

Atitudes de docentes universitários frente ao comportamento suicida e fatores associados

Attitudes of university professors towards suicidal behavior and associated factors

Actitudes de los profesores universitarios hacia la conducta suicida y factores asociados

 **Hugo Gedeon Barros dos Santos¹**

 **Alice Milani Nespolo²**

 **Samira Reschetti Marcon¹**

 **Mariano Martínez Espinosa¹**

¹Universidade Federal de Mato Grosso
– UFMT
Cuiabá, MT, Brasil.

²Universidade Federal de Mato Grosso
– UFMT
Sinop, MT, Brasil.

Autor correspondente:

Hugo Gedeon Barros dos Santos
hugobarros_te@hotmail.com

Submissão: 16 mai 2025

Aceite: 01 set 2025

RESUMO. Objetivo: avaliar fatores associados às atitudes dos docentes universitários frente ao comportamento suicida. **Método:** estudo transversal, 326 docentes. Questionários: Escala Eskin de Atitudes em Relação ao Suicídio; caracterização sociodemográfica, variáveis laborais e relacionadas ao suicídio; Escala Mini. **Resultados:** principais associações modelos 1 - aceitação do suicídio: religião ($p<0,001$) e risco de suicídio ($p=0,014$). No modelo 2 - punição pós morte: religião ($p<0,001$), tempo de trabalho ($p=0,008$), já pensou em suicídio ($p=0,020$), ideação suicida amigos ($p=0,022$), suicídio amigos ($p<0,001$). No modelo 3 - suicídio como doença mental: maior titulação ($p=0,007$), orientação sexual ($p=0,003$). No modelo 4 - falando abertamente sobre o suicídio e problemas psicológicos: faixa etária ($p=0,032$ e $p=0,038$), tentativa de suicídio família ($p=0,002$), tentativa de suicídio amigos ($p=0,042$). **Conclusão:** a identificação dos fatores associados às atitudes frente ao comportamento suicida é um diferencial para que ações fortaleçam dentro dos ambientes universitários. **Descritores:** Docentes; Universidades; Suicídio.

ABSTRACT. Objective: to evaluate factors associated with university professors' attitudes toward suicidal behavior. **Method:** cross-sectional study, 326 professors. Questionnaires: Eskin Scale of Attitudes Toward Suicide; sociodemographic characteristics, work-related and suicide-related variables; Mini Scale. **Results:** main associations in Model 1 - Acceptance of Suicide: Religion ($p<0.001$) and Suicide Risk ($p=0.014$). In Model 2 - Postmortem Punishment: Religion ($p<0.001$), Length of Service ($p=0.008$), Ever Thought About Suicide ($p=0.020$), Suicidal Ideation by Friends ($p=0.022$), Suicide by Friends ($p<0.001$). In Model 3 - Suicide as a Mental Illness: Highest Qualification ($p=0.007$), Sexual Orientation ($p=0.003$). In model 4 - talking openly about suicide and psychological problems: age group ($p=0.032$ and $p=0.038$), family suicide attempt ($p=0.002$), friends suicide attempt ($p=0.042$). **Conclusion:** identifying factors associated with attitudes towards suicidal behavior is a differentiator for strengthening actions within university environments. **Descriptors:** Faculty; Universities; Suicide.

RESUMEN. Objetivo: evaluar los factores asociados con las actitudes de los profesores universitarios hacia la conducta suicida. **Método:** estudio transversal con 326 profesores. Cuestionarios: Escala de Actitudes Hacia el Suicidio de Eskin; características sociodemográficas, variables laborales y relacionadas con el suicidio; Miniescala. **Resultados:** principales asociaciones en el Modelo 1 (Aceptación del Suicidio): Religión ($p<0,001$) y Riesgo de Suicidio ($p=0,014$). En el Modelo 2 (Castigo Post-mortem): Religión ($p<0,001$), Antigüedad ($p=0,008$), Pensamientos Suicidas ($p=0,020$), Ideación Suicida por Amigos ($p=0,022$), Suicidio por Amigos ($p<0,001$). En el Modelo 3 - Suicidio como Enfermedad Mental: Máxima Cualificación ($p=0,007$), Orientación Sexual ($p=0,003$). En el Modelo 4 - Hablar abiertamente sobre el suicidio y los problemas psicológicos: grupo de edad ($p=0,032$ y $p=0,038$), intento de suicidio familiar ($p=0,002$), intento de suicidio de amigos ($p=0,042$). **Conclusión:** identificar los factores asociados con las actitudes hacia la conducta suicida es un factor diferenciador para fortalecer las acciones en el ámbito universitario. **Descriptores:** Docentes; Universidades; Suicidio.

INTRODUÇÃO

A atitude refere-se a um processo psicológico que pode ser determinante para o comportamento individual e um dos conceitos sobre esse construto a define como uma propensão para responder a um objeto social que pode ser um contexto, sujeitos, fatos ocorridos e que possui valências negativas ou positivas estruturado por componentes afetivos, cognitivos e comportamentais⁽¹⁾. Desde que começou ser objeto de investigação, a atitude tem sido alvo de análise sobre diversos fenômenos sociais dentre eles o comportamento suicida⁽²⁾ evento que abarca a ideação suicida, tentativas de suicídio e o suicídio consumado⁽³⁾.

Considerado um grave problema de saúde pública, dados de 2016 apresentaram um novo cenário que demonstra a transição epidemiológica apontando que o evento suicida, outrora prevalente na população idosa, se configurou na segunda causa de morte em pessoas no intervalo de idades entre 15 a 29 anos⁽⁴⁾. Comumente, o ingresso no ensino superior ocorre nessa mesma faixa etária e conjuntamente com a nova realidade educacional há um processo de intensas mudanças que tendem a colocar o estudante em posições de vulnerabilidade e conflitos psicossocioambientais, que podem resultar no comportamento suicida⁽⁵⁾.

Diante da situação emblemática de existir uma população sob risco para o comportamento suicida, surge um indivíduo que está muito presente na vida desse estudante e que pode se tornar o agente capaz de ofertar ajuda ou realizar uma ação profícua no intuito de extirpar ou minimizar o sofrimento psíquico e conseqüentemente o risco suicida: o docente⁽⁶⁻⁷⁾. O docente desenvolve uma função preponderante no auxílio aos estudantes universitários fornecendo amparo imediato, bem como posteriori encaminhamentos aos serviços de saúde mental ou a estratégias de suporte que a universidade possua⁽²⁾.

