



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE

**CAMILA LOUISE BAENA FERREIRA**

TRAJETÓRIA DO ACOMPANHAMENTO EM SAÚDE MENTAL  
DOS PACIENTES APÓS O ATENDIMENTO NA UNIDADE DE  
EMERGÊNCIA POR TENTATIVA DE SUICÍDIO

Dissertação submetida ao Programa de Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do grau de Mestre.

**Orientadora:** Dr<sup>a</sup>. Leticia Macedo Gabarra

Florianópolis, 2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Ferreira, Camila Louise Baena

Trajetória do acompanhamento em saúde mental dos pacientes após o atendimento na unidade de emergência por tentativa de suicídio / Camila Louise Baena Ferreira ; orientadora, Leticia Macedo Gabarra - Florianópolis, SC, 2014.

249 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.

Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde.

Inclui referências

1. Saúde. 2. tentativa de suicídio. 3. saúde mental. 4. unidade de emergência. 5. atendimento psicológico. I. Macedo Gabarra, Leticia. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
**MESTRADO PROFISSIONAL MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE**

**“Trajetória do acompanhamento em saúde mental dos pacientes após o atendimento na unidade de emergência por tentativa de suicídio”.**

**Camila Louise Baena Ferreira**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A  
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM  
SAÚDE**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Cuidados Intensivos**

**Profa. Dra. Katia Cilene Godinho Bertoncello**

Coordenadora do Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde

**Banca Examinadora:**

Profa. Dra. Letícia Macedo Gabarra (Presidente)

Prof. Dra. Zaira Aparecida de Oliveira Custódio (Membro)

Profa. Dra. Maria Terezinha Zeferino (Membro)

Prof. Dra. Juliana Balbinot Reis Girardi (Membro)



Este trabalho é dedicado aos meus  
grandes amores e incentivadores:  
minha mãe e meu filho.



## AGRADECIMENTOS

Aos pacientes que aceitaram participar desta pesquisa e desta forma, aceitaram falar sobre este tema extremamente delicado que é a tentativa de suicídio. Agradeço pela confiança e disponibilidade em revelar seus sentimentos e angústias neste momento de dor emocional.

À minha orientadora Dr<sup>a</sup> Leticia Macedo Gabarra, que acompanha e contribui para a minha formação profissional há 04 anos quando iniciei estágio no Hospital Universitário. Obrigado por mais uma vez ter aceitado contribuir para a minha caminhada profissional; agradeço aos ensinamentos, paciência e amizade!

À Dr<sup>a</sup> Zaira Aparecida de Oliveira Custódio por ter me aceitado como estagiária da Maternidade e assim, me proporcionou a descoberta (e o encantamento) sobre a atuação do psicólogo no hospital. Agradeço por ter aceitado participar como membro examinadora da banca deste trabalho; assim como as professoras Dr<sup>a</sup> Maria Terezinha Zeferino e Dr<sup>a</sup> Juliana Balbinot Reis Giorndi. As contribuições de todos os membros da banca foram muito importantes para aprimorar este trabalho.

À minha mãe e meus irmãos, que sempre estiveram muito presentes em minha vida acompanhando de perto e incentivando todas as minhas conquistas. Em especial à minha mãe, que proporcionou meu primeiro contato com a área da psicologia ao me sugerir realizar terapia e desta forma, percebi que esta era a profissão que eu desejava exercer.

Ao meu filho Matheus, por sua alegria contagiante, pela compreensão aos momentos que não pude estar muito presente e por ter me proporcionado conhecer o “tão famoso” amor incondicional.

Aos meus familiares, que apesar da distância física que nos separam, estão muito próximos emocionalmente através das demonstrações de carinho e apoio.

Ao Programa de Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde, que permitiu aliar os conhecimentos adquiridos durante a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde à pesquisa de Mestrado; e desta forma despertou meu interesse em realizar esta pesquisa.

Às psicólogas do Hospital, por todos os momentos de trocas de experiências e ensinamentos proporcionados. Em especial, à Juliana e Andrezza, com as quais trabalhei na unidade de Emergência e que acompanharam de perto minhas ansiedades e receios de recém-formada.

Às minhas colegas da Residência, por sua “habilidade” em tornar os dias de trabalho mais leves. Em especial, à Laís e Karla por estarem tão presentes nos momentos que mais precisei.

Aos amigos, que acompanharam esse momento ouvindo minhas angústias e as transformaram em risos.

Ao Rafael, pelo companheirismo nos mais diversos momentos de minha vida; e por sua participação essencial para a conclusão desta pesquisa tanto indiretamente através do apoio emocional quanto diretamente ao me auxiliar no contato com os professores quando precisei me ausentar de Florianópolis.



O meu vizinho do lado  
Se matou de solidão.

(...)

Eu sempre o cumprimentava  
Porque parecia bom  
Um homem por trás dos óculos  
Como diria Drummond  
Num velho papel de embrulho  
Deixou um bilhete seu  
Dizendo que se matava  
De cansado de viver  
Embaixo assinado Alfredo  
Mas ninguém sabe de quê

Vinícius de Moraes



## RESUMO

O suicídio é considerado um problema de saúde pública devido aos seus altos índices e órgãos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) têm alertado sobre essa questão e formas de prevenir tal ato. Estima-se que o número de tentativas de suicídio é 10 vezes maior que o número de suicídios. O Serviço de Psicologia da unidade de Emergência do Hospital Universitário de Santa Catarina (HU/UFSC) possui entre suas principais demandas o atendimento aos casos de tentativas de suicídio. O objetivo dessa pesquisa foi analisar o acompanhamento de saúde mental dos participantes após aproximadamente 06 meses do atendimento na unidade de Emergência por tentativa de suicídio, e identificar a sintomatologia apresentada pelo participante durante e após o atendimento na unidade de Emergência. A metodologia da presente pesquisa foi qualitativa-quantitativa. A pesquisa foi realizada em duas etapas: a primeira etapa foi realizada na unidade de Emergência e a segunda etapa foi viabilizada através de visitas domiciliares após aproximadamente 06 meses do atendimento realizado na unidade de Emergência. Os dados foram coletados por meio de análise documental do Registro Interno de Atendimento Psicológico, aplicação da Escala de Ideação Suicida Beck e entrevista semi-estruturada elaborada pela pesquisadora. Os dados coletados através do Registro Interno de Atendimento Psicológico e da Escala de Ideação Suicida Beck foram analisados conforme estatística descritiva, com a utilização do Programa Microsoft Office Excel 2013. A entrevista foi analisada qualitativamente baseada na análise categorial proposta por Minayo (2008). Foram 27 participantes de ambos os sexos, atendidos na unidade de Emergência após tentativa de suicídio. Os resultados demonstraram que maioria dos participantes (25) procurou o serviço de saúde para o qual foram encaminhados e conseguiram atendimento, entretanto 11 participantes apresentaram dificuldade de acesso aos profissionais de saúde mental (médico psiquiatra e psicólogo). Durante a 2ª etapa da pesquisa, os participantes apresentavam um menor nível de ideação suicida; assim como a ocorrência de fatores protetores do suicídio como a menor facilidade de acesso aos meios letais e menor nível de despistamento e segredo sobre a ideação suicida, evidenciando uma menor preocupação em esconder a ideação suicida das pessoas. Tais dados demonstram a importância do atendimento oferecido pelo Serviço de Psicologia na unidade de Emergência do HU/UFSC, pois no atendimento são realizadas intervenções para identificar/reforçar laços

com rede de apoio; estimular tratamento psicoterápico e/ou psiquiátrico, quando necessário; orientações aos familiares sobre restrição de acesso aos meios letais. Os resultados da presente pesquisa pretendem auxiliar os profissionais de saúde a compreender os fatores que influenciam a adesão e não adesão dos pacientes ao tratamento em saúde mental; e dessa forma, realizar intervenções mais efetivas, atuando assim com a prevenção do suicídio.

**Palavras-chave:** Tentativa de Suicídio. Saúde Mental. Unidade de Emergência.

## ABSTRACT

Suicide is considered a public health problem due to their high rates and international bodies like the World Health Organization (WHO) have warned about this issue and ways to prevent such an act. It is estimated that the number of suicide attempts is 10 times greater than the number of suicides. The Psychology Service Emergency Unit of the University Hospital of Santa Catarina (HU / UFSC) has among its main demands the care of patients with suicide attempts. The aim of this study was to analyze the monitoring mental health of the participants after approximately 06 months of service in the Emergency Unit of attempted suicide, and identify symptoms reported by the participant during and after treatment in the emergency unit. The methodology of this research is qualitative -quantitative. The survey was conducted through two stages: the first stage was conducted in the Emergency Unit and the second stage was made possible through home visits after approximately 06 months of care given in the emergency unit. Data were collected through documentary analysis of Internal Psychological Assistance Registration, Application Scale for Suicidal Ideation Beck and semi -structured interview developed by the researcher. The data collected through the Internal Registration psychological assistance and Beck Scale for Suicide Ideation were analyzed according to descriptive statistics, using the Microsoft Office Excel 2013 program. The interviews were analyzed qualitatively by categorical analysis proposed by Minayo (2008). Participated in the study, 27 adult subjects of both sexes treated at the Emergency following a suicide attempt. The results showed that most participants sought health services to which they were referred and managed care, however 11 participants had difficulty accessing mental health professionals (doctor psychiatrist and psychologist). During the 2nd phase of the study , participants had a lower level of suicidal ideation, as well as the occurrence of protective factors for suicide as the lowest ease of access to lethal means and lower level of preoccupation in occult about suicidal ideation, demonstrating a lower concern to hide suicidal ideation people. These data demonstrate the importance of the work service offered by the Psychology Department at the unit Emergency HU/UFSC, because during the service to identify interventions /strengthen ties with their support network are performed; stimulate psychotherapy and/or psychiatric when necessary; guidance to families about restricting access to lethal means. This research aims to help health professionals to understand the

factors influencing adherence and non-adherence of patients to mental health treatment , and thus make more effective interventions, thus acting as suicide prevention.

**Keywords:** Suicide attempts. Mental health, Emergency unit.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 01.</b> Trajetória de composição do procedimento de coleta de dados.....	95
<b>Gráfico 01.</b> Desencadeador alegado pelos participantes da pesquisa para a tentativa de suicídio atual (1ª etapa).....	106
<b>Gráfico 02.</b> Item “Desejo de viver” da Escala de Ideação Suicida Beck na 1ª e 2ª etapa da pesquisa.....	112
<b>Gráfico 03.</b> Comparação dos dados referentes ao item “Desejo de morrer” da Escala de Ideação Suicida Beck na 1ª e 2ª etapa da pesquisa.....	113
<b>Gráfico 04.</b> Exposição dos dados referentes ao item “Razões para viver ou morrer” da Escala de Ideação Suicida Beck na 1ª e 2ª etapa da pesquisa.....	114
<b>Gráfico 05.</b> Apresentação dos dados referentes ao item “Tentativa de suicídio ativa” da Escala de Ideação Suicida Beck na 1ª e 2ª etapa da pesquisa.....	115
<b>Gráfico 06.</b> Item “Tentativa de suicídio passiva” da Escala de Ideação Suicida Beck na 1ª e 2ª etapa da pesquisa.....	117
<b>Gráfico 07.</b> Item “Duração das ideias de suicídio” da Escala de Ideação Suicida Beck na 1ª e 2ª etapa da pesquisa.....	119
<b>Gráfico 08.</b> Item “Frequência da ideação suicida” da Escala de Ideação Suicida Beck na 1ª e 2ª etapa da pesquisa.....	120
<b>Gráfico 09.</b> Item “Atitude em relação à ideação” da Escala de Ideação Suicida Beck na 1ª e 2ª etapa da pesquisa.....	121
<b>Gráfico 10.</b> Item “Controle sobre atos suicidas” da Escala de Ideação Suicida Beck na 1ª e 2ª etapa da pesquisa.....	123
<b>Gráfico 11.</b> Item “Inibições para a tentativa de suicídio” da Escala de	

Ideação Suicida Beck na 1ª e 2ª etapa da pesquisa.....	125
<b>Gráfico 12.</b> Item “Razões para a tentativa de suicídio” da Escala de Ideação Suicida Beck na 1ª e 2ª etapa da pesquisa.....	126
<b>Gráfico 13.</b> Item “Especificidades do planejamento” da Escala de Ideação Suicida Beck na 1ª e 2ª etapa da pesquisa.....	128
<b>Gráfico 14:</b> Item “Acessibilidade ou oportunidade do método” da Escala de Ideação Suicida Beck na 1ª e 2ª etapa da pesquisa.....	129
<b>Gráfico 15.</b> Apresentação dos dados referentes ao item “Capacidade de realizar a tentativa de suicídio” da Escala de Ideação Suicida Beck na 1ª e 2ª etapa da pesquisa.....	131
<b>Gráfico 16.</b> Exposição dos dados referentes ao item “Probabilidade tentativa de suicídio real” da Escala de Ideação Suicida Beck na 1ª e 2ª etapa da pesquisa.....	132
<b>Gráfico 17.</b> Item “Extensão da preparação verdadeira” da Escala de Ideação Suicida Beck na 1ª e 2ª etapa da pesquisa.....	133
<b>Gráfico 18.</b> Item “Bilhete suicida” da Escala de Ideação Suicida Beck na 1ª e 2ª etapa da pesquisa.....	134
<b>Gráfico 19.</b> Item “Atos finais” da Escala de Ideação Suicida Beck na 1ª e 2ª etapa da pesquisa.....	135
<b>Gráfico 20.</b> Item “Despistamento e segredo” da Escala de Ideação Suicida Beck na 1ª e 2ª etapa da pesquisa.....	136
<b>Gráfico 21:</b> Escore total da Escala de Ideação Suicida Beck, nas duas etapas, conforme respostas dos participantes.....	138
<b>Gráfico 22.</b> Escore total da Escala de Ideação Suicida Beck, nas duas etapas, dos participantes que tentaram suicídio após o atendimento na unidade de emergência.....	141



<b>Gráfico 23.</b> Escore total da Escala de Ideação Suicida Beck, nas duas etapas, dos participantes encaminhados para avaliação psiquiátrica de urgência após o atendimento na unidade de Emergência.....	145
<b>Quadro 01.</b> Apresentação das categorias e subcategorias encontradas nas respostas do primeiro item da entrevista (2ª etapa).....	147
<b>Figura 02.</b> Apresentação da Trajetória dos participantes nos serviços de saúde após atendimento no Hospital Universitário.....	168
<b>Figura 03.</b> Exposição dos dados referentes à realização de tratamento psicológico, de acordo com os participantes, em diferentes etapas da pesquisa.....	180
<b>Figura 04.</b> Exposição dos dados referentes à realização de tratamento psiquiátrico, de acordo com os participantes, em diferentes etapas da pesquisa.....	185
<b>Gráfico 24.</b> Eventos estressores ocorridos após a alta hospitalar (2ª etapa da pesquisa).....	187



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CIT/SC - Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina

ESF - Estratégia da Saúde da Família

HU/UFSC - Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina

IPQ - Instituto Psiquiátrico

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	22
1.1 Problema de pesquisa.....	26
1.2 Justificativa.....	26
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	29
2.1 Objetivo Geral .....	29
2.2 Objetivos Específicos .....	29
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	30
3.1 Conceituação do suicídio.....	30
3.2 Autópsia psicológica.....	33
3.3 Continuum dos comportamentos suicidas.....	35
3.4 Potenciais fatores de risco e protetivos.....	37
3.5 Aspectos psicológicos.....	39
3.6 Aspectos sociais.....	42
3.7 Aspectos biológicos.....	45
3.8 Aspectos sociodemográficos.....	45
3.8.1 Idade .....	46
3.8.2 Gênero.....	49
3.8.3 Religiosidade.....	52
3.9 Rede de apoio.....	54
3.10 Transtornos psiquiátricos.....	59
3.10.1 Transtornos de humor.....	61
3.10.2 Transtornos psicóticos.....	62
3.10.3 Transtornos de ansiedade.....	64
3.10.4 Transtornos de personalidade .....	65
3.10.5 Transtornos associados ao álcool .....	65
3.11 Tentativas de suicídio prévias.....	67

3.12	Prevenção do suicídio.....	70
3.13	Rede de Atenção à Saúde.....	76
3.13.1	Rede de Atenção Psicossocial.....	79
<b>4.</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>84</b>
4.1	Local.....	85
4.1.1	Primeira etapa.....	85
4.1.2	Segunda etapa.....	85
4.2	Participantes.....	86
4.3	Instrumentos.....	87
4.3.1	Registro Interno de Atendimento Psicológico.....	88
4.3.2	Escala de Ideação Suicida Beck.....	88
4.3.3	Entrevista semi estruturada.....	90
4.4	Procedimento de coleta de dados.....	91
4.4.1	Primeira etapa.....	91
4.4.2	Segunda etapa.....	93
4.5	Análise de dados.....	96
4.5.1	Análise quantitativa.....	96
4.5.2	Análise qualitativa.....	96
4.6	Aspectos éticos.....	98
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>100</b>
5.1	Dados do Registro Interno de Atendimento Psicológico.....	100
5.2	Dados da Escala de Ideação Suicida Beck.....	111
5.3	Dados da entrevista.....	146
<b>6.</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>200</b>
<b>7.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>214</b>
<b>8.</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>218</b>
<b>APÊNDICE</b>	<b>.....</b>	<b>229</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>.....</b>	<b>234</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Unidade de Emergência caracteriza-se como uma das portas de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) à atenção terciária. A área das urgências é considerada prioritária, pois envolve agravos de saúde que necessitam de cuidados imediatos (BRASIL, 2006a). A Política Nacional de Atenção às Urgências, instituída através da portaria GM/MS nº 1.863/2003, expõe como objetivo garantir a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências e considera o suicídio como uma urgência relacionada a causas externas (BRASIL, 2003a).

Universalidade, Equidade e Integralidade são princípios doutrinários, os quais orientam a construção do SUS baseado nos preceitos da Constituição Federal de 1988. A Universalidade é a garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão e a Equidade se refere à garantia de ações e serviços a todos os cidadãos considerando as situações de risco, condições de vida e saúde de cada indivíduo. O princípio da integralidade compreende o homem como um ser integral, e, portanto, deve ser atendido considerando seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais visando a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990). Ceccim e Feuberwerker (2004) enfatizam que a integralidade envolve a ampliação da dimensão cuidadora, e esta vai além do cuidado com o corpo físico; valoriza o acolhimento e a criação de vínculos.

Com base nesses princípios, se faz necessária a atuação de equipes multiprofissionais a fim de oferecer o cuidado integral ao indivíduo. A atuação do psicólogo na unidade de Emergência constitui-

se um importante dispositivo para a prática do acolhimento e humanização, preconizada nas unidades de Emergência (VIEIRA, 2010). Os pacientes que procuram a unidade de Emergência são atendidos através do acolhimento com classificação de risco. Desse modo, a prioridade de atendimento será determinada através da avaliação de riscos e vulnerabilidades considerando tanto o grau de sofrimento físico quanto psíquico (BRASIL, 2009).

A inserção do psicólogo na unidade de Emergência do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, pertencente à Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) é recente (2009) e torna-se essencial devido às demandas de aspecto emocional atendidas na unidade, entre elas as tentativas de suicídio. O psicólogo frente a esta demanda visa avaliar e minimizar o risco de nova tentativa, orientar familiares e de acordo com as necessidades, encaminhar a outras unidades de saúde; atuando assim com a prevenção do suicídio.

O suicídio é considerado um problema de saúde pública e órgãos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) têm alertado sobre essa questão e formas de prevenir tal ato. A mortalidade por suicídios aumentou 60% nos últimos 45 anos (WHT, 2002). O suicídio situa-se entre as três maiores causas de morte na faixa etária entre 15 e 35 anos e representa a sexta causa de incapacitação em indivíduos entre 15 e 44 anos. As consequências do suicídio não envolvem apenas o indivíduo: em média, 05 ou 06 pessoas próximas do falecido sofrem repercussões emocionais, sociais e econômicas (OMS, 2006).

As mortes por suicídio representam 0,8% do total de óbitos no Brasil e 6,6% das mortes por causas externas (VIDAL; GONTIJO;



LIMA, 2013). Entre o período de 2000 a 2009, o risco de morte por suicídios aumentou 22,5% (MASCARENHAS et al, 2011). Os registros dos coeficientes de mortalidade por suicídio na cidade de Florianópolis - Santa Catarina - onde a presente pesquisa foi realizada atinge quase o triplo da média nacional. Não se pode afirmar qual é exatamente a relação entre esses dados e as falhas nas notificações de suicídio das outras regiões do país; mas as regiões Sul e Sudeste concentram os maiores coeficientes dos registros de suicídios (WERLANG; BOTEGA, 2004).

Estima-se que o número de tentativas de suicídio é 10 vezes maior que o número de suicídio. Entretanto, esse número pode ser ainda maior, pois os registros de tentativa de suicídio são subnotificados considerando que muitos indivíduos não procuram atendimento hospitalar após a tentativa de suicídio (OMS, 2006).

No Hospital Universitário onde a pesquisa foi realizada, está localizado o Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina (CIT/SC). Este Centro é a unidade de referência no Estado na área de Toxicologia Clínica. Atende por meio telefônico e/ou presencial os casos de intoxicações e envenenamentos em regime de plantão de 24 horas. Fornece, em caráter de urgência, informações específicas aos profissionais sobre como conduzir determinados casos e informações de caráter preventivo/educativo à população em geral. Dessa forma, os pacientes intoxicados por causas acidentais (como erro na dosagem da medicação), abuso de drogas ou tentativa de suicídio, geralmente são encaminhados ao Hospital Universitário, onde o CIT/SC está localizado.

Entre os anos de 1994 a 2006, o referido centro atendeu 75.755 casos de intoxicações e destes, 10.310 foram classificados como

tentativas de suicídio. O número total de atendimentos prestados pelo CIT/SC apresentou aumento entre os anos analisados (1994 a 2006); bem como os atendimentos em decorrência das tentativas de suicídio. Entretanto, não foram encontradas bases estatísticas que comprove o aumento das taxas de tentativas de suicídio por agentes tóxicos no período estudado. Dessa forma, ao que tudo indica, o aumento dos atendimentos deve-se ao fato que um maior número de casos tem sido atendido nos serviços de saúde e se reportado ao CIT/SC; demonstrando assim que esse serviço tem conquistado espaço e importância na área da toxicologia (DAMAS; ZANNIN; ÍNDIO, 2009).

Pesquisas apontam que em cada três casos de tentativas de suicídio, apenas uma foi atendida, logo depois, em alguma unidade de pronto-socorro (BOTEGA; RAPELI; CAIS, 2012). Este fato é observado durante o atendimento às tentativas de suicídio na unidade de Emergência do HU/UFSC, pois alguns indivíduos relatam tentativas de suicídio prévias nas quais não foram atendidos em nenhum serviço de saúde. Este dado tem se mostrado frequente nos casos em que o indivíduo que tentou suicídio não possui rede de apoio social/familiar/institucional, a qual exerce além de funções de apoio emocional, a função de vigilância e socorro.

Entretanto, ocorrem também situações em que a família está ciente de que o indivíduo tentou suicídio, mas não considera importante procurar atendimento em serviços de saúde, pois acredita que o método utilizado para o suicídio não é letal e não oferece riscos ao indivíduo já que este não apresenta sintomas físicos. Tal situação demonstra como a visão centrada no modelo biomédico permanece e, portanto, deve-se orientar a população sobre outros aspectos da saúde do indivíduo como

a importância de se considerar também os aspectos emocionais e o acompanhamento por parte dos profissionais de saúde mental.

### *1.1 Problema de pesquisa*

O presente estudo possui como problema de pesquisa os seguintes questionamentos: *Como ocorre a trajetória do acompanhamento em saúde mental dos pacientes após aproximadamente 06 meses do atendimento na unidade de emergência por tentativa de suicídio? Qual a sintomatologia apresentada pelos pacientes durante o atendimento na unidade de Emergência por tentativa de suicídio e após aproximadamente 06 meses?*

### *1.2 Justificativa*

O Serviço de Psicologia da Unidade de Emergência Adulto do Hospital Universitário possui como rotina, entre outros, o atendimento aos pacientes com tentativa de suicídio com o objetivo de avaliar o risco de suicídio. Na avaliação do risco de suicídio são considerados sintomatologia; histórico de saúde mental (internações psiquiátricas, tratamento psiquiátrico e psicoterápico, diagnóstico); tentativas de suicídio prévias; história de suicídio e tentativas de suicídio na família; uso de substâncias psicoativas; presença/ausência de ideação suicida; presença/ausência de plano concreto de suicídio; rede de apoio social e familiar, entre outros aspectos que necessitem ser abordados durante o atendimento. No atendimento realiza-se psicoterapia de apoio visando: restabelecer o equilíbrio homeostático, aliviar ansiedade e atenuar sintomas (FIORINI, 2004).

A intervenção psicológica também tem o objetivo de reforçar defesas adaptativas, identificar/reforçar laços com rede de apoio e estimular tratamento psicoterápico e/ou psiquiátrico quando necessário. São oferecidos apoio emocional e orientações aos familiares sobre manejo do paciente, suas necessidades de apoio, vigilância e restrição de acesso a medicamentos e/ou meios letais. Através da avaliação de risco de suicídio define-se o serviço mais adequado para dar seguimento ao atendimento do paciente após o atendimento hospitalar; ou seja, o serviço de saúde ao qual o paciente será encaminhado varia conforme a sintomatologia apresentada durante sua permanência no Hospital.

O atendimento psicológico no hospital possui algumas restrições, entre elas, o breve tempo para a intervenção. Na unidade de Emergência, esse fator fica ainda mais evidente já que é uma unidade com alta rotatividade de pacientes. O atendimento para a desintoxicação de substâncias ingeridas e a observação clínica dos casos de tentativas de suicídio são procedimentos relativamente rápidos e muitos pacientes recebem alta no dia seguinte ao de entrada na unidade de Emergência do HU/UFSC. Sendo assim, o acompanhamento ambulatorial psicológico (Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Clínicas) dos pacientes que tentaram suicídio faz-se de extrema importância após o atendimento na unidade de Emergência para que se possa realizar um tratamento psicoterápico efetivo já que o mesmo demanda mais atendimentos do que o realizado no Hospital.

Após o atendimento dos pacientes residentes dos municípios de São José, Palhoça e Biguaçu (pertencentes à Grande Florianópolis), o Serviço de Psicologia da unidade realiza a notificação da ocorrência da tentativa de suicídio à Coordenação de Saúde Mental do município de

residência do paciente. Os pacientes residentes do município de Florianópolis são notificados à Unidade Básica de Saúde de seu bairro. É realizado um contato telefônico com o paciente aproximadamente 07 dias após o atendimento na unidade de Emergência para verificar o acesso ao serviço de saúde.

A realização dos referidos contatos telefônicos faz-se importante em um curto período de tempo após o atendimento na unidade de Emergência a fim de oferecer auxílio ao paciente que encontrar dificuldade de acesso ao serviço de saúde. Entretanto, depois desse período de aproximadamente 07 dias após o atendimento do paciente na unidade de Emergência - no qual é realizado o contato telefônico – o Serviço de Psicologia, geralmente, não tem mais informações sobre os pacientes, exceto se ocorrer novas internações no referido hospital.

Desse modo, a presente pesquisa pretende verificar se os pacientes atendidos na unidade de Emergência após tentativa de suicídio procuram os serviços de saúde conforme os encaminhamentos sugeridos pelo Serviço de Psicologia; e se de fato, iniciam o acompanhamento de saúde mental. Pretende-se verificar a efetividade da Rede de Atenção à Saúde, ou seja, se os serviços de saúde estão conseguindo atender os usuários encaminhados da unidade de Emergência do Hospital Universitário.

Além disso, se faz necessário verificar se os pacientes estão aderindo ao tratamento indicado, quais fatores podem estar contribuindo para a adesão ou não adesão ao tratamento, e a sintomatologia apresentada depois de certo período do atendimento na unidade de Emergência. Este período ficou instituído, para fins desta pesquisa, em

aproximadamente 06 meses; pois se considerou um tempo adequado para o paciente procurar serviço de saúde e iniciar o tratamento, assim como um período viável para uma pesquisa de mestrado.

## **2. OBJETIVOS**

### *2.1. Objetivo Geral:*

Analisar a trajetória do acompanhamento em saúde mental dos pacientes após aproximadamente 06 meses do atendimento na unidade de Emergência por tentativa de suicídio.

### *2.2. Objetivos Específicos:*

a) Identificar o perfil dos pacientes atendidos na unidade de Emergência por tentativa de suicídio.

b) Comparar a sintomatologia, por meio da Escala de Ideação Suicida Beck, apresentada pelo participante durante o atendimento na unidade de emergência por tentativa de suicídio e após seis meses do atendimento.

c) Verificar a ocorrência de acompanhamento dos participantes na rede de saúde mental após o atendimento na unidade de Emergência por tentativa de suicídio.

d) Caracterizar o acompanhamento dos participantes na rede de saúde mental após o atendimento na unidade de Emergência por tentativa de suicídio.

e) Identificar a presença de eventos estressores para os participantes após o atendimento na unidade de emergência por tentativa de suicídio.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

A revisão de literatura foi realizada através do método de revisão narrativa. Desta forma, utilizou-se os Manuais do Ministério da Saúde (OMS, 2006; OMS, 2000); autores clássicos na temática de suicídio (BERTOLOTE, J. M; BOTEGA, N. J; CASSORLA, R. M. S; WERLANG, B. S. G) e artigos científicos encontrados nas bases de dados *Capes*, *SciELO* e *Lilacs* com a utilização dos descritores “tentativa de suicídio”, “suicídio” e “ideação suicida”.

#### **3.1 Conceituação do suicídio**

O suicídio é um ato complexo que envolve diversos fatores e assim também ocorre com a conceituação do termo. A palavra suicídio, conhecida desde o século XVI, possui como definição central “o ato de terminar com a própria vida” (WERLANG; BOTEGA, 2004, p. 18). Entretanto, ao utilizar essa definição, poderiam ser considerados diversos atos além do autoextermínio, como a morte decorrente da exposição a condutas de risco; a negligência frente à doença; overdose de drogas (WERLANG; BOTEGA, 2004). Isso levaria ao questionamento se quando o indivíduo se expõe a eventos perigosos como dirigir o carro em alta velocidade, expondo-se assim ao risco de provocar sua própria morte, seria considerado suicídio? Se o indivíduo abandona o tratamento médico para sua doença, expondo-se ao risco dessa falta de cuidados resultar em sua morte, estaria aqui também cometendo um ato suicida?

Filho (2009, p. 104) expõe o conceito de suicídio como o “ato executado pelo indivíduo, que possui a intenção de morrer, utilizando um método o qual acredita que será capaz de provocar sua morte”.

Dessa forma, esse conceito excluiria os casos citados anteriormente, de indivíduos que se colocam em situação de risco de vida, já que nessas situações não há realmente clara a intenção de morte e os indivíduos não consideram seus atos como métodos para alcançar a morte.

Convencionou-se, portanto, o suicídio como a morte em que o indivíduo executou ou adotou um comportamento que determinaria sua morte de forma voluntária e consciente. A voluntariedade do ato traz algumas reflexões, pois a prática clínica demonstra que frequentemente o paciente que tentou suicídio sente-se em um dilema no qual possui o desejo de morte e também o desejo de vida concomitantemente. Se o ato resultará em morte ou sobrevivência dependerá de certos fatores como a força desses desejos, a intencionalidade do ato, o método utilizado, a possibilidade de socorro, a resistência física e as condições de saúde prévia (WERLANG; BOTEGA, 2004). Outra questão a ser discutida nessa conceituação de suicídio é o termo consciente, pois muitas vezes o ato suicida ocorre em indivíduos que encontram-se em estados confusionais e que sofrem turvação da consciência (CASSORLA, 1998a).

De forma a minimizar as divergências na conceituação do suicídio, Stengel (*apud* WERLANG; BOTEGA, 2004), propõe a definição de “dano fatal feito a si mesmo, intencional e consciente, mesmo que de modo ambíguo e vago”. Esta definição mais abrangente inclui os casos de homicídio provocado pela vítima, situação na qual a vítima não efetua diretamente o ato de morrer e sim envolve outra pessoa para efetivar o ato. Por exemplo, o indivíduo que se deixa atropelar por um automóvel. Tal caso pode ser visto como um acidente e o indivíduo, dessa forma, evita o sentimento de culpa nos familiares e



pessoas próximas. Tal “acidente”, entretanto, pode ocorrer em uma situação na qual a vítima envolve uma pessoa próxima. Por exemplo, a vítima se joga na frente do carro que está sendo dirigido por algum familiar. Neste caso, pode haver uma conotação diferente; um desejo da vítima de que o familiar seja punido pela sua morte. O evento será um homicídio, para fins de estatística, contribuindo assim para a subnotificação dos casos de suicídio.

Nos casos de afogamento também ocorre tal situação: seu caráter duvidoso sobre o ocorrido, ato acidental ou intencional, contribui para a falta de registros confiáveis do número de suicídios. Estellita-Lins (2012) afirma que se houvesse uma análise cuidadosa das causas não especificadas de mortes violentas (NE) no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), seria possível encontrar inúmeros suicídios ocultos. As mortes classificadas por “causas externas de tipo ignorado” correspondem aproximadamente 10% dos registros de óbito no Brasil (BOTEGA, 2010).

Nesses casos em que surgem dúvidas quanto à causa da morte (suicídio ou acidente), é possível utilizar um método de investigação chamado “autópsia psicológica” com a finalidade de esclarecer a causa mais provável da morte (WERLANG, 2012). Conforme referido anteriormente, há muitos casos de suicídio que não são notificados devido ao seu caráter duvidoso. Desse modo, a autópsia psicológica é uma ferramenta importante para detectar o número real de suicídios, entre outras funções.

### 3.2 Autópsia psicológica

A autópsia psicológica é um método de investigação clínica e científica, o qual estabelece como meta a recriação do estado mental da vítima no período que antecedeu sua morte com o objetivo de determinar se as evidências são mais sugestivas de acidente ou suicídio. A equipe responsável pela autópsia realiza uma análise detalhada da morte e entrevista com familiares, amigos e médicos da vítima com objetivo de elucidar aspectos como: causa da morte; história médica e psiquiátrica da vítima; personalidade e estilo de vida; padrões típicos de reação ao estresse; conflitos emocionais; comportamentos suicidas; reações dos entrevistados à morte da vítima, entre outros aspectos (JAMINSON, 2010).

É comum, conforme citado anteriormente, casos de suicídios notificados como acidentes (situações de afogamento, por exemplo). Porém, ocorrem também situações inversas, na qual a morte parecia ter como causa suicídio e as evidências sugerem causas acidentais. É nesta última situação que se baseia um caso atendido pela *Equipe de Suicídio do Los Angeles Suicide Prevention Center* (JAMINSON, 2010).

O caso se trata de uma morte resultante de “roleta russa” (coloca-se a munição em uma câmara do tambor do revólver e aperta o gatilho em direção a si mesmo) e automaticamente foi atestada como suicídio, já que muitos suicídios têm acontecido dessa forma. A vítima era veterana do Exército, tinha uma coleção de revólveres e costumava “jogar” roleta russa nas festas, como um amigo relatou. A viúva relatou que o esposo havia lhe explicado que não havia possibilidade de se ferir, pois sempre relanceava o revólver certificando se a bala estava numa posição não letal antes de apertar o gatilho. Deste modo, se a bala

estivesse um entalhe à esquerda do cano, ele girava o tambor novamente. Não havia nenhuma evidência de ideação suicida, pensamentos de morte e transtornos psiquiátricos. A morte havia ocorrido na casa de um colega e a vítima utilizou um revólver que não era seu e não pertencia ao tipo de armas que colecionava. O funcionamento das armas que a vítima utilizava e da arma que utilizou no dia de sua morte, eram diferentes: a arma da vítima girava no sentido horário, enquanto a arma utilizada girava no sentido anti-horário. A vítima, ao inspecionar a arma como sempre fazia e ver a bala à direita do cano, acreditava que não havia possibilidade de se ferir como já havia afirmado à esposa. Entretanto, com essa arma, puxou o gatilho na posição letal e teve morte imediata. O ato, provavelmente, não teve a intencionalidade de morte e assim a autópsia psicológica sugeriu não classificar tal morte como suicídio.

A autópsia psicológica é um recurso que inicialmente auxiliou médicos legistas e profissionais de direito penal e cível ao permitir a investigação de mortes violentas, principalmente em casos duvidosos. Atualmente, tal método tem uma função mais ampla, pois tem auxiliado nas pesquisas ao permitir a identificação de novos fatores de risco e correlatos sociodemográficos alertando desse modo, os sinais que devem ser procurados no comportamento das pessoas que indicam risco de suicídio (WERLANG, 2012).

Ao se referir ao comportamento das pessoas que indicam risco de suicídio, considera-se um amplo espectro conhecido como “*continuum* dos comportamentos suicidas”, nos quais todos os itens devem ser investigados cuidadosamente. O termo “continuum” é utilizado por pesquisadores da área por se tratar de comportamentos divididos em dife-

rentes níveis - conforme o aumento dos níveis, aumenta a gravidade do comportamento.

### **3.3 *Continuum dos comportamentos suicidas***

O espectro que constitui os atos suicidas conscientes é amplo e poderia ser classificado um *continuum* considerando a intencionalidade e letalidade. A intencionalidade é a intensidade do desejo do indivíduo em provocar a sua morte. O termo letalidade possui uma conotação clínica, refere-se às consequências do ato em termos de gravidade médica (WERLANG; BOTEGA, 2004).

