que fortalece o estigma internalizado em Natalia e o desejo pela morte. Ainda segundo Ma e Loke (2019), a criação de estereótipos pode aumentar o sofrimento psíquico, além de implicar na baixa adesão ao tratamento e nas mais diversas formas de discriminação.

Em divergência ao atual estudo, o estudo em Hong Kong de abordagem qualitativa, realizado com 22 profissionais do sexo através de entrevistas individuais, tendo como objetivo explorar o estigma e as estratégias de enfrentamento para o

acesso aos serviços neste país, mostrou que o estigma em profissionais do sexo que procuram os serviços de saúde é relativamente inferior ao esperado. Quando questionadas pelo pesquisador, a maior parte das profissionais do sexo admitiu não perceber atitudes estigmatizantes pelos profissionais de saúde, e que mesmo quando houve tal ato, não havia relação com sua condição (MA; LOKE, 2019).

O desejo pela distância social é potencializado pelas questões sociais que atrelam a prática sexual em troca de dinheiro ao preconceito ainda presente na sociedade, devido ao sentimento de traição e imoralidade, favorecendo a estigmatização e exclusão da sociedade (COSTA *et al.*, 2018). A vulnerabilidade presente nesta população devido sua profissão e às condições de trabalho, propiciam o sofrimento psíquico, principalmente quando associado ao fato de que mulheres apresentam predisposição a alterações psicológicas quando comparadas a outros grupos (COSTA *et al.*, 2018).

Subtende-se que tal categoria apresentou relação direta ao caso clínico demonstrado na vinheta 3, principalmente o fato da profissão ser fator estigmatizante e propiciar o desejo pela distância social, assim como as demais categorias analisadas, menosprezando os diferentes níveis de suicídio representados nas vinhetas do estudo.

6.2 ANÁLISE DE CONFIABILIDADE E CORRELAÇÕES

A confiabilidade do estudo foi evidenciada pelo Alfa de Cronbach e Ômega de McDonald, analisados a cada vinheta, baixo, médio e alto risco de suicídio. Na categoria baixo risco de suicídio os valores foram de 0,733 e 0,746; médio risco de suicido 0,779 e 0,792 e; alto risco de suicido 0,834 e 0,842, garantindo a confiabilidade da análise, o que apresenta relação com o estudo de Carlotto, Câmara e Pinheiro (2020) que apresenta o Alfa de Cronbach Ômega de McDonald satisfatórios nas dimensões analisadas (0,81 e 0,88 respectivamente), assim como no estudo de Ludwig *et al.* (2020) com Alfa de Cronbach 0,81 na escala de desejo de distanciamento social, confirmando sua estrutura interna.

Se por um lado os valores de Alfa de Cronbach e de Ômega de McDonald demonstraram que há confiabilidade no estudo, nota-se que a consistência interna foi evidenciada por meio da Tabela 4. A interpretação desta tabela merece uma análise qualitativa, ao assinalar as correlações item a item das variáveis que se

repetiram entre as vinhetas e assim sucessivamente. Para esta finalidade, foram consideradas apenas as correlações item-item cujas consistências internas apresentaram valores $> 0,50$.

Ao longo da análise das correlações, observa-se que mesmo após a confiabilidade demonstrada, as variáveis mostram novamente que, independentemente do risco de suicídio o desejo de distância se sobressai, como relatado nas categorias já descritas. O fato de ser vizinho, começar uma conversa e até mesmo ter alguém da família casado com uma pessoa com ideações suicidas, como identificado nas correlações entre os itens, V 1.1 – V 3.1; e V 2.1 – V 3.1; V 1.2 – V 2.2; e V 2.2 – V 3.2 e; V 1.5 – V 2.5; V 1.5 – 3.5; e V 2.5 – V 3.5; coloca em evidência de que a proximidade remete à conexões além das que se espera (TEIXEIRA, 2022).