No entanto, para que a ajuda seja eficaz, o docente precisa saber acolher o estudante e para além do acolhimento, demonstrar atitudes positivas em relação ao fenômeno⁽⁸⁾ já que para pessoas com comportamento suicida, atitudes negativas provocam influências e impactos desastrosos para o receptor implicando em severas dificuldades para a busca de ajuda, adesão e eficácia de possíveis tratamentos⁽⁹⁾. Esse contexto, pode culminar na dificuldade de se reconhecer precocemente o comportamento suicida fragilizando um possível suporte para os estudantes nessas condições^(7,10).

Estudos com docentes universitários sobre fatores associados a atitudes frente o comportamento suicida são pouco averiguados e pesquisas mundiais retratam que variados fatores podem estar associados às atitudes face o fenômeno suicida, seja em grupos específicos, como os docentes, ou na população em geral⁽²⁾. Alguns resultados desses estudos apontam que as atitudes

negativas estavam relacionadas aos aspectos laborais como falta de treinamento, condições do local de trabalho, baixo nível de conhecimento e frágil contato com o tema⁽¹¹⁾, à questões sociais e demográficas a exemplo de faixas etárias mais avançadas, pertencer ao sexo feminino, possuir práticas religiosas⁽¹²⁾ e entre pessoas que possuíam comportamento suicida consigo ou com indivíduos que integram seus vínculos sociais como ideação, tentativas e suicídio consumado entre amigos e familiares⁽¹³⁾.

Em razão do comportamento suicida ser uma realidade corrente nos espaços universitários e a sua presença exigir aptidão dos docentes para o reconhecimento de tal comportamento, é preponderante detectar as atitudes dos docentes diante de situações que envolvam o fenômeno e quais fatores podem estar associados às essas atitudes influenciando-as positiva ou negativamente. Nessa contextura, o objetivo do presente estudo foi avaliar os fatores associados às atitudes dos docentes universitários frente ao comportamento suicida.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal analítico, realizado com os docentes da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), no período de setembro a dezembro de 2019. O método utilizado para obter a amostra foi o método de amostragem probabilístico estratificado proporcional ao tamanho da população. Este método foi utilizado porque foram considerados os campi da UFMT com tamanho de população diferentes, que representaram os estratos, constituídos por Cuiabá, Rondonópolis, Sinop, Barra do Garças e Várzea Grande.

Na determinação do tamanho da amostra foi considerado o tamanho da população composta por 1746 docentes com vínculo ativo, uma proporção de 50%, pois se desconhecia a prevalência da variável dependente atitude, uma confiança de 95% ($z_{\alpha/2} = 1,96$), um erro amostral de 5% e um acréscimo de 5% para perdas. Assim, o tamanho de amostra aproximado totalizou 330 docentes e o tamanho de amostra por campi (estratos) foi de 193 em Cuiabá, 52 em Rondonópolis, 43 em Sinop, 32 em Barra do Graça e 10 em Várzea Grande. Posteriormente, os participantes foram selecionados por meio de um sorteio aleatório em cada campi da UFMT.

Foram incluídos no estudo docentes em exercício e excluídos aqueles vinculados aos cursos de psicologia, enfermagem e medicina que ministravam disciplinas na área de saúde mental/psiquiatria. A exclusão ocorreu visando evitar um viés de seleção, pois estudos demonstram que docentes da área da saúde que têm proximidade com aspectos da área psi tendem a ter atitudes mais positivas frente ao comportamento suicida⁽⁹⁾.

Na verificação da atitude frente ao comportamento suicida, as variáveis dependentes foram definidas utilizando a Escala Eskin de Atitudes em Relação ao Suicídio (E-ATSS), construída na

Turquia por Mehmet Eskin⁽¹⁴⁾ e adaptada e validada no Brasil com docentes universitários. Em sua versão brasileira possui 20 itens com respostas em escala Likert de 5 pontos, variando de discordo completamente (1 ponto) a concordo completamente (5 pontos). Os itens estão distribuídos em quatro domínios e a interpretação dos resultados ocorre pela soma das pontuações obtidas nos itens do mesmo domínio, dividido pelo mesmo número itens.

Convém justificar que a adaptação e validação da referida escala faz parte de um projeto matricial intitulado “Adaptação e Validação do ESKIN’S ATTITUDES TOWARDS SUICIDE SCALE (E-ATSS) e ESKIN’S SOCIAL REACTIONS TO SUICIDAL PERSONS SCALE (E-SRSPS)”, que objetiva adaptar e validar as escalas supracitadas em docentes universitários. E o manuscrito com as referidas evidências do seu processo de adaptação e validação apresentaram bons índices psicométricos e já se encontra submetido em periódico brasileiro.

Assim, as variáveis dependentes foram constituídas considerando os quatro domínios que compõem a escala: aceitação do suicídio, punição após a morte, suicídio como sinal de doença mental e falando abertamente sobre suicídio e problemas psicológicos. Os valores de confiabilidade para a escala em sua versão brasileira são: coeficientes alfa por domínio: Aceitação do suicídio: 0,917; Punição após a morte: 0,907; Suicídio como sinal de doença mental: 0,974; e Falando abertamente sobre suicídio e problemas psicológicos: 0,851; coeficiente Alfa total: 0.896 e variância explicada da escala de 80,67%.

As variáveis independentes obtidas por meio de um questionário de caracterização da população docente foram: sociodemográficas (sexo (feminino; masculino), orientação sexual (homo/bissexual; heterossexual), faixa etária (<40 anos; 40 a 59 anos; 60 anos ou mais), religião (sem prática religiosa; com prática religiosa)), relacionadas aos aspectos laborais (condição empregatícia (sem estabilidade; com estabilidade), maior titulação(especialista/ graduado; mestre/ doutor/ pós-doutor); tempo de trabalho (< 10 anos/ 10 a 20 anos/ > 20 anos)); relacionadas ao suicídio (risco de suicídio (sem risco/ baixo risco/ risco moderado/ alto risco); na vida já pensou em suicídio (sim/ não); ideação suicida na família (sim/ não); tentativa de suicídio na família (sim/ não); suicídio na família (sim/ não); ideação suicida em amigos (sim/ não); tentativa de suicídio em amigos (sim/ não); suicídio em amigos (sim/ não)) .