É possível classificar, portanto, em 07 níveis: o primeiro grau é quando o indivíduo fala em suicídio, demonstra desejo no plano verbal. O segundo grau refere-se ao pensamento ou ideação suicida, no qual o ato existe no aspecto potencial. Terceiro grau é a ameaça suicida, no qual o indivíduo anuncia o seu ato. No quarto grau há o gesto suicida: o propósito manipulativo e comunicativo parece proeminente e a intencionalidade suicida praticamente inexistente. No quinto grau há a tentativa de suicídio ambivalente: o indivíduo está consciente de sua indecisão e aparentemente não pode escolher entre a vida e a morte. No sexto grau há a tentativa de suicídio deliberada, no qual a intenção é realmente morrer – no entanto, a prática clínica demonstra que está sempre presente a ambivalência, em graus variados. E no sétimo grau encontra-se o suicídio propriamente dito (WERLANG; BOTEGA, 2004).

A tentativa de suicídio é o último elemento do *continuum*, constituindo-se dessa forma o ato suicida mais próximo do suicídio propriamente dito; houve a intencionalidade de morte e a utilização de

método, entretanto tal ato não acarretou na morte do indivíduo.

Botega *et al* (2009) realizaram uma pesquisa, em Campinas-SP, com 515 sujeitos sobre a frequência do comportamento suicida na população em geral. O resultado demonstrou que as prevalências foram de 17,1% para a ideação suicida; 4,8% para os planos e 2,8% para as tentativas de suicídio.

Entretanto, o *continuum* apresentado não se constitui uma regra e é possível a ocorrência de suicídio ou tentativa de suicídio sem a passagem por essas “etapas” (COELHO; MELLO-SANTOS; WANG, 2011). As tentativas de suicídio sem planejamento prévio são comuns - principalmente em jovens, indivíduos com transtornos de personalidade ou por uso de substâncias, e após eventos estressores, como por exemplo, desemprego, morte ou doença na família (COELHO; MELLO-SANTOS; WANG, 2011).

Friendlander *et al* (2012) alertaram para a tendência que algumas pessoas apresentam de esconder informações pessoais angustiantes dos outros, o que chamam de “auto-ocultação”. Observaram que tal tendência possui relação significativa com comportamento suicida em jovens e com sintomas depressivos em idosos. Os profissionais de saúde devem estar cientes sobre a possibilidade dos pacientes não revelarem seus sentimentos e pensamentos - mesmo quando indagados - e desse modo podem estar ocultando a ideação suicida. Ou seja, é importante que os profissionais estejam atentos para o risco de suicídio, identificando-o não apenas através do relato verbal do indivíduo, mas considerando também outros sinais; bem como os fatores de risco associados.

### **3.4 Potenciais fatores de risco e protetivos**

Estudos revelam potenciais fatores de risco e de proteção do comportamento suicida e o conhecimento desses fatores pode constituir-se em mecanismos de prevenção - tanto no nível individual quanto coletivo -, através do reforço dos fatores protetores e diminuição dos fatores de risco. A compreensão desses fatores não pode ser utilizada com sucesso para prever quem irá cometer suicídio. Representa um auxílio clínico na avaliação do risco potencial de suicídio e sinaliza ao profissional quais as intervenções preventivas que devem ser imediatamente iniciadas (KUTCHER; CHEHIL, 2007).

Os potenciais fatores protetores envolvem bons vínculos afetivos, sensação de estar integrado a um grupo ou comunidade, religiosidade, estar casado ou com companheiro fixo, ter filhos pequenos (BOTEGA et al, 2006). Os potenciais fatores de risco envolvem perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, conflitos familiares, personalidade com fortes traços de impulsividade e agressividade, doenças, ter acesso fácil a meios letais. Os principais fatores de risco, entretanto, são os transtornos mentais (como por exemplo, depressão, alcoolismo, entre outros) e as tentativas de suicídio prévias (WHO, 2003).

Um estudo na Finlândia demonstrou como os eventos estressores estão bastante relacionados aos suicídios já que 80% dos suicídios ocorreram logo após estes eventos; sendo que os eventos alegados como desencadeadores do suicídio, em ordem de maior frequência para a menor, foram: problemas no trabalho, problemas familiares, doença somática, problemas financeiros, desemprego, separação, morte e doença na família (HEIKKINEN; LÖNNQVIST, 2007).

A influência das doenças sobre o comportamento suicida foi demonstrada em estudo realizado no Hospital Universitário de Santa Catarina, no qual foi avaliada a ideação suicida dos pacientes internados em diferentes especialidades como gastroenterologia, clínica médica, cardiologia, pneumologia, hematologia, neurologia e endocrinologia. Os resultados evidenciaram a prevalência de ideação suicida de 7,2%, índice maior ao encontrado na população em geral (STEFANELLO; FURLANETTO, 2012).

Estudo realizado na Turquia com a investigação dos bilhetes suicidas demonstrou que 62,7% dos casos de suicídios estavam relacionados à ocorrência de algum evento estressor, sendo que tais eventos diferiram entre homens e mulheres. Nos homens o desencadeador mais encontrado foi problemas financeiros e nas mulheres, os problemas de relacionamento (KURTAS et al, 2012).

Ao considerar os potenciais fatores de proteção e de risco de suicídio, é importante não observá-los apenas de forma isolada já que em muitos casos há a presença de dois ou mais fatores (KUTCHER; CHEHIL, 2007). É importante também, ao analisar os fatores, não os considerar de forma generalizada e sim compreender que variam de importância e até mesmo de “classificação” de acordo com a experiência de vida de cada pessoa. Por exemplo, ter filhos pequenos pode ser considerado um fator de proteção, pois os pais sentem-se responsáveis por sua criação e sentem que devem “honrar” com esse compromisso apesar das adversidades que podem estar enfrentando. Entretanto, para outros pais, essa tarefa pode ser tão indesejada ou difícil – seja por questões financeiras ou emocionais – que gera maior angústia e

desespero, constituindo-se assim um fator de risco (WERLANG; BOTEGA, 2004).

Os potenciais fatores de risco e de proteção envolvem diferentes questões, como: aspectos psicológicos (personalidade do indivíduo, tendência à impulsividade, dificuldade de lidar com frustrações, transtornos psiquiátricos); aspectos sociais (grau de coesão social, visão de determinada sociedade sobre o suicídio); aspectos biológicos (mecanismos neurobiológicos, predisposição a transtornos psiquiátricos) e aspectos sociodemográficos (idade, gênero, religião).

### **3.5 Aspectos psicológicos**

Schneidman (1993 *apud* BOTEGA; RAPELI; CAIS, 2012) explicita que o estado psíquico apresentado por indivíduos que desejam se suicidar é de uma dor emocional intolerável, sensação de angústia e desespero por não encontrar maneiras de extinguir ou até mesmo minimizar o sofrimento. Werlang e Botega (2004) afirmam que qualquer ponto de vista utilizado para analisar o suicídio, considera que há uma dimensão central relacionada ao sofrimento. Normalmente observa-se uma tríade de sentimentos, os chamados 3 “D”: desesperança, desamparo e desespero (OMS, 2000). Cassorla (1991, p. 192) expõe tais sentimentos ao explicar que “o indivíduo suicida trata apenas de consumir a morte física, pois em sua vida já ocorreram muitas mortes parciais, este já matou todas as suas potencialidades, sente-se morto porque não se realiza no trabalho ou afetivamente”.

Dessa forma, muitos indivíduos consideram o suicídio um alívio rápido e a morte como a interrupção da dor psíquica. O poeta John Donne publicou um tratado sobre o suicídio em 1646 e explicita



sua experiência da seguinte forma: “Toda vez que qualquer aflição me acomete parece-me que tenho as chaves de minha prisão na própria mão, e nenhum remédio se faz presente tão rápido em meu coração como minha própria espada” (JAMISON, 2010; p. 20). Como afirmam Cassorla e Smeke (1994), o indivíduo é sujeito, e ao mesmo tempo, objeto deste ato tão complexo.

Os indivíduos que possuem uma personalidade mais impulsiva e pouca flexibilidade para lidar com as adversidades, constituem-se um grupo de risco para o suicídio. Possuem o pensamento, afeto e ações restritos; ou seja, o raciocínio é dicotomizado e o indivíduo apresenta dificuldades para enxergar outras opções além do suicídio (OMS, 2000). Uma pesquisa (SIMON, 2001) realizada com 153 indivíduos que tentaram suicídio demonstrou a influência da impulsividade nos atos suicidas: 24% dos participantes relataram a realização da tentativa de suicídio apenas 05 minutos após terem tomado a decisão e 47% realizaram o ato num intervalo menor que uma hora após a decisão (SIMON, 2001).

Paraschakis *et al* (2012) expõem que a ausência de bilhetes suicidas pode ser um indicativo que o suicídio foi cometido num momento de impulso: através de comparações entre os casos de suicídio que deixaram bilhetes e os que não deixaram bilhete, observaram que os indivíduos que deixaram bilhetes suicidaram-se por enforcamento ou arma de fogo – métodos que necessitam de algum tipo de preparação. Kuwabara *et al* (2006) também encontraram resultados semelhantes ao encontrar um maior índice de bilhetes suicidas entre os suicídios cometidos por enforcamento.

Além do estado cognitivo rígido e a impulsividade, outra

característica comumente encontrada nas pessoas que tentaram suicídio é a ambiguidade: possuem o desejo de morrer, mas também o de viver (OMS, 2006). Tal ambiguidade não está presente apenas nos casos que envolvem suicídio, ou seja, é comum o indivíduo vivenciar essa dualidade entre o desejo de vida e o desejo de morte independente da ideação suicida (Kóvacs, 1992). Raul Seixas, em “Canto para a minha morte” expôs tal ambiguidade:

“Vou te encontrar vestida de cetim,  
 Pois em qualquer lugar esperas só por mim  
 E no teu beijo provar o gosto estranho  
*Que eu quero e não desejo*, mas tenho que encontrar  
 Vem, mas demore a chegar  
*Eu te detesto e amo morte, morte, morte*  
 Que talvez seja o segredo desta vida” (*grifo da pesquisadora*)

Cassorla (1992) revela que o indivíduo com ideação suicida não sabe o que é a morte; ou melhor, ninguém sabe. O que o indivíduo deseja realmente é escapar de um sofrimento insuportável, o qual pode ser real ou fantasiado, motivado por questões de aspectos internos (por exemplo, transtornos psiquiátricos) ou externos (por exemplo, conflitos). Cassorla (1991) aponta desse modo, para as dificuldades de definir se havia a intenção de morte em alguns comportamentos suicidas. Tal dificuldade se deve pelo fato de que a pessoa que tenta o suicídio não necessariamente deseja a morte, mas, deseja superar um sofrimento que lhe parece insuportável (MACHIN, 2009). O escritor japonês Ryuunosuke Akutagawa ao ingerir uma grande dosagem de soníferos escreveu sobre seu ato: “É claro que não quero morrer, mas viver é um sofrimento” (JAMISON, 2010; p. 78).

Rapeli e Botega (2005) citam ainda, que uma significativa proporção dos casos de tentativa de suicídio possui baixa

intencionalidade suicida: um quarto dos pacientes refere que desejam a morte; enquanto os demais referem que queriam dormir, afastar-se dos problemas.

O ato suicida deve ser visto como um pedido de ajuda, uma mensagem que o indivíduo emite para comunicar suas dores. Wallauer e Maliska (2012, p. 5) demonstraram tal questão ao citar a seguinte frase de Clifford Odets: “Se disserem que ela morreu de pílulas para dormir, você deve saber que ela morreu de um sofrimento devastador, um sangramento na alma”. Esse pedido de ajuda pode ter um resultado positivo ao provocar um movimento de apoio e de reestruturação, ou pode ter um resultado negativo se provocar agressões vindas de pessoas próximas do indivíduo ou de uma equipe de saúde despreparada para atender tentativas de suicídio (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

### **3.6 Aspectos sociais**

Os fatores protetores e de risco envolvem, entre outras questões, aspectos sociais. A influência desses aspectos sobre o ato suicida foi analisada em 1897 por Durkheim (2000), primeiro a iniciar uma investigação sistemática do suicídio na população geral. Considerava tal ato como uma medida de pressão e tensão social; e propôs três tipos de suicídio relacionando as taxas de suicídio em diferentes países com o grau de coesão social em diversas culturas e grupos sociais (BOTEGA; RAPELI; CAIS, 2012). Explicitava, desse modo, que cada grupo social tem uma disposição coletiva para o suicídio: “correntes de egoísmo, de anomia ou de altruísmo”. A partir dessa disposição coletiva, derivam as inclinações individuais (QUINTANEIRO, 2002; p. 78).

Essas três correntes funcionam como um mecanismo de compensação mútua, e mantêm dessa forma, os indivíduos estáveis. Entretanto, pode haver um desequilíbrio entre as três correntes em que uma dessas correntes atinge uma maior intensidade, expondo alguns membros às formas de suicídio que dependem da configuração particular desse desequilíbrio. A condição social, profissão ou religião podem atuar motivando ou impedindo o indivíduo a cometer o suicídio. A influência desses aspectos particulares - em geral, entendidas como as causas imediatas do suicídio – representam na verdade “ressonâncias do estado moral da sociedade” (QUINTANEIRO, 2002; p.51).

O suicídio egoístico ocorreria em indivíduos que não encontram integração com seu grupo social. Tal fato pode ter ocorrido após a Revolução Industrial; período no qual a Família, o Estado e a Igreja não funcionaram mais como fatores de integração social e não houve substitutos para exercer esse papel (BOTEGA; RAPELI; CAIS, 2012). Durkheim considera, por exemplo, que os grupos religiosos minoritários possuem uma taxa menor de suicídio, pois seus membros precisam lutar contra a hostilidade e intolerância de outros cultos e dessa forma, o grupo exerce controle e disciplina em seus membros. Já em uma sociedade que sofre um processo de desintegração, a taxa de suicídio é mais elevada, pois seus membros sentem que não dependem mais do grupo. Dependem nesse caso apenas de si mesmo para reconhecer as regras de conduta, agora baseadas apenas em interesses particulares. A depressão, a melancolia e a sensação de desamparo moral provocada pela desintegração social são consideradas, nesse contexto, causas do suicídio egoísta (QUINTANEIRO, 2002).

O suicídio anômico envolveria os indivíduos que vivem em uma sociedade em crise, ou seja, que faltam os padrões de ordem e de comportamento costumeiros (BOTEGA; RAPELI; CAIS, 2012). Está relacionado às crises ou mudanças que acarretam um profundo sentimento de desintegração do sujeito em relação à sociedade, devido ao afastamento - mesmo que transitório - da norma e da presença da lei. Um exemplo é o aumento das taxas de suicídio durante as crises econômicas, fato este que ocorreu durante a crise econômica americana de 1929 (COUTINHO, 2010).

E por fim, há o suicídio altruísta no qual o indivíduo provoca sua morte pelo bem do grupo, refletindo assim uma alta identificação grupal. Os exemplos de culturas que envolvem o suicídio altruísta incluem a indiana (*sati*) e japonesa (*jushi*), nas quais ocorre o suicídio da viúva, de serviçais e escravos após a morte do esposo ou senhor (BOTEGA; RAPELI; CAIS, 2012). O suicídio é visto, nessa situação, como um dever e o não cumprimento é punido pela desonra, perda da estima pública ou por castigos religiosos (QUINTANEIRO, 2002).

Durkheim (2000) explica o suicídio como fato social, ou seja, a temática não deve ser discutida apenas pelo campo da psicologia e psiquiatria. O suicídio não deve ser entendido como um ato relacionado apenas à personalidade do indivíduo ou um ato relacionado apenas aos aspectos individuais (QUINTANEIRO, 2002). Kovács (1992, p. 179) afirma que “o suicídio é uma trágica denúncia do indivíduo de uma crise coletiva. Quando ele se mata fracassa uma proposta coletiva daquela sociedade”.

### **3.7 Aspectos biológicos**

Estudos neurobiológicos com vítimas adultas de suicídio encontraram níveis reduzidos de metabólitos da serotonina no fluido do Sistema Nervoso Central. A serotonina é um neurotransmissor responsável pela regulação do humor e cognição (KUTCHER; CHEHIL, 2007). A deficiência deste e outros neurotransmissores (como a norepinefrina) têm sido estudados nos casos de suicídio já que a deficiência dos referidos neurotransmissores em locais críticos do cérebro resulta em estados depressivos. A deficiência pode ocorrer por produção insuficiente, recaptura excessiva do neurotransmissor na fenda sináptica ou falha do sistema receptor (COELHO; MELLO-SANTOS; WANG, 2011).

A serotonina e norepinefrina são os neurotransmissores mais estudados quando o assunto é suicídio. Entretanto, outros neurotransmissores estão sendo estudados já que parecem também ter relação com o suicídio. Estudos têm descrito a associação da diminuição do nível de 5-HT no cérebro de falecidos que tinham o diagnóstico de depressão. Já no caso dos falecidos por suicídio, houve a diminuição de ácido 5-hidroxi-indolacético (5-HIAA), o principal metabólito do 5-HT. Indivíduos deprimidos que cometeram suicídio ou graves tentativas apresentaram níveis reduzidos de 5-HT quando comparados aos pacientes com depressão, mas que não cometeram suicídio ou graves tentativas (MANN; OQUENDO; ARANGO, 1999).

### **3.8 Aspectos sociodemográficos**

Diversos estudos apontam fatores sociodemográficos como idade, gênero e religiosidade como fatores de risco e protetivos do

suicídio. Ressalta-se que ao se citar essas três categorias, observa-se outras dimensões inclusas nela. Por exemplo, a presença ou ausência da rede social de apoio está bastante relacionada com a idade já que os idosos, mais comumente, vivenciam a morte do cônjuge, amigos e parentes (MINAYO; CAVALCANTE, 2010). O gênero sofre influência dos aspectos culturais e tal aspecto pode influenciar o comportamento suicida (KUTCHER; CHEHIL, 2007). A religião também possui grande influência dos aspectos culturais, e desse modo, exercerá funções diferentes de acordo com a época e cultura; pode exercer desde funções punitivas até funções protetivas (DURKEIM, 2000; MELEIRO; TENG; WANG; 2004).

### **3.8.1 Idade**

O grupo que representa maior risco de suicídio em relação ao fator idade são os idosos, entretanto, os índices têm aumentado entre a população jovem (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010). Nos últimos 25 anos, no Brasil, houve um aumento da taxa de suicídio entre adolescentes e jovens de 30%, representando assim, um crescimento maior que a média da população (BERTOLOTE, 2012). Portanto, os grupos populacionais que representam um risco aumentado de suicídio são os adolescentes/adultos jovens e os idosos.

No final da adolescência e início da vida adulta, o índice de suicídio aumenta e há uma nova elevação desse índice após os 70 anos. Nos grupos etários mais jovens é comum a ocorrência de comportamentos suicidas não letais como as tentativas de suicídio e atos autodestrutivos. Já no grupo etário dos idosos, os comportamentos

suicidas têm maior probabilidade de serem letais (KUTCHER; CHEHIL, 2007).

O índice de suicídio na adolescência pode ter como um de seus fatores, algum transtorno psiquiátrico associado já que muitos desses transtornos têm seu início na adolescência (por exemplo, depressão, transtorno bipolar e esquizofrenia). Desse modo, se há um maior índice de transtornos psiquiátricos na adolescência, o índice de suicídio nessa idade também aumenta (KUTCHER; CHEHIL, 2007). Em cada três mortes em jovens, duas são por causas violentas e externas – homicídio, suicídio ou acidente de trânsito. O suicídio tem aumentado nesse grupo, assim como o abuso e dependência de álcool e drogas (WAIZELFISZ, 2011).

Já o índice de suicídio em idosos pode ser explicado pela menor resistência física e maior probabilidade de doenças nesse grupo etário, fatores os quais contribuem para uma dificuldade de recuperação do organismo quando exposto ao comportamento suicida. Há também a facilidade de acesso às medicações, que ingeridas em excesso ou em combinação, possuem um maior potencial de letalidade (KUTCHER; CHEHIL, 2007). Medicamentos comumente utilizados por idosos, para tratamento de hipertensão e doenças cardiovasculares, têm se mostrado muitas vezes mais nocivos que boa parte dos medicamentos psiquiátricos (ESTELLITA-LINS et al, 2012). Adicionalmente, os idosos demonstram menos ambiguidade em relação ao suicídio, decidindo por esse ato após muito planejamento; demonstram maior determinação que os indivíduos mais jovens e dão menos sinal de alerta sobre seus planos (KUTCHER; CHEHIL, 2007).



Paul Lafargue e sua esposa Laura Marx, militantes comunistas, suicidaram-se em 1911 após um pacto de morte bastante planejado, como pode ser evidenciado no bilhete suicida escrito por Paul:

“Com a mente e o corpo sadio, mato-me antes que a impiedosa velhice, que me tira um a um os prazeres e as alegrias da vida e me despoja de minhas forças físicas e intelectuais acabe por paralisar minhas energias e quebre minha vontade fazendo de mim um peso para os outros e para mim mesmo. Há anos prometi a mim mesmo que não passaria dos setenta; marquei a época do ano para minha partida da vida e preparei o modo de execução de minha resolução: uma injeção hipodérmica de ácido cianídrico (LOPES, 2008; p. 08)

Ho *et al* (1998) expõem diferenças encontradas nos bilhetes de suicídio escritos por jovens e idosos. Os jovens apresentam a tendência de escrever bilhetes mais longos, emotivos e com pedidos de perdão, algumas vezes relatando suas dificuldades. Já os bilhetes suicidas escritos por idosos eram mais curtos, apresentavam menos conteúdo emocional e continham instruções específicas.

Outra questão relacionada à diferença dos índices de suicídio entre os jovens e idosos refere-se à rede de apoio. Muitos idosos vivem isolados e, portanto, há menos possibilidade de serem socorridos após uma tentativa de suicídio (KUTCHER; CHEHIL, 2007). No grupo etário mais jovem, a função do trabalho exerce um fator de proteção, pois pode ser considerada uma importante rede de apoio tanto nos aspectos emocionais quanto no aspecto de vigilância; um funcionário que falta ao trabalho sem avisar, por exemplo, provavelmente será procurado pelos seus colegas de trabalho.

A questão do isolamento social foi demonstrada também em pesquisa sobre a influência da mudança de estado civil nas taxas de

suicídio: nos indivíduos casados que se divorciaram, o risco de suicídio foi mais elevado no grupo de pessoas mais velhas (ROSKAR et al, 2011).

Além do isolamento social, Minayo e Cavalcante (2010) apontaram outros fatores de risco comumente encontrados na população idosa como: morte de uma pessoa querida – muitas vezes o próprio cônjuge; doenças terminais com a presença de fortes dores, o que lhe faz refletir sobre o prolongamento da vida humana sem dignidade; a preocupação de estar causando prejuízos econômicos e emocionais aos familiares; dificuldade de lidar com a mudança de seu papel social que antes lhe conferia reconhecimento, e sentimentos de humilhação ao se ver em uma situação de maior dependência física ou mental.

Sluzki (1997) refere que além de sofrer perdas em sua rede social devido aos falecimentos, o indivíduo idoso possui menos ocasiões sociais para fazer novos amigos. Observou também que essa população, muitas vezes, não se mostra disposta a realizar o esforço de sair da acomodação de suas relações (mesmo sendo escassas) para iniciar novas relações; demonstrando assim baixa motivação para estabelecer novas relações.

### **3.8.2 Gênero**

O índice de suicídio tem se mostrado mais elevado no sexo masculino e tal índice pode ser atribuído aos seguintes fatores: os homens são menos propensos a procurar e aceitar ajuda para problemas emocionais ou psicológicos; possuem comportamentos mais impulsivos; utilizam métodos mais letais para o suicídio; e o abuso de álcool e

drogas é mais comumente associado à depressão nos homens do que nas mulheres.

Já as mulheres possuem maior índice de tentativas de suicídio e atos auto-destrutivos (KUTCHER; CHEHIL, 2007). O suicídio em homens ocorre numa proporção aproximada de 3:1; ou seja, para cada 03 homens que falecem por suicídio, uma mulher falece pela mesma causa (BERTOLOTE, 2012, BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010). Mesmo quando os homens e mulheres utilizam o mesmo método – intoxicação exógena – o índice de morte no sexo masculino continua sendo mais elevado com uma prevalência de 2:1 sobre o feminino (CAMPOS, 2009).

Além das questões expostas acima, as mulheres possuem fatores de proteção exclusivos como a gravidez e a presença de crianças pequenas em casa. As mulheres tendem a se sentir mais responsáveis pela criação dos filhos e nesse caso pode se constituir em um fator de proteção (KUTCHER; CHEHIL, 2007).

Entretanto, também há os fatores de risco exclusivo ao gênero feminino. O suicídio em mulheres frequentemente está associado a um fator social raramente encontrado nos homens: abuso por parte do cônjuge (KUTCHER; CHEHIL, 2007). Pesquisa realizada com pacientes atendidos em hospital geral devido tentativa de suicídio demonstrou que 27% das mulheres relataram histórico de abuso físico ou sexual, enquanto tal situação foi relatada por 8,7% dos homens (STEFANELLO et al, 2008). O abuso sexual doméstico e a violência física são encontrados em altos índices de ideação suicida e tentativa de suicídio nas mulheres. O risco de suicídio é de 4 a 8 vezes maior nas

mulheres que sofreram violência doméstica recente comparada às mulheres que não tiveram tal experiência (KUTCHER; CHEHIL, 2007).

A gravidez, citada anteriormente como um potencial fator de proteção, pode se constituir em um importante fator de risco quando há doença psiquiátrica grave após o parto, como a depressão ou psicose pós-parto. Aproximadamente, 5% das mulheres com psicose pós-parto cometem suicídio (KUTCHER; CHEHIL, 2007).

A gravidez pode constituir-se também em um fator de risco quando ocorre de maneira não planejada. Vitalle (2011) afirma que o suicídio possui estreita relação com a gravidez, principalmente entre as jovens solteiras. Explicita que as taxas de suicídio são mais elevadas entre as adolescentes grávidas do que entre as não grávidas.

Outros fatores de risco em relação ao gênero feminino envolvem as expectativas socioculturais quanto ao comportamento, principalmente em sociedades que possuem valores rígidos sobre o “papel” da mulher e a honra familiar. Em algumas sociedades, a mulher não tem permissão de estudar ou trabalhar fora de casa, devendo ficar responsável apenas pelos cuidados da família; outras sociedades determinam o modo de se vestir, por exemplo. Nessas sociedades, transgressões reais ou imaginadas contra esses valores geram punições sociais e familiares bastante rígidas, contribuindo assim para o comportamento suicida dessa mulher. As altas taxas de suicídio por ingestão de veneno na China e de auto-lesão e suicídio por queimaduras no Oriente Médio podem refletir essas questões relacionados ao gênero, já que são exemplos de sociedades com valores rígidos sobre o comportamento das mulheres (KUTCHER; CHEHIL, 2007).

Os homens também podem apresentar motivos desencadeadores específicos devido aos valores que a sociedade lhe exige como o de ser o provedor da família. Corroborando esse dado, Kurtas *et al* (2012) demonstraram através da análise de bilhetes suicidas que problemas financeiros foram os motivos mais alegados pelos homens. Já as mulheres alegaram mais problemas de relacionamento. Este último dado também pode indicar questões morais e culturais, pois apesar das mudanças contemporâneas que tem permitido cada vez mais a igualdade entre homens e mulheres, ainda é comum encontrar mulheres que foram “educadas” para casar e se sentem inferiorizadas por não ter encontrado um companheiro.

### **3.8.3 Religiosidade**

A religião tem exercido influência há séculos sobre a maneira da sociedade, em geral, entender o suicídio. Durkheim (2000) explicita que assim que as sociedades cristãs se constituíram, o suicídio foi considerado um crime, efeito de um furor diabólico. Instituiu-se então uma sanção penal, a qual determinava que os sujeitos que haviam cometido suicídio não teriam direito à missa e qualquer outro ritual para acompanhar o corpo ao túmulo. O direito canônico influenciou a legislação civil, a qual acrescentou penas materiais às penas religiosas. Os bens do falecido por suicídio eram confiscados e entregues ao barão; a família do falecido perdia a herança que antes lhe era de direito. Os nobres perdiam o título, eram declarados plebeus e seus bosques, castelos e brasões eram destruídos. O corpo sofria também sanções como ser queimado ou arrastado pela cidade com o rosto virado para o chão e depois pendurado em algum lugar, demonstrando para a

população como o indivíduo estava sendo punido por seu “crime”. Até mesmo a alegação que o ato de suicídio ocorreu, pois o indivíduo teve um acesso de “loucura” nem sempre era considerado como um atenuante.

A revolução de 1789 na França aboliu todas essas medidas repressivas, instituindo que o suicídio não era um crime. Mas todas as religiões que os franceses pertenciam continuavam a punir o suicídio e dessa forma, a reprovação da sociedade continuou. A sociedade tinha repulsa aos lugares em que o sujeito suicidou-se e às pessoas que lhe eram próximas. Os familiares não poderiam mais ser destituídos dos bens materiais do falecido, mas de qualquer forma, continuavam a sofrer sanções; agora não mais sanções legais e sim morais por parte da sociedade (DURKHEIM, 2000).

Tal legislação era encontrada entre todos os povos cristãos e em outros países permaneceu de forma mais severa que na França. O rei Edgard, na Inglaterra (século X), assimilava os sujeitos que cometeram suicídio aos ladrões, assassinos e criminosos de todos os tipos. Retirar sua própria vida, segundo os preceitos cristãos, é uma desobediência, um ato de insubordinação à vontade divina (DURKHEIM, 2000).

As sociedades greco-latinas, que precederam às cristãs, também tinham suas regras sobre o suicídio, mas com princípios diferentes. O suicídio era permitido caso houvesse a autorização do Estado, conforme a “legislação” expressava:

“Aquele que não deseja viver por mais tempo deve expor suas razões ao Senado e, depois de ter obtido dispensa, deixar a vida. Se a existência te é odiosa, morre; se estás oprimido pela fortuna, bebe cicuta. Se estás arqueado pela dor, abandona a vida. Que o infeliz conte seu infortúnio, que o

magistrado lhe forneça remédio e sua miséria terá fim” (Válerio Máximo *apud* Durkheim, 2000; p. 427).

Havia desse modo, um estigma social do suicídio menor nas sociedades greco-latinas do que o encontrado nas sociedades cristãs. Johan Wolfgang Von Goethe publicou em 1774, o livro “As amarguras do jovem Werther”, o qual teve sua venda proibida em diversos lugares da Europa depois que vários jovens cometeram suicídio da mesma forma que o protagonista do livro. O autor demonstrava ser contra os juízos de valores emitidos acerca das pessoas que tentam o suicídio e expõe que “Há limites no quanto de paixão ou dor uma pessoa pode suportar antes de ser destruída. Culpar alguém que comete suicídio é igual a castigar um doente quando este morre de febre” (LOPES, 2009; p. 183).

Atualmente as religiões continuam a desaprovar o suicídio, entretanto, sem aplicar sanções aos indivíduos. Configuram-se como uma rede de apoio social e dessa forma, podem ser consideradas fator protetivo do suicídio (MELEIRO; TENG; WANG; 2004). Auxiliam os indivíduos no enfrentamento das dificuldades da vida através da crença em um Ser superior e até mesmo dando significado às crises vivenciadas; assim como a existência da vida após a morte e a própria desaprovação ao ato suicida (MELEIRO; TENG; WANG; 2004).

### **3.9 Rede de apoio**

A rede social é definida como a soma de todas as relações significativas para o indivíduo. Dessa forma, envolve a família, amigos, relações de trabalho ou estudo e as relações comunitárias (neste último se inclui os serviços e profissionais de saúde). Essa rede é fundamental para a identidade do indivíduo, ou seja, ele se reconhece como indivíduo

a partir das relações com sua rede social. Desse modo, a rede contribui para dar sentido à vida do indivíduo pois este experiencia que existe para alguém, é importante para outras pessoas (SLUZKI, 1997). A rede apresenta como funções:

- a) *Companhia social*: realização de atividades conjuntas ou simplesmente o estar juntos.
- b) *Apoio emocional*: clima de compreensão, simpatia, empatia, estímulo e apoio.
- c) *Guia cognitivo e de conselhos*: interações destinadas a compartilhar informações pessoais ou sociais, esclarecer expectativas e proporcionar modelos de papéis.
- d) *Regulação ou controle social*: interações que lembram e reafirmam responsabilidades e papéis, neutralizam os desvios de comportamentos que se afastam das expectativas coletivas, permitem uma dissipação da frustração e da violência e favorecem a resolução de conflitos. Muitos dos ritos e rituais sociais agem como lembrete dessas restrições.
- e) *Ajuda material e de serviços*: colaboração específica com base em conhecimentos de especialistas ou ajuda física, incluindo os serviços de saúde.
- f) *Acesso a novos contatos*: abertura de portas para a conexão com pessoas e redes que até então não faziam parte da rede social do indivíduo (SLUZKI, 1997, p.48-52)

Krüger e Werlang (2010) demonstraram que algumas famílias com membros que tentaram suicídio possuem dificuldade de exercer a função “acesso a novos contatos”. Os autores realizaram um estudo sobre os significados atribuídos pelas famílias acerca do ato suicida, e encontraram sistemas familiares baseados no apego e isolamento. Ou seja, as trocas em diferentes contextos são interpretadas como uma ameaça à integridade do sistema familiar, como se fosse uma violação dos códigos de lealdade familiar. Há um impedimento para os membros da família se diferenciarem e o limite entre o “eu” e os outros perdem sua plasticidade.



O sujeito que consegue distinguir os limites entre o “eu” e os outros, diferenciando a si mesmo e o sistema ao qual pertence, adquire autonomia que permite a manutenção das crenças familiares e também a vinculação com outros sistemas. As trocas em diferentes sistemas, auxilia o sujeito a encontrar alternativas para o enfrentamento das crises, flexibiliza padrões de relacionamento e auxilia o desenvolvimento de capacidades para mudança. Os autores consideram que as famílias que participaram desse estudo sentem-se limitadas para proteger seus membros, pois as experiências familiares passadas e presentes geraram a crença no perigo de vincular-se aos outros. As famílias que possuem membros que apresentam comportamento suicida precisam de auxílio para formar um sistema de apoio e proteção efetivo, de forma a não isolar seus membros de outros sistemas (KRÜGER; WERLANG, 2010).

A rede social influencia a saúde do indivíduo e tal relação foi demonstrada através de pesquisas as quais referem que quanto menor a rede social, maior as probabilidades de morrer (House *et al*, 1982; Schoenback *et al*, 1982; Tibblin *et al*, 1986 *apud* SLUZKI, 1997). Entretanto, tal efeito não é linear; ou seja, não significa que à medida que aumenta a qualidade e tamanho da rede social se reduz progressivamente a probabilidade de morte. O que se verificou é que a maior taxa de mortalidade foi encontrada no subgrupo com rede social mínima; já entre os subgrupos de rede social e ampla, não houve diferença estatisticamente significativa na taxa de mortalidade (SLUSKI, 1997).

Os referidos estudos relataram também que o efeito prejudicial da rede social pequena, ou seja, com poucos membros, foi maior entre os homens do que entre as mulheres. Sluzki (1997) acredita que tal

diferença deve-se, provavelmente, em função da facilitação cultural que as mulheres possuem para estabelecer relações de melhor qualidade (de maior intimidade e duração) do que os homens. Exemplifica tal afirmação ao referir que não é raro encontrar duas amigas ou irmãs idosas que formam uma rede social entre si – pequena, porém efetiva. Já entre os homens, é mais difícil encontrar esse tipo de relação. Desse modo, a habilidade das mulheres em se socializarem, as tornam menos vulneráveis mesmo quando possuem limitações no tamanho da rede, pois a qualidade desses poucos vínculos compensa o tamanho escasso da rede.

Além do tamanho da rede, outra característica estrutural da rede é a sua densidade, ou seja, como os indivíduos estão conectados entre si. Sluzki (1997) refere que a baixa densidade da rede é prejudicial à saúde do indivíduo, pois significa que os membros não se encontram conectados: não conseguem dialogar e trocar impressões sobre o indivíduo, reduzindo a possibilidade de intervenções efetivas. Além do mais, é comum na rede social com densidade baixa, que um membro fique mais responsável pelo indivíduo doente. Em longo prazo, a tendência é esse membro se sentir sobrecarregado e se afastar em situações de crise para que a responsabilidade maior não recaia sobre ele novamente.

Entretanto, a rede social de densidade muito elevada pode, também, não ser eficiente. Nesses casos, os membros da rede tendem a se considerar menos indispensáveis, baseados no pressuposto frequentemente errôneo de que outro membro já realizou as medidas necessárias para a situação. Já a rede social de densidade intermediária, favorece o diálogo e a troca de impressões entre os indivíduos sem gerar

pressupostos de delegação a outros membros; e assim, não promove a sobrecarga dos mesmos membros e aumenta a efetividade da rede (SLUZKI, 1997).

Desse modo, as características da rede de apoio envolvem as funções da rede, o tamanho e a densidade, conforme já relatado. Há ainda outras características como a intensidade da relação do indivíduo e os membros da rede; e a distância entre os membros, definida como dispersão (SLUZKI, 1997).