A proximidade propicia relações como as familiares assim como descrito por Teixeira (2022), o que leva ao pensamento de que os profissionais apresentam claramente o desejo de distância social pelas pessoas em estudo. O fato de as variáveis V 2.3 – V 3.3 (ser amigo desta pessoa) indicar uma correlação moderada devido ao coeficiente de determinação de 35,52% - onde a variabilidade dos dados é explicada pela própria variável - implica na validação na ideia de que ambas as variáveis estão classificadas dentro da categoria “Profissional do Sexo”, visto que, como já demonstrado, a análise conjunta transparece proximidade. Isso remete novamente o fato de que o profissional não deseja tal feito, tanto por sua profissão, quanto por apresentar estigma pelos sujeitos envolvidos.

7 CONCLUSÕES

O estigma e a distância social puderam ser identificados ao longo do estudo. O fato de a pesquisa acontecer com profissionais de saúde – Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Médicos e Condutores Socorristas – que atuam diariamente com pessoas que apresentam ideações suicidas, importa em possuírem domínio prático e teórico para tal feito. Ao descrever os casos clínicos com os diferentes níveis de suicídio por meio de vinhetas, esperava-se que os profissionais se manifestassem a partir do grau de suicídio, explanando sua percepção em relação à pessoa em questão e o desejo de distância social da mesma.

Contrário ao esperado, os profissionais de saúde apresentaram relutância no julgamento da percepção sobre o estigma da pessoa com ideação suicida, pois, a partir da análise quantitativa, percebeu-se a necessidade de realizar uma análise qualitativa, devido à interferência dos casos clínicos na avaliação do estigma e da distância social pelos profissionais de saúde, tornando-se uma limitação para o estudo. A presença de tais variáveis ficou clara em relação aos casos clínicos em que os profissionais identificaram que, o fato de ter proximidade com as pessoas descritas, não era algo vantajoso, independentemente do risco de suicídio descrito.

Contudo, pode-se observar que conforme a hipótese inicial verificou-se que a distância social pode ser um indicador de atitude profissional frente às pessoas em sofrimento psíquico e que o estigma em pessoas rotuladas como “doentes mentais” contribui para a ideação suicida.

A prevenção do suicídio se faz extremamente necessária por meio de políticas públicas, uma vez que se trata de um fenômeno multifatorial que alcança cerca de 703.000 mortes no mundo. Espera-se que o apoio da Rede de Atenção Psicossocial possa fortalecer o vínculo com pessoas que sofrem com transtornos mentais e pessoas que praticam o ato suicida, com foco na promoção da vida e seu reestabelecimento, de modo a viabilizar uma assistência adequada à saúde mental.

Para isto, espera-se que os profissionais de saúde estejam aptos e capacitados para atender os casos supracitados, uma vez que, de acordo com este estudo pressupõe-se que atitudes profissionais com baixa carga de estigma contribuam para um melhor atendimento e prevenção de casos de suicídio.

Como limitação do estudo, a não percepção enviesada por parte dos entrevistados. Constatou-se que o estigma estava presente nos profissionais de

saúde, mas perante os casos clínicos descritos como instrumento da pesquisa, e não frente ao pensamento suicida evidenciado pelos sujeitos descritos.

Diante dos fatos apresentados, esta pesquisa contribuiu para a visualização do impacto gerado pelo estigma da pessoa que tenta o suicídio, porém sobreposto ao da pessoa que comete infidelidade conjugal e da profissional do sexo, e o desejo pela sua respectiva distância social. Sugere-se o desenvolvimento de novas pesquisas, com foco no estigma e distância social de profissionais de saúde a pacientes que tentaram o suicídio, porém com abordagem inicialmente qualitativa e com questões de pesquisa subjetivas, a fim de obter de fato o pensamento destes profissionais para com os pacientes.