Para identificação do risco para suicídio utilizou-se o Módulo C do Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian Version 5.0. Instrumento traduzido no Brasil por Amorim⁽¹⁵⁾ e validado por Marques e Zuardi⁽¹⁶⁾ em residentes médicos, e permite a identificação do risco de suicídio. O módulo C do MINI possui seis questões de respostas dicotômicas (sim e não) onde a soma das mesmas determina uma classificação de risco para o suicídio, sendo ela baixa (1-5 pontos), média

(6-9 pontos) e alta (≥ 10 pontos). Para o estudo em questão, foi calculada a confiabilidade do MINI por meio do coeficiente de Kuder-Richardson 0,808.

Todos os participantes foram contactados via e-mail, e em caso de aceite, após disponibilização automática do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respondiam ao formulário on-line (Google Forms) com todos os instrumentos. O formulário on-line gerou a planilha de dados no Microsoft Excel 365 o que otimizou o tratamento dos dados dispensando dupla digitação dos mesmos. Assim, para a análise destes dados foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.

Inicialmente foi verificada a distribuição simétrica dos dados, utilizando o teste de Shapiro-Wilk e pelo mesmo, constatou-se que os dados das variáveis dependentes não se aderiram a uma distribuição simétrica, conjuntura que levou a utilização de um modelo estatístico categórico, considerando a mediana (Md) como ponto de corte para as variáveis dependentes⁽¹⁷⁾. Os valores das medianas destas variáveis foram: 1,75; 2,00; 2,83 e 4,60, respectivamente. Assim, a categorização destas variáveis para as análises estatísticas foi a seguinte: aceitação do suicídio ($Md \geq 1,75$; $Md < 1,75$), Punição após a morte ($Md \geq 2,00$; $Md < 2,00$), Suicídio como sinal de doença mental ($Md \geq 2,83$; $Md < 2,83$) e Falando abertamente sobre suicídio e problemas psicológicos ($Md < 4,60$; $Md \geq 4,60$).

Para as análises dos dados foram utilizadas técnicas estatísticas descritivas e inferenciais. Na análise descritiva foram utilizadas a mediana e proporções. Na análise inferencial as associações bivariadas entre a variável dependente e as variáveis independentes foram analisadas por meio do teste Qui-quadrado e razões de prevalência bruta, com seus respectivos intervalos de confiança, considerando um nível de significância de 0,05. Na análise múltipla foi considerado o modelo de regressão de Poisson múltiplo com variância robusta. Neste modelo as variáveis independentes foram entradas pelo método passo a passo para trás (Stepwise backward) e ficaram no modelo final as variáveis que apresentaram p-valor inferiores a 0,05 ($p < 0,05$). Em todas as inferências foram considerados níveis de significância menores ou iguais a 5% e uma confiança de 95%.

Esta pesquisa respeitou todos os princípios da Resolução Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012 que aprova as normas e diretrizes das pesquisas envolvendo seres humanos e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMT, sob CAEE 99749618.8.0000.8124 e parecer número 3.050.317.

RESULTADOS

Dos 330 indivíduos elegíveis, 326 permaneceram no estudo, representando 97% do total planejado. As quatro perdas ocorreram por preenchimento inadequado dos instrumentos encaminhados.

O domínio aceitação do suicídio, descrito na Tabela 1, apresentou associações significativas na análise bivariada com a ausência de prática religiosa ($p < 0,001$), sem estabilidade empregatícia ($p < 0,021$), ter alto risco de suicídio ($p < 0,020$) e já ter pensado em suicídio na vida ($p < 0,003$).

Tabela 1. Análise bivariada entre variáveis sociodemográficas, laborais, relacionadas ao suicídio e aceitação do suicídio entre docentes universitários da UFMT, campus Cuiabá, Mato Grosso, 2019.

Variáveis	Aceitação do suicídio				
	*≥Md (1,75)	†<Md (1,75)	‡RP _b	§IC95%	p
Sociodemográficas					
Sexo					
Feminino	88	120	0,88	(0,69 ; 1,12)	0,295
Masculino	57	61	1,00	-	-
Orientação sexual					
Homo/ Bissexual	12	7	1,46	(0,98 ; 2,10)	0,091
Heterossexual	133	174	1,00	-	-
Faixa etária					
>60 anos	11	10	1,21	(0,77 ; 1,89)	0,437
40 a 59 anos	72	90	1,02	(0,80 ; 1,32)	0,849
< 40 anos	62	81	1,00	-	-
Religião					
Sem prática religiosa	50	28	1,67	(1,33 ; 2,10)	<0,001
Com prática religiosa	95	153	1,00	-	-
Laborais					
Condição empregatícia					
Sem estabilidade	15	7	1,59	(1,17 ; 2,18)	0,021
Com estabilidade	130	174	1,00	-	-
Maior titulação					
Especialista / Graduado	11	7	1,41	(0,95 ; 2,07)	0,144
Mestre / Doutor / Pós-Doutor	134	174	1,00	-	-
Tempo de trabalho					
> 20 anos	24	25	1,12	(0,81 ; 1,56)	0,494
10 a 20 anos	33	42	1,01	(0,75 ; 1,36)	0,948
< 10 anos	88	114	1,00	-	-
Relacionadas ao suicídio					
Risco de suicídio					
Alto risco	15	8	1,62	(1,16 ; 2,26)	0,020
Risco Moderado	8	5	1,53	(0,97 ; 2,41)	0,128
Baixo Risco	17	12	1,46	(1,04 ; 2,05)	0,057
Sem risco	105	156	1,00	-	-

Na vida já pensou em suicídio

Sim	62	49	1,45	(1,14 ; 1,83)	0,003
Não	83	132	1,00	-	-

Ideação suicida na família

Sim	38	34	1,25	(0,96 ; 1,63)	0,108
Não	107	147	1,00	-	-

Tentativa suicídio na família

Sim	29	30	1,13	(0,84 ; 1,52)	0,425
Não	116	151	1,00	-	-

Suicídio na família

Sim	22	31	0,92	(0,65 ; 1,30)	0,635
Não	123	150	1,00	-	-

Ideação suicida em amigos

Sim	64	69	1,15	(0,90 ; 1,46)	0,272
Não	81	112	1,00	-	-

Tentativa suicídio em amigos

Sim	34	33	1,18	(0,90 ; 1,56)	0,247
Não	111	148	1,00	-	-

Suicídio em amigos

Sim	35	43	1,01	(0,76 ; 1,34)	0,936
Não	110	138	1,00	-	-

*Md: mediana, †Md: mediana, ‡RPb: razão de prevalência bruta, §IC95%: intervalo de 95% de confiança, ||p: valores de p considerando a distribuição qui-quadrado.