Corroborando os dados sobre a relação entre a rede social e a saúde do indivíduo, Harrison *et al* (2010) realizaram uma pesquisa com indivíduos de 60 anos ou mais divididos em 3 grupos. Dois grupos foram constituídos por indivíduos com transtorno depressivo, sendo que em um grupo os indivíduos possuíam tentativas de suicídio prévias ou um plano específico para o suicídio e no outro grupo os indivíduos não possuíam tentativas de suicídio e nem planejamento; conforme demonstrado na aplicação da Escala de Ideação Suicida Beck. O último grupo foi constituído por indivíduos sem transtorno depressivo.

Observaram que os indivíduos com transtorno depressivo e histórico de tentativas de suicídio (ou planejamento) relataram os mais baixos índices de apoio social, expressos na ausência do sentimento de pertencimento a um grupo e baixa-estima; e altos índices de dificuldades interpessoais, expressos na agressão e ambivalência (HARRISON et al, 2010).

O baixo índice de apoio social em indivíduos com problemas de saúde, conforme relatado na pesquisa anterior, é evidenciado também por Sluzki (1997). O indivíduo doente tende a reduzir a iniciativa de ativação da rede; e os membros, sentindo-se pouco valorizados, também

não procuraram o indivíduo, produzindo assim um círculo vicioso. Além do mais, os cuidados com os doentes crônicos são pouco gratificantes, pois mesmo sabendo racionalmente que a melhora do paciente não ocorre rapidamente, a falta de evidência da melhora contribui para desalentar muitos dos membros envolvidos direta e indiretamente com os cuidados do paciente (incluindo os profissionais de saúde).

### **3.10 Transtornos psiquiátricos<sup>1</sup>**

Estudos demonstram que os transtornos psiquiátricos são os principais fatores de risco para o suicídio. Através de uma pesquisa de revisão sistemática de 31 artigos científicos publicados entre 1959 e 2001, totalizando 15.269 casos de suicídio, verificou-se que em 97% dos casos havia indício de transtorno psiquiátrico (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002).

Botega, Rapeli e Cais (2012, p. 340) relacionam as tentativas de suicídio como “sinal de alerta que revela a presença de sofrimento psíquico, bem como a possibilidade de um transtorno mental e de fatores psicossociais complexos”. Os transtornos mentais mais encontrados em casos de tentativa de suicídio são a depressão, transtorno bipolar e dependência de álcool e outras substâncias. Hetem (2010) alerta para um aumento do risco de suicídio quando há comorbidade destas condições, como por exemplo, depressão e alcoolismo.

---

<sup>1</sup> O termo “transtorno psiquiátrico” foi utilizado pois os autores pesquisados (BERTOLOTE, BOTEGA, WERLANG, CASSORLA, KUTCHER & CHEHIL) fazem uso desse termo em seus estudos.

Wunderlich *et al* (2001) demonstraram que o risco para tentativa de suicídio é 3,5 vezes maior entre os participantes com dois diagnósticos de transtornos mentais quando comparados àqueles sem diagnóstico; de 6,4 vezes para os participantes com três diagnósticos; e um risco 18 vezes maior entre aqueles com mais de três diagnósticos.

Ressalta-se que os pacientes que realizam tratamento medicamentoso para transtornos psiquiátricos podem apresentar alguns sintomas diferentes de outros pacientes e desse modo, podem necessitar de diferentes intervenções. Verwey *et al* (2000) realizaram um estudo em pacientes que tentaram suicídio por overdose de benzodiazepínicos e demonstraram a relação entre a amnésia anterógrada (perda de memória para eventos posteriores à doença ou determinado acontecimento) e altas doses de benzodiazepínicos. No referido estudo, menos da metade dos participantes reconheceram os psiquiatras que haviam lhe atendido no dia anterior.

Outro estudo que confirma tal questão foi realizado através com 52 indivíduos, através da avaliação do paciente no hospital geral e uma semana após a alta hospitalar. Os resultados demonstraram que, durante a avaliação após a alta hospitalar, um terço dos pacientes haviam esquecido os arranjos realizados no hospital, tanto os acordos verbais quanto os escritos (VERWEI *et al*, 2010). Tal resultado pode ser influenciado pelo método utilizado para a tentativa de suicídio já que 79% dos pacientes haviam ingerido alta dose de medicamentos psicotrópicos (principalmente benzodiazapínicos) e este tipo de medicamento está associado à perda de memória temporária (VERWEY *et al*, 2010; VERWEY *et al*, 2000).

Para se realizar a avaliação de risco de suicídio e desse modo

definir as intervenções e tratamento do paciente, é essencial a avaliação clínica do histórico médico e de saúde mental do paciente, bem como de seu estado atual. É importante também coletar informações adicionais como registros de atendimentos médicos anteriores e relatos de familiares, pois as informações fornecidas por alguns pacientes – como os que apresentam transtornos de humor, traços fronteiraços ou psicose – podem não ser totalmente confiáveis (GANZ; BRAQUEHAIS; SHER, 2010; MACCHIAVERNI, 2012; WERLANG; BOTEGA, 2004; OMS, 2006).

De forma a facilitar a compreensão sobre o risco de suicídio entre indivíduos com transtornos psiquiátricos, foram apresentados dados de pesquisa de diferentes autores divididos de acordo com os transtornos psiquiátricos mais relatados nos casos de suicídio.

### **3.10.1 Transtornos de humor**

Os transtornos de humor representam um aumento de 20 vezes no risco de morte por suicídio. Cerca de 50% das mortes por suicídio podem estar relacionadas à depressão. Entre os diagnósticos mais comuns encontrados nas mortes por suicídio, encontram-se a depressão maior e as fases de depressão e mistas do Transtorno Bipolar (KUTCHER; CHEHIL, 2007).

Reinecke (2003 *apud* WALLAUER; MALISKA, 2012) aponta um índice ainda maior ao referir que estudos demonstram que 80% das pessoas que cometeram suicídio apresentavam um quadro de depressão no momento em que consumaram o ato. Os dados tornam-se ainda mais preocupantes ao se constatar, segundo estimativas da OMS, que a depressão é considerada, atualmente, a quarta doença mais presente no

mundo e menos de 25% dos pacientes com transtorno depressivo possuem tratamento (BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011).

Abreu *et al* (2009) demonstraram que, entre os indivíduos com transtorno bipolar, 14% a 59% apresentavam ideação suicida; 25% a 56% têm pelo menos uma tentativa de suicídio ao longo da vida; e 15% a 19% morrem por suicídio.

### **3.10.2 Transtornos psicóticos**

Os transtornos psicóticos estão presentes em mais de 10% dos suicídios. Dentre os transtornos psicóticos, a esquizofrenia tem se revelado muito comum nos comportamentos suicidas. A esquizofrenia está relacionada com um aumento de 10 vezes no risco de morte por suicídio e 50% dos pacientes podem tentar o suicídio em algum ponto do curso da doença, sendo mais comum durante os anos iniciais da doença. O risco aumentado de suicídio está relacionado com os atributos do paciente, período do curso da doença e características do sintoma (KUTCHER e CHEHIL, 2007). Em relação ao curso da doença, apresenta maior risco de suicídio os pacientes com um curso crônico da doença e que necessitam de várias internações psiquiátricas (KUTCHER e CHEHIL, 2007).

Quando analisados os sintomas da doença, apresentam alto risco de suicídio os pacientes com sintomas depressivos significativos e os que apresentam delírios persecutórios e alucinações de comando agressivas ou suicidas. As alucinações de comando são alucinações auditivas com instruções sobre o que o indivíduo deve pensar e como deve se comportar. Essas alucinações não se constituem necessariamente em perigo para o paciente, já que há alucinações de comando com

instruções bastante simples como fechar uma porta ou vestir uma determinada roupa. De qualquer maneira, podem se constituir em um fator de estresse e angústia para o indivíduo. Já as alucinações de comando que sugerem comportamentos perigosos ao indivíduo, podem ser letais (KUTCHER; CHEHIL, 2007).

Qualquer paciente que apresente alucinações de comando perigosas deve ser monitorado já que é difícil prever quais pacientes irão ou não obedecer às instruções da alucinação. Alguns fatores, entretanto, podem ser associados a uma maior probabilidade de obediência dos pacientes às alucinações, como: transtornos psicóticos graves; início recente de alucinações de comando; quando consideram os comandos menos perigosos; alucinações de comando ocorridas fora do ambiente hospitalar e identificação da voz alucinatória como sendo de alguém conhecido (KUTCHER; CHEHIL, 2007).

O período imediatamente após a alta hospitalar e períodos de melhora após recaídas, representam um maior risco de suicídio para muitos pacientes. A melhora dos sintomas geralmente é acompanhada pela melhora do juízo crítico, o qual permite ao paciente avaliar o impacto da doença em seu funcionamento e a perda de habilidades prévias, relacionamentos e posição social; bem como a aceitação e estigmatização dos pacientes psicóticos pela sociedade (KUTCHER; CHEHIL, 2007).

A escritora Virginia Woolf, que sofreu de sintomas psicóticos e depressão, escreveu no primeiro dos seus dois bilhetes de suicídio para o marido: “Tenho certeza de que estou ficando louca de novo: sinto que não posso passar por outra daquelas fases terríveis. E não irei me recuperar desta vez. Começo a ouvir vozes e não consigo me concentrar.



Portanto, estou fazendo o que parece a melhor coisa a fazer”. Depois de vários dias, escreveu novamente um bilhete responsabilizando a loucura pela sua decisão de cometer suicídio: “Mas sei que nunca mais superarei isto: e estou desperdiçando sua vida. É esta loucura. Nada que alguém diga pode me convencer (...) Tudo que quero dizer é que, até esta doença chegar, fomos perfeitamente felizes” (JAMISON, 2010; p. 79-80).

### **3.10.3 Transtornos de ansiedade**

Os transtornos de ansiedade estão presentes em 15 a 20% dos suicídios. O risco de suicídio em indivíduos que apresentam transtornos de ansiedade é de 6 a 10% maior quando comparados aos indivíduos que não possuem este transtorno, particularmente se estiver associado com ataques de pânico, depressão e/ou uso de álcool. A presença de ansiedade grave ou ataques de pânico representa riscos aumentados de suicídio, mesmo sem estar associada ao transtorno de ansiedade (KUTCHER; CHEHIL, 2007).

Rodrigues (2012) identificou um risco de suicídio de 27% no grupo de jovens que apresentaram critérios diagnósticos para um ou mais transtornos de ansiedade; já o grupo de jovens que apresentavam risco de suicídio, porém sem critério diagnóstico para o transtorno de ansiedade, o risco foi de 3,7%.

Sareen *et al* (2005) demonstraram a relação entre transtorno de ansiedade e ideação suicida/ tentativas de suicídio. A ideação suicida apresentou-se duas vezes maior e a tentativa de suicídio 2,48 vezes maior no grupo de indivíduos com transtorno de ansiedade quando comparado ao grupo sem transtorno de ansiedade. O estudo avaliou os desfechos após três anos e constatou que a presença de transtorno de

ansiedade foi fator de risco para a ideação suicida e as tentativas de suicídios.

### **3.10.4 Transtornos de personalidade**

Os transtornos de personalidade possuem como característica a tendência de se manterem estáveis ao longo da vida; não se constituem como algo “passageiro” e não são facilmente modificáveis por meio das experiências da vida. A adaptação aos eventos estressores pode ser especialmente crítica nesses pacientes. As defesas psicológicas utilizadas por quem sofre de algum transtorno da personalidade são mais primitivas, gerando dificuldade de abordagem pela equipe profissional (OMS, 2006).

Ores *et al* (2012) referem que comportamentos de risco, e entre eles, o comportamento suicida, é bastante presente em psicopatologias como transtorno de humor bipolar e transtorno de personalidade *border-line*. Kutcher e Chehil (2007) referem que o transtorno de personalidade *borderline*, pode estar relacionado em até 5% dos suicídios.

### **3.10.5 Transtornos associados ao álcool e outras substâncias**

Em 25 a 50% das mortes por suicídio, estão envolvidos o abuso e dependência de álcool. O indivíduo que possui dependência do álcool possui um risco de suicídio ao longo da vida de 15% e há um aumento de 06 vezes na mortalidade por suicídio comparada à população geral (KUTCHER; CHEHIL, 2007).

Um estudo realizado em São Paulo analisou os casos de suicídio através dos registros do Instituto Médico Legal e demonstrou que 33,1% dos casos de suicídio apresentaram alcoolemia média e alta em ambos

os sexos, porém com prevalência entre os homens. Um terço dos suicídios ocorreu subsequentemente ao consumo de álcool (PONCE et al, 2008). Quando há a ocorrência do abuso de substância e de outro transtorno psiquiátrico, o risco de suicídio torna-se mais elevado: em torno de três quartos dos pacientes dependentes de álcool que morreram por suicídio tiveram um episódio depressivo (BESSA, 2010).

Kaplan e Sadock (2007) alertam que o risco aumentado de suicídio em indivíduos dependentes de substâncias é demonstrado a partir de estudos em vários países. Nos dependentes de heroína, por exemplo - droga bastante utilizada na Europa - a taxa de suicídio é 20 vezes maior que da população em geral. Estudos demonstram que o uso em idade precoce e regular de *cannabis* está associado a um risco aumentado de ideação suicida e tentativa de suicídio (DEGENHARDT et al, 2004).

A prevalência de dependência química atinge em torno de 10 a 12% da população e ocorre principalmente entre o sexo masculino (BESSA, 2010). Pesquisa realizada com pacientes atendidos em hospital geral devido tentativa de suicídio demonstrou abuso de álcool e drogas em 26, 1% dos participantes do sexo masculino, contra 7% dos participantes do sexo feminino. Ao se analisar o uso das substâncias no momento da tentativa de suicídio, também foi encontrado maior percentual entre os participantes do sexo masculino – 28,3% vs 16% (STEFANELLO et al, 2008).

É importante considerar que a dependência química, seja de álcool ou drogas, é um dos transtornos psiquiátricos que mais mobiliza preconceitos e estereótipos (BESSA, 2010); o que pode prejudicar o tratamento do indivíduo quando este não procura ajuda profissional devido ao estigma social deste transtorno. Preuss (2003 *apud* BESSA,

2010) afirma que quase 40% dos indivíduos que buscam tratamento para a dependência química, relataram tentativa de suicídio prévia.

Além dos transtornos psiquiátricos apresentados, outro forte fator de risco para o suicídio são as tentativas de suicídio prévias; as quais, conforme demonstrado no continuum dos comportamentos suicidas representa o último ato antes do suicídio propriamente dito. A tentativa de suicídio envolve a intencionalidade de morte e a utilização de método potencialmente letal, chegando muito próximo ao suicídio propriamente dito; o qual pode não ter ocorrido por fatores como resistência do organismo ao método utilizado e/ou a vítima ter sido socorrida a tempo (WERLANG; BOTEGA, 2004).

### **3.11 Tentativas de suicídio prévias**

O número de ocorrências de tentativas de suicídio é alto, entretanto, os registros são falhos, documentando muitas vezes apenas como intoxicação, queimadura ou traumatismo. A mais atual Classificação Internacional de Doenças (CID-10) recomenda que tais casos devam ser registrados como “Causas externas de morbidade e mortalidade”, informando se a ocorrência foi “Intencional” (suicídio e tentativa) ou “Indeterminada” (lesões acidentais). Muitos profissionais de saúde desconhecem essa recomendação; outros apresentam relutância em documentar tais ocorrências devido às complicações legais: os atos intencionais de autolesão não garantem os benefícios das seguradoras e devem ser comunicados às autoridades legais através do Boletim de Ocorrência (COELHO; MELLO-SANTOS; WANG, 2011).

Minayo (2003) realizou um estudo de caso, na década de 90, sobre as ocorrências de suicídio e tentativas de suicídio em uma cidade

brasileira com elevadas taxas e demonstrou que a maioria das ocorrências não chega ao conhecimento das autoridades de saúde. Os registros no Sistema de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) informaram apenas duas internações devido à tentativa de suicídio no período, entretanto, os dados da Polícia Militar para o mesmo intervalo de tempo informaram 539 casos. Tal dado não significa que apenas dois casos de tentativas de suicídio foram atendidos em serviços de saúde; a explicação para o baixo índice de registro de tentativas de suicídio nos serviços de saúde deve-se ao fato de tais registros costumam assinalar somente a causa secundária, ou seja, a lesão ou o trauma decorrente das tentativas que exigiram cuidados médicos.

Outra dificuldade para registrar os casos de tentativas de suicídio e até mesmo de suicídio, são os casos em que a intencionalidade do ato não é evidente; como por exemplo, os acidentes de trânsito que muitas vezes camuflam atos de autodestruição. Há casos em que o indivíduo comete suicídio jogando o carro contra um poste ou se jogando na frente de um veículo, ambas as situações são frequentemente interpretadas como acidente (MINAYO, 2005).

Cassorla (1998b) afirma que mais de 50% dos suicídios podem ocorrer em forma de acidentes, principalmente como acidentes de trânsito. Há ainda, situações em que o suicídio pode ser confundido com morte natural, por exemplo, no caso da pessoa morrer por deixar de se alimentar deliberadamente. Estima-se que para cada tentativa de suicídio registrada, há 04 tentativas que não foram devidamente documentadas (MYNAYO, 2005).

As tentativas de suicídio prévias constituem um importante fator de risco e as tentativas sucessivas apresentam, em geral, métodos mais letais e conseqüentemente maior gravidade clínica (COELHO; MELLO-SANTOS; WANG, 2011; OMS, 2006; KUTCHER; CHEHIL, 2007). Das pessoas que tentam suicídio, 15 a 25% realizam nova tentativa no ano seguinte.

Ainda considerando os indivíduos que já tiveram tentativas de suicídio prévias, 10% falecem por esta causa em um período de 10 anos (BOTEGA; RAPELI; CAIS, 2012). Estudos demonstram que em até 50% dos indivíduos que morreram por suicídio, tinham ao menos uma tentativa prévia (KUTCHER; CHECHIL, 2007). Um estudo realizado em município brasileiro, com 807 indivíduos, constatou que 60% dos suicídios ocorreram após um ano da tentativa de suicídio; e 90% dos suicídios ocorreram no período de 24 meses após a tentativa (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013).

A associação entre a história de tentativa de suicídio prévia e transtornos mentais aumentam em 05 a 06 vezes o risco para novas tentativas e suicídio (FORMAN, 2004). Choi; Park; Yi; Hong (2012) realizaram um estudo sobre a mortalidade por suicídio, na Coréia, em pacientes internados devido transtornos psiquiátricos e tentativa de suicídio. Foram analisados 04 grupos distribuídos da seguinte forma: 02 grupos de pacientes internados na unidade de Emergência e que receberam alta hospitalar; e 02 grupos de pacientes psiquiátricos internados em unidade Psiquiátrica. Foram analisados os registros de 3.897 pacientes atendidos em um hospital geral na Coréia. Quarenta e três dos 3.897 indivíduos morreram por suicídio durante o período de observação de 2,5 anos.

Nos 04 grupos estudados a taxa de mortalidade por suicídio foi maior do que a encontrada na população em geral; comprovando maior taxa de mortalidade por suicídio entre os indivíduos que tentaram suicídio e os indivíduos com transtorno psiquiátrico. Dos 04 grupos, os que apresentaram maior taxa de mortalidade por suicídio foram os pacientes psiquiátricos internados por tentativa de suicídio, seguidos por pacientes que tentaram suicídio e receberam alta hospitalar (CHOI; PARK; YI; HONG, 2012).

Diante de todos os dados em relação ao alto índice de suicídio/tentativas de suicídio, assim como os fatores de risco e proteção associados, os organismos de saúde identificam a necessidade de elaborar estratégias de intervenção para prevenir a ocorrência de comportamentos suicidas.

### **3.12 Prevenção do suicídio**

Em 2005, o Ministério da Saúde com a finalidade de elaborar um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, montou um grupo de trabalho com representantes do governo, de entidades da sociedade civil e das universidades (BOTEGA, 2007). O Brasil foi o primeiro país da América Latina a propor uma ação nacional para a prevenção do suicídio, considerando-o desse modo, um problema de saúde pública que precisa ser conhecido e discutido a fim de se propor intervenções (ESTELLITA-LINS, 2012). As Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio envolvem a disponibilização de dados epidemiológicos, informações sobre os fatores protetores e de risco, ações de educação permanente de profissionais (BRASIL, 2006b).

Frequentemente, nas mortes por causas externas, o atestado de óbito não esclarece a natureza da lesão que levou à morte; se foi homicídio, suicídio ou acidente. Um estudo avaliou uma amostra de 320 óbitos ocorridos por causas externas em 15 cidades brasileiras, através de visitas dos pesquisadores aos Institutos de Medicina Legal, Delegacias de Polícia e domicílio dos falecidos. Verificou-se que nesta amostra houve 04 mortes por suicídio e não duas como havia sido previamente registrado; ou seja, o número de suicídios era o dobro do que havia sido registrado (MELLO JORGE; GOTLIEB; LAURENTI, 2002). Esse tipo de pesquisa justifica ainda mais a importância de ações voltadas à prevenção do suicídio já que seu índice pode ser bem maior do que o relatado.

O comportamento suicida provoca um forte impacto nos serviços de saúde. No ano de 2002, 1,4% da carga global ocasionada por doenças estavam relacionadas às tentativas de suicídio. A tendência é que tal carga aumente e no ano de 2020, esta cifra deve chegar a 2,45 (OMS, 2006). São considerados para esses cálculos da carga global, os custos diretos (hospitalização, medicamentos) e indiretos (afastamento do trabalho, por exemplo) decorrentes da tentativa de suicídio (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

Ainda considerando a relação com os serviços de saúde, Campos (2009) afirma que 60% a 75% das pessoas que cometeram suicídio haviam procurado atendimento médico entre um e seis meses antes do ato. Santos *et al* (2009) encontraram resultados semelhantes em estudo que comprovou que 23% dos indivíduos que tentaram suicídio tiveram contato com profissional de saúde mental na semana da tentativa de suicídio.



Waern *et al* (1999) também demonstraram a procura de indivíduos pelos serviços de saúde antes do suicídio: 38% dos prontuários analisados revelaram relatos de cansaço da vida, desejos de morte, pensamentos suicidas e tentativa de suicídio. Tais dados demonstram a importância de tornar o tema mais discutido a fim de permitir que os profissionais atuem preventivamente.

Evans *et al* (1999) realizaram um estudo com 827 indivíduos que procuraram atendimento médico após tentativa de suicídio. Os indivíduos foram divididos aleatoriamente em dois grupos: um recebeu o tratamento usual e o outro grupo recebeu o tratamento usual e um cartão com um número telefônico para situações de crise (grupo de intervenção). Com este número telefônico, era possível falar com um psiquiatra de plantão, 24 horas por dia. Ao se considerar os casos que era a primeira tentativa de suicídio, houve indícios (estatisticamente não significativos) de benefícios no grupo da intervenção. Já no grupo que tinha tentativas de suicídio prévias e que foram inseridos no grupo de intervenção, houve um aumento de 85% no índice de novas tentativas. O estudo demonstra dessa forma, que os indivíduos com e sem tentativas de suicídio prévias, podem necessitar de diferentes estratégias de tratamento.

A Organização Mundial da Saúde também realizou um estudo comparando dois tipos de tratamento em indivíduos atendidos em uma unidade de pronto-socorro após tentativa de suicídio. Com o objetivo de testar uma estratégia de incentivo à busca e manutenção do tratamento, o referido estudo foi realizado em oito países em desenvolvimento (Brasil, Estônia, Índia, Irã, China, África do Sul, Sri Lanka e Vietnã) e denominado de Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento

Suicida – SUPRE-MISS. Os tratamentos que o Estudo comparou entre os indivíduos com tentativa de suicídio foram: intervenção psicossocial e tratamento usual. A intervenção psicossocial incluía o encaminhamento aos serviços de saúde após a alta hospitalar, entrevista motivacional e seguimento telefônico regular. Já o tratamento usual envolvia apenas o encaminhamento aos serviços de saúde após a alta hospitalar (WHT 2002).

No Brasil, o Estudo foi realizado em Campinas-SP com 2.238 indivíduos. Durante os 18 meses foram realizados em média nove ligações telefônicas e em alguns casos, foi realizado visita domiciliar. Após 18 meses verificou-se nos indivíduos que não receberam os telefonemas periódicos, reincidência de tentativa de suicídio em uma taxa 10 vezes maior se comparado ao grupo que recebeu os telefonemas (BOTEGA, RAPELI, CAIS, 2012; BOTEGA, SILVEIRA, MAURO, 2010; WERLANG, BOTEGA, 2004; WHT, 2002).

Cebrià *et al* (2013) também encontraram resultados positivos em estudo realizado na Espanha com a realização de contatos telefônicos sistemáticos - após 01 semana e após 01, 03, 06, 09 e 12 meses da alta hospitalar – com pacientes que tentaram suicídio. Nesta população, observou-se uma redução de 6% dos casos de tentativa de suicídio quando comparado ao grupo controle. Dessa forma, destacam que a implementação de um programa baseado em contatos telefônicos com pacientes que tentaram suicídio constitui-se em uma estratégia de prevenção de suicídio de baixo custo. Os profissionais devem ser capacitados sobre como conduzir a entrevista com o paciente, quais aspectos devem ser investigados, em que momento devem abordar determinadas questões, quais intervenções devem ser realizadas após o

contato telefônico (BOTEGA; SILVEIRA; MAURO, 2010).

A eficácia das intervenções telefônicas pode estar relacionada à facilidade que o paciente encontra para relatar suas dúvidas e necessidades permitindo ao profissional avaliar regularmente os pensamentos suicidas e assim incentivar a adesão ao tratamento ambulatorial (CEBRIÀ et al, 2013; BOTEGA; SILVEIRA; MAURO, 2010). Verwey *et al* (2010) expõe a importância de se realizar contatos com os pacientes após a alta hospitalar: 07 pacientes atendidos no hospital devido tentativa de suicídio haviam recusado realizar tratamento com profissional, entretanto, após reavaliação realizada 01 semana após a alta hospitalar, 06 desses pacientes demonstraram interesse em realizar tratamento.

Outro estudo semelhante foi realizado por Wei *et al* (2013) com 239 pacientes admitidos em unidades de emergência de hospitais gerais devido tentativa de suicídio na China. Os pacientes foram divididos em três grupos: terapia cognitiva em grupo, grupo de intervenção com contatos telefônicos e grupo controle. Os participantes foram avaliados no período de 03, 06 e 12 meses após o atendimento na unidade de emergência através de um questionário detalhado estruturado, Escala Beck de Ideação Suicida, Escala de Hamilton para Depressão e uma escala de qualidade de vida. Entretanto, o resultado que mais destaca na pesquisa foi a grande taxa de participantes que se recusou a receber terapia (82,9%), diferentemente das taxas encontradas nos países desenvolvidos. As razões que podem explicar este fenômeno envolvem questões sociodemográficas já que a China é um país em desenvolvimento onde a conscientização pública sobre saúde mental é insuficiente. Já no grupo de contatos telefônicos, foi mais fácil realizar

a intervenção já que 60 pacientes aceitaram receber a intervenção enquanto nove pacientes (11,3%) recusaram-se.

Além das intervenções envolvendo contatos telefônicos com os pacientes que tentaram suicídio, há também intervenções baseadas em visitas domiciliares como o Programa de Visita Domiciliar ao Intoxicado (PROVIDI) desenvolvido no Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá (CCI/HUM) desde 1992. Os casos de tentativas de suicídio são prioridade para as visitas domiciliares da equipe saúde mental, constituída por profissionais e acadêmicos de enfermagem e psicologia (GUERREIRO et al, 2013).

A visita domiciliar é definida como o deslocamento do profissional de saúde até o domicílio do paciente e tem a finalidade de compreender o ambiente em que o paciente está inserido para implantar ações de promoção da saúde com foco na família e de auto cuidado (GUERREIRO et al, 2013; SELEGHIM et al, 2011).

A Equipe de Saúde Mental do PROVIDI não realiza contato telefônico prévio à visita domiciliar dos pacientes com histórico de tentativa de suicídio. Adotaram tal procedimento pois reconhecem o estigma social da tentativa de suicídio e desse modo, evitam fazer contatos prévios a fim de respeitar a privacidade do paciente que muitas vezes, não revelou a tentativa de suicídio à família. Outros casos a família possui conhecimento da tentativa de suicídio, e desejam manter o sigilo da ocorrência na comunidade (SELEGHIM et al, 2011).

As visitas domiciliares da Equipe de Saúde Mental apresentaram boa receptividade dos pacientes e familiares. Observaram que produtos altamente tóxicos foram facilmente encontrados em diferentes cômodos da casa. Dessa forma, através das visitas, é possível

orientar os familiares sobre restrição de acesso aos meios letais, oferecer uma escuta qualificada, incentivar o paciente a realizar o acompanhamento ambulatorial, e assim prevenir recidivas (GUERREIRO et al, 2013; SELEGHIM et al, 2011)

As tentativas de suicídio, conforme já relatado, constitui um dos principais fatores de risco para o suicídio. Considerando que a unidade de Emergência recebe pacientes que necessitam de cuidados de saúde devido à tentativa de suicídio, este espaço deve ser visto como uma oportunidade para os profissionais identificarem o potencial risco de suicídio e maneiras de intervir para reduzir tal risco. A avaliação do risco de suicídio deve ocorrer a partir do primeiro contato com o paciente e durante todo o período de atendimento na instituição de saúde (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013).

Os autores alertam ainda, sobre o despreparo dos profissionais e dificuldade para lidar com pacientes que tentaram suicídio; e explicitam sobre a importância de realizar encaminhamentos para acompanhamento psicológico, psiquiátrico e de suporte familiar e social. Entretanto, o que muitas vezes se observa, são encaminhamentos sem garantia de que haverá o acompanhamento do paciente. Desse modo, destacam a importância do acesso universal aos serviços de saúde e a capacitação dos profissionais de saúde de todos os níveis – atenção básica, hospitalar, saúde mental – a fim de garantir a articulação de forma organizada e resolutiva (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013).

### **3.13 Rede de atenção à saúde**

Os diferentes serviços de saúde da rede pública brasileira que atendem os casos de tentativa de suicídio (assim como outros agravos e

doenças) fazem parte do que o Ministério da Saúde denomina Rede de Atenção à Saúde. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011a).

A organização em forma de redes visa superar a fragmentação das ações e serviços de saúde, e assim, assegurar ao usuário o conjunto de serviços que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010a). Neves (2012) explicita que a rede de saúde é composta por muitos centros e muitos nós, que tornam a rede complexa e resistente. Mas o fundamental é compreender que seu eixo organizador são as pessoas, sua existência, seu sofrimento.

Para a Rede de Atenção à Saúde funcionar de maneira satisfatória são necessários alguns atributos. Os que se referem mais especificamente aos serviços de saúde são: Qualidade, Suficiência e Acesso (BRASIL, 2012; BRASIL, 2010a).

A qualidade e suficiência referem-se ao conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para realizar os cuidados de saúde necessários de acordo com a demanda da população. Já o acesso está relacionado à ausência de barreiras para que o usuário utilize o serviço de saúde. Tais barreiras podem envolver a acessibilidade geográfica, disponibilidade de serviços e/ou profissionais, grau de acolhimento e vínculo, condição socioeconômica do usuário (BRASIL, 2012; BRASIL, 2010a).

O acesso pode ser analisado através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários. A disponibilidade ocorre quando o usuário consegue o atendimento

necessário tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade. A comodidade refere-se às questões como o tempo de espera para o atendimento, a conveniência de horários, a forma de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais, o conforto dos ambientes para atendimento, entre outros. Por fim, a aceitabilidade relaciona-se à satisfação do usuário quanto à localização e aparência do serviço, tipo de atendimento prestado e profissionais responsáveis pelo atendimento (BRASIL, 2012; BRASIL, 2010a).

Algumas dessas questões foram encontradas em estudo realizado por Botega *et al* (2009), o qual demonstrou que a procura pelo serviço de saúde após tentativa de suicídio depende de fatores como: o potencial risco de morte; *facilidade de acesso e confiança no serviço de saúde*; estigma da população – inclusive dos profissionais de saúde - em relação à tentativa de suicídio (*grifos da pesquisadora*).

A Rede de Atenção à Saúde é caracterizada pela relação horizontal entre os pontos de atenção; ou seja, todos os pontos de atenção são igualmente importantes e o que os diferenciam são as densidades tecnológicas. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros (BRASIL, 2010a).

Apesar de ser preconizada a relação horizontal (não hierárquica) entre os pontos de atenção, isto não exclui o fato de que um deles deve

ser priorizado quanto aos investimentos e alocações de recursos. Dessa forma, o centro de comunicação entre os diferentes pontos de atenção é a Atenção Primária à Saúde. Esta exerce a função de ser a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde; coordenar a trajetória dos usuários pelos outros pontos de atenção quando necessário (como por exemplo, no caso do usuário necessitar de serviços especializados, com um grau de densidade tecnológica mais elevada do que pode ser oferecido pela Atenção Primária); e manter o vínculo com os usuários dando continuidade à atenção (ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e outros) mesmo que estejam sendo atendidos também em outros serviços de saúde (BRASIL, 2012).

### **3.13.1 Rede de Atenção Psicossocial**

De acordo com as prioridades das agendas de saúde federal, estadual e municipal, estão sendo implantadas redes temáticas de atenção à saúde: Rede de atenção à Urgência e Emergência; Rede de Atenção Psicossocial; Rede Cegonha (relacionada a nascimentos); Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção às Doenças Crônicas (BRASIL, 2012). Desse modo, a Atenção Primária é o centro de comunicação de todas as redes; mas os pontos de atenção secundária e terciária são definidos de acordo com a natureza da rede temática. Na Rede de Atenção Psicossocial, estes pontos referem-se aos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS (MENDES, 2011)

Desde a década de 90 o Brasil tem investido na Atenção Primária (ou Básica) à Saúde como principal estratégia de organização do sistema de saúde. Em 1994, foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF) para expansão e qualificação da Atenção Primária. O



programa teve notória expansão, principalmente nos municípios de pequeno porte, e em 1998 começou a ser definido não mais como um Programa, mas sim como Estratégia da Saúde da Família - ESF (BRASIL, 2012).

Após 10 anos, em 2008, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de ampliar a rede de oferta de ações de saúde através da entrada de profissionais das mais diversas áreas (BRASIL, 2012). Desse modo, a equipe de Saúde da Família é constituída por médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, cirurgião-dentista, auxiliar/técnico em saúde bucal. Profissionais como psicólogo, médico psiquiatra, e outros profissionais da saúde, fazem parte do NASF (BRASIL, 2011b).

A proposta dos NASF é desenvolver o Apoio Matricial, definido como um arranjo organizacional que visa conceder suporte técnico em áreas específicas às equipes da Atenção Primária (NEVES, 2012). O Apoio Matricial pode ser exercido sob duas dimensões: a assistencial, por meio da ação clínica direta com os usuários; e a dimensão técnico-pedagógica, através de apoio educativo para que a equipe de saúde da família possa atender a demanda de forma efetiva (BRASIL, 2012).

Dessa forma, os profissionais das equipes de saúde da família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família trabalham na forma de responsabilização compartilhada dos casos, prática que exclui a lógica do encaminhamento já que visa aumentar a capacidade resolutiva dos problemas de saúde pela própria equipe local (NEVES, 2012). Estimula a interdisciplinariedade e a clínica ampliada, desse modo, busca-se o resgate e a valorização de outras dimensões que não somente a

biológica. As intervenções terapêuticas são planejadas considerando a complexidade biopsicossocial das demandas de saúde de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Humanização (NEVES, 2012; BRASIL, 2010b).

O serviço de saúde constitutivo da Atenção Primária são as unidades/centros de saúde locais. Entretanto, o trabalho exercido pelos profissionais ultrapassa o limite geográfico das Unidades Básicas de Saúde, já que a Atenção Primária possui como um de seus atributos a valorização da família e comunidade. Sendo assim, realizam visitas domiciliares e ações na comunidade - como por exemplo, o Programa Saúde na Escola, que visa a promoção da alimentação saudável, práticas corporais e atividades físicas na escola, educação sexual e reprodutiva, prevenção uso de álcool e drogas, entre outras intervenções (BRASIL, 2011b).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) também fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial. O primeiro CAPS foi inaugurado em 1986 na cidade de São Paulo, a partir de um intenso movimento social dos trabalhadores de saúde mental que denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos e reivindicavam melhoria na assistência. Entretanto, os CAPS foram criados oficialmente apenas em 1992, a partir da publicação da Portaria GM 224, a qual define-os como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar” (BRASIL, 2004; p.12). É um serviço destinado a atender “pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência

num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida” (BRASIL, 2004; p. 13).

Assim como exposto na definição da Atenção Primária e seu locus de atuação - as Unidades Básicas de Saúde - os projetos desenvolvidos no CAPS muitas vezes também ultrapassam a própria estrutura física. Este serviço possui como um de seus principais objetivos a reabilitação psicossocial do indivíduo através do trabalho, lazer, cultura. Desse modo, realiza atividades na comunidade como passeios a parques, campeonatos esportivos, festas da comunidade; assim como intervenções com a família do usuário (BRASIL, 2004).

São serviços de saúde aberto e comunitário, ou seja, o usuário pode procurar diretamente este serviço ou ser encaminhado por qualquer serviço de saúde. O primeiro contato do usuário com o serviço ocorre na forma de Acolhimento, no qual o profissional busca compreender a situação da forma mais abrangente possível e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança. A partir do Acolhimento é definido um Projeto Terapêutico, o qual é definido em conjunto com o usuário e são estabelecidas questões como a frequência de participação no serviço e as atividades que irá participar (BRASIL, 2004).