Recomenda-se que as instituições participantes ampliem o assunto abordado para com seus profissionais, com foco no atendimento prestado, desde urgências e emergências psiquiátricas, permeando no tratamento do paciente em sofrimento psíquico e com ideação suicida e reestabelecimento da saúde mental, por meio do acolhimento, escuta e acompanhamento conforme preconizado pela RAPS.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. de; ALMEIDA, A. de; SOUSA, M. P. L.; LIBERATO, L. C.; BRASIL, M. Y. O.; SILVA, C. R. L. O suicídio como um problema de saúde pública. **Saúde Coletiva**, Barueri, v. 11, n. 61, 2021. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1208>. Acesso em: 26 jan. 2023.
- ALMEIDA, J. M. C. de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KMwv8DrW37NzpmvL4WkHcdC/?lang=pt>. Acesso em: 03 fev. 2023.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun., 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 jan. 2023.
- ANGELIM, R. C. de M.; BRANDÃO, B. M. G. de M.; FREIRE, D. de A.; OLIVEIRA, D. C. de; MARQUES, S. C.; ABRÃO, F. M. da S. Vírus da Imunodeficiência Humana no contexto ambulatorial: desvelando o perfil e formas de transmissão. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 12, n. 10, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4497>. Acesso em: 26 jan. 2023.
- ARAÚJO, F. M.; GONZÁLEZ, A. D.; SILVA, L. C. da; GARANHANI, M. L. Obesidade: Possibilidades de existir e práticas de cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 249-260, abr./jun., 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KhTZ6XNnvJRKmdKBGJbSZfH/?lang=pt>. Acesso em: 26 jan. 2023.
- BACHMANN, S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. **International Journal Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 15, n. 7, jul., 2018. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/7/1425>. Acesso em: 26 jan. 2023.
- BOGARDUS, E. S. Measuring social distances. **Journal of Applied Sociology**, [S. l.], n. 9, p. 299-308, 1925.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Panamericana de Saúde. Universidade Estadual de Campinas. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde/Opas; Campinas: Unicamp, 2006.
- BORBA, L. O.; FERREIRA, A. C. Z.; CAPISTRANO, F. C.; KALINKE, L. P.; MAFTUM, M. A.; MAFTUM, G. J. Fatores associados à tentativa de suicídio por pessoas com transtorno mental. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte,

v. 24, mar., 2020. Disponível em:
<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1284.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2023.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G.; PINHEIRO, L. R. Tradução, adaptação e evidências de validade da Escala de Foco Regulatório (EFR). **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 24, n. 3, 2020. Disponível em:
<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/68318>. Acesso em: 26 jan. 2023.

COSTA, T. V. A. C.; LOURENÇO, M. P. C.; OTONI, G. H. S.; SANTOS, F. P.; VIDALA, C. E. L. Preconceito, relações familiares e práticas de saúde em profissionais do sexo: uma abordagem qualitativa. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 28, Supl. 4, p. 54-62, 2018. Disponível em:
<https://rmmg.org/artigo/detalhes/2308#>. Acesso em: 26 jan. 2023.

DUTRA, K.; PREIS, L. C.; CAETANO, J.; SANTOS, J. L. G. dos; LESSA, G. Vivenciando o suicídio na família: do luto à busca pela superação. **Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)**, Brasília, v. 71, Supl. 5, p. 2146-2153, 2018. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018001102146&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26 jan. 2023.

FEIJOO, A. M. L. C. Situações de Suicídio: Atuação do Psicólogo junto a pais enlutados. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 26, 2021. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/pe/a/qxhP9NhBk9wQcJPnjkgCZJq/>. Acesso em: 26 jan. 2023.

FERREIRA, M. L.; VARGAS, M. A. de O.; RODRIGUES, J.; TRENTIN, D.; BREHMER, L. C. de F.; LINO, M. M. Comportamento suicida e atenção primária à saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 9, n. 4, p. 50-54, 2018. Disponível em:
<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1803>. Acesso em: 26 jan. 2023.

FERREIRA, M. S. Combater o estigma associado ao sofrimento psíquico: um relato de experiência da educação profissional em saúde. **Temas em Educação e Saúde**, Araraquara, v. 16, n. 1, p. 187-200, jan./jun., 2020. Disponível em:
<https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/13281>. Acesso em: 26 jan. 2023.

FREITAS, A. P. A.; BORGES, L. M. Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 22, n. 1, p. 50-60, mar., 2017. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000100006. Acesso em: 26 jan. 2023.