Na Tabela 2 são apresentadas as variáveis independentes associadas ao domínio punição após a morte. Dentre elas, as variáveis que apresentaram significância estatística foram: faixa etária > 60 anos (p<0,015), sem prática religiosa (p<0,013), com tempo de trabalho >20 anos (p<0,004), tentativa de suicídio na família (p< 0,043) e tentativas e suicídio em amigos (p< 0,028 e p<0,023 respectivamente).

Tabela 2. Análise bivariada entre variáveis sociodemográficas, laborais, relacionadas ao suicídio e a punição após a morte entre docentes universitários da UFMT, campus Cuiabá. Cuiabá, Mato Grosso, 2019.

Variáveis	Punição após a morte				
	*≥Md (2,00)	†<Md (2,00)	‡RP _b	§IC95%	p
Sociodemográficas					
Sexo					
Feminino	123	85	0,98	(0,82 ; 1,18)	0,855

Masculino	71	47	1,00	-	-
Orientação sexual					
Homo/ Bissexual	12	7	1,06	(0,75 ; 1,52)	0,738
Heterossexual	182	125	1,00	-	-
Faixa etária					
>60 anos	8	13	0,58	(0,33 ; 1,01)	0,015
40 a 59 anos	92	70	0,86	(0,72 ; 1,03)	0,110
< 40 anos	94	49	1,00	-	-
Religião					
Sem prática religiosa	37	41	0,75	(0,58 ; 0,96)	0,013
Com prática religiosa	157	91	1,00	-	-
Laborais					
Condição empregatícia					
Sem estabilidade	16	6	1,24	(0,95 ; 1,63)	0,191
Com estabilidade	178	126	1,00	-	-
Maior titulação					
Especialista / Graduado	14	4	1,33	(1,02 ; 1,73)	0,104
Mestre / Doutor / Pós-Doutor	180	128	1,00	-	-
Tempo de trabalho					
> 20 anos	19	30	0,63	(0,44 ; 0,91)	0,004
10 a 20 anos	51	24	1,11	(0,92 ; 1,34)	0,311
< 10 anos	124	78	1,00	-	-
Relacionadas ao suicídio					
Risco de suicídio					
Alto risco	18	5	1,36	(1,07 ; 1,73)	0,052
Risco Moderado	10	3	1,34	(0,98 ; 1,84)	0,165
Baixo Risco	16	13	0,96	(0,68 ; 1,36)	0,812
Sem risco	150	111	1,00	-	-
Na vida já pensou em suicídio					
Sim	74	37	1,19	(1,00 ; 1,43)	0,059
Não	120	95	1,00	-	-
Ideação suicida na família					
Sim	42	30	0,98	(0,78 ; 1,21)	0,818
Não	152	102	1,00	-	-
Tentativa suicídio na família					
Sim	42	17	1,25	(1,03 ; 1,52)	0,043
Não	152	115	1,00	-	-
Suicídio na família					
Sim	27	26	0,83	(0,63 ; 1,10)	0,165
Não	167	106	1,00	-	-
Ideação suicida em amigos					
Sim	85	48	1,13	(0,95 ; 1,35)	0,179
Não	109	84	1,00	-	-
Tentativa suicídio em amigos					

Sim	32	35	0,76	(0,58 ; 0,99)	0,028
Não	162	97	1,00	-	-
Suicídio em amigos					
Sim	55	23	1,26	(1,05 ; 1,51)	0,023
Não	139	109	1,00	-	-

*Md: mediana, †Md: mediana, ‡RPb: razão de prevalência bruta, §IC95%: intervalo de 95% de confiança, ||p: valores de p considerando a distribuição qui-quadrado.

Entre os participantes que julgam o suicídio como um sinal de doença mental (domínio 3), demonstrada na Tabela 3, evidenciou-se significância estatística com a variável homo/bissexual ($p < 0,033$).

Tabela 3. Análise bivariada entre variáveis sociodemográficas, laborais, relacionadas ao suicídio e o suicídio como um sinal de doença mental e entre docentes universitários da UFMT, campus Cuiabá. Cuiabá, Mato Grosso, 2019.

Variáveis	Suicídio como um sinal de doença mental				
	*≥Md (2,83)	†<Md (2,83)	‡RP _b	§IC95%	p
Sociodemográficas					
Sexo					
Feminino	103	105	0,97	(0,78 ; 1,22)	0,818
Masculino	60	58	1,00	-	-
Orientação sexual					
Homo/ Bissexual	14	5	1,52	(1,13 ; 2,03)	0,033
Heterossexual	149	158	1,00	-	-
Faixa etária					
>60 anos	9	12	0,80	(0,48 ; 1,33)	0,346
40 a 59 anos	77	85	0,88	(0,71 ; 1,10)	0,271
< 40 anos	77	66	1,00	-	-
Religião					
Sem prática religiosa	34	44	0,84	(0,63 ; 1,11)	0,194
Com prática religiosa	129	119	1,00	-	-
Laborais					
Condição empregatícia					
Sem estabilidade	9	13	0,81	(0,48 ; 1,35)	0,377
Com estabilidade	154	150	1,00	-	-
Maior titulação					
Especialista / Graduado	13	5	1,48	(1,09 ; 2,02)	0,052
Mestre / Doutor / Pós-Doutor	150	158	1,00	-	-
Tempo de trabalho					
> 20 anos	22	27	0,87	(0,62 ; 1,22)	0,408
10 a 20 anos	37	38	0,96	(0,74 ; 1,25)	0,750
< 10 anos	104	98	1,00	-	-
Relacionadas ao suicídio					