Em geral, o profissional que realizou o acolhimento será o Terapeuta de Referência (TR) do usuário; mas não necessariamente, pois o que define quem será o Terapeuta de Referência é o vínculo estabelecido entre o usuário e o profissional. O Terapeuta tem a responsabilidade de monitorar junto com o usuário o Projeto Terapêutico e redefinir sempre que necessário, de modo a respeitar as particularidades do usuário e personalizar o atendimento de cada pessoa no serviço (BRASIL, 2004).

Os CAPS são divididos de acordo com a especificidade da demanda: CAPS I e CAPS II realizam atendimento diário de adultos. O primeiro é estabelecido para municípios de pequeno porte (20.000 e 70.000 mil habitantes) e o segundo para municípios de médio porte (entre 70.000 e 200.000 habitantes). O CAPS III realiza atendimento diário e noturno de pacientes adultos, inclusive nos finais de semana e feriados (municípios acima de 200.000 habitantes). Existem ainda dois CAPS destinados ao atendimento diário de populações mais específicas: CAPSi para atendimento de crianças e adolescentes e CAPSad para o atendimento de usuários de álcool e drogas.

Na cidade onde a presente pesquisa foi realizada (Florianópolis), a rede de saúde é composta pelas Unidades Básicas de Saúde distribuídas por 05 regiões de saúde (norte, sul, leste, centro e continente), CAPSII, CAPSad e CAPSi. Os outros municípios que fazem parte da mesorregião Grande Florianópolis (e que constituem a procedência dos participantes desta pesquisa), possuem Unidades Básicas de Saúde, CAPS de acordo com a demanda da população de abrangência e serviços ambulatoriais específicos para o acompanhamento de saúde mental. No município de São José está localizado o Instituto de Psiquiatria (IPQ), hospital de referência para o estado de Santa Catarina. Funciona em regime de plantão de 24 horas e presta atendimento às situações de urgência (MACCHIAVERNI, 2013).

#### 4. METODOLOGIA

Minayo (1993, p. 22) descreve a metodologia como o “caminho e o instrumental próprios da abordagem da realidade”. Descreve também a pesquisa como a atividade para a indagação da realidade, que utiliza a combinação de teoria e dados.

A presente pesquisa se constitui num estudo de delineamento longitudinal, de curta duração e utilizou a abordagem qualitativa através da análise categorial proposta por Minayo; e a abordagem quantitativa através da análise descritiva dos dados baseada no cálculo de porcentagens simples, frequência e média de acordo com a natureza dos dados.

A pesquisa qualitativa implica em menor ênfase no quantificar e possui como finalidade “explicar os meandros das relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência, e da explicação do senso comum” (MINAYO, 1993; p.11). Os pesquisadores utilizam em seu estudo os cenários naturais, buscando dessa forma, entender ou interpretar os fenômenos a partir dos significados que os indivíduos atribuem a eles (DENZIM; LINCOLN, 2006).

A pesquisa quantitativa utiliza a linguagem matemática para descrever, representar ou interpretar os fatos. Pesquisa qualitativa e quantitativa constituem-se diferentes abordagens devido à linguagem e instrumental utilizados, assim como os objetivos que se pretende. Dessa forma, nenhuma das abordagens é mais científica do que a outra; também não devem ser entendidas como abordagens opostas e contraditórias. “Pelo contrário, é de se desejar que as relações sociais

possam ser analisadas em seus aspectos mais ‘ecológicos’ e ‘concretos’ e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente e vice-versa” (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 247).

#### *4.1 Local:*

##### *4.1.1 Primeira etapa*

A primeira etapa da pesquisa foi realizada na unidade de Emergência após o atendimento psicológico oferecido pelo Serviço de Psicologia desta unidade entre o período de dezembro de 2011 e maio de 2013. O atendimento psicológico e posteriormente a coleta de dados ocorreram geralmente no leito dos pacientes, pois apresentavam impossibilidade de locomoção devido à fragilidade física e sintomas adversos causados pela intoxicação. Quando o paciente demonstrava disponibilidade de locomover-se, era convidado a ser atendido em consultório ou sala da unidade de Emergência, onde é possível se ter maior privacidade; entretanto, mesmo nesse ambiente ocorreram algumas interrupções, comuns no ambiente hospitalar.

##### *4.1.2 Segunda etapa*

A segunda etapa da pesquisa foi viabilizada entre o período de julho de 2012 a novembro de 2013 através de visitas domiciliares ou locais de preferência do participante, como local de trabalho e consultório da unidade de Emergência do Hospital Universitário; visando facilitar a participação do sujeito.

#### *4.2 Participantes*

A pesquisa foi composta por 27 participantes atendidos na unidade de Emergência do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago após tentativa de suicídio entre o período de dezembro de 2011 a maio de 2013. A pesquisa iniciou durante o período de realização do Trabalho de Conclusão de Curso da Residência Multiprofissional em Saúde (FERREIRA, C. L. B; 2013). A amostra de participantes foi por conveniência. Foram convidados a participar da pesquisa todos os pacientes atendidos pelo Serviço de Psicologia da unidade de emergência por tentativa de suicídio entre dezembro de 2011 e maio de 2013, conforme disponibilidade dos profissionais do Serviço em aplicar os instrumentos da pesquisa e adequação dos pacientes aos critérios de inclusão na pesquisa.

Para inclusão dos participantes, estes deveriam aceitar participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); explicitar a tentativa de suicídio verbalmente, sem deixar dúvida quanto a sua intencionalidade no ato; ter idade mínima de 18 anos e residir na mesorregião da Grande Florianópolis, devido à viabilidade da segunda etapa da pesquisa, conforme será descrito nos próximos itens.

Foram convidados a participar da primeira etapa desta pesquisa 43 sujeitos, entretanto, dois sujeitos recusaram participar; sendo assim, 41 sujeitos participaram da pesquisa durante a 1ª etapa. Na 2ª etapa, houve a perda de 14 sujeitos devido ao falecimento por suicídio, cumprimento de medida restritiva de liberdade, impossibilidade de localização do sujeito, mudança de domicílio, desistência. Desse modo, a pesquisa constituiu-se por 27 participantes com predominância do

sexo feminino (23). Os municípios de procedência dos participantes desta pesquisa foram Florianópolis (15 sujeitos), São José (06), Palhoça (02), Biguaçu (02), Governador Celso Ramos (01) e Santo Amaro (01). A idade média dos participantes foi de 38 anos, sendo 18 anos a idade mínima encontrada e 63 anos a idade máxima.

#### *4.3 Instrumentos*

Os instrumentos utilizados nessa pesquisa foram o Registro Interno de Atendimento Psicológico (Anexo 1), a Escala de Ideação Suicida Beck (Anexo 2) e entrevista semi-estruturada elaborada pela pesquisadora (Apêndice 1).

O Registro Interno de Atendimento Psicológico foi utilizado com o objetivo de identificar o perfil dos pacientes atendidos na unidade de Emergência por tentativa de suicídio. A Escala de Ideação Suicida Beck foi utilizada a fim de comparar a sintomatologia do participante durante o atendimento na unidade de emergência por tentativa e suicídio e após 06 meses do atendimento. A entrevista semi-estruturada foi elaborada para verificar a ocorrência e caracterizar o acompanhamento dos participantes na rede de saúde mental após o atendimento na unidade de emergência por tentativa de suicídio; assim como verificar a ocorrência de eventos estressores após o atendimento hospitalar.

Todos os instrumentos foram adequados aos participantes de diferentes níveis de escolaridade, pois a pesquisadora realizou a leitura conjunta dos itens de cada instrumento com os participantes; ou seja, não foi necessário o próprio participante realizar a leitura dos instrumentos sozinho.



#### *4.3.1 Registro Interno de Atendimento Psicológico*

O Registro Interno de Atendimento Psicológico foi elaborado com a finalidade de sistematizar os registros dos atendimentos aos casos de tentativa de suicídio, facilitando a continuidade dos atendimentos e contribuindo para futuras pesquisas (MACCHIAVERNI, 2012).

Através do Registro Interno de Atendimento Psicológico foram coletados os dados de identificação do usuário como nome, idade, data de nascimento, sexo, estado civil, endereço e telefone. Neste mesmo instrumento foram coletados os dados referentes ao histórico de saúde mental do paciente como método utilizado na tentativa de suicídio; desencadeador alegado para a tentativa de suicídio; tratamento psicológico e/ou psiquiátrico; histórico de tentativas de suicídio prévias; método utilizado nas tentativas de suicídio prévias; histórico de internação psiquiátrica; rede de apoio; pessoa responsável pelo participante; presença de ideação suicida; e o encaminhamento sugerido no atendimento psicológico oferecido na unidade de Emergência do Hospital Universitário. O referido instrumento está no Anexo 1.

#### *4.3.2 Escala de Ideação Suicida Beck*

A Escala de Ideação Suicida Beck (BSI - *Beck Scale for Suicide Ideation*) é um instrumento de uso exclusivo do profissional psicólogo, validado pelo SATEPSI – Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos, mantido pelo Conselho Federal de Psicologia através da Resolução nº 02/2003.

O referido instrumento contém 21 itens; os primeiros 19 itens apresentam 03 gradações de respostas, que refletem “desejos, atitudes e planos suicidas”, subentendendo os seguintes conteúdos: 1) “Desejo de

viver”; 2) “Desejo de morrer”; 3) “Razões para viver ou morrer”; 4) “Tentativa de suicídio ativa”; 5) “Tentativa de suicídio passiva”; 6) “Duração das idéias de suicídio”; 7) “Frequência da ideação”; 8) “Atitude em relação à ideação”; 9) “Controle sobre atos suicidas”; 10) “Inibições para as tentativas”; 11) “Razões para a tentativa”; 12) “Especificidade do planejamento”; 13) “Acessibilidade ou oportunidade do método”; 14) “Capacidade de realizar a tentativa”; 15) “Probabilidade de tentativa real”; 16) “Extensão da preparação verdadeira”; 17) “Bilhete suicida”; 18) “Atos finais”; 19) “Despistamento e segredo” (Beck; Sterr *apud* CUNHA, 2001).

Os dois últimos itens, não incluídos no escore final, são de caráter informativo e fornecem importantes subsídios a respeito do número de tentativas prévias de suicídio e quanto à seriedade da intenção de morrer na última tentativa (CUNHA, 2001).

Os 05 primeiros itens da Escala são usados como triagem da ideação suicida. Se a resposta do examinando for 0 ao grupo de afirmações 04 e 05, que indicam respectivamente “ausência de intenção suicida ativa” e “evitação de morte, se confrontado com uma situação ameaçadora para a vida”, o participante deve responder imediatamente o item 20. Desse modo, deixará em branco os itens 06 ao 19 pois estes são mais específicos aos planos e atitudes, com uma intenção suicida subjacente (CUNHA, 2001). O item 20 deve ser respondido por todos os participantes, tenham estes respondido ou não os itens 06 ao 19. Já o item 21 é respondido somente pelos participantes com história de tentativa prévia de suicídio.

Caso o participante demonstrasse dúvida sobre o que responder, foi recomendado que respondesse de acordo com sua primeira

impressão. Se o participante avaliasse os grupos de afirmações de forma idêntica, repetindo desse modo o número de sua resposta a cada item, era esclarecido que raramente uma pessoa é igual em relação a todos os itens e permitia-se ao participante rever e reconsiderar as suas respostas (CUNHA, 2001).

Durante a aplicação da Escala de Ideação Suicida Beck, a presença de escore diferente de 0, em qualquer item, revela a existência de ideação suicida. É importante entender que existem sujeitos que não tornam evidente através de um escore positivo sua intenção suicida no item 04 ou 05. Mas, o escore positivo nos itens 01, 02 ou 03 já pode sugerir risco de suicídio. Kovacs e Beck *apud* CUNHA (2001) demonstram a existência de uma luta interior entre o desejo de morrer e o desejo de viver, em pessoas com intenção de suicídio. Os sujeitos com um alto desejo de morrer e baixo desejo de viver possuem intenção suicida mais consistente. Quanto mais o sujeito admite suas intenções, maior será o escore da Escala, o que significa maior risco de suicídio.

A Escala de Ideação Suicida, em sua versão brasileira, foi validada para a população geral (não-clínica) de adolescentes. A estimativa de fidedignidade - baseada no coeficiente alfa e Cronbach - foi de 0,94 ( $p < 0,001$ ), numa amostra de 647 adolescentes. Em termos de validade de construto e convergente, os coeficientes de correlação, variaram de 0,59 a 0,62, com nível de significância de  $p < 0,001$  (CUNHA, 2001). O instrumento pode ser visualizado no Anexo 02.

#### *4.3.3 Entrevista semi-estruturada*

As modalidades de entrevistas – estruturada e não estruturada - diferem apenas em grau pois, para finalidade de pesquisa, nenhuma interação se coloca de forma totalmente aberta ou fechada. Desse modo,

a entrevista semi-estruturada é realizada através de um roteiro utilizado pelo pesquisador, e possibilita que o informante discorra sobre os temas propostos (MINAYO, 2008; BONI, QUARESMA, 2005).

A entrevista semi-estruturada elaborada pela pesquisadora contém 01 pergunta aberta e 06 perguntas objetivas, com espaço para justificativas. As perguntas referem-se ao acesso do participante aos serviços e profissionais de saúde mental, ocorrência de tentativa de suicídio e eventos estressores após a alta hospitalar. A aplicação da entrevista foi realizada através da leitura conjunta das perguntas com os participantes e a transcrição do registro cursivo pela pesquisadora. Optou-se por não utilizar gravador de som durante a entrevista a fim de oferecer maior liberdade para o participante realizar seu relato e dessa forma, ter o mínimo de interferência no vínculo entre pesquisador e participante.

A entrevista contém informações da 1ª etapa referente aos dados do participante conforme coletados no Registro Interno de Atendimento Psicológico, de forma a facilitar a visualização dos dados do participante (Apêndice 01).

#### *4.4 Procedimento de coleta de dados*

##### *4.4.1 Primeira etapa*

A coleta de dados consistiu de duas etapas. Na primeira etapa os dados foram coletados enquanto o participante encontrava-se na unidade de Emergência do Hospital Universitário através do preenchimento do Registro Interno de Atendimento Psicológico e aplicação da Escala de Ideação Suicida Beck.

O Serviço de Psicologia da unidade de Emergência, após o atendimento aos pacientes, realiza o registro de atendimento conforme exigência da resolução do Conselho Federal de Psicologia (nº 001/2009). Após o atendimento psicológico, os pacientes foram convidados a participar da pesquisa. Receberam orientações sobre os objetivos, os procedimentos e a não obrigatoriedade de participação. A recusa de participação do paciente na pesquisa, não acarretou nenhuma alteração no atendimento psicológico prestado ao paciente. Aos que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 02). Após o referido aceite, a coleta de dados foi viabilizada através da análise documental do Registro Interno de Atendimento Psicológico.

Após o atendimento psicológico de rotina foi realizada a aplicação da Escala de Ideação Suicida Beck pela pesquisadora ou demais psicólogas do Hospital que tenham realizado o atendimento psicológico ao participante na unidade de Emergência. Dessa forma, as psicólogas que realizam atendimento na unidade de Emergência diariamente ou sob o regime de plantões nos finais de semana e feriados, receberam orientações da pesquisadora sobre como realizar o convite para participação na pesquisa aos pacientes atendidos e a aplicação da Escala de Ideação Suicida Beck. Além da pesquisadora, esta etapa da pesquisa foi aplicada por 03 psicólogas do Hospital Universitário, que se disponibilizaram espontaneamente a colaborar com a sua aplicação, e para tal foram treinadas para a atividade.

Foi solicitado ao participante que escolhesse a alternativa “que descreve melhor a maneira com que tem se sentido na última semana, inclusive hoje”. A leitura da Escala foi realizada pela psicóloga que

aplicou o instrumento e caso o participante manifestasse desejo de acompanhar a leitura, lhe era disponibilizada uma cópia do instrumento. Foi esclarecido ao participante que, dependendo de suas respostas, a psicóloga não iria seguir todos os grupos de afirmações (CUNHA, 2001).

#### *4.4.2 Segunda etapa*

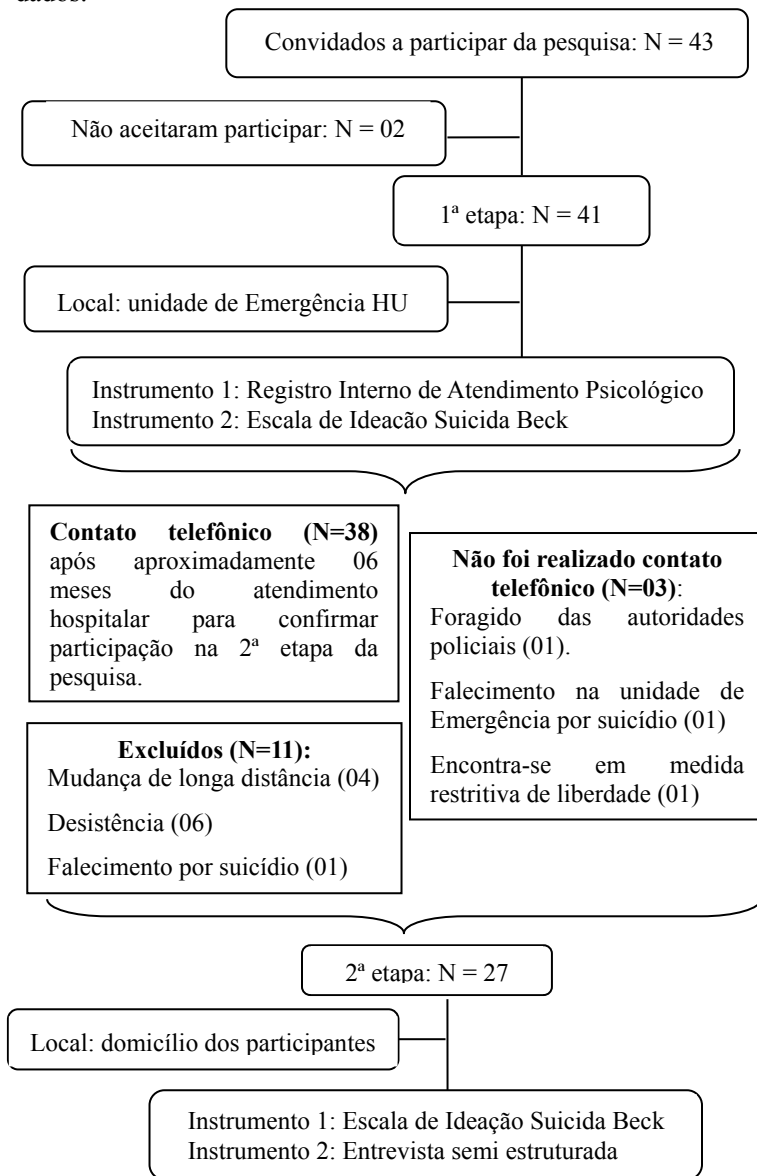
A segunda etapa do procedimento de coleta de dados iniciou com um contato telefônico após um período mínimo de aproximadamente 06 meses da alta hospitalar, a fim de verificar a disponibilidade do sujeito em participar da 2ª etapa da pesquisa e estabelecer um horário para a visita domiciliar ou local de preferência do participante (como local de trabalho e sala do Serviço de Psicologia da unidade de Emergência do Hospital Universitário). Apenas um participante não foi encontrado através do contato telefônico disponibilizado no Registro Interno de Atendimento Psicológico e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Entretanto, foi possível conseguir seu contato telefônico através do serviço de saúde no qual realizava tratamento. Foi realizada uma visita a cada participante, no horário estabelecido pelo participante. Deste modo, foram realizadas 27 visitas, em 06 diferentes municípios – Florianópolis, São José, Palhoça, Biguaçu, Governador Celso Ramos e Santo Amaro.

Durante a visita domiciliar, foi possível esclarecer dúvidas dos participantes sobre o acesso aos serviços de saúde. Nos casos em que os participantes relataram maiores dificuldades e dúvidas sobre o acesso ao serviço de saúde, a pesquisadora se responsabilizou a realizar contato com a rede de saúde e posteriormente realizou contato telefônico com

esses participantes a fim de esclarecer a sua intervenção. Em um caso específico, a pesquisadora realizou contato telefônico com um grupo de autoajuda e participou de uma reunião, a fim de verificar se seria adequado encaminhar a participante a este grupo.

A coleta de dados da 2ª etapa da pesquisa consistiu da aplicação de entrevista semi-estruturada elaborada pela pesquisadora e nova aplicação da Escala de Ideação Suicida Beck. Essa etapa foi realizada apenas pela pesquisadora, sem colaboradores. A Figura 01 mostra a trajetória utilizada para a coleta de dados.

Figura 01 - Trajetória de composição do procedimento de coleta de dados.





#### *4.5 Análise de dados*

##### *4.5.1 Análise quantitativa*

Foi realizada a Análise Documental relativos aos dados obtidos no Registro Interno de Atendimento Psicológico o qual possibilitou a identificação do perfil e histórico de saúde mental do paciente atendido na unidade de emergência por tentativa de suicídio. Os dados coletados na Escala de Ideação Suicida Beck – com o objetivo de comparar a sintomatologia do participante durante o atendimento na unidade de emergência e aproximadamente 06 meses depois do atendimento - foram analisados de acordo com as normas do instrumento e tratados por meio do Programa Microsoft Excel 2013. Foi realizada estatística descritiva dos dados (baseada no cálculo de porcentagens simples, frequência e média de acordo com a natureza dos dados) a fim de identificar a sintomatologia apresentada pelos pacientes durante o atendimento na unidade de emergência por tentativa de suicídio e após aproximadamente 6 meses.

##### *4.5.2 Análise qualitativa*

Para a análise qualitativa se considerou os registros das entrevistas semi-estruturadas realizadas com os participantes na 2ª etapa da pesquisa, a fim de caracterizar o acompanhamento dos participantes na rede de saúde mental e verificar a ocorrência de eventos estressores após o atendimento hospitalar.

Os dados coletados foram analisados através da análise categorial proposta por Minayo (2008). A análise temática categorial “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar

alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (MINAYO, 2008; p. 316).

Desse modo, a análise de dados da entrevista semi-estruturada foi realizada através de 03 etapas:

- a) Pré-análise: primeiramente se realizou a leitura flutuante das entrevistas a fim de se ter uma visão do conjunto e apreender as particularidades do material a ser analisado.
- b) Exploração do material: nessa etapa foi elaborada as hipóteses e objetivos, a partir da retomada à etapa anterior. Realizou-se novamente a leitura do material, de forma mais exaustiva. Após tais procedimentos foi possível iniciar a análise propriamente dita, ou seja, a categorização. Esta consiste em um processo de redução do texto às palavras e expressões significativas aos objetivos e hipóteses formuladas. Desse modo, não foi utilizado todo o material coletado nas entrevistas, priorizando apenas o material que apresentava alguma contribuição aos objetivos da pesquisa.
- c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nesta etapa, as partes do texto foram reagrupadas de acordo com os temas encontrados; foram definidas subcategorias dentro das categorias principais; foi elaborada uma redação por categoria de forma a explicar o que estava inscrito em cada categoria; realizou-se a articulação das categorias e subcategorias com o referencial teórico adotado.

#### *4.6 Aspectos éticos*

A presente pesquisa garantiu o caráter voluntário da participação dos envolvidos e sua desistência a qualquer momento, sem acarretar ônus ou bônus aos participantes. Utilizou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 02) conforme exigido pelas Resoluções 196/96 e 466/12 do Ministério da Saúde, as quais aprovam as diretrizes e normas para pesquisas com seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. A coleta de dados iniciou somente após a aprovação da pesquisa pelo referido Comitê – processo nº 2428 (anexo 03).

Foi observado o caráter de confidencialidade durante o atendimento psicológico dos participantes, como preconizado no Código de Ética Profissional do Psicólogo (resolução CFP nº 10/2005), sendo compartilhada apenas as informações relevantes aos objetivos que a pesquisa se propõe e garantindo o anonimato dos participantes.



## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados de acordo com os dados coletados em cada instrumento utilizado na pesquisa.

Os dados coletados através do Registro Interno de Atendimento Psicológico serviram para identificar o perfil dos pacientes atendidos na unidade de Emergência por tentativa de suicídio. Os dados coletados através da Escala de Ideação Suicida Beck permitiram a comparação da sintomatologia do participante durante o atendimento na unidade de emergência por tentativa de suicídio e após seis meses do atendimento. Por fim, os dados coletados através da entrevista semi-estruturada permitiram verificar a ocorrência e caracterizar o acompanhamento dos participantes na rede de saúde mental após o atendimento na unidade de Emergência; assim como permitiu verificar a ocorrência de eventos estressores após o atendimento na unidade de emergência por tentativa de suicídio.

### *5.1 Dados do Registro Interno de Atendimento Psicológico*

Os dados do Registro Interno de Atendimento Psicológico, os quais serão apresentados a seguir, foram obtidos a partir dos atendimentos realizado na unidade de Emergência do Hospital Universitário.

Considerando as duas etapas, a pesquisa possui 27 participantes com predominância do sexo feminino (23). Tal dado vem ao encontro com os dados da literatura, a qual aponta maior taxa de tentativa de suicídio no sexo feminino (BERTOLOTE, 2012; BERTOLOTE, MELLO-SANTOS, BOTEAGA; 2010). Em relação às tentativas de suicídio em mulheres, autores alertam sobre fatores de risco exclusivos

do sexo feminino como a depressão pós- parto e a psicose pós-parto - 5% das mulheres com psicose pós-parto cometem suicídio (KUTCHER;CHEHIL, 2007). Outros fatores de risco não são exclusivos do sexo feminino, mas são encontrados em maior índice como o abuso sexual e a violência doméstica (KUTCHER; CHEHIL, 2007). Stefanello *et al* (2008) demonstraram que o histórico de abuso sexual ou físico foi relatado por 27% das mulheres versus 8,7% dos homens participantes de sua pesquisa.

Entretanto, durante a pesquisa não foi encontrado nenhum desencadeador entre a mulher diferente ao encontrado nos homens, sendo que a maioria dos participantes de ambos os sexos (15 sujeitos) alegaram conflitos com parceiros (namorado (a) ou cônjuge) conforme será demonstrado a seguir. Ressalta-se que o número de participantes homens foi inferior as mulheres, e talvez fosse pertinente amostras semelhantes para tal comparação. A idade média dos participantes foi de 38 anos, sendo 18 anos a idade mínima encontrada e 63 anos a idade máxima. A maioria dos participantes encontrava-se na faixa de idade entre 21 e 40 anos (15 sujeitos) e entre 41 a 60 anos (09 sujeitos). Nas faixas de idade inferior e superior houve uma diminuição desse índice: até 20 anos participavam 02 sujeitos e acima de 61 anos houve a participação de apenas um sujeito<sup>2</sup>.

Na presente pesquisa, houve a predominância de jovens adultos (entre 21 e 40 anos). Kutcher e Chehil (2007) referem que nos grupos etários mais jovens é comum a ocorrência de comportamentos suicidas não letais como as tentativas de suicídio e atos auto-destrutivos; já no

---

<sup>2</sup> Foi considerada a idade apresentada pelos participantes durante a 1ª etapa da pesquisa.

grupo etário dos idosos, os comportamentos suicidas têm maior probabilidade de serem letais. Minayo e Cavalcante (2010) explicitam que há fatores de risco que são mais encontrados na população idosa como a presença de problemas de saúde e a ausência de rede de apoio, muitas vezes ocasionada pela morte de entes queridos.

Corroborando tais dados, Bertolote, Mello-Santos, Botega (2010) explicitaram que o grupo etário que apresenta maior risco de suicídio são os idosos; entretanto, os índices têm aumentado na população jovem. Em cada três mortes em jovens, duas são por causas violentas e externas – homicídio, suicídio ou acidente de trânsito (WAIZELFISZ, 2011). Nos últimos 25 anos, no Brasil, a taxa de suicídio entre adolescentes e jovens apresentou um aumento de 30%; o que representa um aumento maior que a média da população (BERTOLOTE, 2012).

Referente ao estado civil, 19 participantes eram casados ou possuíam união estável, 05 eram solteiros, 02 eram divorciados ou separados e 01 viúvo; conforme coletado durante a 1ª etapa da pesquisa. Entretanto, 04 participantes de estado civil casado/união estável relataram separação durante a realização da 2ª etapa da pesquisa, após um período de aproximadamente seis meses do atendimento hospitalar.

Roskar *et al* (2011) relataram que as mudanças de estado civil (se tornar viúva, casar, divorciar) são fatores de risco para o suicídio. Demonstraram que as vítimas de suicídio tiveram mais mudanças de estado civil (10,7%) durante os últimos 05 anos quando comparado ao grupo controle (5,6%). Analisando tais dados, observaram também que metade das mudanças do estado civil em vítimas de suicídio ocorreu no

ano anterior ao suicídio; já as mudanças no estado civil do grupo controle foram igualmente distribuídas ao longo dos últimos 05 anos.

Quase a totalidade dos participantes da pesquisa tentou suicídio através de intoxicação exógena por medicamentos ou substâncias tóxicas - apenas um sujeito não utilizou deste método (cisão dos punhos). Dentre os 26 sujeitos que tentaram suicídio através da intoxicação exógena, 19 utilizaram apenas medicamentos; 04 utilizaram apenas substâncias tóxicas como raticidas e produtos de limpeza; 01 utilizou medicamento e substância tóxica; 01 utilizou medicamento e cisão dos punhos e 01 utilizou substância tóxica e enforcamento.

Campos (2009) afirma que a intoxicação exógena intencional ocorre com frequência na população adulta: a cada 03 casos de intoxicação exógena acidentais, acontece um suicídio ou tentativa de suicídio. É importante considerar que a grande prevalência do método de intoxicação exógena encontrado nesta pesquisa sofreu influência por conta do local onde a pesquisa foi realizada: um hospital que vem se tornando referência em intoxicação no estado de Santa Catarina devido à presença do Centro de Informações Toxicológicas (CIT).

Pesquisa realizada no CIT/SC entre os anos de 1994 a 2006 constatou que 93% dos casos de tentativas de suicídio foram provocadas por intoxicação exógena, sendo os medicamentos o principal método (55,7%). O uso de medicamentos e praguicidas para as tentativas de suicídio foram semelhantes entre o ano de 1994 a 2002; após esse período houve um aumento do uso de medicamentos, sendo que em 2006 a taxa de tentativas de suicídio por medicamentos alcançou mais que o dobro das taxas de suicídio com praguicidas. Desse modo, os atendimentos prestados pelo CIT/SC aos casos de tentativas de suicídio



com medicamentos perfaziam 4,22% do total de atendimentos em 1994; e 12,34% do total de atendimentos em 2006. As hipóteses para o aumento do uso de “medicamentos como ‘armas’ para auto-aniquilação” envolvem a maior disponibilidade dos medicamentos, inclusive em rede pública; falta de critérios nas prescrições de medicamentos - por exemplo, prescrições em grande quantidade; falhas no controle da dispensação de medicamentos pelas farmácias; “a ‘medicalização’ do ser humano, seja ela como referência de vida ou de morte” (DAMAS; ZANNIN; ÍNDIO, 2009, p.24).

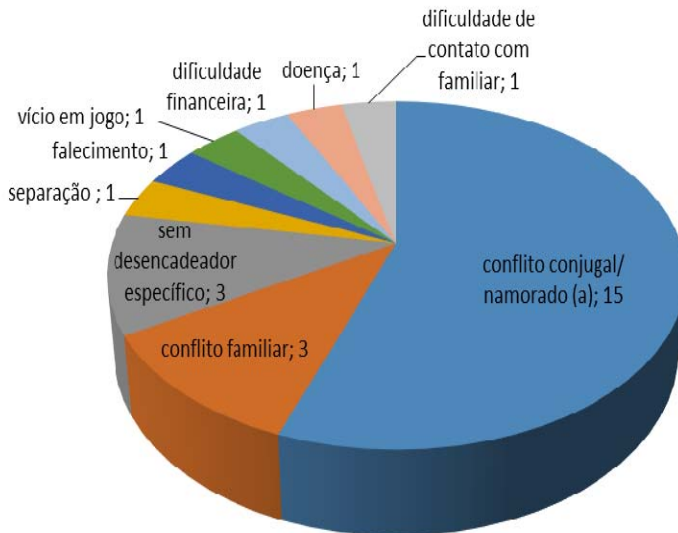
Os métodos utilizados para a tentativa de suicídio que motivou o atendimento dos participantes na unidade de Emergência no Hospital Universitário foram intoxicação exógena, cisão dos punhos e enforcamento, conforme relatado anteriormente. Entretanto, os participantes relataram tentativas de suicídio prévias - os quais envolvem intoxicação exógena, corte e enforcamento - mas também outros métodos como: precipitação de altura; “acidentes de trânsito” (tanto na condição de pedestre ao se jogar embaixo de um veículo quanto na condição de condutor do veículo, o qual provoca a colisão do veículo) e afogamento. As tentativas relatadas nessa questão mostram-se violentas e chama a atenção para o risco de morte apresentado não apenas ao indivíduo que tenta o suicídio, mas também às pessoas que estão próximas como no caso dos “acidentes de trânsito”. Cassorla (1998b) explicita que mais de 50% dos suicídios podem ocorrer na forma de acidentes, incluindo os acidentes de trânsito.

Coelho, Mello-Santos e Wang (2011) afirmam que as tentativas de suicídio sucessivas apresentam, em geral, métodos mais letais e conseqüentemente maior gravidade clínica. Dos indivíduos que já

tentaram suicídio, 15 a 25% realizam nova tentativa no ano seguinte (BOTEGA; RAPELI; CAIS, 2012). Foi frequente ao realizar esta pesquisa, os participantes relatarem sobre como planejaram ou pretendiam planejar o suicídio: neste momento lembraram como foi a tentativa de suicídio anterior, o método utilizado e desse modo pensavam em um método mais letal já que o anterior não havia resultado no suicídio propriamente dito. Corroborando a literatura, observa-se que as duas participantes da presente pesquisa que faleceram por suicídio antes da realização da 2ª etapa, possuíam várias tentativas de suicídio prévias. A participante que utilizou como método arma de fogo (método com alto potencial de letalidade), já havia tentado suicídio com métodos como: se jogar embaixo de carro, ingestão de substância tóxica, utilização de objeto perfurocortante.

Sobre o principal desencadeador alegado para a tentativa de suicídio, foram encontradas nesta pesquisa as seguintes categorias: conflito com parceiro (namorado (a) ou cônjuge) - 15 participantes; conflito com algum membro da família (03); dificuldade de lidar com separação conjugal (01); falecimento na família (01); doença (01); dificuldade financeira (01); sem desencadeador específico (define as situações que diferentemente das citadas anteriormente, não houve a ocorrência de um evento pontual que motivou a tentativa de suicídio) – 03 participantes. Nesta categoria, os participantes relataram sentimentos de tristeza, solidão e frustração com projeto de vida. Houve ainda duas categorias bem específicas: vício em jogo (01) e dificuldade de contato com familiar (01), conforme demonstrado no Gráfico 01.

Gráfico 01 - Desencadeador alegado pelos participantes da pesquisa para a tentativa de suicídio atual (1ª etapa).



Fonte: FERREIRA, C. L. B; 2014, p. 106.

Fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais estão implicados na complexa rede que interagem durante a vida do indivíduo e podem predispor ao suicídio (WHO, 2000; WERLANG, BOTEGA; 2004). Dessa forma, não é possível determinar um motivo para suicídio e sim desencadeadores, os quais se constituem em um evento que, aparentemente, estimulou a ideação suicida e consequentemente o ato naquele momento (WERLANG; BOTEGA, 2004). A maioria dos participantes (24) demonstrou a presença de um evento que desencadeou a tentativa de suicídio e apenas 03 relataram que não houve nenhum evento – categoria “sem desencadeador específico”. Este dado vem ao encontro dos dados encontrados em um

estudo que demonstrou como os eventos estressores estão bastante relacionados aos suicídios já que 80% dos suicídios ocorreram logo após estes eventos (HEIKKINEN; LÖNNQVIST, 2007).

A maioria dos participantes (15) citou conflitos com parceiros (namorado (a) ou cônjuge) como desencadeador para a tentativa de suicídio. Ao mesmo tempo em que os participantes citavam conflitos com os parceiros, estes se apresentavam como a principal rede de apoio – dos 27 participantes da pesquisa, 14 possuíam o parceiro como rede de apoio. Ou seja, o parceiro (namorado (a) ou cônjuge) foi o familiar mais encontrado no hospital para o atendimento e orientações oferecidos pelo Serviço de Psicologia sobre o manejo do paciente, suas necessidades de apoio, vigilância e restrição aos meios letais. Entretanto, é necessário observar que o fato de haver um responsável pelo paciente atuando como rede de apoio não significa que tal pessoa consiga se constituir numa rede de apoio efetiva ou presente.

Sluzki (1997) explicita que as redes sociais se diferem quanto ao número de indivíduos presentes; à conectividade entre os membros; intensidade da relação entre o indivíduo e os membros da rede; funções que a rede exerce e a distância entre os membros. Essa última característica, a distância entre os membros (definida como dispersão) afeta a velocidade de resposta da rede em situações que deve agir de forma rápida. Tais fatores são considerados durante a avaliação de risco de suicídio realizada pelo Serviço de Psicologia da unidade de Emergência. Entende-se que as características da rede social devem ser avaliadas conjuntamente, pois a presença de apenas uma característica não garante a efetividade da rede. Ou seja, considerar apenas o número de membros da rede, por exemplo, não é adequado. Uma rede com um

número de membros considerável, mas sem conectividade entre os membros, ou que os membros se encontrem dispersos, torna-se não efetiva e não auxilia na promoção da saúde do indivíduo.