GUERRERO-DÍAZ, M.; ANDRADE-CONDE, E.; PELÁEZ-CHERINO, J.; RODRIGUEZ-MONTALVO, J. A.; CONTRERAS-FERNÁNDEZ, E.; RIVAS-RUIZ, F. Attitudinal beliefs concerning suicidal behavior among healthcare professionals in the Western Costa del Sol healthcare district (Spain). **Actas Espanolas de Psiquiatria**, [S. l.], v. 49, n. 2, p. 57-63, 2021. Disponível em:
<https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio//23/130/ENG/23-130-ENG-57-63-316680.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2023.

HAIR, J. F.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L.; **Análise multivariada de dados**. 6. ed. São Paulo: Bookman, 2009.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. **Biometrics**, [S. l.], v. 33, n. 1, p. 159-174, mar., 1977. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2529310>. Acesso em: 26 jan. 2023.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial: e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/46y3mHF9kdx7DHQGHwpspdf/>. Acesso em: 26 jan. 2023.

LINK, B. G.; PHELAN, J. C.; BRESNAHAN, M.; STUEVE, A.; PESCOSOLIDO, B. A. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. **American Journal of Public Health**, [S. l.], v. 89, n. 9, p. 1328-1333, set., 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10474548/>. Acesso em: 26 jan. 2023.

LUDWIG, J.; LIEBHERZ, S.; DREIER, M.; HÄRTER, M.; KNESEBECK, O. von dem. Public Stigma Toward Persons with Suicidal Thoughts—Do Age, Sex, and Medical Condition of Affected Persons Matter? **Suicide and Life-Threatening Behavior**, [S. l.], v. 50, n. 3, p. 631-642, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/sltb.12629>. Acesso em: 26 jan. 2023.

MA, H.; LOKE, A. Y. A qualitative study into female sex workers' experience of stigma in the health care setting in Hong Kong. **International Journal for Equity in Health**, [S. l.], v. 18, nov., 2019. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-019-1084-1>. Acesso em: 26 jan. 2023.

MATOS, D. A. S.; RODRIGUES, E. C. **Análise Fatorial**. Brasília, DF: Escola Nacional de Administração Pública (Enap), 2019.

MELO, K. P.; MONTEIRO, P. S. Discriminação e estigma na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. **Revista Bioética**, Brasília, v. 29, n. 4, p. 756-62, 2021. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/2480. Acesso em: 26 jan. 2023.

OLIVEIRA, J. W. T. de; MAGALHÃES, A. P. N. de; BARROS, A. C.; MONTEIRO, E. K. R.; SOUZA, C. D. F. de; ALVES, V. de M. Características das tentativas de suicídio atendidas pelo serviço de emergência pré-hospitalar: um estudo epidemiológico de corte transversal. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 4, p. 239-246, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/57PhKswHhsp5nwhnNzqdkLC/?lang=pt>. Acesso em: 26 jan. 2023.

OLIVEIRA, L. M.; FARIA, H. M. C. O impacto psicossocial do suicídio nos familiares sobreviventes. **Cadernos de Psicologia**, Juiz de Fora, v. 1, n. 2, p. 536-555, ago./dez., 2019. Disponível em:

<https://seer.uniacademia.edu.br/index.php/cadernospsicologia/article/viewFile/2508/1641>. Acesso em: 26 jan. 2023.

PITTA, A. M. F. Um balance da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, dez., 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JnBHtt8Q8NNHFHbVw5ww5mC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 jan. 2023.

RAN, M. S.; HALL, B. J.; SU, T. T.; PRAWIRA, B.; BRETH-PETERSEN, M.; LI, X. H.; ZHANG, T. M. Stigma of mental illness and cultural factors in Pacific Rim region: a systematic review. **BMC Psychiatry**, [S. l.], v. 21, 2021. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02991-5>. Acesso em: 26 jan. 2023.

RODRIGUES, L. S. M. Comportamento Sexual de Mulheres Obesas: Estudos sobre os Estigmas da Sexualidade na Era Digital. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, Juiz de Fora, n. 34, p. 173-193, 2021. Disponível em: <https://scholar.archive.org/work/ng7khlnsdngwvjqrubriaaxga/access/wayback/https://periodicos.ufjf.br/index.php/csonline/article/download/30791/24594>. Acesso em: 27 jan. 2023.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR., J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/N9DzbdSJMNC4W9B4JsBvFZJ/?lang=pt>. Acesso em: 26 jan. 2023.