Risco suicídio					
Alto risco	10	13	0,88	(0,54 ; 1,42)	0,584
Risco Moderado	6	7	0,93	(0,51 ; 1,70)	0,818
Baixo Risco	18	11	1,26	(0,92 ; 1,71)	0,196
Sem risco	129	132	1,00	-	-
Na vida já pensou em suicídio					
Sim	63	48	1,22	(0,98 ; 1,52)	0,080
Não	100	115	1,00	-	-
Ideação suicida na família					
Sim	34	38	0,93	(0,71 ; 1,22)	0,593
Não	129	125	1,00	-	-
Tentativa suicídio na família					
Sim	26	33	0,86	(0,63 ; 1,17)	0,314
Não	137	130	1,00	-	-
Suicídio na família					
Sim	24	29	0,89	(0,65 ; 1,22)	0,453
Não	139	134	1,00	-	-
Ideação suicida em amigos					
Sim	63	70	0,91	(0,73 ; 1,14)	0,430
Não	100	93	1,00	-	-
Tentativa suicídio em amigos					
Sim	34	33	1,02	(0,78 ; 1,33)	0,891
Não	129	130	1,00	-	-
Suicídio em amigos					
Sim	45	33	1,21	(0,96 ; 1,53)	0,119
Não	118	130	1,00	-	-

*Md: mediana, †Md: mediana, ‡RPb: razão de prevalência bruta, §IC95%: intervalo de 95% de confiança, ||p: valores de p considerando a distribuição qui-quadrado.

A Tabela 4 ilustra a associação ao domínio falando abertamente sobre suicídio e problemas psicológicos (fator 4), ideia apresentada entre aqueles que tiveram tentativa de suicídio na família ($p < 0,017$) e tentativa de suicídio entre amigos ($p < 0,041$).

Tabela 4. Análise bivariada entre variáveis sociodemográficas, laborais, relacionadas ao suicídio e a falando abertamente sobre o suicídio e problemas psicológicos entre docentes universitários da UFMT, campus Cuiabá. Cuiabá, Mato Grosso, 2019.

Variáveis	Falando abertamente sobre o suicídio e problemas psicológicos				
	*<Md (4,60)	†≥Md (4,60)	‡RP _b	§IC95%	p

Sociodemográficas

Sexo

Feminino	99	109	1,04	(0,82 ; 1,33)	0,750
Masculino	54	64	1,00	-	-

Orientação sexual

Homo/ Bissexual	9	10	1,01	(0,62 ; 1,65)	0,969
Heterossexual	144	163	1,00	-	-

Faixa etária

>60 anos	12	9	1,41	(0,93 ; 2,14)	0,151
40 a 59 anos	83	79	1,26	(0,98 ; 1,62)	0,062
< 40 anos	58	85	1,00	-	-

Religião

Sem prática religiosa	43	35	1,24	(0,97 ; 1,59)	0,096
Com prática religiosa	110	138	1,00	-	-

Laborais

Condição empregatícia

Sem estabilidade	14	8	1,39	(0,99 ; 1,95)	0,104
Com estabilidade	139	165	1,00	-	-

Maior titulação

Especialista / Graduado	12	6	1,46	(1,03 ; 2,06)	0,084
Mestre / Doutor / Pós-Doutor	141	167	1,00	-	-

Tempo de trabalho

> 20 anos	26	23	1,25	(0,92 ; 1,70)	0,185
10 a 20 anos	41	34	1,28	(0,99 ; 1,67)	0,073
< 10 anos	86	116	1,00	-	-

Relacionadas ao suicídio

Risco suicídio

Alto risco	15	8	1,47	(1,06 ; 2,04)	0,055
Risco Moderado	7	6	1,21	(0,72 ; 2,04)	0,506
Baixo Risco	15	14	1,16	(0,80 ; 1,70)	0,455
Sem risco	116	145	1,00	-	-

Na vida já pensou em suicídio

Sim	60	51	1,25	(0,99 ; 1,57)	0,064
Não	93	122	1,00	-	-

Ideação suicida na família

Sim	35	37	1,05	(0,80 ; 1,37)	0,746
Não	118	136	1,00	-	-

Tentativa suicídio na família

Sim	36	23	1,39	(1,09 ; 1,78)	0,017
Não	117	150	1,00	-	-

Suicídio na família

Sim	22	31	0,86	(0,61 ; 1,22)	0,387
Não	131	142	1,00	-	-

Ideação suicida em amigos

Sim	64	69	1,04	(0,83 ; 1,32)	0,721
-----	----	----	------	---------------	-------

Não	89	104	1,00	-	-
Tentativa de suicídio em amigos					
Sim	24	43	0,72	(0,51 ; 1,01)	0,041
Não	129	130	1,00	-	-
Suicídio em amigos					
Sim	35	43	0,94	(0,71 ; 1,25)	0,676
Não	118	130	1,00	-	-

*Md: mediana, †Md: mediana, ‡RPb: razão de prevalência bruta, §IC95%: intervalo de 95% de confiança, ||p: valores de p considerando a distribuição qui-quadrado.

Na Tabela 5 são apresentados os 4 modelos finais ajustados por meio da regressão múltipla de Poisson com variância robusta entre os 4 domínios da atitude frente ao comportamento suicida e as variáveis independentes associadas a estes domínios com significância estatística.

No modelo ajustado da aceitação do suicídio (modelo 1) permaneceram associados às variáveis religião ($p < 0,001$), condição empregatícia ($p = 0,005$) e risco de suicídio ($p = 0,014$). No modelo 2 que demonstra a punição após a morte apresentou associação com as variáveis religião ($p < 0,001$), maior titulação ($p = 0,016$), tempo de trabalho ($p = 0,008$), na vida já pensou em suicídio ($p = 0,020$), ideação suicida em amigos ($p = 0,022$), tentativa de suicídio em amigos ($p = 0,003$) e suicídio em amigos ($p < 0,001$). No modelo 3 que ilustra o suicídio como um sinal de doença mental evidenciou-se associação com as variáveis maior titulação ($p = 0,007$) e orientação sexual ($p = 0,003$). O último modelo (4), falando abertamente sobre o suicídio e problemas psicológicos elucida associação com as variáveis faixa etária ($p = 0,032$ e $p = 0,038$), condição empregatícia ($p = 0,006$), tentativa de suicídio na família ($p = 0,002$) e tentativa de suicídio em amigos ($p = 0,042$).

Tabela 5. Análise múltipla entre variáveis sociodemográficas, laborais, relacionadas ao suicídio e os domínios de aceitação do suicídio, punição após a morte, o suicídio como um sinal de doença e falando abertamente sobre suicídio e problemas psicológicos em docentes universitários da UFMT. Cuiabá, Mato Grosso, 2019.