Para fins desta pesquisa, a rede de apoio presente foi caracterizada pela presença de familiares ou amigos que acolhiam o participante tanto nos aspectos emocionais quanto físicos, demonstrando preocupação e disponibilidade para o cuidado, bem como vigilância a fim de evitar novas tentativas. A rede de apoio frágil foi caracterizada pela dificuldade de encontrar familiares ou amigos que pudessem acolher e cuidar do paciente, muitas vezes, devido ao distanciamento, falecimento de familiares, conflitos e dificuldade do participante de se relacionar e manter vínculos de amizade. A rede de apoio ausente foi caracterizada como a ausência de qualquer vínculo, seja familiar ou de amizade que pudesse exercer as mesmas funções já relatadas. Por mais frágil que fossem as relações encontradas nos relatos dos participantes da pesquisa, sempre foi possível encontrar pelo menos uma pessoa disponível para ajudá-lo. A maioria dos participantes possui rede de apoio social-familiar presente (15), e 12 participantes possuía rede de apoio frágil. Não houve nenhum participante com rede de apoio ausente. A maioria dos participantes possuía como principal responsável o parceiro/cônjuge (14), logo após, irmãos (05), filhos (04), pais (03), e amigo (01).

A maioria dos participantes (15) relatou ter histórico de tentativa de suicídio prévia, enquanto 12 participantes negaram histórico de tentativa de suicídio e desse modo, no momento da pesquisa constituía-se sua primeira tentativa de suicídio. Dos 15 participantes que possuíam tentativa de suicídio prévia, a maioria (10) relatou duas ou mais

tentativas de suicídio prévias e 05 participantes citaram apenas uma tentativa de suicídio anterior ao momento da pesquisa. A literatura demonstra que a tentativa de suicídio constitui-se um dos principais fatores de risco para o suicídio (KUTCHER; CHECHIL, 2007, BOTEGA, RAPELI, CAIS; 2012, OMS; 2006). Estudo demonstra que em até 50% dos indivíduos que morreram por suicídio, tinham ao menos uma tentativa prévia (KUTCHER; CHECHIL, 2007).

Alguns participantes (12) possuíam diagnóstico psiquiátrico prévio (o que inclui tanto os que estavam realizando tratamento psiquiátrico atualmente, quanto os que já realizaram e abandonaram o tratamento. Inclui também indivíduos que receberam diagnóstico, mas não aderiram ao tratamento). Os diagnósticos relatados foram: transtorno depressivo (08), transtorno bipolar (02), transtorno distímico (01), não sabe especificar seu diagnóstico (01).

A maioria dos participantes (15) não possuía diagnóstico psiquiátrico no momento da pesquisa, o que não significa necessariamente ausência de transtorno psiquiátrico; este dado pode ser explicado também por uma ausência de investigação por parte do paciente que muitas vezes apresenta certos sintomas, mas não procura os serviços de saúde ou possui dificuldade de acesso.

Corroborando com esses dados a maioria dos participantes não realizava tratamento psiquiátrico e psicológico na 1ª etapa: apenas 10 participantes realizavam tratamento psiquiátrico e 02 realizavam tratamento psicoterápico. O reduzido número de participantes que realizava tratamento psicoterápico no momento da pesquisa foi um dado preocupante, considerando que muitos possuíam tentativas de suicídio prévias, e desse modo, seria indicado que realizassem tratamento

psicoterápico. Havia também participantes que declararam não realizar tratamento psicoterápico e possuíam indicação para o tratamento psicológico e psiquiátrico; assim como participantes com diagnóstico de transtorno psiquiátrico relacionado com um alto índice de tentativas de suicídio como depressão e transtorno bipolar (KUTCHER; CHEHIL, 2007, BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002).

Um estudo realizado no Brasil, com 807 indivíduos, constatou que em torno de 90% dos suicídios havia a presença de transtorno psiquiátrico, sendo a depressão de maior predominância. Em contrapartida, mais de dois terços dos indivíduos não estavam realizando tratamento quando faleceram (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013). O tratamento psiquiátrico auxilia no alívio dos sintomas através dos medicamentos e o psicoterápico contribui ao ajudar o indivíduo a refletir sobre como lidar com as adversidades que lhe afligem e, desse modo, proporciona uma melhora da qualidade de vida. Ambos os tratamentos não são excludentes, pelo contrário, se complementam; dessa forma, podem ser realizados de forma concomitante.

A internação psiquiátrica prévia entre os participantes foi pouco frequente, visto que apenas 06 já haviam sido internados em Instituição/Hospital Psiquiátrico, enquanto 21 negaram esse fato. Tal investigação se faz importante, pois se entende que o indivíduo que recebeu a indicação de internação psiquiátrica teve um quadro agravado de instabilidade psíquica o qual necessitou de um tratamento mais intensivo e vigilância permanente dos profissionais. Os participantes com internação psiquiátrica prévia (06), essa ocorreu devido: surtos de agressividade (01), suspeita de delírios persecutórios (01), após tentativa de suicídio (03) e devido ao transtorno depressivo com presença de

ideação suicida (01). Dessa forma, observa-se que a maioria dos participantes com histórico de internação psiquiátrica foi devido a comportamentos suicidas como tentativa de suicídio e ideação suicida.

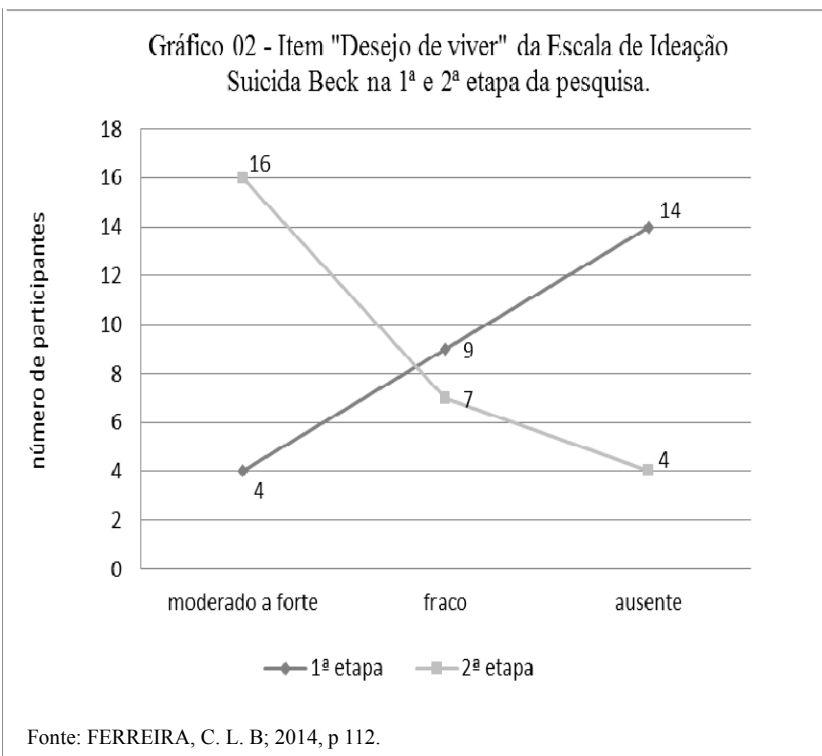
Após o atendimento do Serviço de Psicologia, na 1ª etapa, 18 participantes mantinham a ideação suicida; enquanto 09 referiram não manter ideação suicida. Deste modo, os encaminhamentos para os participantes após o atendimento na unidade de Emergência foram: avaliação psiquiátrica de urgência devido ao alto risco de suicídio (09); seguimento ambulatorial psicológico e psiquiátrico (13); seguimento ambulatorial psicológico (05), pois no atendimento foi observado que a tentativa de suicídio foi decorrente de sofrimento psíquico devido a eventos estressores, sem a evidência de transtorno psiquiátrico.

### *5.2 Dados da Escala de Ideação Suicida Beck*

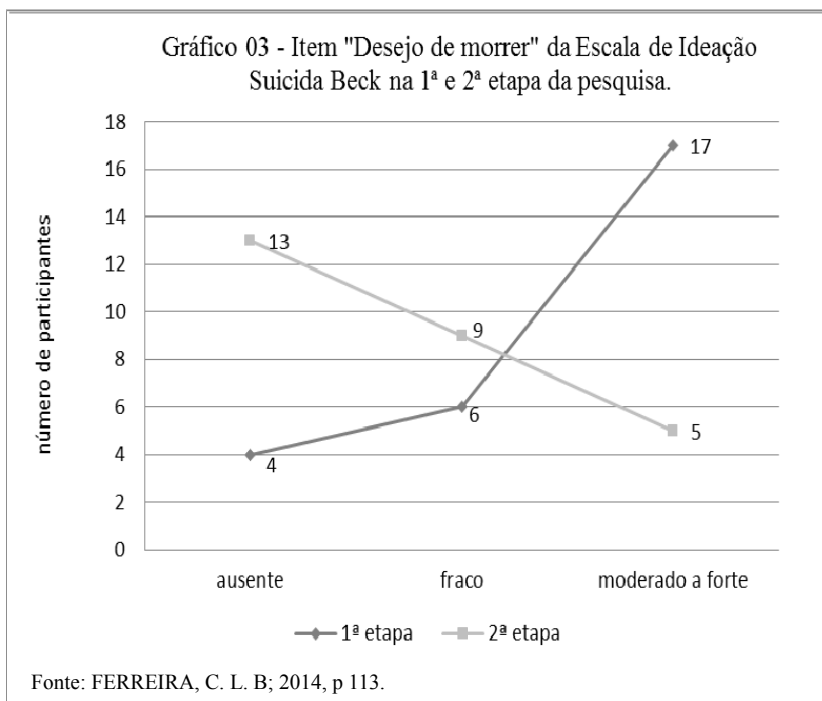
Os dados apresentados a seguir foram coletados da seguinte forma: a 1ª etapa foi realizada durante o período de atendimento do participante na unidade de Emergência do Hospital Universitário (assim como os dados do Registro Interno de Atendimento Psicológico, apresentados acima) e a 2ª etapa foi realizada através de visita domiciliar, após um período de aproximadamente 06 meses do atendimento na unidade de Emergência. A Escala inicia com a avaliação do desejo de vida.

Observa-se que as diferenças mais significativas entre as duas etapas foram nos itens de maior intensidade – ‘desejo de viver forte a moderado’ e ‘ausência de desejo de viver’. Os referidos itens indicam que na 2ª etapa os participantes encontravam-se com maior desejo de viver; conforme demonstrado no Gráfico 02.





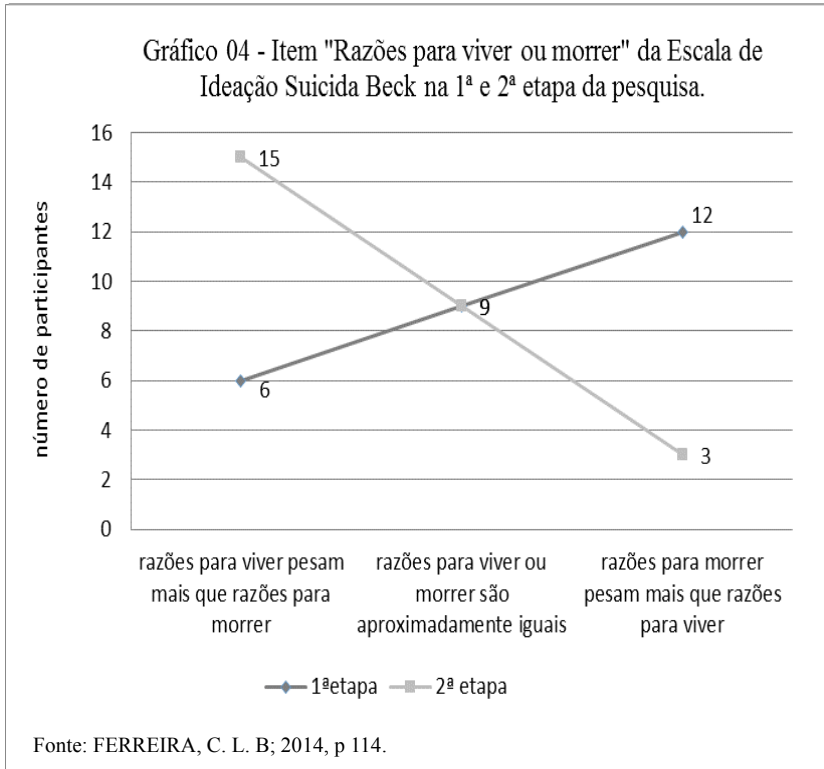
Após a investigação sobre o desejo de viver, o item seguinte refere-se ao desejo de morrer. O item que indica desejo de morte moderado a forte apresentou as maiores diferenças entre as duas etapas e demonstra que os participantes tiveram uma diminuição de seu desejo de morte durante a 2ª etapa, ou seja, após um período de aproximadamente 06 meses do atendimento hospitalar (Gráfico 03).



De acordo com a OMS (2006), uma das características próprias do estado em que se encontra a maioria das pessoas com ideação suicida, é a ambivalência entre o desejo de vida e de morte. Ou seja, não é possível afirmar que o indivíduo possui apenas desejo de morte ou apenas desejo de vida; mas o importante é avaliar qual desses desejos está mais forte. A Escala de Ideação Suicida Beck permite tal avaliação já que suas questões focam não apenas a presença ou ausência de tais desejos, mas também a sua intensidade.

Ao se averiguar as razões que o participante possui para viver ou morrer, observa-se novamente que as maiores diferenças entre as

duas etapas estão nas respostas de maior intensidade: durante a 2ª etapa, aumentou o número de participantes declarando possuir mais razões para viver do que para morrer (Gráfico 04).

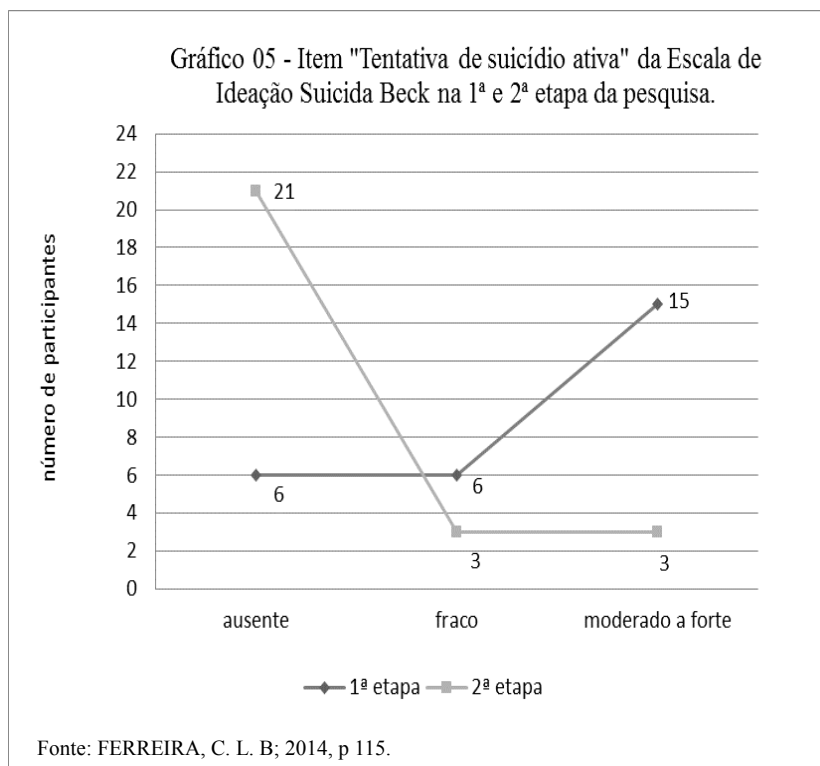


Foi possível observar que nesta questão da Escala, os participantes pareciam realizar uma retrospectiva mental de sua vida a fim de lembrar o que lhes motiva a viver (fatores protetores), assim como as razões que os levam a desejar a morte (fatores de risco). Kutcher e Chehil (2007) explicitam que o conhecimento desses fatores pode constituir-se em mecanismos de prevenção, através do reforço dos

fatores protetores e diminuição dos fatores de risco. A análise desses fatores, explicitados pelo paciente, pode auxiliar o profissional a determinar quais as intervenções preventivas devem ser imediatamente iniciadas.

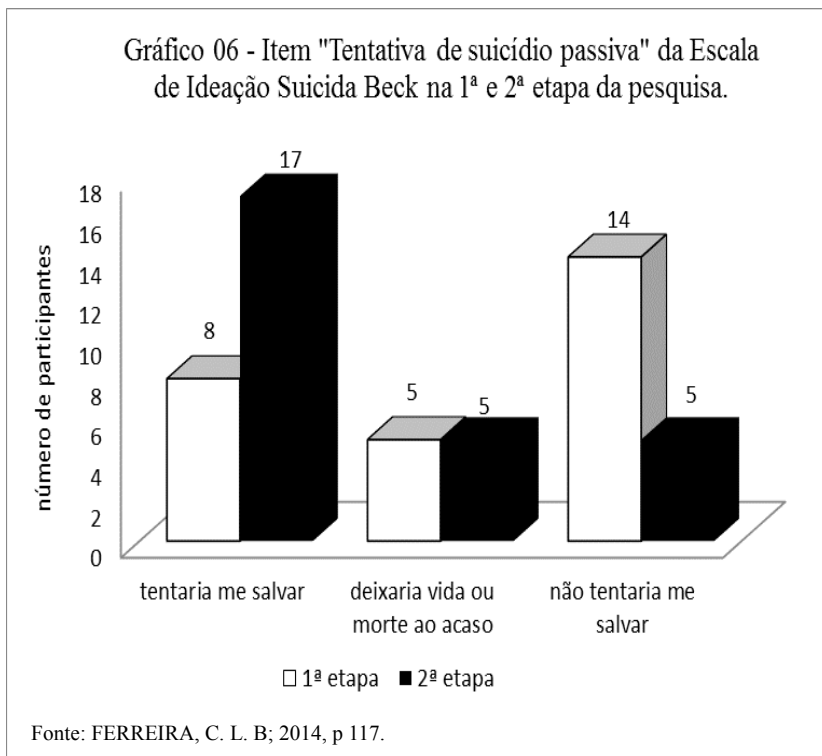
Após examinar o desejo de vida, de morte e as razões para viver ou morrer, a Escala analisa o desejo de se matar – “tentativa de suicídio ativa” - e o desejo de ser salvo caso esteja em uma situação de risco de vida – “tentativa de suicídio passiva”.

Na questão sobre o desejo de se matar, a maioria dos participantes demonstrou ausência do desejo de se matar na 2ª etapa; conforme pode ser visualizado no Gráfico 05.



É importante observar, que apesar do indivíduo relatar um desejo de morte, muitas vezes o que deseja realmente é superar um sofrimento que considera insuportável (MACHIN, 2009; CASSORLA, 1992). Quando o indivíduo revela um desejo de morte, tal ato deve ser entendido como um pedido de ajuda, uma mensagem que o indivíduo emite para comunicar suas dores (WALLAUER; MALISKA, 2012).

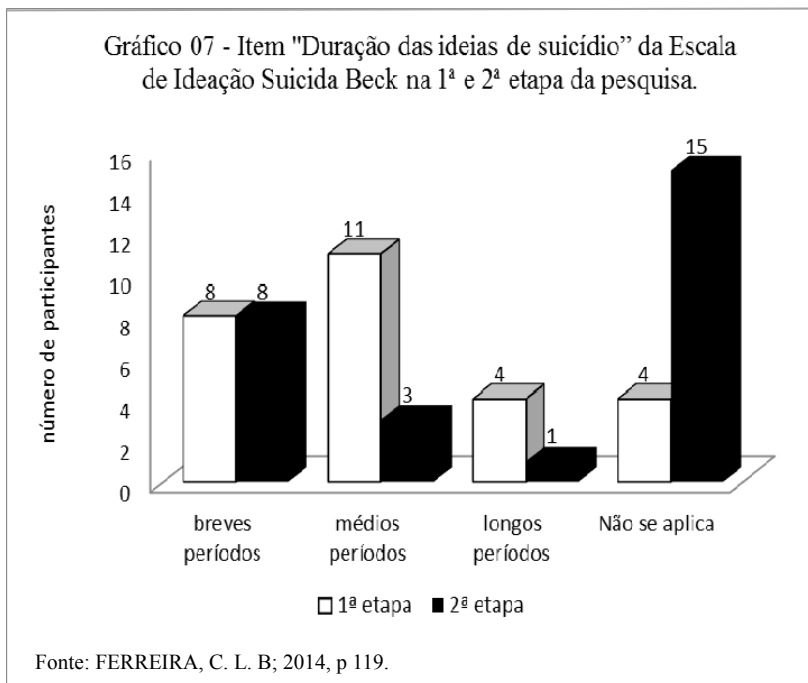
Ao se indagar o que os participantes fariam se estivessem em uma situação de risco de vida, os participantes na 2ª etapa declararam maior desejo de se salvar caso estivessem em uma situação de risco; evitando dessa forma o que a Escala de Ideação Suicida Beck nomeia de tentativa de suicídio passiva – quando o indivíduo não toma as atitudes necessárias para evitar sua morte (Gráfico 06).



Os 05 itens da Escala de Ideação Suicida Beck analisados até este momento foram respondidos por todos os participantes da pesquisa, pois funcionam como uma triagem da ideação suicida. Caso os últimos dois itens dessa triagem fossem assinalados por algum participante, este deveria continuar respondendo toda a Escala. Entretanto, se tais itens não fossem assinalados, os participantes não deviam continuar respondendo a Escala, visto que os próximos itens são mais específicos aos planos e atitudes, com uma intenção suicida subjacente (CUNHA, 2001). Desse modo, um total de 04 participantes da 1ª etapa e 15 participantes da 2ª etapa não responderam as próximas questões (Fig.

08: item “não se aplica”). Os itens seguintes da Escala foram respondidos por 23 participantes da 1ª etapa e 12 participantes na 2ª etapa, indicando uma diminuição do número de participantes com presença de pensamentos de planejamento e intencionalidade de suicídio.

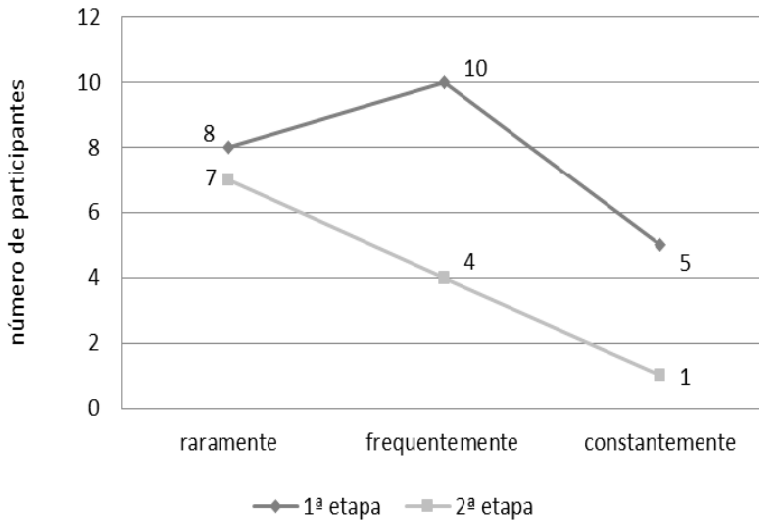
As questões seguintes são mais direcionadas às especificidades da ideação suicida, já que se entende que a presença da ideação já foi confirmada nos itens anteriores. A primeira pergunta da segunda parte da Escala refere-se à duração das ideias suicidas. Observa-se que na 1ª etapa, o resultado que concentrou mais participantes se refere ao médio período com ideias de suicídio. Já na 2ª etapa, o resultado que apresentou mais participantes se refere aos breves períodos; demonstrando assim uma diminuição da duração de ideias suicidas na 2ª etapa (Gráfico 07).



Além da duração das ideias de suicídio, a Escala investiga a frequência com que ocorrem os pensamentos sobre suicídio. Na 2ª etapa, observa-se que à medida que aumenta a frequência do pensamento, diminui a quantidade de participantes como demonstra o Gráfico 08.



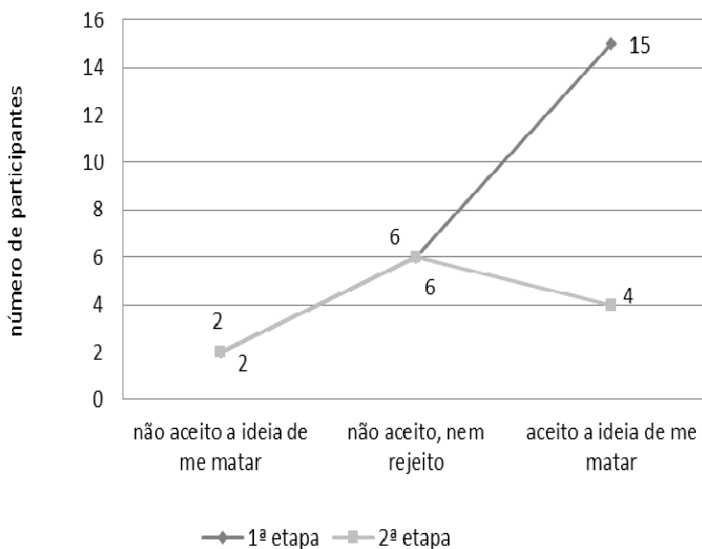
Gráfico 08 - Item "Frequência da ideação suicida" da Escala de Ideação Suicida Beck na 1ª e 2ª etapa da pesquisa.



Fonte: FERREIRA, C. L. B; 2014, p 120.

Durante a 1ª etapa, de acordo com o aumento da aceitabilidade da ideia de suicídio, aumentava também o número de participantes; enquanto na 2ª etapa houve aumento de participantes apenas na resposta de intensidade média – “não aceito e nem rejeito a ideia de me matar” (Gráfico 09).

Gráfico 09 - item "Atitude em relação à ideação" da Escala de Ideação Suicida Beck na 1ª e 2ª etapa da pesquisa.



Fonte: FERREIRA, C. L. B; 2014, p 121.

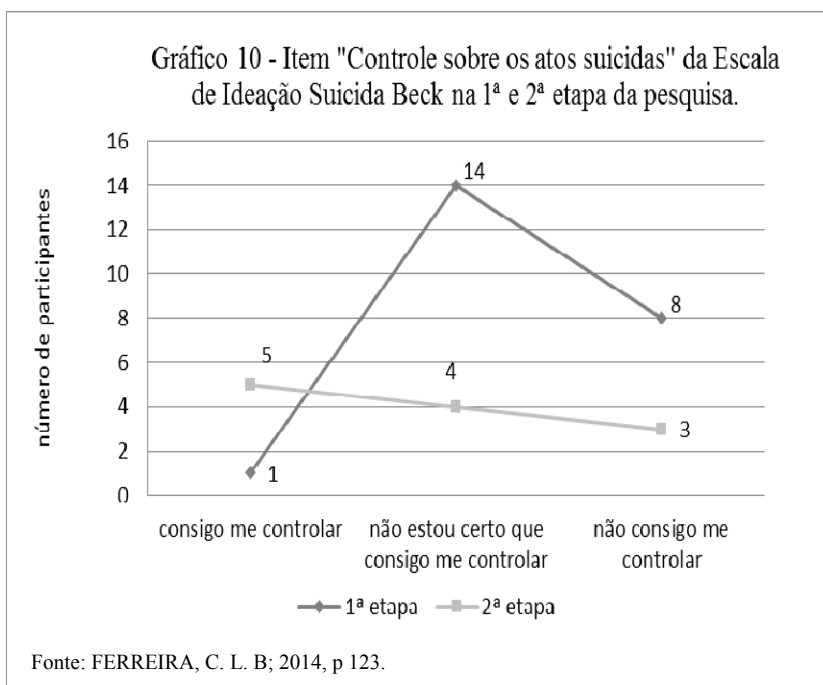
Este item da Escala – aceitabilidade do suicídio – foi interrompido por uma participante que demonstrou bastante ambiguidade sobre a sua resposta. Relatou que frequentava a Igreja regularmente, assistia programas religiosos na televisão e o desencadeador da tentativa de suicídio era o falecimento do seu filho. As pessoas que pertencem à rede social da participante lhe diziam que se ela cometesse suicídio, não conseguiria se encontrar com o filho, pois tirar a própria vida é pecado e dessa forma, iria para o inferno. Entretanto, a participante acreditava que Deus iria lhe perdoar e assinalou que “aceita a ideia de se matar” (p.09). Ao mesmo tempo,

relata que quando apresenta pensamentos suicidas, lembra que se “tirar a própria vida” poderá não ver mais seu filho; e desse modo, desiste do suicídio.

Destaca-se que nos itens “Desejo de morrer” e “Desejo de se matar”, 03 participantes explicaram os pensamentos suscitados nas questões: desejavam morrer, entretanto não queriam se matar; desejavam que “Deus tirasse suas vidas”. Uma das participantes explicitou que vai dormir, desejando morrer e quando acorda, sente-se “decepcionada” ao ver que está viva.

Através desses relatos, observa-se que a religiosidade foi um fator protetivo, impedindo-o de cometer suicídio, o que vai ao encontro da literatura (BOTEGA et al, 2006; MELEIRO; TENG; WANG, 2004). A religião é uma rede social, pois possibilita ao indivíduo formar uma rede de relações significativas. Uma das funções da rede social é a regulação ou controle social, a qual é definida como “interações que lembram e reafirmam responsabilidades e papéis, *neutralizam os desvios de comportamentos que se afastam das expectativas coletivas*, permitem uma dissipação da frustração e da violência e favorecem a resolução de conflitos” (*grifos da pesquisadora*). Explicita ainda, que tal função é encontrada em muitos ritos e rituais sociais (Sluzki, 1997; p. 49). Diante do exposto, é possível considerar que a religião é uma rede social que exerce essa função de regulação ou controle social. Conforme afirmam Meleiro, Teng, Wang (2004), a religião exerce função protetiva do suicídio não apenas por auxiliar o indivíduo no enfrentamento das dificuldades através da crença em um Ser superior, mas também pela própria desaprovação da religião sobre o ato suicida.

Ao serem indagados sobre o controle do ato suicida, na 2ª etapa, enquanto aumenta a dificuldade de se controlar quanto a cometer suicídio, diminui o número de participantes. Desse modo a maioria dos participantes, na 2ª etapa, respondeu que consegue se controlar quanto a cometer suicídio. Já na 1ª etapa, os itens que apresentam mais participantes referem-se às respostas “não estou certo que consigo me controlar” e “não consigo me controlar” (Gráfico 10).

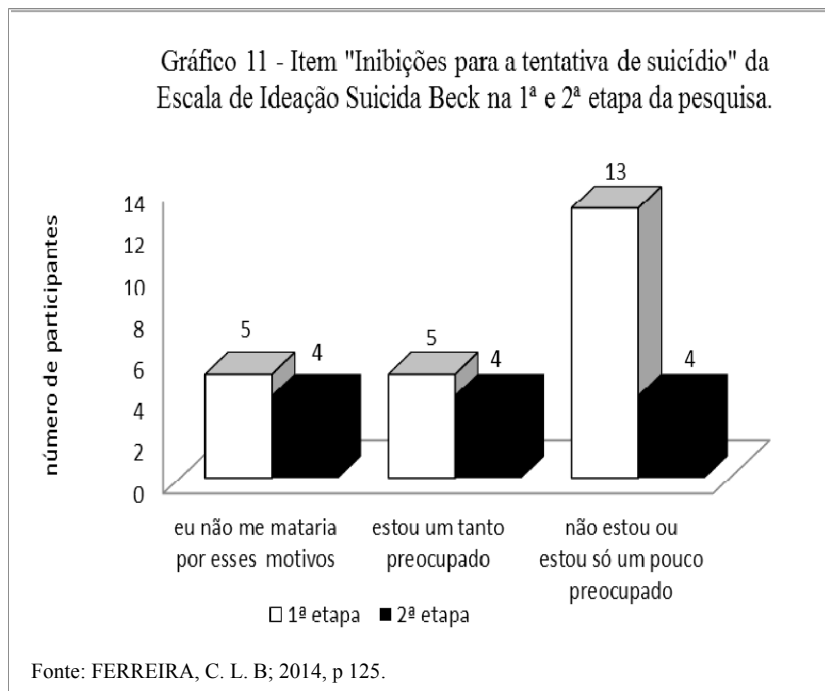


Os participantes que responderam estas últimas questões explicitadas acima, explicavam que essa incerteza tinha relação com a falta de resolução dos eventos estressores que motivaram a tentativa de suicídio. Dessa forma, os participantes afirmavam que se não

conseguissem resolver as questões que lhe angustiavam (e outros não tinham a mínima perspectiva de conseguir resolver tais questões nesse momento) poderiam tentar suicídio novamente. A questão do controle sobre os atos suicidas possui relação com um importante fator de risco para o suicídio: a personalidade impulsiva. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) alerta que os indivíduos que possuem uma personalidade mais impulsiva e pouca flexibilidade para lidar com as adversidades possuem maior risco de suicídio já que o pensamento, afeto e ações são restritos e o indivíduo pode apresentar dificuldades de encontrar alternativas que não envolvam o suicídio. Simon (2001) demonstrou a influência da impulsividade nos atos suicidas, através de uma pesquisa a qual revela que 24% dos participantes relataram a realização da tentativa de suicídio apenas 05 minutos após terem tomado a decisão e 47% realizaram o ato num intervalo menor que uma hora após a decisão.

Na questão que analisa o que impediria os participantes de cometer suicídio, pergunta-se sobre a influência dos seguintes fatores: família, amigos, religião, possível dano por tentativa malsucedida, etc. Os resultados de ambas as etapas foram semelhantes nos itens “eu não me mataria por esses motivos” e “estou um tanto preocupado a respeito de me matar pelos motivos apresentados”. Desse modo, o único item que apresentou diferença entre as duas etapas foi o de maior intensidade, o qual explicita que os participantes não estão ou estão apenas “um pouco preocupados a respeito de se matar por causa da família, amigos, religião, dano por possível tentativa malsucedida”. Na 2ª etapa, um menor número de participantes assinalou esta alternativa, demonstrando

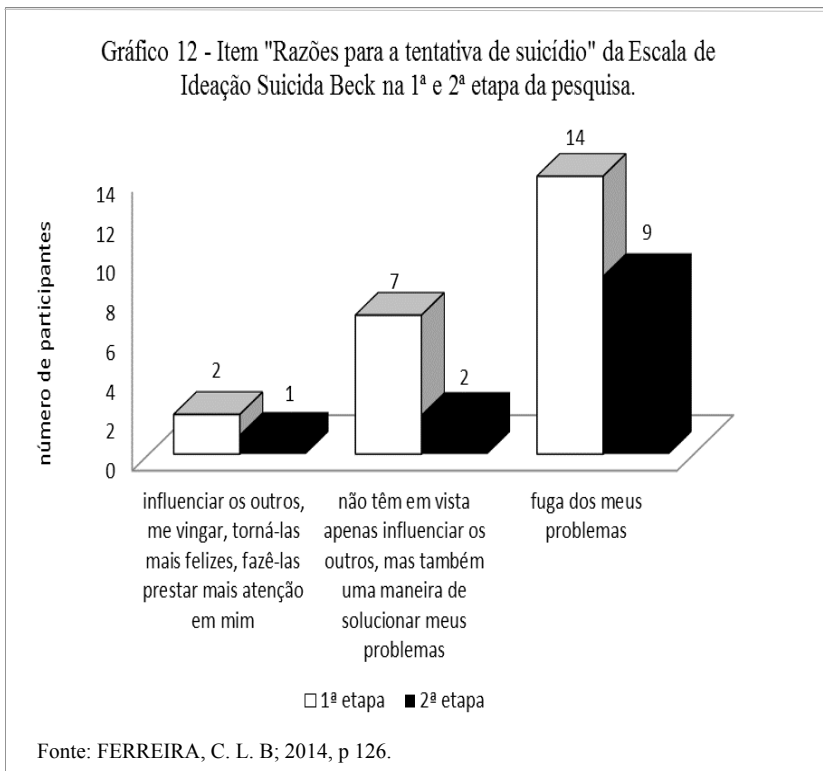
que possuem alguns fatores de proteção que os impedem de tentar suicídio como pode ser visualizado no Gráfico 11.



Essa questão é importante, pois permite observar quais aspectos da vida do sujeito necessita de maior investimento, ou seja, quais aspectos são frágeis e não constituem um fator de proteção ao indivíduo. Botega *et al* (2006) cita que os fatores protetores – os quais não podem ser observados isoladamente - envolvem bons vínculos afetivos, sensação de estar integrado a um grupo ou comunidade, religiosidade, estar casado ou com companheiro fixo, ter filhos pequenos. Este último fator de proteção foi encontrado durante a pesquisa, já que alguns participantes declararam preocupação com os filhos como um

impeditivo para novas tentativas de suicídio; assim como houve participantes com filhos adolescentes/ adultos que declararam não ter essa preocupação já que os filhos podiam se cuidar sozinhos.

Sobre as razões para a tentativa de suicídio, os resultados de ambas as etapas são semelhantes, pois poucos participantes declararam que as razões para o suicídio constituem influenciar os outros; um número maior de participantes declarou que não possuem em vista apenas influenciar os outros, mas consideram também uma maneira de solucionar seus problemas. O resultado mais encontrado foi o que se refere ao suicídio como uma fuga dos problemas (Gráfico 12).