SANTOS, L. F. dos; HILDEBRANDT, L. M.; KINALSKI, S. da S.; FUKES, A. M. P.; LEITE, M. T. Atenção à pessoa com tentativa de suicídio em hospital geral: a voz de profissionais de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa e Saúde**, Vitória, v. 21, n. 4, p. 27-37, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/31012>. Acesso em: 03 fev. 2023.

SILVA, D. A.; MARCOLAN, J. F. Fatores de Risco Para Reincidência da Tentativa de Suicídio. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 14, 2022. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/11929/11278>. Acesso em: 02 fev. 2023.

SIMÕES, E. V.; OLIVEIRA, A. M. N. de; PINHO, L. B. de; OLIVEIRA, S. M. de; LOURENÇÃO, L. G.; FARIAS, F. L. R. de. Relações de rede de apoio social do adolescente com comportamento suicida. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 43, 2022. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rngenf/article/view/125652/85315>. Acesso em: 26 jan. 2023.

SOARES, M. H. **A Enfermagem Prevenindo o Suicídio por meio do Relacionamento Terapêutico**. Curitiba: Appris, 2019.

STORINO, B. D.; CAMPOS, C. F. e; CHICATA, L. C. de O.; CAMPOS, M. de A.; MATOS, M. S. da C.; NUNES, R. M. C. M.; VIDAL, C. E. L. Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 369-377, out./dez., 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/PBG5mTwwVWyp88wrMgHrrkh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 jan. 2023.

TAROZO, M.; PESSA, R. P. Impacto das Consequências Psicossociais do Estigma do Peso no Tratamento da Obesidade: uma Revisão Integrativa da Literatura. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 40, p. 1-16, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/9d9n8t7VzTRQqXQYpdPrFtv/?lang=pt>. Acesso em: 26 jan. 2023.

TEIXEIRA, R. D. Candombe afro-uruguaio: análise etnográfica sobre família, sociabilidade e território no bairro de La Teja, Montevideu. **Punto Sur**, Buenos Aires, n. 6, p. 28-47, enero/jun., 2022. Disponível em: <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/RPS/article/view/11332>. Acesso em: 26 jan. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All**. [S. l.]: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. Acesso em: 26 jan. 2023.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais de Saúde

“DISTÂNCIA SOCIAL E ESTIGMA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE PESSOAS QUE TENTARAM O SUICÍDIO”

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“DISTÂNCIA SOCIAL E ESTIGMA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE PESSOAS QUE TENTARAM O SUICÍDIO”** a ser realizada em Londrina- PR para produção da dissertação da Universidade Estadual de Londrina. O objetivo da pesquisa é **“Mensurar a percepção da distância social e percepção do estigma em profissionais de saúde acerca de pessoas que tentaram o suicídio”**.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas para esta e futuras pesquisas e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Esclarecemos ainda, que o (a) senhor (a) não pagará e nem será remunerado (a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados para o estudo buscam evidenciar e comparar os achados com outros serviços, sugerindo estratégias a fim de proporcionar melhor qualidade na assistência prestada, e quanto aos riscos, poderão ser mínimos, o participante poderá sentir-se cansado, uma vez que o questionário será autoaplicável, considerando o tempo de resposta mínimo do questionário, entre 10 a 20 minutos. Além disso, considerando que desde o convite e ao decorrer da entrevista o (a) senhor (a) será questionado sobre conteúdos que possam gerar um gatilho para sofrimento emocional, que porventura esteja vivendo um conflito, também será disponibilizado dois tipos de atendimento para apoio psicológico, um psicólogo (**Psicólogo Airton Oliveira Silva - 45 99124-9880**) vinculado à pesquisa, ou através do **app SaúdePR online** disponível em serviços de distribuição digital de aplicativos da Google Play para androides, e na Apple Store para iOS, onde será ofertado acolhimento psicológico online, caso o (a) senhor (a) sinta necessidade.

A coleta de dados acontecerá somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, o que permitirá que o (a) senhor (a) concorde ou não com a pesquisa.