Variáveis	Modelo 1: Aceitação do suicídio		
	*RP _a	†IC95%	‡p
Religião			
Sem prática religiosa	1,60	(1,28 ; 2,01)	<0,001
Condição empregatícia			
Sem estabilidade	1,47	(1,09 ; 1,99)	0,005
Risco suicídio			
Alto risco	1,52	(1,09 ; 2,11)	0,014
	Modelo 2: Punição após a morte		
Religião			

Sem prática religiosa	1,60	(1,28 ; 2,01)	<0,001
Maior titulação			
Especialista / Graduado	1,36	(1,06 ; 1,74)	0,016
Tempo de trabalho			
> 20 anos	0,62	(0,43 ; 0,88)	0,008
Na vida já pensou em suicídio			
Sim	1,22	(1,03 ; 1,44)	0,020
Ideação suicida em amigos			
Sim	1,25	(1,03 ; 1,51)	0,022
Tentativa de suicídio em amigos			
Sim	0,67	(0,51 ; 0,87)	0,003
Suicídio em amigos			
Sim	1,45	(1,20 ; 1,77)	<0,001
Modelo 3: Suicídio como um sinal de doença mental			
Maior titulação			
Especialista / Graduado	1,54	(1,12 ; 2,10)	0,007
Orientação sexual			
Homo/ Bissexual	1,57	(1,17 ; 2,10)	0,003
Modelo 4: Falando abertamente sobre o suicídio e problemas psicológicos			
Faixa etária			
>60 anos	1,61	(1,04 ; 2,48)	0,032
40 a 59 anos	1,32	(1,02 ; 1,71)	0,038
Condição empregatícia			
Sem estabilidade	1,62	(1,15 ; 2,29)	0,006
Tentativa suicídio na família			
Sim	1,49	(1,16 ; 1,91)	0,002
Tentativa de suicídio em amigos			
Sim	0,70	(0,50 ; 0,98)	0,042

***RPa**: razão de prevalência ajustada, †**IC95%**: intervalo de 95% de confiança, ‡**p**: valores de p considerando a distribuição qui-quadrado.

DISCUSSÃO

Dentre as características dos participantes cabe pontuar que entre aqueles que se autodeclararam sem alguma prática religiosa constam os docentes que se reconheciam ateus e os que acreditavam em uma divindade espiritual, entretanto, não realizavam nenhuma prática religiosa que manifestasse essa crença. Sobre a associação dessa variável com os domínios aceitação do suicídio e punição após a morte, um estudo multicêntrico realizado com 5572 universitários apontou resultados similares ao da presente pesquisa, pois entre os 1530 estudantes que manifestaram não possuir filiação religiosa foi encontrada uma associação com o domínio aceitação do suicídio, já com os 4042

participantes que possuíam uma fé, embora menos vulneráveis ao comportamento suicida, houve a relação com o domínio punição após a morte⁽¹⁸⁾.

Os achados com os docentes do presente trabalho podem se justificar pelo fato de que entre os que não acreditam em um ser de superioridade divina e que deduzem que a vida se encerra definitivamente com a morte, o suicídio seja mais aceitável como um recurso diante de algum dilema da vida, uma vez que, não havendo consequências após morte, o sujeito é completamente autônomo de si para inclusive suicidar-se⁽¹⁹⁾. Aos que creem, mesmo sem prática religiosa, que a existência humana ocorre em detrimento da permissão de uma divindade superior, há a concepção de que a vida talvez continue ou continuará em dado momento, e colocar fim na mesma pode ser equiparado como um crime, passível de uma condenação ainda que no campo espiritual⁽²⁰⁾.

Quanto aos docentes que não possuíam vínculo empregatício estável com a universidade e sua associação com o fato de aceitar o suicídio e não considerar falar abertamente sobre esse assunto e também sobre problemas psicológicos, não foram encontradas pesquisas com tal particularidade para pretensa comparação de resultados. Depreende-se que os achados do presente trabalho decorrem do fato desse docente, na condição de profissional sem vínculo efetivo, optar por não querer debater sobre o tema que é visto como um tabu⁽⁹⁾, concluindo que falar sobre o evento pode não ser bem aceito dentro do seu espaço de trabalho o que fragilizaria seu contrato de trabalho.

A possível instabilidade profissional enquanto docente também pode ser interpretada como uma vulnerabilidade que reflete na aceitação do suicídio já que estudos apontam que inseguranças profissionais podem ocasionar ideias suicidas e tais pensamentos por si só geraria a atitude de aceitação da conduta⁽²¹⁻²²⁾. Na atualidade, as pessoas estão imersas nesse sistema em que o capital propaga ao máximo o estilo de vida consumista, individualista, e sobretudo a obtenção do sucesso em todas as áreas de sua vida inclusive no aspecto social do trabalho⁽²³⁾ que, na presente pesquisa, seria possuir a estabilidade empregatícia, o contrário desse contexto pode implicar em atitudes negativas como as associações encontradas.

Todas as categorias pesquisadas nesse estudo que se ocuparam de investigar qualquer proximidade experienciada pelo docente relacionada com o suicídio, seja apresentando risco a si para o evento no momento da pesquisa, ideação suicida no passado ou história de ideação e/ou tentativas do ato entre amigos e família, exibiram associações com os domínios aceitação do suicídio, punição após a morte e não falar abertamente sobre o suicídio e problemas psicológicos. Um estudo na China com 983 participantes da população geral do país identificou que os 57 participantes que já haviam idealizado suicídio e os 52 que tiveram contato com pessoas suicidas consideraram aceitável que outra pessoa se suicidasse⁽²¹⁾. Já na Índia outra pesquisa também com população geral (n= 172) identificou entre os participantes que manifestaram ter algum vínculo com pessoas que tentaram

suicídio encontraram atitudes negativas em considerar o ato punível após a morte e de que não se deveria falar sobre o assunto⁽¹⁹⁾.