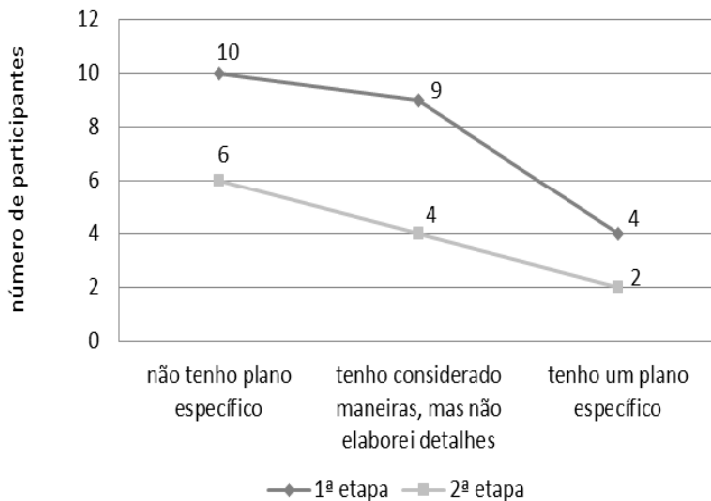


Rapeli e Botega (2005) afirmam que uma significativa proporção dos casos de tentativa de suicídio possui baixa intencionalidade suicida: um quarto dos pacientes refere que desejam a morte; enquanto os demais referem que queriam dormir, afastar-se dos problemas. Jaminson (2010) explicita que muitos indivíduos consideram o suicídio um alívio rápido e a morte como a interrupção da dor psíquica; e apresentam uma tríade de sentimentos: desesperança, desamparo e desespero (OMS, 2000). Durante a pesquisa, alguns sujeitos demonstraram de forma clara essa tríade de sensações ao relatar a desesperança em solucionar as questões que lhe angustiavam de forma satisfatória, e dessa forma, poderiam recorrer ao suicídio novamente.

Quando indagados sobre a presença de planejamento para o suicídio, o resultado mais encontrado em ambas as etapas refere-se ao item “não tenho plano específico”. Entretanto, na primeira etapa, teve um grande número de participantes assinalando o item “tenho considerado maneiras, mas não elaborei detalhes”, demonstrando certo nível de planejamento para o suicídio. Já na 2ª etapa, houve uma queda do número de participantes declarando certo nível de planejamento (Gráfico 13).



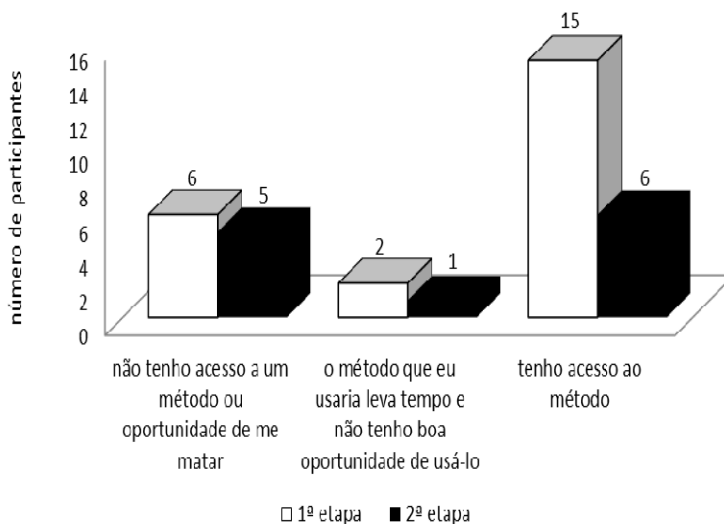
Gráfico 13 - Item Especificidades do planejamento" da Escala de Ideação Suicida na 1ª e 2ª etapa da pesquisa.



Fonte: FERREIRA, C. L. B; 2014, p 128.

Após analisar o planejamento para o suicídio, a Escala analisa se o sujeito possui acesso ou oportunidade de utilizar o método escolhido. Na 1ª e 2ª etapa, a maioria dos participantes declarou ter (ou espera ter) acesso ao método que escolheria para se matar. Entretanto, é possível encontrar uma diferença significativa entre os participantes em cada etapa desse item, demonstrando que na 2ª etapa os participantes encontraram maior dificuldade de acesso ao método como demonstra o Gráfico 14.

Gráfico 14 - Item "Acessibilidade ou oportunidade do método" da Escala de Ideação Suicida Beck na 1ª e 2ª etapa da pesquisa.



Fonte: FERREIRA, C. L. B; 2014, p 129.

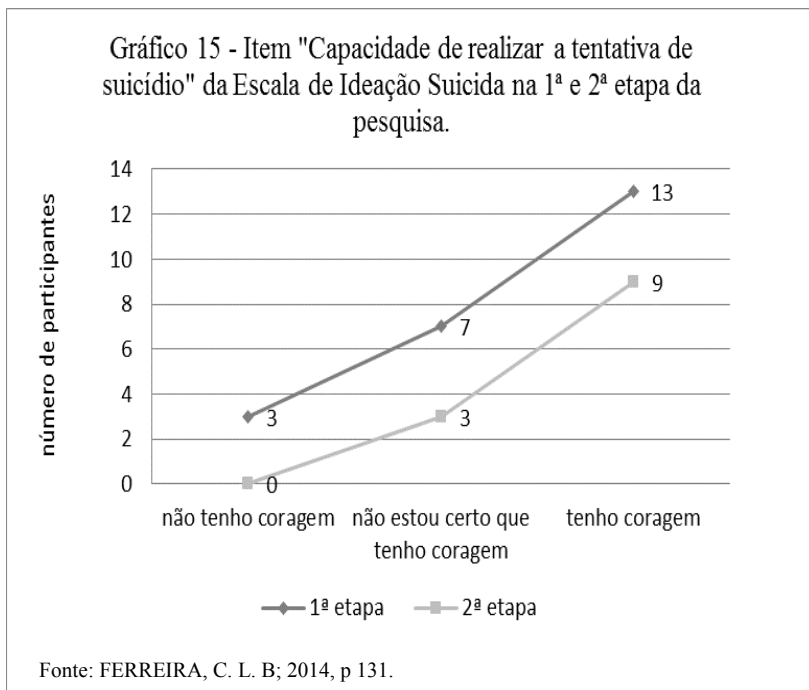
Os resultados das duas questões apresentadas acima – “especificidades do planejamento” e “acessibilidade ou oportunidade do método” são bastante preocupantes, pois revelam que os participantes têm pensado no ato e se preparado, escolhendo métodos os quais possuem mais facilidade de acesso.

Kutcher e Chehil (2007) demonstraram a influência do acesso aos métodos ao afirmar que um dos fatores que contribui para o aumento do índice de suicídio em idosos é a facilidade de acesso às medicações. Esta população geralmente possui indicação de diferentes medicamentos de uso contínuo, os quais ingeridos em excesso ou em combinação possuem um maior potencial de letalidade. Corroborando

tais dados, Estellita-Lins et al (2012) refere que os medicamentos comumente utilizados por idosos, para tratamento de hipertensão e doenças cardiovasculares, têm se mostrado muitas vezes mais nocivos que boa parte dos medicamentos psiquiátricos. Dessa forma, a OMS (2006) explicita que uma das medidas de prevenção do suicídio é alertar a rede de apoio do paciente sobre a vigilância do paciente e restrição de acesso aos meios letais; ou seja, deixar fora do alcance dos pacientes objetos como facas, cordas, medicamentos e substâncias tóxicas.

Guerreiro *et al* (2013), Selegim *et al* (2011) relataram a experiência de uma Equipe de Saúde Mental que realiza visitas domiciliares aos pacientes com histórico de tentativa de suicídio. Observaram que produtos altamente tóxicos foram facilmente encontrados em diferentes cômodos da casa, e a partir de tal constatação, realizaram a orientação para os familiares sobre o potencial letal desses produtos a fim de proteger o paciente conforme orienta a Organização Mundial da Saúde.

Após analisar planejamento e acesso ao método, a Escala indaga sobre a capacidade e coragem do sujeito em realizar a tentativa de suicídio. Investiga dessa forma, se os planos do sujeito podem ser concretizados. Em ambas as etapas, aumenta o número de participantes à medida que aumenta a intensidade das respostas, indicando que a maioria dos participantes possui coragem para cometer suicídio (Gráfico 15).

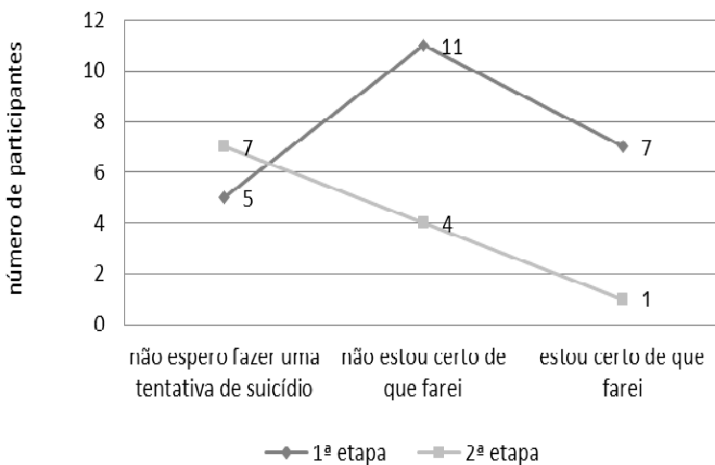


Werlang e Botega (2004) alertam para um pensamento errôneo que a população possui: a referência ao suicídio como um ato de covardia ou de coragem. Consideram covardia no sentido de que a pessoa que comete suicídio muitas vezes é vista como uma pessoa “fraca”, que não soube enfrentar seus problemas. Já a coragem está relacionada ao fato da tomada de decisão ser extremamente drástica, envolvendo um ato que não há possibilidade de retorno. Entretanto, o suicídio não deve ser entendido nem como um ato de coragem e nem como um ato de covardia, e sim como um ato frente a uma dor psíquica considerada insuportável pelo sujeito que a vivencia. Dessa forma, quando a questão da Escala de Ideação Suicida Beck indaga sobre a coragem e capacidade do participante para cometer suicídio, não possui

a finalidade de classificar o suicídio como um ato de coragem conforme explicitado anteriormente. O objetivo desta questão é avaliar se o participante sente-se receoso ou não para cometer tal ato e o quanto está decidido de seu ato.

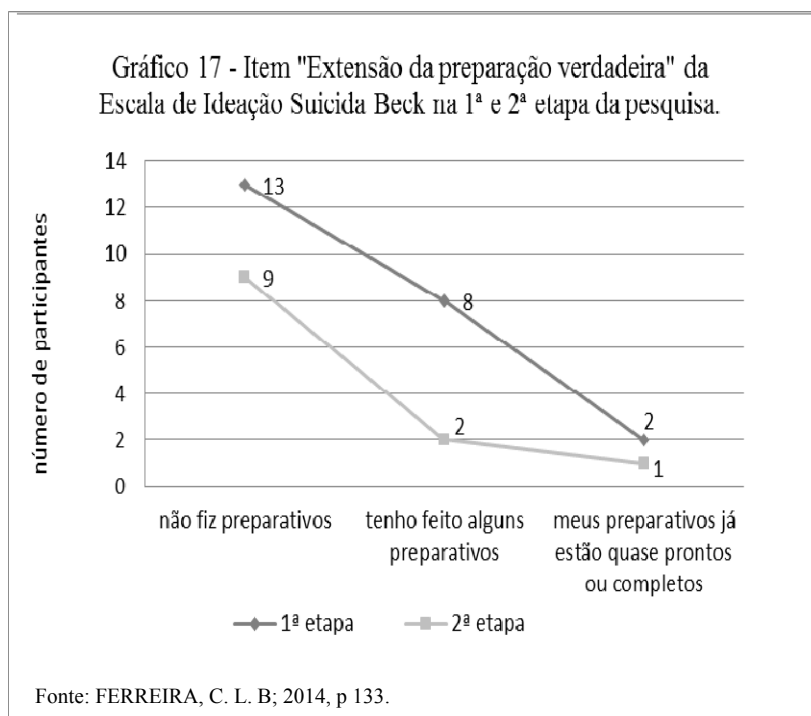
O item a seguir, assim como o anterior, investiga a probabilidade de concretização do planejamento. Observa-se que na 2ª etapa há um declínio dos participantes à medida que as respostas se intensificam indicando maior probabilidade de cometer suicídio; confirmando que nessa etapa, os participantes não demonstram desejo de cometer suicídio. Já na 1ª etapa, as respostas se concentraram no item que indica que os participantes não têm certeza se irão cometer suicídio e que estão certo que farão uma tentativa de suicídio (Gráfico 16).

Gráfico 16 - Item "Probabilidade de tentativa de suicídio real" da Escala de Ideação Suicida Beck na 1ª e 2ª etapa da pesquisa.



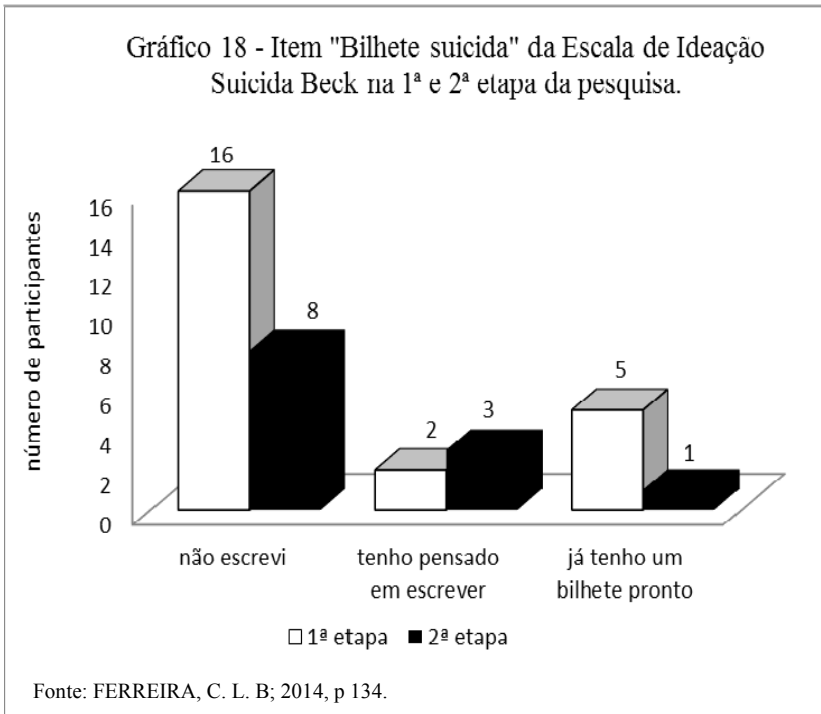
Fonte: FERREIRA, C. L. B; 2014, p 132.

Sobre os preparativos para a tentativa de suicídio, durante ambas as etapas, à medida que aumenta a intensidade dos preparativos realizados, diminui o número de participantes. Desse modo, a resposta com maior número de participantes tanto na 1ª quanto na 2ª etapa refere-se a não ter realizado preparativos e a resposta com menor número de participantes refere-se aos preparativos quase prontos ou completos como pode ser observado no Gráfico 17.



Ao serem indagados se escreveram bilhete suicida, 16 participantes na 1ª etapa e 08 participantes na 2ª etapa referiram não ter escrito bilhete. Em ambas as etapas, a resposta mais encontrada indica

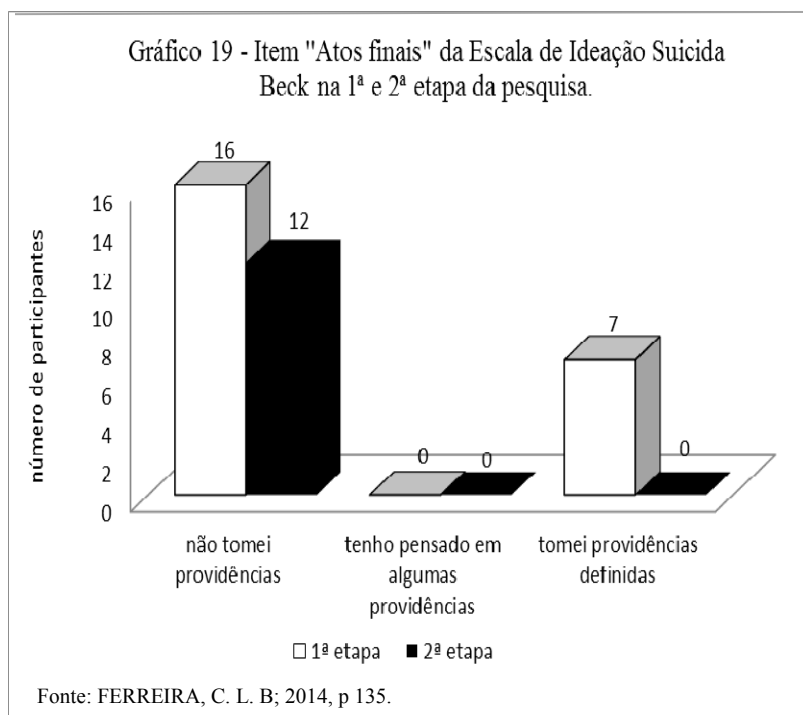
que os participantes não escreveram bilhete suicida. Entretanto, o item “tenho um bilhete suicida pronto” foi mais respondido pelos participantes da 1ª etapa (Gráfico 18).



Ho *et al* (1998) referem que os bilhetes suicidas podem servir para explicar aos parentes e pessoas próximas sobre o que lhe motivou a cometer o ato; e dessa forma, tais bilhetes podem ter um papel terapêutico ao ajudar os parentes e pessoas próximas a compreender o suicídio ou tentativa de suicídio. Os bilhetes suicidas podem ser úteis também para os programas de prevenção do suicídio, pois permite analisar os desencadeadores alegados pelos indivíduos para o suicídio,

potenciais fatores de risco e de proteção e como os indivíduos compreendem e enfrentam determinadas situações.

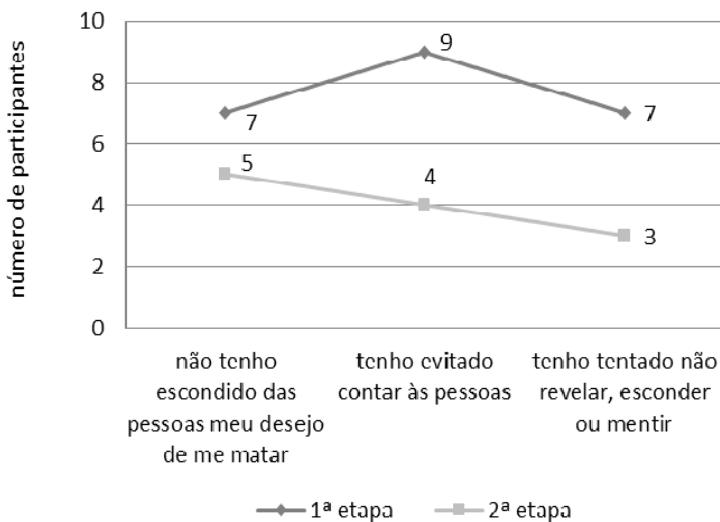
A Escala, ao investigar a extensão do planejamento para a tentativa de suicídio, investiga também se o sujeito planejou o que ocorrerá após a sua morte (por exemplo, orientações aos familiares sobre a sua conta bancária, entre outras situações). A resposta mais encontrada, em ambas as etapas, indica que os participantes não tomaram providências em relação ao que irá acontecer depois que tiverem cometido suicídio. A resposta de intensidade média – tenho pensado em tomar algumas providências – não foi assinalada por nenhum participante. Já o item “posso providências definidas” foi respondido apenas pelos participantes da 1ª etapa (Gráfico 19).





A última questão a ser analisada na Escala investiga se os sujeitos revelam a ideação suicida para outras pessoas. Na 1ª etapa, o resultado mais encontrado indica que os participantes têm evitado contar às pessoas sobre o desejo de se matar. Durante a 2ª etapa, à medida que os resultados demonstram maior despistamento e segredo em relação ao suicídio, encontra-se menor número de participantes; demonstrando uma menor preocupação em esconder a ideação suicida das pessoas (Gráfico 20).

**Gráfico 20 - Item "Despistamento e segredo" da Escala de Ideação Suicida Beck na 1ª e 2ª etapa da pesquisa.**



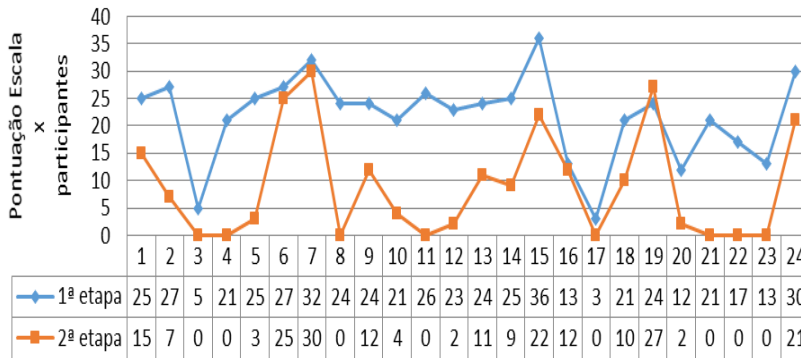
Fonte: FERREIRA, C. L. B.; 2014, p 136.

Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) referem que o ato suicida deve ser entendido como um pedido de ajuda, o qual pode ter um resultado positivo ao provocar um movimento de apoio e de reestruturação, ou pode ter um resultado negativo se provocar agressões vindas de pessoas próximas do indivíduo ou de uma equipe de saúde despreparada para atender tentativas de suicídio. O fato de ter um menor número de participantes na 2ª etapa preocupados em esconder a ideiação suicida de outras pessoas, pode estar relacionado ao atendimento realizado na unidade de Emergência. O Serviço de Psicologia realiza o atendimento aos familiares com o objetivo de fornecer orientações sobre manejo do paciente, suas necessidades de apoio, vigilância e restrição de acesso a medicamentos e/ou meios letais. Dessa forma, busca-se reforçar a rede de apoio do paciente aproximando-o de seus familiares.

Após analisar cada item da Escala, faz-se importante analisar o escore geral de cada participante. A presença de escore diferente de 0, revela a existência de ideiação suicida. Quanto mais o sujeito admite suas intenções de suicídio, maior será o escore da Escala, o que significa maior risco de suicídio. O escore máximo da Escala é 38 pontos (CUNHA, 2001)

Dos 27 participantes da pesquisa, 03 sujeitos obtiveram escore 0 na 1ª e 2ª etapa e assim, não revelaram a existência de ideiação suicida em ambas as etapas. Desse modo, 24 participantes revelaram a existência de ideiação suicida através de escores acima de 0 na 1ª etapa. Desses 24 participantes, 08 obtiveram escore 0 na 2ª etapa, ou seja, não revelaram a existência de ideiação suicida na 2ª etapa conforme apresentado no Gráfico 21.

Gráfico 21 - Escore total da Escala de Ideação Suicida Beck, na 1ª e 2ª etapa da pesquisa, conforme resposta dos participantes.



Fonte: FERREIRA, C. L. B; 2014, p 138.

Nenhum participante atingiu a pontuação máxima da Escala (38), entretanto, dois participantes apresentaram escores bastante elevados na 1ª etapa: 36 e 32 pontos. Esses dois participantes obtiveram resultados bem diferentes na 2ª etapa: um participante (36 pontos na 1ª etapa) apresentou uma diminuição de 14 pontos na escala, revelando assim uma significativa redução da ideação suicida. Entretanto, o outro participante (32 pontos na 1ª etapa) apresentou uma diminuição de apenas 02 pontos; revelando assim, que não houve uma diferença significativa no nível de ideação suicida entre as duas etapas da pesquisa.

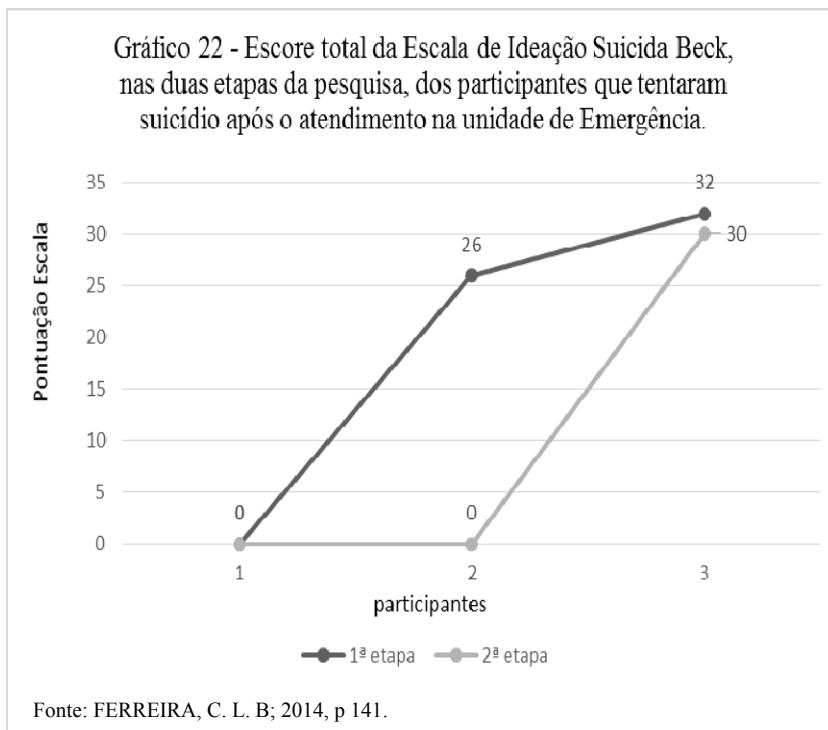
Observa-se que este último participante, que apresentou escores elevados na 1ª etapa (32 pontos) e na 2ª etapa (30 pontos), demonstrou diversos fatores de risco; os quais foram detectados através da análise documental do Registro Interno de Atendimento Psicológico utilizado na 1ª etapa da pesquisa: sexo feminino, estado civil viúva, rede de apoio

frágil, tentativas de suicídio prévias com utilização de diferentes métodos (inclusive necessitou de internação psiquiátrica devido à tentativa de suicídio), não realizava tratamento psiquiátrico e/ou psicológico. O Serviço de Psicologia da unidade de Emergência detectou o alto risco de suicídio através da análise de tais fatores, entre outros dados obtidos no atendimento psicológico, e dessa forma, encaminhou a paciente para avaliação psiquiátrica de urgência. Tal participante, durante a 2ª etapa, não estava realizando tratamento psiquiátrico e/ou psicológico devido dificuldade de acesso: não havia vaga para novos pacientes no serviço e os profissionais comunicaram que quando houvesse vaga, iriam telefonar para a paciente.

Ao observar o outro participante que também apresentou um escore elevado na 1ª etapa (36 pontos) mas apresentou uma diminuição significativa na 2ª etapa (22 pontos), percebe-se também a presença de fatores de risco: sexo feminino, desencadeador alegado para a tentativa de suicídio – vício em jogo – está presente na vida da participante e familiares há 10 anos sem remissão total, histórico de tentativas de suicídio prévias, possui diagnóstico de transtorno psiquiátrico. Entretanto, observou-se também, dois importantes fatores de proteção: rede de apoio social exercida principalmente pela família e realização de tratamento psiquiátrico. Após o atendimento hospitalar participante e esposo começaram a frequentar o grupo de autoajuda Jogadores Anônimos conforme sugerido pelo Serviço de Psicologia da unidade de Emergência. Durante a 2ª etapa, participante referiu que familiares estão mais próximos e participante adotou algumas providências, tais como: não atender o telefone quando suas amigas com quem jogava lhe ligam, a fim de evitar uma recaída em seu vício. Tais fatores – aproximação dos

familiares, continuidade no tratamento psiquiátrico e participação em grupo de autoajuda – podem ser responsáveis pela diminuição do nível de ideação suicida da participante na 2ª etapa da pesquisa.

De um total de 27 participantes, 03 participantes revelaram nova tentativa de suicídio após o atendimento na unidade de Emergência, sendo que uma das participantes apresentou escores elevados na 1ª e 2ª etapa da pesquisa (32/30 pontos respectivamente) conforme discutido anteriormente. Já os outros dois participantes que também revelaram tentativa de suicídio após o atendimento hospitalar, apresentaram resultados da Escala bastante diferentes: um participante apresentou escore elevado na 1ª etapa (26 pontos) e na 2ª etapa apresentou o escore de menor valor (0 ponto). O outro participante apresentou escore de valor 0 nas duas etapas, ou seja, não revelou a existência de ideação suicida em ambas as etapas, conforme apresentado no Gráfico 22.



A Escala de Ideação Suicida Beck orienta que o sujeito escolha a afirmativa que melhor descreve como está se sentindo na última semana, incluindo o dia da aplicação da Escala. Ou seja, quando a Escala detecta um baixo nível (ou até mesmo a ausência) de ideação suicida na 2ª etapa, não significa que o participante apresentou baixo nível de ideação suicida durante todo o período após o atendimento hospitalar. Significa que, naquele momento atual (última semana, incluindo o dia da aplicação da Escala), o participante tem demonstrado baixo nível de ideação suicida. Desse modo, não é incoerente o fato do participante ter realizado tentativa de suicídio na 2ª etapa (após o atendimento

hospitalar) e o resultado da Escala ter apontado que não revelou a existência de ideação suicida (escore 0) na 2ª etapa.

Já o participante que revelou tentativa de suicídio na 2ª etapa e apresentava escore 0 nas duas etapas - ou seja, não revelou a existência de ideação suicida em nenhuma etapa- possuía uma situação específica: diagnóstico de epilepsia há muitos anos e realizava tratamento, mas não obtinha remissão dos sintomas; sendo que apenas nos momentos de crise epiléptica apresentava ideação suicida. Esses últimos dois participantes, durante a avaliação de risco de suicídio na 1ª etapa, não apresentaram alto risco de suicídio e desse modo, foram encaminhados para seguimento ambulatorial e não para avaliação psiquiátrica de urgência como os casos de alto risco de suicídio. Demonstra-se assim, que independente do resultado que a avaliação de risco e a Escala de Ideação Suicida Beck indiquem, não se pode descartar o risco de suicídio em nenhum participante. Tais instrumentos investigam os fatores de risco e protetores de suicídio e conforme Kutcher e Chehil (2007), a compreensão desses fatores não pode ser utilizada com sucesso para prever quem irá cometer suicídio. Servem como um auxílio clínico na avaliação do risco potencial de suicídio e sinaliza ao profissional quais as intervenções preventivas que devem ser imediatamente iniciadas.

Observa-se que dos 24 participantes que revelaram a existência de ideação suicida, 23 apresentaram um escore menor de ideação suicida na 2ª etapa. Apenas um participante revelou um escore mais alto na 2ª etapa do que na 1ª etapa; entretanto, a diferença dos escores é pouco significativa: 24 pontos na 1ª etapa e 27 pontos na 2ª etapa.

A maioria dos participantes (18) apresentou uma diferença significativa no escore da Escala de Ideação Suicida Beck entre a 1ª e 2ª etapa da pesquisa: a diferença do escore entre as etapas foi de 09 a 26 pontos. Observa-se que 02 participantes apresentaram grande diferença dos escores entre as duas etapas pois revelaram um índice de ideação suicida na 1ª etapa (26 e 24 pontos) e na 2ª etapa não revelaram a existência de ideação suicida (0 pontos).

Apenas 06 participantes apresentaram pouca diferença nos escores; ou seja, a diferença entre os escores das duas etapas foi de 01 a 05 pontos. Desses 06 participantes que apresentaram pouca diferença de escore entre as etapas, apenas 02 participantes haviam apresentado baixo nível de ideação suicida na 1ª etapa (03 e 05 pontos) e na 2ª etapa apresentaram escore 0. Sendo assim, houve pouca diferença entre os escores da 1ª e 2ª etapa.

Entretanto, os outros 04 participantes que apresentaram pouca diferença entre os escores na 1ª e 2ª etapa da pesquisa, revelaram um maior nível de ideação suicida (32, 27, 23 e 13 pontos) e apresentaram pouca diminuição desses escores na 2ª etapa; revelando assim, que continuavam com um alto índice de ideação suicida após 06 meses do atendimento no hospital universitário.

Conforme já demonstrado duas participantes foram excluídas da pesquisa devido falecimento por suicídio. Entretanto, tais participantes responderam a Escala de Ideação Suicida Beck na 1ª etapa da pesquisa. Ao verificar os escores dessas participantes, percebe-se que apresentaram escores bem próximos: 24 e 25 pontos. Considerando que o escore máximo é 38 pontos, as participantes não apresentaram o nível

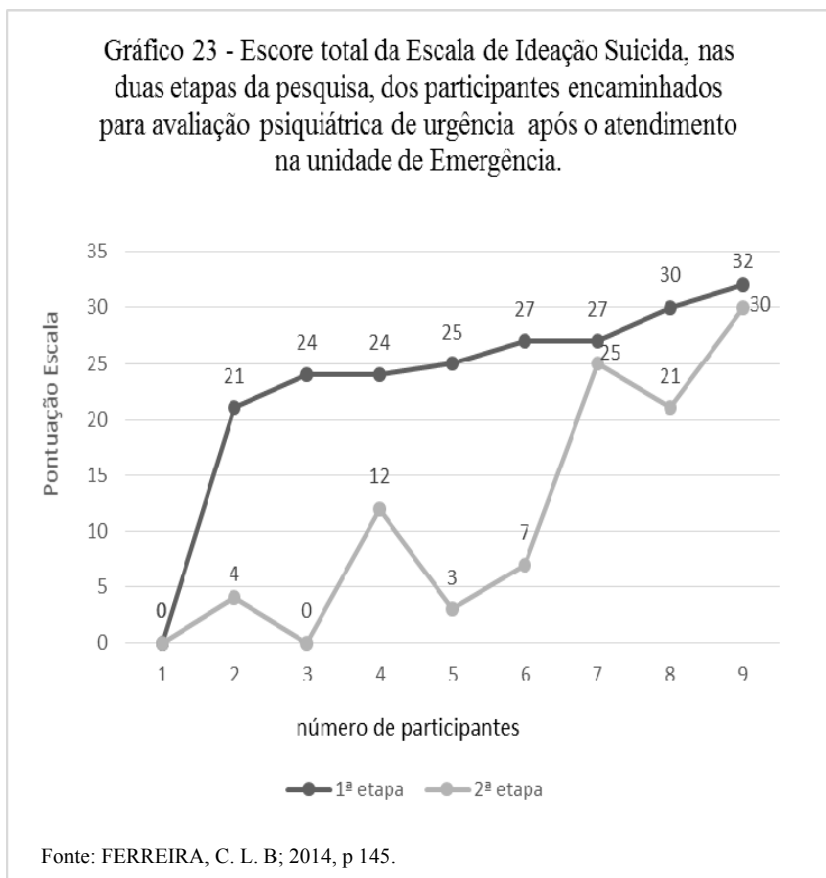


mais elevado de ideação suicida; mas conforme Cunha (2001) o escore positivo nos primeiros itens da Escala já pode sugerir risco de suicídio.

Através da entrevista semi-estruturada aplicada na 2ª etapa encontrou-se o relato de uma participante que recusou tratamento: realizava tratamento psiquiátrico e psicológico na rede pública de saúde durante a 1ª etapa, entretanto, na 2ª etapa abandonou o tratamento. Profissionais do serviço de saúde telefonaram para a participante a fim de incentivá-la a retornar ao tratamento, mas ela não aceitou. Ao verificar os escores apresentados por essa participante na Escala de Ideação Suicida Beck, encontrou-se 25 pontos na 1ª etapa e 09 pontos na 2ª etapa. Possivelmente a participante percebeu que seu nível de ideação suicida havia diminuído após o atendimento hospitalar e este pode ser o motivo da recusa da participante para retornar ao tratamento psiquiátrico e psicológico. Entretanto, a pesquisadora explicou a importância de continuar o tratamento, pois o momento do término do tratamento é uma decisão que deve ser tomada em conjunto com o profissional de saúde e não apenas pelo paciente como ocorreu.

Através da avaliação de risco de suicídio, realizada pelo Serviço de Psicologia da unidade de Emergência, os pacientes eram encaminhados para outros serviços de saúde. Desse modo, os pacientes que demonstravam alto risco de suicídio eram encaminhados para avaliação psiquiátrica de urgência. Ressalta-se que para decidir o encaminhamento não foi utilizado a Escala de Ideação Suicida Beck, pois este instrumento foi utilizado para fins de pesquisa e não é utilizado como rotina do atendimento do Serviço de Psicologia. Entretanto, 06 participantes encaminhados para avaliação psiquiátrica de urgência devido ao alto risco de suicídio apresentaram escores elevados na Escala

de Ideação Suicida Beck (1ª etapa): entre 32 e 21 pontos, o que representa maior risco de suicídio (Gráfico 23). Desse modo, observou-se que nesses casos a Escala de Ideação Suicida Beck tem apresentado resultados compatíveis com a avaliação de risco realizada pelo Serviço de Psicologia da unidade de Emergência.



Entretanto, outros participantes apresentaram esses mesmos escores na Escala de Ideação e até mesmo, escores mais altos (36 pontos) e não foram encaminhados para avaliação psiquiátrica de urgência. Conforme relatado, não é o escore da Escala que determina o encaminhamento do paciente; mas sim a avaliação de risco que envolve a análise de fatores de risco e protetivos como rede de apoio, realização de tratamento, entre outros fatores.