Caso o (a) senhor (a) não se sinta confortável em participar da pesquisa por questões que possam acarretar qualquer sofrimento psíquico relacionado ao assunto o mesmo não será contatado novamente, sendo disponibilizado apoio psicológico caso sinta necessidade.

Será mantido o sigilo das informações e dos dados pessoais do o (a) senhor (a), não serão, em hipótese alguma, divulgados com outra pessoa tudo que fora levantado na pesquisa, apenas será utilizado os dados para fins de pesquisa. Os dados serão armazenados em dispositivo eletrônico próprio do pesquisador, sem qualquer registro de dados em plataformas virtuais, assim como o TCLE.

A pesquisa será iniciada somente após o aceite para participação e assinatura do TCLE, de acordo com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Carta Circular nº1/2021-CONEP/SECNS/MS para pesquisas em ambiente virtual, e estima-se que o participante demore entre 10 a 20 minutos para responder ao questionário que contem três vinhetas e 27 questões.

Caso o (a) senhor (a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar **Karoline Hyppolito Barbosa, (43) 98477-3752 e karol_hyppolito@hotmail.com, Av. Robert Koch, 60 - VI Operária, Londrina-PR,** ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (a) senhor (a).

Londrina, ___ de _____ de 202_.

Pesquisador Responsável: _____

Karoline Hyppolito Barbosa

(**NOME POR EXTENSO**), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Juízes

“DISTÂNCIA SOCIAL E ESTIGMA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE PESSOAS QUE TENTARAM O SUICÍDIO”

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“DISTÂNCIA SOCIAL E ESTIGMA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE PESSOAS QUE TENTARAM O SUICÍDIO”** a ser realizada em Londrina- PR para produção da dissertação da Universidade Estadual de Londrina. O objetivo da pesquisa é **“Mensurar a percepção da distância social e percepção do estigma em profissionais de saúde acerca de pessoas que tentaram o suicídio”**.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas para esta e futuras pesquisas e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Esclarecemos ainda, que o (a) senhor (a) não pagará e nem será remunerado (a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados para o estudo buscam evidenciar e comparar os achados com outros serviços, sugerindo estratégias a fim de proporcionar melhor qualidade na assistência prestada, e quanto aos riscos, poderão ser mínimos, o participante poderá sentir-se cansado, uma vez que o questionário será autoaplicável, considerando o tempo de resposta mínimo do questionário, entre 10 a 20 minutos. Além disso, considerando que desde o convite e ao decorrer da entrevista o (a) senhor (a) será questionado sobre conteúdos que possam gerar um gatilho para sofrimento emocional, que porventura esteja vivendo um conflito, também será disponibilizado dois tipos de atendimento para apoio psicológico, um psicólogo (**Psicólogo Airton Oliveira Silva - 45 99124-9880**) vinculado à pesquisa, ou através do **app SaúdePR online** disponível em serviços de distribuição digital de aplicativos da Google Play para androides, e na Apple Store para iOS, onde será ofertado acolhimento psicológico online, caso o (a) senhor (a) sinta necessidade.

A coleta de dados acontecerá somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, o que permitirá que o (a) senhor (a) concorde ou não com a pesquisa.

Caso o (a) senhor (a) não se sinta confortável em participar da pesquisa por questões que possam acarretar qualquer sofrimento psíquico relacionado ao assunto o mesmo não será contactado novamente, sendo disponibilizado apoio psicológico caso sinta necessidade.

Será mantido o sigilo das informações e dos dados pessoais do o (a) senhor (a), não serão, em hipótese alguma, divulgados com outra pessoa tudo que fora levantado na pesquisa, apenas será utilizado os dados para fins de pesquisa. Os dados serão armazenados em dispositivo eletrônico próprio do pesquisador, sem

qualquer registro de dados em plataformas virtuais, assim como o TCLE.

A pesquisa será iniciada somente após o aceite para participação e assinatura do TCLE, de acordo com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Carta Circular nº1/2021-CONEP/SECNS/MS para pesquisas em ambiente virtual, e estima-se que o participante demore entre 10 a 20 minutos para responder ao questionário que contém três vinhetas e 27 questões.