A literatura ilustra que tais posicionamentos podem ser explicados pelo fato do indivíduo que vivenciou sofrimento pessoal e algum desejo suicida consiga aceitar essas ideias já que é uma experiência que foi cogitada para si, logo há a aceitação para outrem⁽¹¹⁾. Quando o evento ocorre com alguém muito próximo como familiares e amigos, a postura condenatória e a vergonha também emergem o que explica a crença da punibilidade do ato, no âmbito espiritual pós morte, assim como querer manter em sigilo ou inibir qualquer comunicação a respeito do assunto já que o comportamento suicida possui ainda a conotação de fracasso pessoal e social para quem o realiza e para seus vínculos mais próximos⁽¹⁸⁾.

A relação da titulação de especialista e graduado ao fator punição após a morte e suicídio como um sinal de doença mental igualmente demonstra convicções que refletem atitudes negativas. A formação mais especializada é apontada como um componente que melhora atitudes do indivíduo na postura que ele deva possuir diante de outro sujeito com comportamento suicida⁽⁹⁾.

A introdução em cursos de pós-graduação com aprofundamento científico, como na esfera *stricto sensu*, exige inserção em patamares acadêmicos que podem oportunizar a ruptura de paradigmas negativos até então existentes sobre vários dilemas sociais, inclusive o comportamento suicida, refletindo em docentes com atitudes mais positivas⁽⁸⁾. Esse aperfeiçoamento acadêmico pode ser uma alternativa para que esses docentes modifiquem o entendimento de que o comportamento suicida é um ato que sofra sanções espirituais assim como desconstrua essa certeza que o evento advenha da existência de uma patologia mental.

Sobre o tempo de atuação na docência acima de 20 anos e sua associação com o domínio punição após a morte devido o suicídio, também não foram encontrados estudos em docentes com essa singularidade. Infere-se que os participantes com tal cronologia de laboração possuam faixa etária mais avançada e possivelmente uma postura mais conservadora diante do tema, reflexo de um momento histórico em que o comportamento suicida possuía estigmas ainda maiores do que na atualidade, concepção solidificada principalmente pelos aspectos religiosos que pregam a punibilidade divina após o ato suicida⁽²⁰⁾.

A associação da variável homossexual e bissexual com o domínio suicídio como um sinal de doença mental, chama atenção já que pessoas com sexualidade não heterossexual comumente são alvos de atitude negativas como discriminação e estigmas, portanto, espera-se uma atitude empática e mais positiva diante de um fenômeno que também é cerne de preconceitos⁽²⁴⁾.

Entretanto, pode ser justamente esse cenário social hostil enfrentado pelas pessoas homo e bissexuais que justifique essa associação. Os indivíduos que sofreram ou constantemente sofrem

discriminação por sua sexualidade estão expostos a fragilidades emocionais e consequentemente problemas de saúde mental o que comumente desencadeia algum elemento do comportamento suicida, isto posto, concluem que outra pessoa com características suicidas podem estar vivenciando algum processo de adoecimento mental⁽²⁵⁾.

Entre os docentes acima de 40 anos de idade foi encontrado significância estatística com o julgamento contrário ao domínio falar abertamente sobre o suicídio e problemas psicológicos. Tal atitude negativa e sua relação com a variável idade é encontrada na literatura em pesquisas que se ocupam de investigar esse elo, a exemplo de um estudo com 1200 pessoas da comunidade geral na Coreia do Sul cujos achados mostraram atitudes desfavoráveis entre os participantes acima do 40 anos de idade para o comportamento suicida, dentre eles, o julgamento das pessoas que morrem por suicídio e acreditarem que não se deve falar sobre o assunto⁽¹²⁾.

Um fato justificável para essa associação é o mito de que falar sobre suicídio provoca o incentivo para que o ato seja realizado, e tal entendimento equivocado é comum em adultos com idade mais avançada⁽²⁶⁾. Ainda que o público do presente estudo seja de docentes universitários onde espera-se que possuam uma maior sensibilidade devido ao alto nível de esclarecimento, a crença de que não se deve falar sobre o tema suicídio, devido seu estigma, alcança grande esfera da população provocando atitudes negativas e obstáculos no processo de auxílio a pessoas que vivenciam esse dilema uma vez que, à medida que o tema é discutido há maiores chances de se desmistificar o assunto e mais pessoas serem auxiliadas⁽⁸⁾.

A presente pesquisa possui como limitações o fato de possuir um desenho transversal que não permite analisar a relação causa e efeito entre as variáveis investigadas e suas temporalidades. Outro importante ponto a salientar é que a atitude, objeto de estudo, é um processo subjetivo e passível de ser influenciada por vários outros fatores que não tenham sido investigados. Contudo, se faz necessário que outras pesquisas sejam elaboradas, até mesmo com diferentes desenhos metodológicos, no intuito de aprofundar sobre o tema e fornecer subsídios que permitam a mudança de atitude dos docentes com a proposta de alcançar êxito nas posturas que virão a ter frente o tema.

CONCLUSÃO

No presente estudo foram analisados quatro modelos derivados dos fatores que compõem a escala de atitudes frente ao comportamento suicida. No primeiro modelo em que se buscou a associação da aceitação do suicídio às variáveis religião, condição empregatícia e risco de suicídio foram relevantes. No modelo 2, que demonstra a punição após a morte, permaneceu a variável religião e entraram as laborais e as relativas ao comportamento suicida, seja em relação ao docente ou alguém de sua convivência. No modelo 3, que ilustra o suicídio como um sinal de doença mental, a maior

titulação se repetiu em relação ao modelo 2 e a orientação sexual demonstrou-se associada. O último modelo (4), falando abertamente sobre o suicídio e problemas psicológicos, as variáveis faixa etária, condição empregatícia, tentativa de suicídio na família e tentativa de suicídio em amigos associaram-se. Percebe-se que algumas variáveis se associaram com mais de um modelo, como o caso de religião, condição empregatícia e tentativa de suicídio entre amigos o que reforça a complexidade e multidimensionalidade do fenômeno investigado.

O ineditismo do trabalho, nacionalmente, que averigua as atitudes frente ao comportamento suicida em docentes universitários é um potente diferencial para que possíveis ações se fortaleçam dentro dos ambientes universitários. Além disso, pode ser um incentivo para que os docentes reconheçam suas atitudes negativas e busquem modificá-las para que possam efetivamente contribuir na constituição de uma rede de apoio ao estudante, ou qualquer outra pessoa com esse comportamento, permitindo a sua identificação precoce e prevenção do suicídio.