### *5.3 Dados das entrevistas*

Os dados apresentados a seguir foram coletados através de visita domiciliar realizada após um período de aproximadamente 06 meses do atendimento hospitalar, com a finalidade de avaliar o que ocorreu com os participantes nesse período.

O primeiro item da entrevista pergunta aos participantes sobre a volta para casa após a alta hospitalar e se procuraram ajuda profissional.

Neste item, encontram-se diferentes situações às quais foram influenciadas pelo encaminhamento sugerido na unidade de Emergência do Hospital Universitário, o apoio da família, a facilidade de acesso aos serviços de saúde, como o paciente e familiares compreendem o tratamento, entre outros fatores.

Dessa forma, foi possível agrupar as respostas nas seguintes categorias e subcategorias, conforme demonstrado no Quadro 01:

Quadro 01 - Apresentação das categorias e subcategorias encontradas nas respostas do primeiro item da entrevista (2ª etapa).

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Definições</b>
Família	Rede de apoio e vigilância	Atuação da família como rede de apoio, evidenciada através das funções de apoio emocional, vigilância e restrição de acesso do participante aos meios letais.
	Relação de cuidado na situação de crise	Familiares atuaram como rede de apoio na situação de crise.
	Busca por atendimento em saúde mental	Familiares realizaram contato com profissionais de saúde a fim de conseguir tratamento para o participante.
	Resistência ao tratamento	Familiares não aceitaram o tratamento indicado ao participante: tratamento inadequado, preocupação com o estigma social da doença psiquiátrica.
Rede de saúde	Trajetória de acesso	Funcionamento da Rede de Atenção à Saúde: facilidades e dificuldades de acesso à rede.
	Busca ativa	Serviços de saúde realizaram a busca ativa (contatos telefônicos, visitas domiciliares) aos pacientes a fim de realizar a avaliação e oferecer tratamento.

	Recusa por tratamento	Participante recusou-se a realizar o tratamento indicado.
	Relação com o profissional de saúde	Situações de constrangimento; discordância entre paciente e profissional; vínculo positivo.
	Relação com os pacientes	Atendimento grupal: o acolhimento do grupo e o compartilhar de experiências, emoções. Pacientes atuando como rede de apoio. Dificuldade de convivência. Estigma social.
Rede social	Rede de apoio espiritual	Realização de tratamento em centro de saúde espiritual

Fonte: FERREIRA, C. L. B.; 2014, p. 147-148.

Ao perguntar sobre a trajetória do paciente após a alta hospitalar<sup>3</sup>, muitos citaram a família como uma rede social de apoio realizando atitudes protetoras. Essas respostas foram classificadas na categoria “Família” e subcategoria “Rede de apoio e vigilância”. Outras respostas indicavam que essa relação de cuidado foi temporária: a família se aproximou do participante após a alta hospitalar, mas logo houve o retorno à rotina e o afastamento entre participantes e familiares – subcategoria “Relação de cuidado em situação de crise”. Alguns familiares realizaram a função de rede de apoio de maneira bastante ati-

---

<sup>3</sup> O termo “alta hospitalar” foi utilizado no questionário aplicado aos participantes da pesquisa por ser um termo de fácil compreensão e utilizado pelos próprios pacientes e familiares. Entretanto, na linguagem técnica dos profissionais de saúde, poucos participantes foram internados no Hospital e dessa forma, não receberam alta hospitalar.

va, atuando inclusive na busca por tratamento para o participante através de contatos com profissionais – subcategoria “Busca por atendimento em saúde mental”. Em contrapartida, foram encontradas respostas que citavam a família se opondo ao tratamento indicado por considerá-lo inadequado e pela preocupação com o estigma social da doença psiquiátrica, e nesse caso, as respostas foram agrupadas na subcategoria “Resistência ao tratamento”.

Além da categoria “Família”, foi encontrada a categoria “Rede de Saúde”. Nesta encontram-se os relatos que explicitam a trajetória que o participante percorreu entre os serviços de saúde para conseguir atendimento; demonstrando as facilidades e dificuldades encontradas – subcategoria “Trajetória de acesso”. Foram encontrados relatos sobre o acesso dos participantes aos serviços de saúde sob uma forma diferente da subcategoria apresentada acima: os participantes não se deslocaram até os serviços de saúde já que os profissionais realizaram contatos telefônicos ou visitas domiciliares aos participantes para oferecer tratamento. Dessa forma, tais relatos foram agrupados na subcategoria “Busca ativa”. Outra subcategoria encontrada - “Recusa por tratamento” – apresenta relato de participante que se recusou a realizar o tratamento indicado.

Outros relatos referem-se mais especificamente ao relacionamento com as pessoas que fazem parte da Rede de saúde – profissionais e pacientes. Na subcategoria “Relação com o profissional de saúde”, encontrou-se relatos sobre situações de constrangimento e discordância entre paciente e profissional, mas também situações de vínculos positivos. A subcategoria “Relação com os pacientes” foi mais encontrada nos relatos de alguns participantes que foram internados em

Instituições Psiquiátricas e deste modo conviveram diariamente com outros pacientes; o que muitas vezes não ocorre em outros serviços de saúde que não envolvem internação. Apenas um relato dessa categoria não envolveu internação em Instituição Psiquiátrica, e sim o contato com pacientes do grupo de autoajuda Jogadores Anônimos. Nos relatos da referida categoria, há participantes que consideraram o contato com outros pacientes positivo por se sentirem acolhidos, por lhe ajudar a refletir sobre algumas questões. Em contrapartida, alguns participantes consideraram tal convivência negativa citando dificuldades de convivência. Ressalta-se que nesta subcategoria (assim como na categoria/subcategoria “Família/Resistência ao tratamento”) também foi encontrado relato sobre o estigma social da doença psiquiátrica.

A categoria “Rede social” possui apenas uma subcategoria - “Rede de apoio espiritual” - na qual há relato de um participante sobre a realização de tratamento em centro de saúde espiritual.

Através das respostas dos participantes é possível visualizar as diferentes situações vivenciadas por cada um após o atendimento na unidade de Emergência do Hospital Universitário e compreender como tais situações podem influenciar na adesão ao tratamento.

Na **categoria Família**, destaca-se as subcategorias que evidenciam relação de cuidado - “Rede de apoio e vigilância”; “Relação de cuidado em situação de crise” e “Busca por atendimento em saúde mental”. Nos relatos inseridos nessas categorias evidencia-se que os familiares estão presentes junto ao paciente, ajudando-o de diferentes formas: seja exercendo função de companhia, seja incentivando/acompanhando o tratamento. Tal dado foi encontrado também no instrumento aplicado na 1ª etapa, durante o atendimento na unidade de

Emergência do Hospital Universitário, o Registro Interno de Atendimento Psicológico. Neste, encontrou-se que a maioria dos participantes possuía rede de apoio presente, caracterizada pela presença de familiares ou amigos que acolhiam o participante tanto nos aspectos emocionais quanto físicos, demonstrando preocupação e disponibilidade para o cuidado, bem como vigilância a fim de evitar novas tentativas.

Na subcategoria “**Rede de apoio e vigilância**” encontra-se um único relato<sup>4</sup>, no qual a rede de apoio não é exercida por familiares:

Depois do HU, fui para casa. Os vizinhos me ajudaram com a medicação...eu fazia tratamento com psiquiatra antes de ir ao HU e os vizinhos sempre ficaram responsáveis pela minha medicação porque meu marido muitas vezes não dorme em casa e a gente briga muito.

A situação relatada demonstra a importância dos profissionais de saúde buscar outras redes de apoio ao paciente, quando a família não pode exercer tal função seja devido distância física ou afetiva. Os profissionais da Equipe de Saúde da Família, principalmente os Agentes Comunitários, podem auxiliar nessa função de indicar indivíduos que possam se constituir a rede de apoio do participante já que possuem um contato mais próximo com os moradores do território onde atuam. Tal situação não exclui a responsabilização dos profissionais de saúde, os quais também atuam como rede de apoio. Sluzki (1997) refere que os serviços de saúde possuem um caráter central na rede social do indivíduo, não apenas por seus atributos instrumentais mas também por sua capacidade de apoio emocional.

---

<sup>4</sup> Os relatos apresentados nessa pesquisa constituem-se em transcrições realizadas pelo pesquisador de acordo com as respostas emitidas pelos participantes.



A subcategoria **“Relação de cuidado em situação de crise”** foi inserida para caracterizar alguns casos relatados sobre a atuação da família como uma rede de apoio efêmera; ou seja, a família se aproximou do participante no momento de maior crise, entretanto, após esse período, a relação de cuidado se dissipou. Desse modo, a rede de apoio não é considerada efetiva, pois atua apenas quando instalada a crise e assim, não consegue atuar de modo preventivo. Tal situação é evidenciada através de relatos que referem que a família visitou o participante por alguns dias, mas depois já houve o afastamento entre participante e familiares.

Sluzki (1997) refere que a doença do indivíduo afeta a sua rede social e alerta sobre a tendência da rede social se retrair quando o indivíduo apresenta doença crônica. Explicita que tal fato ocorre porque os cuidados com o doente crônico são pouco gratificantes já que não se observa a melhora dos sintomas de forma rápida. Além do mais, o indivíduo doente tende a não ativar sua rede, o que contribui para um círculo vicioso no qual os membros da rede não se sentem valorizados e com o tempo, também não procuram o indivíduo. Considerando que alguns participantes possuíam histórico de tentativas prévias e ideação suicida há anos, pode-se considerar que as afirmações do autor sobre a rede social do doente crônico também podem ser aplicadas aos casos apresentados nesta pesquisa. Deste modo, surge a hipótese se o afastamento dos familiares pode ter influência dos aspectos abordados por Sluzki (1997): indivíduo não procura os membros da rede e estes por sua vez sentem-se desvalorizados e também não procuram o indivíduo; membros consideram os cuidados dispensados ao indivíduo ineficaz já que não observam a melhora dos sintomas e sentem-se

esgotados. Harrison *et al* (2010) observaram que os indivíduos com transtorno depressivo e histórico de tentativas de suicídio (ou planejamento) relataram os mais baixos índices de apoio social.

Além do mais, Sluzki (1997) alerta para certas características da rede social que podem influenciar o afastamento de seus membros como a densidade (nível de conectividade entre os membros) muito baixa ou muito elevada. Na rede social com baixa densidade, os membros não conseguem dialogar e trocar impressões sobre o indivíduo que necessita de cuidados. Além do mais, nesse tipo de rede é comum que apenas um membro fique responsável pelo indivíduo doente, o que gera sobrecarga nesse membro e tendência de se afastar em situações de crise para que a responsabilidade maior não recaia sobre si novamente. Já na rede com alta densidade, os membros possuem o pensamento errôneo de que outro membro já tomou as providências necessárias para a situação e assim sentem-se dispensáveis. Outras questões como o tamanho da rede e a distância física entre os membros (residindo em diferentes estados, por exemplo) também podem contribuir para o afastamento dos participantes e familiares.

É importante compreender que muitas vezes, a família não sabe como lidar com a tentativa de suicídio do participante e realizam atitudes que consideram protetivas, embora na prática, podem não ser muito efetivas como observa-se no relato abaixo:

Depois do HU fiquei um tempo na casa da minha mãe porque moro com meu namorado e minha família não queria que eu ficasse junto com ele...a gente briga muito (P35).

Na subcategoria “**Busca por atendimento em saúde mental**”, os relatos demonstram uma atitude bastante ativa por parte dos familiares.

Estes, não apenas incentivaram o participante a iniciar o tratamento indicado, mas também se deslocaram até os serviços de saúde para entregar os encaminhamentos e tentar marcar a consulta do participante. Destaca-se o relato P25: participante era jogadora compulsiva há anos, o que gerava conflitos com sua família, inclusive com agressões físicas por parte do esposo que não compreendia que se tratava de um problema de saúde. No momento da pesquisa, a participante já realizava tratamento psiquiátrico e o médico explicou ao esposo sobre a situação da participante e as agressões físicas cessaram. O Serviço de Psicologia da unidade de Emergência sugeriu a participação no grupo de autoajuda Jogadores Anônimos (desconhecido para a participante e familiares). O esposo se responsabilizou em levar a esposa ao grupo e começou a frequentar também para acompanhá-la, e avaliaram como positivo, por terem a oportunidade de trocar experiências com pessoas que estão vivenciando a mesma situação.

Outro relato que demonstrou a relação entre os familiares e serviços/profissionais de saúde foi exemplificado por P12:

Antes de vir para o HU, minha mãe já havia percebido que eu não estava bem e marcou psicóloga para mim. Depois que ganhei alta do HU e fui para casa, voltei a ir na psicóloga (P12).

Este relato demonstra como a família atuou como uma rede de apoio efetiva, agindo preventivamente já que perceberam, antes mesmo da tentativa de suicídio da participante, que esta precisava de atendimento em saúde mental. Entre os 27 participantes entrevistados, este foi o único relato sobre a procura de atendimento em saúde mental por parte dos familiares antes da ocorrência da tentativa de suicídio.

Sluzki (1997, p. 52) expõe várias funções da rede social e entre elas, o acesso a novos contatos, definida como a “abertura de portas para a conexão com pessoas e redes que até então não faziam parte da rede social do indivíduo”. É possível afirmar que os familiares que procuraram os serviços e profissionais de saúde para o atendimento do participante, exerceram tal função na rede social. Dessa forma, entende-se que os familiares percebem o ato suicida como um agravo de saúde que necessita de outros dispositivos da rede além da própria família (nesse caso, os serviços e profissionais de saúde) para auxiliar o participante.

Apenas 03 relatos referiam-se à subcategoria “**Resistência ao tratamento**” - que indica a não aceitação da família sobre o tratamento indicado - e traz dados preocupantes, pois o apoio da família nesse momento de fragilidade emocional do indivíduo é de extrema importância. Observa-se que dos 03 relatos desta subcategoria, 02 relatos envolvem o cônjuge. Conforme demonstrado através do Registro Interno de Atendimento Psicológico, o parceiro (namorado (a) ou cônjuge) foi o familiar mais encontrado para o atendimento e orientações sobre o manejo do paciente oferecidos pelo Serviço de Psicologia da unidade de Emergência do Hospital Universitário; constituindo-se a principal rede de apoio do paciente. Desse modo, torna-se preocupante quando o familiar, que exerce a função de rede de apoio do paciente, não o apoia no tratamento.

Observa-se também que através do Registro Interno de Atendimento Psicológico, os conflitos com o parceiro (namorado (a) ou cônjuge) foram apontados como o desencadeador da tentativa de suicídio pela maioria dos participantes. Tais conflitos podem ter relação

com a divergência de opiniões entre os participantes e seus parceiros, inclusive em relação ao tratamento como pode ser exemplificado no relato a seguir:

Antes de ser atendida no HU, eu já tinha ido no psiquiatra e ele mandou me internar no IPQ (Hospital Psiquiátrico), mas meu esposo não aceitava. Depois que saí do HU, fui ao IPQ fazer avaliação psiquiátrica e o médico mais uma vez indicou internação. Meu esposo não queria aceitar de novo, mas eu insisti que queria ficar internada. Me internei mas recebi alta contra a vontade do médico por insistência do meu esposo. Ele não queria que eu me internasse por causa dos gastos, porque não queria que eu ficasse longe de casa e porque ficava preocupado com o que os vizinhos iriam falar se soubessem que eu estava internada no IPQ (P1).

Mesmo diante dos comentários do esposo acerca do estigma social do tratamento em saúde mental, a participante considerou a internação benéfica: relatou que gostou de participar da terapia em grupo durante internação em Hospital Psiquiátrico, pois considerou importante a convivência com pessoas que apresentavam os mesmos sintomas. Não se sentia “dando trabalho” ao conversar com essas pessoas, como costumava se sentir ao conversar com pessoas que não compartilhavam a mesma fragilidade emocional. Entretanto, é importante compreender que outros indivíduos em sua mesma situação poderiam apresentar dificuldades em realizar o tratamento sem sofrer as influências dos comentários negativos do esposo e de outras pessoas.

Kutcher e Chehil (2007) expõem a influência do estigma social ao citar que entre os pacientes com transtorno psicótico, os períodos de melhora dos sintomas podem representar um maior risco de suicídio pois nesse período conseguem avaliar o estigma que a sociedade possui sobre o seu transtorno. Botega *et al* (2009) também demonstraram a

influência do estigma social no tratamento dos pacientes: entre os fatores que influenciam a procura pelo serviço de saúde após tentativa de suicídio, encontra-se o estigma da população - inclusive dos profissionais de saúde - em relação à tentativa de suicídio. Seleglim *et al* (2011) expõe que a equipe de saúde mental não realiza contato telefônico prévio à visita domiciliar dos pacientes com histórico de tentativa de suicídio a fim de respeitar a privacidade do paciente que muitas vezes, deseja manter o sigilo da família e comunidade sobre a tentativa de suicídio devido ao estigma social de tal ato.

A presente pesquisa também realizou visita domiciliar aos pacientes com histórico de tentativa de suicídio. Entretanto, diferentemente da intervenção demonstrada por Seleglim *et al* (2011), a pesquisadora realizava o contato telefônico com o participante/familiares antes da visita domiciliar. Tal procedimento era necessário para verificar se o participante mantinha interesse em participar da 2ª etapa da pesquisa e caso confirmasse interesse, combinar o horário de preferência do participante para a visita domiciliar. Ressalta-se que os profissionais do Serviço de Psicologia da unidade de emergência realizam o atendimento aos familiares ou responsável pelo paciente que tentou suicídio. Dessa forma, não houve a preocupação em expor o participante ao realizar o contato telefônico visto que tais contatos eram realizados preferencialmente para o telefone particular do indivíduo ou dos familiares atendidos pelo Serviço e assim, já estavam cientes da tentativa de suicídio.

Observa-se também que na subcategoria “Resistência ao tratamento”, dos 03 participantes incluídos nesta subcategoria, 02

realizaram tratamento em regime de internação em Instituição Psiquiátrica, fato que gerou resistência da família.

Tal constatação remete às discussões sobre as condições de cuidado oferecidas aos pacientes em Hospitais Psiquiátricos. A Reforma Psiquiátrica Brasileira começou a ser implantada em nosso país na década de 70, iniciada principalmente pelos profissionais de saúde mental e familiares dos pacientes, os quais denunciavam as péssimas condições dos hospitais psiquiátricos. Em 1990, o Brasil tornou-se signatário da Declaração de Caracas que propõe a reorganização da atenção psiquiátrica através de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Entende-se que dessa forma, é possível promover a reabilitação psicossocial através do trabalho, cultura e lazer; sem isolar o paciente de sua família/comunidade (NEVES, 2012). No relato P1, um dos motivos elencado pelo cônjuge para não aceitar a internação da participante é porque não gosta de ficar distante dela. Já, em outro relato (P9), a irmã considera o local inadequado para o tratamento da participante. Diante de tais dados, surge a dúvida: os familiares continuariam se opondo ao tratamento caso fosse conduzido nos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos?

Um único relato da categoria/subcategoria “Família/Resistência ao tratamento” envolvia tratamento ambulatorial, diferentemente dos outros relatos que envolvia tratamento sob regime de internação em Hospital Psiquiátrico. Este relato referia-se à recusa do esposo em realizar terapia de casal com a participante conforme indicado por profissional com quem participante realizava tratamento.

Ao analisar a categoria “**Rede de saúde**”, a maioria dos relatos foi inserida na subcategoria “**Trajetória de acesso**”. Entre os relatos

sobre as facilidades de acesso ao serviço de saúde, destaca-se o seguinte relato:

Foi bom para mim ficar internada no IPQ porque lá eu tinha atendimento com o psiquiatra 03 vezes por semana, todos os dias tinha consulta com o clínico geral e quando eu queria podia consultar com a psicóloga. Também tinha terapia em grupo, terapia ocupacional, palestras e outras atividades. Enquanto eu estava internada, pensava em suicídio só à noite porque aí o IPQ ficava mais vazio (P1).

Observa-se como um mesmo tratamento, em uma mesma instituição pode ser interpretada como algo positivo por alguns participantes enquanto outros participantes consideram essa mesma situação como algo negativo. No relato apresentado acima, observa-se que o tratamento no Hospital Psiquiátrico se constituiu em um fator de proteção para o suicídio já que a participante relatou que apresentava pensamentos suicidas apenas à noite, pois nesse horário o Hospital Psiquiátrico encontrava-se menos movimentado. Além do mais, essa mesma participante relatou os benefícios da facilidade de acesso aos profissionais de saúde durante a internação em Hospital Psiquiátrico, assim como a importância do atendimento em grupo (a única situação que parece ter incomodado a participante durante a internação no Hospital Psiquiátrico foi escutar os comentários do esposo e de uma paciente sobre o estigma social do tratamento em saúde mental). Entretanto, para outros participantes, o tratamento neste mesmo Hospital Psiquiátrico não foi visto como algo positivo.

Nesta subcategoria - “Trajetória de acesso” - foram encontrados relatos que envolvem a dificuldade de acesso aos serviços de saúde público devido: falta de vaga para novos pacientes; o tipo de tratamento oferecido (em grupo), o qual alguns indivíduos não se



sentem confortáveis para participar; e até mesmo, a falta de encaminhamento para algum serviço de saúde, como pode ser evidenciado no relato abaixo.

Psiquiatra me falou que era importante ir para psicólogo porque só o tratamento psiquiátrico não ia fazer efeito...mas não me disse onde achar psicólogo (P6).

Os participantes desta pesquisa encontravam-se em um momento de fragilidade emocional e deste modo, apresentavam dificuldade de realizar um movimento mais ativo de busca por tratamento. Considerando também que alguns participantes não conhecem o funcionamento do Sistema Único de Saúde, é de extrema importância o profissional de saúde realizar o encaminhamento e as orientações sobre o acesso ao serviço de saúde de forma a facilitar o máximo possível a adesão do participante no tratamento indicado. Esperar que o participante procure o tratamento por conta própria muitas vezes não é adequado devido às razões expostas acima, e nesse sentido foram encontrados dois relatos que se inserem na subcategoria “**Busca ativa**”; ou seja, os serviços de saúde realizaram contato com os participantes antes deles procurarem os serviços conforme exemplificado nos relatos a seguir:

Recebi visita domiciliar do posto (Unidade Básica de Saúde). Minha mãe é idosa e recebia visita mas eu nunca tinha recebido (P33).

Quando ganhei alta do IPQ, o CAPS ligou aqui para casa para marcar atendimento (P41).

A subcategoria “**Recusa por tratamento**”, a qual refere-se ao participante que recebeu indicação de tratamento e não aceitou realizar, foi encontrado apenas um relato:

Eu fazia tratamento com psiquiatra e psicólogo desde 2010 por causa de depressão e vontade de me suicidar. Depois que ganhei alta do HU não quis mais voltar no psicólogo e psiquiatra. Eles até ligaram para mim, mas mesmo assim não aceitei voltar para o tratamento (P16).

Ressalta-se que a participante do relato apresentado acima, é a mesma participante que possui os vizinhos como rede de apoio, os quais eram responsáveis inclusive pela medicação da participante. Participante era casada, entretanto, seu esposo não se constituía uma rede de apoio efetiva devido à constante ausência física e conflitos. Deste modo, surge a hipótese se o abandono do tratamento por parte da participante pode ter sido influenciado pela falta de apoio familiar.

A subcategoria “**Relação com o profissional de saúde**” faz referência ao vínculo dos participantes com os profissionais. Esta subcategoria mostrou-se bastante positiva já que apenas um participante declarou ter se sentido insatisfeito:

Um enfermeiro do HU foi comigo até o IPQ para eu passar na avaliação psiquiátrica...não gostei do enfermeiro e foi constrangedor (P2).

A rotina da unidade de Emergência prevê que o paciente não deve ser transferido para o Hospital Psiquiátrico sem acompanhante. Dessa forma, se não houver familiar presente, um profissional do Hospital Universitário deve acompanhar. Essa situação remete ao

questionamento sobre o quanto da relação da participante com o profissional do Hospital Universitário pode ter sido influenciada pelo fato do participante se encontrar em um momento de fragilidade emocional e sem rede de apoio presente.

Destaca-se que nesta subcategoria encontram-se também relatos que envolvem a discordância do participante quanto às indicações do profissional. Entretanto, todas as discordâncias foram breves e não influenciaram no tratamento indicado como se observa nos relatos a seguir:

O médico do posto disse que eu tinha que ficar um tempo na casa da minha mãe para não ficar sozinha na minha casa. Não gostei de ficar lá, mas sei que realmente era necessário (P3).

Eu não queria ficar internada na clínica de psiquiatria porque achava que não ia tentar suicídio de novo, mas o médico me explicou que a maioria das pessoas tentam suicídio novamente. A internação foi importante também porque eu bebia todo dia e desde que recebi alta da clínica, nunca mais bebi (P5).

Ainda na subcategoria “Relação com o profissional de saúde”, encontra-se um relato (P15) que possui semelhança com o relato P25 (categoria/ subcategoria “Família/busca por atendimento em saúde mental”) devido à intervenção do médico psiquiatra para fornecer informações aos familiares e dessa forma diminuir os conflitos:

Minha família veio até Florianópolis para me buscar e me levaram para a casa deles em Mato Grosso. Quando cheguei lá já tinha psiquiatra e psicólogo marcados para mim. Fiquei uns dias lá fazendo tratamento mas depois eu queria voltar para minha casa, mas minha família não deixava. Aí o psiquiatra conversou com a minha família e mostrou que eu estava sofrendo de estar longe da minha casa. Ele fez

encaminhamento para eu continuar meu tratamento em Florianópolis. Voltei para cá e depois de 05 meses comecei o tratamento com psiquiatra e psicólogo no posto. Mas enquanto eu tava esperado na fila de espera do psiquiatra e psicólogo, era atendida pelo clínico geral, realizei exames... (P15).

Enquanto no relato P25, conforme relatado na categoria/subcategoria “Família/busca por atendimento em saúde mental”, a família reagia violentamente com a participante devido ao seu vício em jogo; no relato P15 o médico teve que intervir devido à “superproteção” da família. Conforme exposto, a família parece ter se tranquilizado apenas após o médico garantir que realizaria os encaminhamentos para paciente continuar o tratamento em sua cidade de origem e após observarem que paciente estava sendo atendida.

Outros participantes explicitaram sobre a relação que estabeleceram com outros pacientes demonstrando afetos negativos e positivos – subcategoria “**relação com os pacientes**”:

Não gostei de ficar internada no IPQ, só tinha pessoas em situações piores que a minha...senti que ali não era meu lugar e os pacientes lá brigam muito (P6).

Foi terrível ficar internada no IPQ, só tinha gente louca e drogada. Eu não falava com ninguém, ficava apenas olhando para o teto...só cuidava da horta e das consultas com psicólogo e psiquiatra (P12).

Destaca-se o relato P1, na qual a participante relata ter percebido a preocupação do estigma social sobre a internação em Hospital Psiquiátrico pois uma paciente lhe contou que ficava se bronzeando no pátio externo do hospital para disfarçar que estava internada. Dessa forma, iria relatar aos colegas que sua ausência foi devido a uma viagem

ao litoral. P1 refere que não deveria existir tal estigma, pois é um hospital como outro qualquer. É importante notar que essa mesma participante relatou na categoria/subcategoria “Família/resistência ao tratamento” que um dos motivos que o esposo era contrário à internação da participante era a preocupação com o que os vizinhos iriam falar ao saber que ela estava internada em Hospital Psiquiátrico.

Destaca-se, ainda nesta subcategoria, o relato de uma participante que além de estabelecer relação com os pacientes internados na Clínica Psiquiátrica, também manteve essa relação após a alta da Clínica:

Quando eu tava internada na clínica, a gente fez um grupo para ler a bíblia todos os dias. Quando recebi alta, a gente continuou se encontrando para ler a bíblia...daí a gente combina sempre na casa de uma pessoa diferente (P5).

Desse modo, a participante conseguiu estabelecer uma rede de apoio a qual poderia ser acessada mesmo após a alta da Clínica Psiquiátrica. O referido grupo não faz parte da rede de saúde, mas pode-se considerar que exerce função protetora do risco de suicídio semelhante aos serviços de saúde, já que configura-se em uma rede de apoio social onde a participante pode procurar ajuda. Esta situação se torna mais importante ao correlacionar que esta mesma participante não obteve o apoio do esposo para a realização do tratamento indicado (terapia de casal).

Por último encontra-se a categoria “**Rede social**” com a subcategoria “**Rede de apoio espiritual**”, na qual traz um relato sobre a procura por ajuda não relacionada à rede de saúde.

Fiz tratamento em um centro de saúde espiritual. Nunca tinha frequentado essa religião...achei pelas redes sociais e resolvi experimentar. Tem me ajudado muito (P31).

Neste relato, a participante demonstrou que diante das dificuldades que estava enfrentando, resolveu procurar algo novo que pudesse lhe ajudar. Encontrou na religião o apoio que precisava.

Optou-se por iniciar a entrevista aplicada na 2ª etapa da pesquisa de forma aberta, a fim de possibilitar maior liberdade para os participantes relatarem sobre as questões que consideraram de maior importância nesse período após a alta hospitalar, conforme demonstrado nos relatos acima. Com a finalidade de compreender a trajetória dos serviços de saúde frequentados pelos participantes, a pesquisadora direcionou a entrevista de forma a obter as informações necessárias.

Após o atendimento no Hospital Universitário, 09 participantes foram encaminhados para avaliação psiquiátrica de urgência, pois a avaliação de risco de suicídio realizada no Hospital Universitário considerou o risco de suicídio elevado. Deste modo, 07 participantes realizaram através da rede pública – 06 no Instituto Psiquiátrico (IPQ)<sup>5</sup> e 01 no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - e 02 através da rede particular, em clínica psiquiátrica devido escolha do participante e familiares.

Dos seis participantes que realizaram avaliação psiquiátrica de urgência no IPQ, 02 realizaram apenas avaliação e 04 receberam indicação de internação após a avaliação. Observa-se que os 02 partici-

---

<sup>5</sup> O Instituto Psiquiátrico é conhecido como Hospital Psiquiátrico pelos usuários e familiares. Dessa forma, nos relatos dos participantes é mais comum encontrar o termo Hospital Psiquiátrico.

pantes que realizaram avaliação no IPQ e não foram internados, não procuraram serviço de saúde para realizar tratamento ambulatorial após a avaliação psiquiátrica. Já os participantes que foram internados (04), todos procuraram atendimento após a alta do IPQ; entretanto, um não conseguiu atendimento psiquiátrico ambulatorial na rede pública por falta de profissional. O participante que realizou avaliação psiquiátrica no CAPS também não conseguiu seguimento ambulatorial por falta de vaga na instituição.

Os outros 18 participantes receberam encaminhamento para seguimento ambulatorial. Destes, 10 procuraram inicialmente atendimento através da rede pública (Unidades Básicas de Saúde e CAPS) e 06 através da rede particular. Dois participantes não procuraram atendimento após o atendimento na unidade de Emergência do Hospital Universitário.

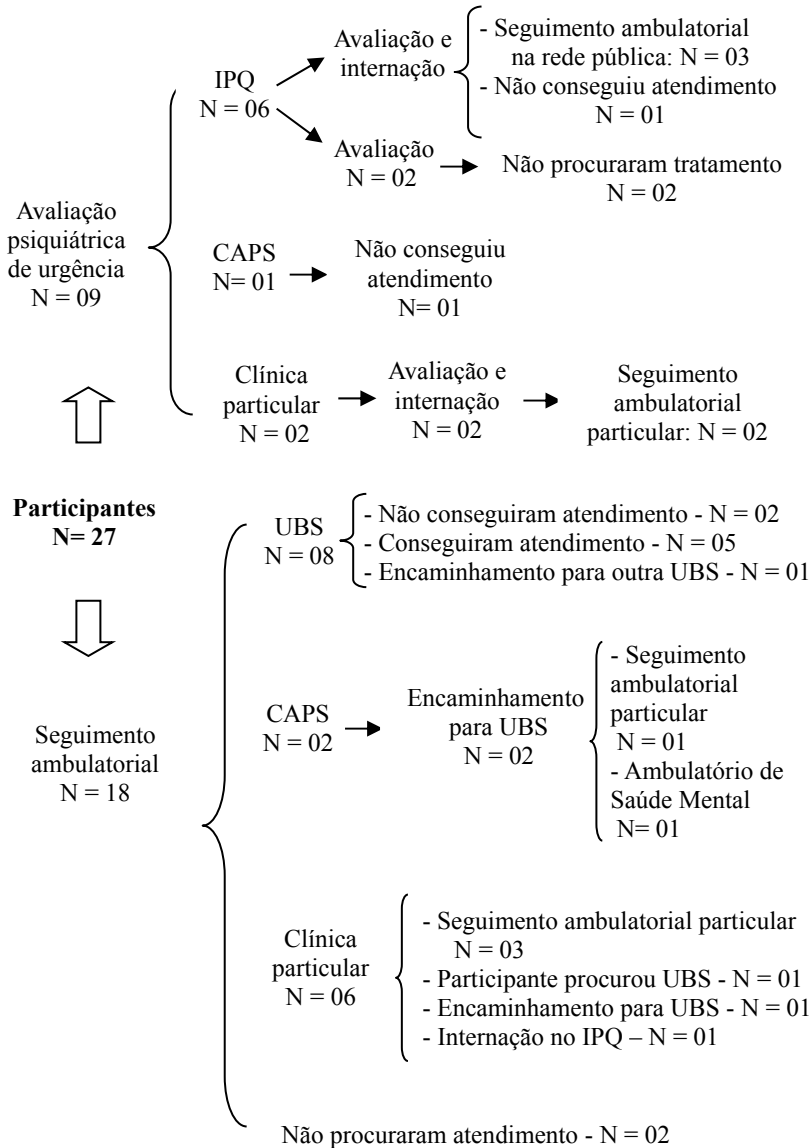
Dessa forma, 08 participantes foram encaminhados à UBS: 05 conseguiram atendimento, 02 não conseguiram por falta de vaga para novos pacientes e 01 foi encaminhado para outra UBS por falta de profissional na UBS mais próxima de sua residência e desistiu do atendimento. Dois participantes foram encaminhados ao CAPS, e a instituição realizou seu encaminhamento para a UBS, pois não se adequava ao “perfil” de pacientes do CAPS. Um participante não quis realizar o atendimento psicológico na UBS, pois a instituição não oferecia atendimento clínico individual, apenas em grupo. Dessa forma, o participante procurou atendimento através da rede particular. O outro participante também precisou receber outro encaminhamento já que não havia psicólogo na UBS e dessa forma, foi encaminhado ao Ambulatório de Saúde Mental.

Dos 06 participantes que procuraram inicialmente atendimento através da rede particular, metade (03) realizaram o acompanhamento ambulatorial sem interrupções e a outra metade dos participantes (03) realizaram outras trajetórias antes de seguir o acompanhamento ambulatorial. Desse modo, um participante não ficou satisfeito com o atendimento do profissional da clínica particular e procurou a UBS. Por falta de profissionais no momento, a UBS realizou o encaminhamento ao CAPS. Desse modo, realizou tratamento no CAPS até o momento em que a UBS entrou em contato disponibilizando atendimento. Outro participante que realizava tratamento na rede particular também procurou a rede pública: realizava tratamento particular na cidade de sua família e ao relatar que iria voltar à sua cidade, profissional realizou seu encaminhamento à UBS próxima à sua residência. Já o último participante que procurou atendimento na rede particular (profissional que já o acompanhava), recebeu encaminhamento para internação no IPQ e após esse período, retornou ao seguimento ambulatorial que já frequentava. A Figura 02 apresenta a trajetória dos participantes pelos serviços de saúde mental.

---



Figura 02 - Apresentação da trajetória dos participantes nos serviços de saúde após atendimento no Hospital Universitário.



Observa-se que os participantes encaminhados para avaliação psiquiátrica de urgência no Instituto de Psiquiatria (IPQ) e que realizaram apenas a avaliação (não receberam indicação de internação), não procuraram tratamento. Tal resultado pode indicar que os participantes – e até mesmo familiares – subestimam a tentativa de suicídio já que não resultou em internação psiquiátrica e dessa forma, não vêem necessidade de realizar tratamento. Já os participantes que realizaram avaliação psiquiátrica de urgência e foram internados, procuraram tratamento ambulatorial após a alta do IPQ.

Outra hipótese refere-se à forma como é realizada a avaliação psiquiátrica de urgência. É importante averiguar, se durante a avaliação, o médico psiquiatra explicou e reafirmou ao participante e familiares que a não indicação da internação não exclui a necessidade do tratamento ambulatorial. Durante o atendimento realizado pelo Serviço de Psicologia da unidade de Emergência, tal questão é esclarecida. Entretanto, como o atendimento na unidade de Emergência é bastante breve, é importante que o profissional que atua no serviço de saúde para onde o participante foi encaminhado, também esclareça tal questão. Os participantes que ficaram internados no IPQ tiveram mais contato não somente com os médicos psiquiatras, mas também com outros profissionais de saúde, os quais podem gradativamente demonstrar a importância do participante continuar o tratamento após a alta. Verwey *et al* (2000) demonstraram que 07 pacientes atendidos no hospital devido tentativa de suicídio haviam recusado realizar tratamento com profissional, entretanto, após reavaliação realizada uma semana após a alta hospitalar, 06 desses pacientes demonstraram interesse em realizar tratamento. Desse modo, é importante o profissional de saúde estar em

contato frequente com o paciente a fim de incentivar o tratamento e auxiliar nas dúvidas que o paciente pode apresentar.