Caso o (a) senhor (a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar **Karoline Hyppolito Barbosa, (43) 98477-3752 e karol_hyppolito@hotmail.com, Av. Robert Koch, 60 - VI Operária, Londrina-PR**, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (a) senhor (a).

Londrina, ___ de _____ de 202_.

Pesquisador Responsável:

_____ **Karoline Hyppolito Barbosa**

_____ (**NOME POR EXTENSO**), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

APÊNDICE C

Instrumento de Coleta de Dados

1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Nº do questionário _____

1.1 Gênero:

(1) MASCULINO (2) FEMININO

1.2 Idade: _____ (em anos)

1.3 Situação Conjugal:

(1) Solteiro, viúvo ou sem companheiro (2) Casado ou com companheiro

1.4 Religião: () Sim () Não

1.5 Possui filhos: () Sim () Não Quantos: _____

1.6 Profissional de Saúde ()

Profissão: _____

Local onde atua: _____

Grau de formação: _____

Possui mais de um vínculo empregatício: () Sim () Não

Quais?: _____

Tempo de atuação na área da saúde: _____

1.7 Acadêmico: () Sim () Não

Graduação: _____

Ano de início da graduação: _____

2. Analise as vinhetas e responda a Escala de Distância Social a seguir

VINHETA 1: BAIXO RISCO DE SUICIDIO

“Julia, 20 anos, solteira, estudante do 3º ano de Engenharia Civil, é umas das poucas mulheres em sua turma. Mesmo sendo uma pessoa de fácil interação social, se sentia inferior às demais pessoas, por estar acima do peso desde a infância. Realizava mutilações nos braços e pernas como alívio para sua ansiedade e angústia. Recentemente, buscou o pronto socorro referindo palpitações e dispneia. Ela foi avaliada e liberada de alta, pois não foram identificadas alterações clínicas, muito embora, na triagem ela havia dito ao Enfermeiro: - Nunca resolvem o meu problema. Só terei paz se morrer.”

Após a leitura da vinheta responda o quanto você **CONCORDA** ou **DISCORDA** das afirmações.

1- Discordo totalmente; 2- Discordo parcialmente; 3- Não sou capaz de opinar; 4- Concordo parcialmente; 5- Concordo totalmente.

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não sou capaz de opinar	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Gostaria de ser vizinho dessa pessoa.					
2. Começaria uma conversa com essa pessoa.					
3. Seria amigo desta pessoa.					
4. Trabalharia com esta pessoa.					
5. Gostaria de ter alguém da família casado com esta pessoa					

VINHETA 2: MÉDIO RISCO DE SUICÍDIO

“Arthur, 47 anos, casado há 10 anos, têm dois filhos. Devido aos sintomas de cansaço e fraqueza constantes, procurou o hospital para se tratar e acabou sendo diagnosticado com o vírus HIV. Em atendimento com a psicóloga, Arthur refere que teme por seu casamento e que não iria conseguir contar para sua esposa sobre sua condição, visto que a causa havia sido sua infidelidade. Muito desolado, Arthur disse a técnica de enfermagem que passou a noite pensando em se jogar pela janela quando ninguém estivesse por perto, pois isso resolveria todos os seus problemas.”

Após a leitura da vinheta responda o quanto você CONCORDA ou DISCORDA das afirmações.

1- Discordo totalmente; 2- Discordo parcialmente; 3- Não sou capaz de opinar; 4- Concordo parcialmente; 5- Concordo totalmente.

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não sou capaz de opinar	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Gostaria de ser vizinho dessa pessoa.					
2. Começaria uma conversa com essa pessoa.					
3. Seria amigo desta pessoa.					
4. Trabalharia com esta pessoa.					
5. Gostaria de ter alguém da família casado com esta pessoa					

VINHETA 3: ALTO RISCO DE SUICÍDIO

“Natalia, profissional do sexo, 25 anos, mora com seus pais, ambos aposentados. O fato de ser a principal provedora da família gera um desgaste emocional associado ao preconceito que sofre por parte dos seus familiares e da sociedade. Na noite passada, o pai de Natalia, ao não ser atendido após chama-la, arrombou a porta e a encontrou desfalecida com uma toalha envolta ao seu pescoço. Imediatamente, foi acionado o SAMU e ao chegar ao local, reconheceram a paciente, por ter sido a quarta vez. Natalia estava inconsciente com sinais vitais presentes, porém instáveis e a equipe a encaminhou ao hospital mais próximo. No trajeto, ela disse a equipe : - Desta vez, me deixem morrer.”