REFERÊNCIAS

1. Altmann TK. Attitude: a concept analysis. Nursing forum. [Internet]. 2008 [cited 10 sep, 2020];43(3):144-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6198.2008.00106.x>
2. Yonemoto N, Kawashima Y, Endo K, Yamada M. Gatekeeper training for suicidal behaviors: A systematic review. Journal of affective disorders. [Internet]. 2019 [cited aug 28, 2020];246(0):506-14. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.052>
3. World Health Organization, WHO. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. [Internet]. 2018 [cited sep 10, 2020]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf?ua=1>
4. World Health Organization, WHO. Suicide in the world: Global Health Estimates. [Internet]. 2019 [cited sep 17, 2020]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Owusu-Ansah FE, Addae AA, Peasah BO, Asante KO, Osafo J. Suicide among university students: prevalence, risks and protective factors. Health Psychology and Behavioral Medicine. [Internet]. 2020 [cited sep 13, 2020];8(1):220-33. doi: <https://doi.org/10.1080/21642850.2020.1766978>
6. Aldrich RS, Wilde J, Miller E. The effectiveness of QPR suicide prevention training. Health Education Journal. [Internet]. 2018 [cited sep 05, 2020];77(8):964-77. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0017896918786009>
7. Torok M, Calear AL, Smart A, Wong Q. Preventing adolescent suicide: A systematic review of the effectiveness and change mechanisms of suicide prevention gatekeeping training programs for teachers and parents. Journal of adolescence. [Internet]. 2019 [cited oct 21, 2020];73(0):100-12. doi: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.04.005>

8. Taketani R, Tsujimoto E, Ono H. Teachers' Attitudes toward Youth Suicide and its Relationship with Their Own Quality of Life. *Health Behavior and Policy Review*. [Internet] 2017 [cited jul 29, 2020];4(4):399-405. doi: <https://doi.org/10.14485/HBPR.4.4.9>
9. Carmona-Navarro M, Pichardo-Martínez M. Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: influence of emotional intelligence. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2012;20(6):1161-68. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000600019>
10. Öztürk A, Akin S. Evaluation of knowledge level about suicide and stigmatizing attitudes in university students toward people who commit suicide. *Journal of Psychiatric Nursing* [Internet]. 2018 [cited sep 19, 2020];9(2):96-104. doi: <https://doi.org/10.14744/phd.2018.49389>
11. Cwik JC, Till B, Bieda A, Blackwell SE, Walter C, Teismann T. Measuring attitudes towards suicide: Preliminary evaluation of an attitude towards suicide scale. *Comprehensive psychiatry*. [Internet]. 2017 [cited oct 03, 2020];72(0):56-65. doi: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.09.008>
12. Na KS, Oh KS, Lim SW, Ryu Sh, Lee JY, Hong JP, et al. Association between age and attitudes toward suicide. *The European Journal of Psychiatry*. [Internet]. 2018 [cited sep 22, 2020];32(1):44-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.08.007>
13. Eskin M. Suicidal Ideation, Attempts and Attitudes in Youth. *Turk Psikoloji Dergisi*. [Internet]. 2017 [cited jul 15, 2020];32(80):112-15. Available from: <https://www.psikolog.org.tr/en/publications/yayinlar/10.31828/tpd1300443320170000m000012.pdf>
14. Eskin M. The effects of religious versus secular education on suicide ideation and suicidal attitudes in adolescents in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. [Internet]. 2004 [cited jul 26, 2020];39(7):536-42. doi: 10.1007/s00127-004-0769-x
15. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2000;22(3):106-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003>
16. Marques JMA, Zuairi AW. Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. *General hospital psychiatry*. [Internet]. 2008 [cited jul 10, 2020];30(4):303-10. doi: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2008.02.001>
17. Espinosa MM, Oliveira NL, Rodrigues DC, Alves BMM, Marcon SR. Comparação de modelos de regressão entre variáveis quantitativas e categóricas nos estudos de qualidade de vida de idosos. *Ci Nat Santa Maria*. 2019;41(26):1-13. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2179460X33827>
18. Eskin M, Poyrazli S, Janghorbani M, Bakhshi S, Carta MG, Moro MF, et al. The role of religion in suicidal behavior, attitudes and psychological distress among university students: A multinational study. *Transcultural psychiatry*. [Internet]. 2019 [cited aug 14, 2020];56(5):853-77. doi: <https://doi.org/10.1177/1363461518823933>
19. Thimmaiah R, Poreddi V, Ramu R, Selvi S, Math SB. Influence of religion on attitude towards suicide: An Indian perspective. *Journal of religion and health*. [Internet]. 2016 [cited aug 29, 2020];55(6):2039-52. doi: <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0213-z>

20. Gearing RE, Alonzo D. Religion and suicide: New findings. *Journal of religion and health*. [Internet]. 2018 [cited sep 07, 2020];57(6):2478-499. doi: <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0629-8>
21. Zou Y, Leung R, Lin S, Yang M, Lu T, Li X, et al. Attitudes towards suicide in urban and rural China: a population based, cross-sectional study. *BMC psychiatry*. [Internet]. 2016 [cited sep 23, 2020];16(162):1-11. doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0872-z>
22. Oexle N, Feigelman W, Sheehan L. Perceived suicide stigma, secrecy about suicide loss and mental health outcomes. *Death studies*. [Internet]. 2020 [cited pct 09, 2020];44(4):248-55. doi: <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1539052>
23. Marcolan JF. For a public policy of surveillance of suicidal behavior. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018;71(5):2343-47. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0256>
24. Grollman EA. Sexual orientation differences in attitudes about sexuality, race, and gender. *Social Science Research*. [Internet]. 2017 [cited sep 27, 2020];61:126-41. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2016.05.002>
25. Wang P-W, Ko N-Y, Hsiao RC, Chen M-H, Lin H-C, Yen C-F. Suicidality among gay and bisexual men in Taiwan: Its relationships with sexuality and gender role characteristics, homophobic bullying victimization, and social support. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. [Internet]. 2019 [cited oct 12, 2020];49(2):466-77. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12451>
26. Bolt ELW, Dwyer SC, Buckle JL, Zendel BR. How age-of-death and mode-of-death impact perceptions of the deceased. *Death Studies*. [Internet]. 2019 [cited sep 15, 2020];43(8):489-99. doi: [doi:10.1080/07481187.2018.1488774](https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1488774)