Após a leitura da vinheta responda o quanto você **CONCORDA** ou **DISCORDA** das afirmações.

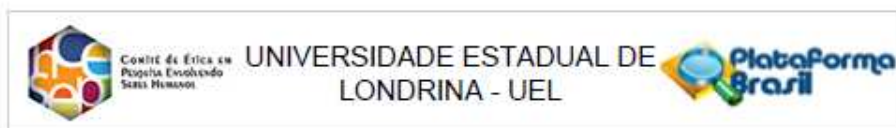
1- Discordo totalmente; 2- Discordo parcialmente; 3- Não sou capaz de opinar; 4- Concordo parcialmente; 5- Concordo totalmente.

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não sou capaz de opinar	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Gostaria de ser vizinho dessa pessoa.					
2. Começaria uma conversa com essa pessoa.					
3. Seria amigo desta pessoa.					
4. Trabalharia com esta pessoa.					
5. Gostaria de ter alguém da família casado com esta pessoa					

ANEXOS

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DISTÂNCIA SOCIAL E ESTIGMA DE PROFISSIONAIS E GRADUANDOS DA ÁREA DA SAÚDE SOBRE AS PESSOAS QUE TENTARAM O SUICÍDIO

Pesquisador: KAROLINE HYPOLITO BARBOSA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 55681922.9.0000.5231

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Londrina - UEL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.397.917

Apresentação do Projeto:

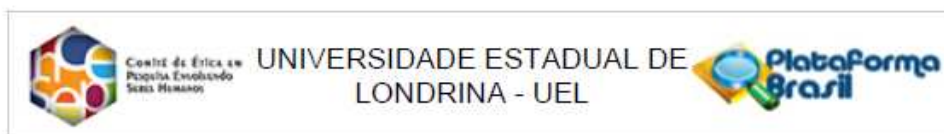
De acordo com o documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1895032.pdf de 20/04/2022:

Resumo:

Introdução: Pessoas em elevado sofrimento psíquico desenvolvem características consideradas anormais perante a sociedade devido a violação de regras e imposição de padrões, acarretando na estipulação de um rótulo desviante. Segundo a teoria da rotulação, o uso de um rótulo desviante se dá quando ocorre uma violação de uma determinada norma social e considerado normal quando não envolve tal violação. O estigma acontece

quando há a rotulação acompanhada de preconceitos ou estereótipos, tal processo é capaz de causar consequências sociais, afetivas e comportamentais, como perda da autoestima, desaprovação social, repúdio e isolamento, propiciando a elevação da vulnerabilidade social. O suicídio está relacionado diretamente com doenças psiquiátricas em todo o mundo e tem sido enfrentado como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. **Objetivo:** Mensurar o estigma de profissionais e graduandos da área da saúde sobre as pessoas que tentaram o suicídio.

Método: Estudo transversal, composto de uma etapa metodológica, no qual serão aplicadas vinhetas baseadas em casos clínicos retirados da literatura, mediante análise de concordância pelos juízes especialistas em saúde mental, seguida da aplicação da vinheta e respectiva escala de



Continuação do Parecer: 5.397.917

Infraestrutura	2ParecerHospitalUniversitario.pdf	17/03/2022 21:17:27	BARBOSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	1ParecerPrefeituraLondrina.pdf	17/03/2022 21:17:03	KAROLINE HYPPOLITO BARBOSA	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoPlataformaBrasil.pdf	08/02/2022 11:16:02	KAROLINE HYPPOLITO BARBOSA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	07/02/2022 17:39:48	KAROLINE HYPPOLITO BARBOSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 09 de Maio de 2022

Assinado por:
Adriana Lourenço Soares Russo
 (Coordenador(a))