O encaminhamento para o IPQ é realizado somente após verificar que o paciente encontra-se consciente e não apresenta os efeitos adversos da medicação que fez uso para a tentativa de suicídio ou a medicação administrada no Hospital Universitário. Entretanto, é possível que as medicações produzam efeitos não observáveis facilmente. Verwey *et al* (2000) demonstraram que pacientes que tentaram suicídio por overdose de benzodiazepínicos apresentavam amnésia anterógrada (perda de memória para eventos posteriores à doença ou determinado acontecimento). No referido estudo, menos da metade dos participantes reconheceram os psiquiatras que haviam lhe atendido no dia anterior. Dessa forma, levanta-se a hipótese se os participantes que realizaram a avaliação psiquiátrica de urgência no IPQ e não receberam indicação de internação, podem ter recebido as orientações para o tratamento ambulatorial, mas não memorizaram tais orientações. Entretanto, todo paciente encaminhado para avaliação psiquiátrica de urgência no IPQ deve ir acompanhado por um familiar (mais indicado) e na falta deste, por um profissional de saúde do Hospital Universitário. Ao ser acompanhado por um familiar, um dos benefícios é o familiar receber as orientações necessárias junto com o paciente e assim poder auxiliá-lo e incentivá-lo a realizar o tratamento ambulatorial.

A Unidade Básica de Saúde foi o serviço de saúde que mais recebeu participantes (08) após o atendimento na unidade de Emergência do Hospital Universitário. A maioria dos participantes (05) que procuraram a Unidade conseguiram atendimento. Além do mais, 02

participantes que inicialmente procuraram tratamento através da rede particular, posteriormente procuraram a Unidade Básica de Saúde. Ressalta-se que apenas 02 participantes encaminhados para seguimento ambulatorial não procuraram tratamento em nenhum serviço de saúde.

As equipes de Atenção Básica constantemente se deparam com problemas de saúde mental, já que 56% das equipes de saúde da família afirmaram realizar ações de saúde mental (BRASIL, 2003b). Neves (2012) explicita que as equipes de Atenção Básica constituem-se um recurso estratégico para o atendimento às diversas formas de sofrimento psíquico devido a sua proximidade com as famílias e a comunidade do território ao qual pertence. Em 2008 foi implantado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família de forma a ampliar a rede de oferta de ações de saúde através da entrada de diversos profissionais, incluindo o psicólogo e médico psiquiatra. Dessa forma, visa-se diminuir os encaminhamentos dos pacientes a outros pontos da rede de saúde e prioriza-se a promoção de saúde através de ações no próprio território, ao qual o paciente pertence (BRASIL, 2012).

Apenas dois participantes foram encaminhados para seguimento ambulatorial no CAPS e nenhum deles conseguiu realizar o tratamento nesse serviço, pois os profissionais alegaram que não se constituíam “o perfil do paciente do CAPS”. Este serviço de saúde é destinado a atender “pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida” (BRASIL, 2004, p. 13). O Serviço de Psicologia da unidade de Emergência realizou o encaminhamento para o CAPS por considerar que o paciente

apresentava os critérios necessários para ser acompanhado nesse serviço; entretanto, os profissionais do próprio serviço é quem devem avaliar e decidir se os pacientes encaminhados devem ser atendidos naquele serviço. Ressalta-se que apesar dos participantes não conseguirem realizar o tratamento no CAPS, conforme já exposto, o serviço realizou o encaminhamento desses participantes para as Unidades Básicas de Saúde.

O próximo item do questionário indaga se os participantes estão em tratamento psicológico após a alta hospitalar. Nesta questão, apenas 03 participantes (de um total de 27) afirmaram realizar o tratamento, todos na Unidade Básica de Saúde. Dos 03 participantes que relataram estar em tratamento psicológico após a alta hospitalar, apenas um já realizava anteriormente ao atendimento na unidade de Emergência. Os outros 02 participantes iniciaram o tratamento psicológico após a alta hospitalar, sendo que um participante iniciou uma semana após a alta e o outro participante iniciou 04 meses após a alta hospitalar. Já os participantes que não estão em tratamento psicológico citaram entre os motivos:

1. *Não vêem resultado no tratamento psicológico* (03 participantes) – realizaram tratamento psicológico anteriormente e “não viam resultado, sentiam que não estava funcionando”;
2. *Dificuldade de acesso* (05 participantes) – sendo que 04 participantes tentaram atendimento com profissionais da rede pública e 01 tentou atendimento através do plano de saúde da rede particular.

3. *Dificuldade de se adequar aos horários do profissional* (03 participantes) – um participante realizava tratamento com psicóloga voluntária, à qual não tinha muitos horários disponíveis e paciente começou a trabalhar o que dificultou para encontrarem um horário comum. Outra participante não quis realizar tratamento psicológico na rede pública, pois o horário marcado era muito cedo e não conseguiria acordar neste horário já que possui dificuldade para dormir; realizou consulta em clínica particular, mas desistiu devido aos gastos financeiros. O terceiro participante perdeu a vaga em Clínica Social porque faltou as consultas (possuía consulta médica no mesmo horário).
4. *Não procuraram atendimento psicológico* (04 participantes) – 03 participantes relataram não ter procurado atendimento pois se sentem bem; 01 participante referiu não se sentir bem e psiquiatra que lhe atende falou da importância do tratamento psicológico, mas não recebeu encaminhamento.
5. *Iniciaram tratamento e receberam alta* (03 participantes) - dois participantes receberam alta do psicólogo da Unidade Básica de Saúde e outro participante comunicou o desejo de finalizar o acompanhamento e o profissional concordou. Esta participante explicou que realizava terapia em grupo em Unidade Básica de Saúde próxima à casa de sua mãe, onde ficou alguns dias após a alta hospitalar. Ao

voltar para seu bairro de origem, conversou com o (a) psicólogo (a), pois já se sentia bem e pretendia não voltar ao grupo.

Um dos participantes que relatou ter recebido alta do psicólogo, explicou que este iria trabalhar em outra UBS e falou ao participante que se sentisse necessidade poderia procurar o novo profissional que iria iniciar na UBS. O participante realizou ainda um atendimento com o novo profissional.

6. *Dificuldade de acesso devido à distância (03)* – participante foi encaminhada para Unidade Básica de Saúde mais distante de sua residência, pois na Unidade mais próxima não havia psicólogo. Refere que gostou do atendimento psicológico e gostaria de continuar caso houvesse mais próximo de sua residência. Possui dificuldade de deslocamento, pois possui filha recém-nascida.

Outro participante iniciou tratamento psicológico (rede particular) na cidade dos pais e irmãos, onde ficou durante um mês e 15 dias após a alta hospitalar. Após voltar para sua cidade de origem, ficou de ir uma vez por mês no atendimento psicológico, entretanto não retornou ao tratamento conforme o combinado. Refere não sentir necessidade no momento.

Outra participante relata ter iniciado tratamento psicológico particular após a alta hospitalar, mas desistiu devido à distância de sua residência.

7. *Outros motivos* (03) – um participante relatou que o psicólogo do CAPS lhe indicou tratamento psiquiátrico, dessa forma, não iniciou tratamento psicológico. Outro participante iria realizar tratamento psicológico, mas a psicóloga entrou de férias; paciente iniciou tratamento psiquiátrico e não procurou mais o tratamento psicológico. O terceiro participante estava realizando tratamento psicológico, mas teve de interromper devido à saída da psicóloga da UBS.

As diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Portaria nº 4.279) estabelecem como um dos atributos essenciais para a efetividade da rede, o acesso dos usuários aos serviços. Explicita que o acesso envolve 03 dimensões: disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários. Desse modo, para que o serviço de saúde atenda aos usuários de modo resolutivo e efetivo, o atendimento deve ser disponibilizado ao usuário em um tempo de espera adequado, com horários de atendimento convenientes e facilidade de contato com os profissionais (BRASIL, 2010a).

Observa-se, entretanto, que a maioria dos motivos elencados para a não realização do tratamento psicológico referem-se a algum tipo de dificuldade de acesso: ao profissional devido à falta de vaga para pacientes tanto na rede pública quanto particular devido à grande demanda de pacientes ou ao reduzido número de profissionais (e até mesmo a ausência de profissionais); dificuldade de acesso devido à distância (o qual também é uma dificuldade preocupante já que a rede de



saúde foi estruturada utilizando os conceitos de territorialização de modo a atender as pessoas de acordo com o local onde residem); dificuldade de encontrar horário de atendimento e por fim, profissionais que deixam de trabalhar na UBS e o serviço demora a conseguir contratar novos profissionais. Ressalta-se que a maioria dos participantes procurou atendimento psicológico (23/ 27).

No item “outros motivos” encontram-se 03 relatos, sendo que dois deles são semelhantes: participantes referem que não estavam realizando tratamento psicológico pois estavam em tratamento psiquiátrico. Ressalta-se que os dois participantes procuraram o profissional de psicologia antes da realização do tratamento psiquiátrico; entretanto um foi encaminhado para o médico psiquiatra pelo psicólogo e o outro não conseguiu contato com o psicólogo, pois este estava de férias. Quando os participantes citam que não estão em tratamento psicológico, pois estão realizando tratamento psiquiátrico, faz-se importante entender se os participantes compreendem a diferença entre os dois tratamentos e a complementariedade deles, já que os tratamentos não são excludentes; e inclusive, em muitos casos, é necessário que o paciente realize ambos. Ressalta-se que conforme demonstrado no Registro Interno de Atendimento Psicológico, dos 27 participantes da pesquisa, 18 foram encaminhados para o acompanhamento ambulatorial psicológico e psiquiátrico. Os demais participantes (09) foram encaminhados para avaliação psiquiátrica de urgência.

Através das respostas dos participantes, observa-se que alguns não conhecem o funcionamento da rede de saúde e não sabem onde procurar atendimento; outros demonstram sintomas de humor deprimido que os mantêm desmotivados a procurar atendimento. Deste modo,

fornecer informações e facilitar o acesso dos participantes aos serviços de saúde, provavelmente aumentará a adesão dos participantes aos tratamentos sugeridos. É fundamental sempre realizar o encaminhamento do participante para algum serviço de saúde. No item “não procuraram atendimento psicológico”, encontra-se o relato de um participante que refere não estar se sentindo bem emocionalmente e psiquiatra lhe falou da importância de procurar um psicólogo. Nesse caso, o participante possui alguns fatores que facilitam sua adesão ao tratamento psicológico: possui a percepção de que não está bem emocionalmente, procurou ajuda profissional (médico psiquiatra) e este lhe incentivou a realizar tratamento psicológico. Entretanto, ao não realizar o encaminhamento, o paciente pode encontrar dificuldades para realizar o tratamento psicológico já que conforme o exposto, muitas vezes, o paciente não conhece a rede de saúde e não sabe onde encontrar os profissionais; ou encontra-se muito fragilizado emocionalmente para ter uma atitude mais ativa de procurar um profissional sem indicação de onde encontrar.

Observa-se que diante de algumas intercorrências – como mudança de cidade – os participantes interrompiam o tratamento e não iniciavam novamente. Tal dado pode demonstrar, assim como já relatado, a baixa adesão ao tratamento quando o percurso do participante ao serviço de saúde é dificultado por algum motivo; seja por motivos pessoais, seja por questões da organização da Rede de saúde. Em alguns relatos, os participantes declaravam que sua desmotivação para iniciar o tratamento com outro profissional (nos casos de mudança de cidade, ou da saída do profissional do serviço de saúde) é o fato de ter que iniciar o tratamento desde o começo; ou seja, contar sobre a sua vida, suas

experiências e sofrimento a um novo profissional. Alguns participantes (inclusive os que desistiram de participar da 2ª etapa) relatam que é muito doloroso falar da tentativa de suicídio e os eventos relacionados ao ato e preferem evitar o assunto.

Friendlander *et al* (2012) alertaram para a tendência que algumas pessoas apresentam de esconder informações pessoais angustiantes dos outros, o que chamam de “auto-ocultação” e referem que tal comportamento é frequente entre os adolescentes com comportamentos suicidas. Desse modo, há pacientes que não revelam seus sentimentos e pensamentos, mesmo quando indagados. Os profissionais de saúde devem estar atentos à essa possibilidade e utilizar não apenas o relato verbal do paciente para a avaliação do risco de suicídio, mas também o relato de familiares e pessoas próximas do paciente e a análise dos fatores protetores e de risco.

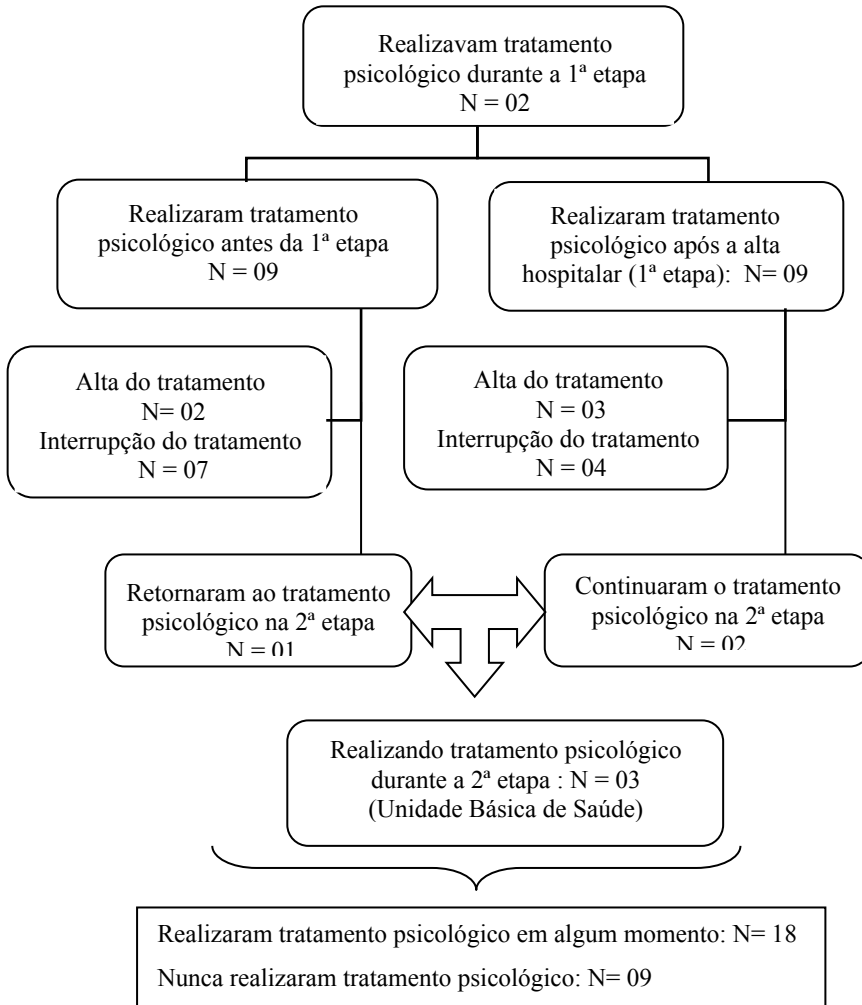
Diante de situações como as relatadas acima – de pacientes que não procuram tratamento (entre outras situações, como dificuldade de locomoção, dificuldade de procurar o serviço de saúde devido ao humor deprimido) faz-se importante a busca ativa de pacientes e as Visitas Domiciliares realizadas pelas equipes de Saúde da Família das Unidades Básicas de Saúde. O Serviço de Psicologia da unidade de Emergência, após realizar o encaminhamento dos pacientes para os serviços da rede de saúde, realiza contato telefônico com a equipe da UBS a fim de comunicar a ocorrência da tentativa de suicídio e a necessidade de acompanhamento ambulatorial. Dessa forma, a UBS possui conhecimento sobre as demandas da população de seu território, podendo inclusive promover ações preventivas. Além do mais, caso o paciente tenha sido encaminhado para UBS e não tenha comparecido à

Unidade, a equipe de Saúde da Família consegue mesmo assim, ter contato com o paciente para oferecer o tratamento já que realiza a busca ativa do paciente através da visita domiciliar.

Tal ação vai ao encontro dos pressupostos do SUS, como por exemplo, a equidade que prevê a garantia de ações e serviços a todos os cidadãos considerando as situações de risco, condições de vida e saúde de cada indivíduo (BRASIL, 1990). Sendo assim, o Sistema Único de Saúde considera que o cidadão não pode ser privado do acesso ao serviço de saúde sob nenhuma circunstância; e garante o acesso aos serviços de saúde mesmo que o cidadão não tenha procurado tal serviço. Ressalta-se que a atenção domiciliar também é realizada pelas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, assim como em outros serviços de saúde (BRASIL, 2004).

A entrevista analisa não apenas a realização de tratamento psicológico atualmente (após a alta hospitalar), mas também se os participantes já realizaram em algum outro momento. Deste modo, observa-se que 09 participantes referiram ter realizado tratamento psicológico anteriormente ao atendimento no Hospital Universitário (1ª etapa). Entretanto, durante o atendimento no Hospital, apenas dois participantes estavam realizando tratamento psicológico e após a alta hospitalar, 09 participantes realizaram pela 1ª vez tratamento psicológico. Ou seja, dos 27 participantes da pesquisa, 18 realizaram em algum momento tratamento psicológico e apenas 09 participantes referiram nunca ter realizado; conforme aponta a Figura 03.

Figura 03 - Exposição dos dados referentes à realização de tratamento psicológico, de acordo com os participantes, em diferentes etapas da pesquisa.



Os participantes que realizaram tratamento psicológico anteriormente ao atendimento no Hospital Universitário, justificaram a interrupção do tratamento de modo semelhante ao relatado pelos participantes que não estavam realizando tratamento atualmente (ou que iniciaram após a alta hospitalar e já interromperam): receberam alta do profissional; não sentiam melhora dos sintomas; sentiam-se bem e por isso não viam mais necessidade de continuar o tratamento; gastos financeiros; realizava tratamento em outra cidade e ao se mudar não procurou outro profissional. Destaca-se a resposta de uma participante que após a alta hospitalar iniciou novamente tratamento psicológico e mostrou-se bastante motivada. Explica que já havia realizado tratamento psicológico com duas profissionais e acabava interrompendo, pois “não estava preparada para perceber que eu precisava mudar, que o profissional sozinho não iria resolver meus problemas, e na verdade, é isso que o depressivo quer” (P1).

Wei *et al* (2013) realizaram um estudo no qual ofereciam terapia cognitiva em grupo aos pacientes atendidos em hospital geral devido tentativa de suicídio. Muitos pacientes demonstraram não compreender a relevância da terapia e consideravam tal intervenção uma conversa como as que já haviam tido com seus familiares e dessa forma, não necessitavam ir ao hospital para esse tipo de intervenção. Observaram também a recusa em realizar esse tipo de intervenção devido ao estigma da doença mental. Os pacientes pareciam acreditar que realizar terapia significa possuir transtornos mentais e justificavam a recusa da intervenção afirmando que a tentativa de suicídio foi provocada por eventos estressores e não devido a transtornos mentais. Além do mais, o comportamento suicida na China é considerado

vergonhoso e segundo um velho ditado na China: "vergonha doméstica não deve ser tornada pública" (p. 112). Desse modo, alguns pacientes e familiares podem interpretar que o acompanhamento é um insulto para eles, já que muitos relutam até mesmo mencionar o ocorrido. Durante a pesquisa, muitos participantes e familiares não admitiram a tentativa de suicídio e inclusive, alguns desligaram o telefone expressando raiva quando os pesquisadores tentaram estabelecer contato.

Apesar da pesquisa ter sido realizada em um país com aspectos culturais e sociais diferentes do Brasil, algumas questões podem ser observadas também no Brasil como a associação que a sociedade, de forma geral, faz entre o tratamento psicoterápico e a presença de transtornos mentais. O profissional deve estar disposto a escutar paciente e familiares a fim de entender os motivos elencados para não realizar o tratamento psicoterápico; assim como estar atento a possíveis estigmas que podem estar motivando a recusa do tratamento. Desse modo, é possível elucidar como funciona o tratamento psicoterápico - o qual é voltado para pessoas em sofrimento emocional, independente da presença de transtorno mental – e seus objetivos.

Ao indagar se os participantes estavam em tratamento psiquiátrico após a alta hospitalar, 14 afirmaram estar realizando (de um total de 27 participantes). Destes 14 participantes, 09 realizavam tratamento psiquiátrico na rede pública e 05 em rede particular. Todos participantes que afirmaram estar realizando tratamento psiquiátrico através da rede particular, já realizavam anteriormente – 03 participantes realizam tratamento psiquiátrico há menos de um ano; dois participantes realizam tratamento psiquiátrico há mais de um ano, sendo que um desses participantes declarou que há 15 anos frequenta psiquiatra (e

psicólogo) de maneira irregular. Já os participantes que afirmaram estar realizando o tratamento através da rede pública, 05 iniciaram após a alta hospitalar e 04 já realizavam o tratamento durante a 1ª etapa.

Os participantes que não estavam em tratamento psiquiátrico (13) elencaram entre os motivos: não havia indicação (05); serviço de saúde público não tinha vaga (04); não sentiu necessidade de procurar o tratamento (01); realizou tratamento psiquiátrico após a alta hospitalar e recebeu alta (01); realizava tratamento psiquiátrico durante a 1ª etapa, mas desistiu do tratamento, pois não sentia melhora dos sintomas (01); dificuldade de acesso pelo plano de saúde particular (01). Assim como no tratamento psicológico, a maioria dos participantes (20) procurou os serviços/ profissionais de saúde para realizar o tratamento psiquiátrico.

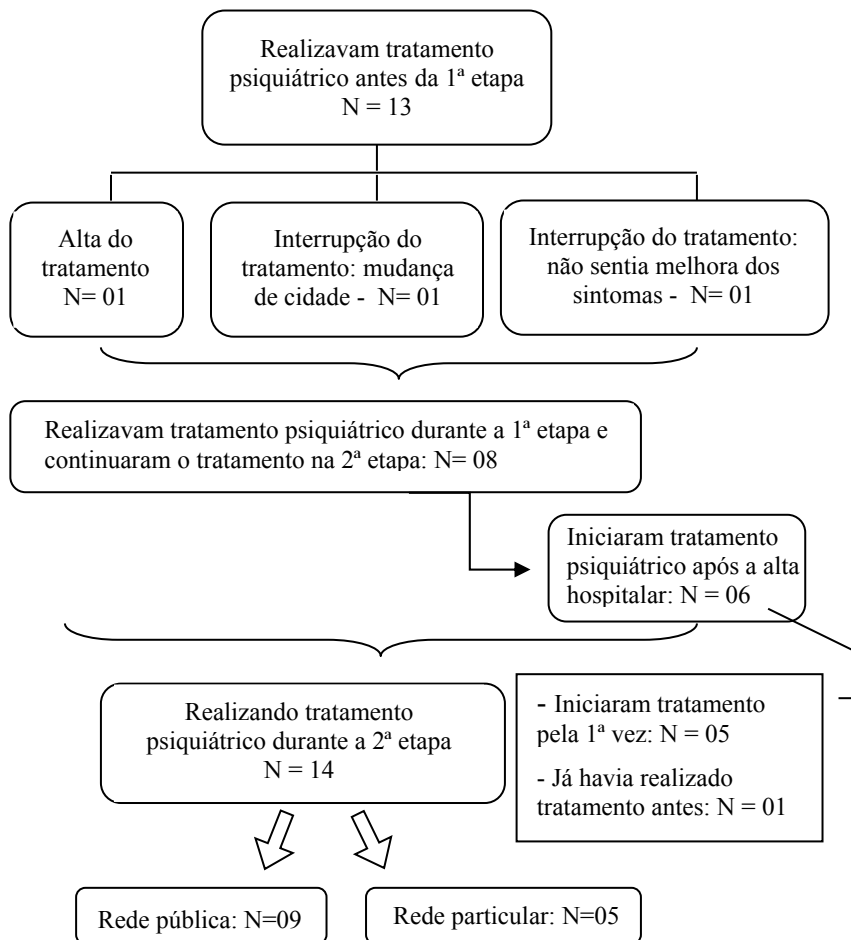
Ao indagar se os participantes realizaram tratamento psiquiátrico com outros profissionais, constata-se que 10 participantes nunca realizaram tratamento psiquiátrico, enquanto 13 já haviam realizado tratamento psiquiátrico antes do atendimento no Hospital Universitário. Destes 13 participantes que já haviam realizado tratamento psiquiátrico em algum momento da vida, 10 ainda estavam realizando o tratamento psiquiátrico durante o atendimento no Hospital Universitário (1ª etapa). Três participantes relataram não estar realizando o tratamento psiquiátrico por motivo de alta, mudança de cidade e por não sentir melhora dos sintomas.

Observa-se que apenas dois participantes que estavam realizando tratamento psiquiátrico na 1ª etapa, desistiram do tratamento durante a 2ª etapa pelos seguintes motivos: um participante alegou não sentir melhora dos seus sintomas e outro participante alegou dificuldades de conseguir consulta pelo plano de saúde. Oito



participantes que estavam realizando tratamento psiquiátrico na 1ª etapa continuaram o tratamento na 2ª etapa; e 06 participantes iniciaram o tratamento psiquiátrico após a alta hospitalar (2ª etapa). Dos 06 participantes que iniciaram tratamento psiquiátrico na 2ª etapa, 05 estavam realizando o referido tratamento pela 1ª vez e apenas um participante já havia realizado anteriormente ao atendimento no Hospital e retornou ao tratamento na 2ª etapa. Desse modo, 14 participantes estavam realizando tratamento psiquiátrico na 2ª etapa; como pode ser visualizado na Figura 04.

Figura 04 - Exposição dos dados referentes à realização de tratamento psiquiátrico, de acordo com os participantes, em diferentes etapas da pesquisa.

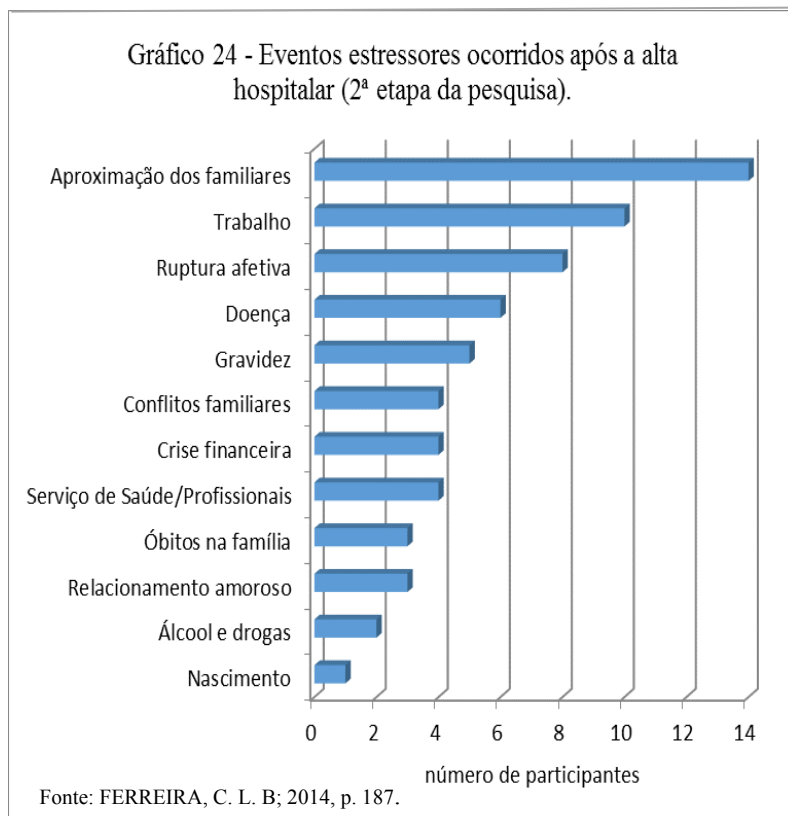


Dos participantes que realizavam tratamento psiquiátrico na 1ª etapa e continuaram o tratamento na 2ª etapa (08), a maioria (05) continuaram com o mesmo profissional. Os 03 participantes que não continuaram com o mesmo profissional que já os acompanhava, foi devido à realização do tratamento em outro serviço de saúde. Deste modo, um participante que realizava tratamento psiquiátrico através de serviço de saúde exclusivo aos profissionais e seus dependentes de determinada instituição na 1ª etapa, foi encaminhada na 2ª etapa para a rede pública; refere que preferiu continuar o tratamento na rede pública. Outro participante, durante a 1ª etapa, já havia realizado avaliação psiquiátrica em instituição pertencente à rede pública e foi encaminhado para outra instituição; na 2ª etapa iniciou o tratamento na instituição à qual foi encaminhado. O terceiro participante realizava tratamento psiquiátrico na rede pública e foi encaminhado para outro serviço da rede pública, mais próximo de sua residência após o atendimento no Hospital Universitário, o que considerou benéfico

A entrevista indaga se os participantes tentaram suicídio novamente após a alta hospitalar. Nesta questão, apenas 03 participantes afirmaram que houve tentativa de suicídio nesse período enquanto 24 participantes negaram tal situação. Dos três participantes que relataram tentativa de suicídio durante a 2ª etapa, realizada no período de aproximadamente 06 meses após a alta hospitalar, 02 participantes possuíam algumas semelhanças: sexo feminino, não realizavam tratamento psiquiátrico ou psicológico durante o atendimento no Hospital (1ª etapa) e não realizaram tratamento após a alta hospitalar (2ª etapa), possuíam 2 ou mais tentativas de suicídio prévias. Uma das participantes manteve ideação suicida durante o atendimento no

Hospital Universitário e recebeu encaminhamento para realizar avaliação psiquiátrica de urgência à qual resultou em internação em Instituição Psiquiátrica; esta paciente já havia sido internada em Instituição Psiquiátrica após tentativa de suicídio demonstrando dessa forma diversos fatores de risco.

O último item da entrevista pergunta aos participantes sobre a presença de eventos estressores ou outros eventos, considerados importantes para os participantes, ocorridos após a alta hospitalar e elencaram as seguintes categorias, apresentadas na Gráfico 24.



Apenas um participante não citou nenhum evento estressor ou algum evento que considera importante durante o período de aproximadamente 06 meses da alta hospitalar. Alguns relatos, que inicialmente foram classificados na categoria “outros”, apresentavam semelhanças e desse modo, optou-se criar 05 novas categorias na figura acima (que não se encontram originalmente na entrevista – apêndice 1): aproximação dos familiares; trabalho; relacionamento amoroso; serviço de saúde/ profissionais; álcool e drogas. Além da inserção de novas categorias na figura acima, houve a retirada de uma categoria - desemprego - que estava inclusa no instrumento da entrevista mas nenhum participante assinalou tal alternativa.

A categoria “**aproximação dos familiares**” foi a que apresentou maior número de relatos (14), os quais se referem ao acolhimento de seus familiares tanto no nível emocional quanto nas questões acerca de vigilância e restrições aos meios letais; maior compreensão dos familiares sobre comportamento dos participantes; redução de brigas e conflitos, conforme exemplificado nos relatos a seguir:

Depois que saí do hospital, estou conseguindo conversar mais com a minha família, me abrir mais (P19).

Entretanto, conforme já demonstrado, algumas relações de cuidado e aproximação dos familiares ocorreram de maneira efêmera, como mostram os relatos abaixo:

A minha família ficou mais perto de mim logo depois da tentativa de suicídio...na verdade já tentei suicídio outras vezes, mas ninguém ficou sabendo. Mas agora a família já está de novo cada um para um lado (P2).

Destaca-se que o relato de uma participante (P8) que relatou ter tentado suicídio como uma forma de chamar a atenção do ex-marido; mas percebeu que seu ato não provocou o efeito desejado já que o ex-marido se aproximou apenas por um breve período. Apenas uma participante da pesquisa declarou que o objetivo da tentativa de suicídio foi chamar a atenção. Dados semelhantes foram encontrados através da Escala de Ideação Suicida Beck a qual demonstrou que apenas 02 participantes na 1ª etapa e 01 participante na 2ª etapa da pesquisa declararam que as razões para o suicídio tinham em vista principalmente “influenciar os outros, conseguir se vingar das pessoas, torná-las mais felizes, fazê-las prestar mais atenção em mim” (figura 13 - Exposição dos dados referentes ao item “Razões para a tentativa de suicídio” da Escala de Ideação Suicida Beck).

Dessa forma, poucos participantes declararam que tentaram o suicídio como forma de chamar a atenção de outras pessoas. É comum encontrar na população o pensamento errôneo (mito) de que a tentativa de suicídio é apenas uma forma de chamar a atenção, afinal quem quer se matar realmente consegue (OMS, 2006). O comportamento suicida deve ser entendido como um pedido de ajuda, evidenciando que o indivíduo encontra-se em um momento de dor psíquica considerada insuportável (OMS, 2006; WALLAUER, MALISKA, 2012; BERTOLETE, MELLO-SANTOS, BOTEGA, 2010). Ou seja, o comportamento suicida pode ser considerado um ato para “chamar a atenção”; mas para chamar a atenção sobre si, sobre sua dor, sua angústia. Mesmo os participantes que declararam que a razão apresentada para o suicídio foi chamar a atenção de outras pessoas, evidenciam uma dor psíquica forte, pois mostram-se muito dependentes

desse “outro”; sendo capaz inclusive de colocar sua vida em risco a fim de ser “enxergada” por essa outra pessoa.

Ainda na categoria “aproximação dos familiares”, é importante ressaltar que essa aproximação, por si só, não significa necessariamente um evento positivo. Assim como já explicitado, sobre os fatores de risco e protetores do suicídio, os quais não podem ser observados de maneira rígida e isolada; o mesmo se aplica à essa categoria. Ou seja, a aproximação dos familiares comumente é considerada um evento positivo, mas dependendo da circunstância dessa aproximação, pode não ser benéfica; principalmente se tal aproximação não envolve a preocupação, a intenção de cuidado com o participante como exemplificado no relato a seguir:

Meu esposo estava morando em outra cidade e agora voltou para casa, porque está com problema de saúde. O problema é que já cuido da minha mãe que é idosa e também tem os problemas de saúde dela e da minha filha que é especial (P22).

Assim como no primeiro item da entrevista, aqui encontrou-se relatos sobre a influência do profissional de saúde nesse processo de aproximação dos familiares:

Meu esposo ficava me chamando de louca por causa dos remédios que eu tomo para depressão, mas depois que psicóloga conversou com ele, ele parou (P18).

Do lado oposto, encontra-se a categoria “**conflitos familiares**” (04 participantes), no qual observa-se o afastamento entre os familiares e participante:

Meu filho e minha nora moravam aqui comigo, mas a gente estava brigando muito e eles arranjaram uma casa só para eles (P17)

Depois da minha tentativa de suicídio, eu e meu esposo acabamos nos separando, mas as brigas não pararam...só aumentaram. Ele queria pegar as crianças, tivemos que ir para a justiça e um dia a briga foi tão feia que os vizinhos chamaram até a polícia aqui em casa (P16).

No relato apresentado acima, é possível observar como vários eventos podem estar relacionados. No caso da P16, os conflitos conjugais desencadeavam ideação suicida na participante, após a tentativa de suicídio decidiu se separar do cônjuge (categoria “ruptura afetiva”) e devido à essa situação houve um conflito bastante sério o qual teve de ser interrompido pela polícia (categoria “conflito familiares”). Nesse mesmo período, participante saiu de seu antigo emprego e iniciou um novo. Entretanto já demonstra desejo de mudar de emprego novamente (categoria “trabalho”). Ressalta-se que essa participante (já referida no primeiro item da entrevista) foi a única a recusar tratamento. Realizava tratamento psiquiátrico e psicológico em serviço público de saúde e possuía os vizinhos como rede de apoio, inclusive como responsáveis por sua medicação já que esposo se ausentava constantemente e havia conflitos nessa relação. Participante deixou de frequentar o serviço de saúde e profissionais ligaram lhe procurando; entretanto, participante recusou o tratamento.

Diante de tudo o que a participante expôs, principalmente o evento da separação conjugal e conflito envolvendo a guarda dos filhos no período de 06 meses após o atendimento na unidade de Emergência do Hospital Universitário, torna-se preocupante a participante não estar



realizando o tratamento neste momento de grandes mudanças e que podem ocasionar uma fragilidade emocional.

Na categoria “**trabalho**” encontram-se relatos (10) sobre a concessão de aposentadoria por problema de saúde; readaptação de função; iniciação pela primeira vez no mercado de trabalho; pedido de demissão no emprego; inserção em novo emprego. Nesta categoria não estão presentes relatos de desemprego, já que para esse tema havia uma categoria específica; na qual não houve nenhum relato.

Quando sai do HU, comecei a ir num psicólogo e psiquiatra. Eles falaram que era bom eu me afastar do trabalho mas não achei uma boa ideia...acho pior ficar sem trabalhar, o trabalho me faz esquecer um pouco os problemas. Aí fui readaptada de função porque onde eu tava eu realmente me estressava muito (P20).

Observa-se uma semelhança entre os relatos: apesar de um envolver afastamento definitivo do trabalho (aposentadoria) e os outros não envolveram o afastamento do trabalho, os participantes demonstraram a preocupação em ter alguma atividade - seja ela trabalhista ou não - evidenciando a importância de realizar algo prazeroso e que lhes ajude a não pensar apenas nos problemas.

Ainda na categoria “trabalho”, encontrou-se relatos sobre a mudança de rotina após a tentativa de suicídio, demonstrando que os participantes realizaram movimentos de mudanças de rotina:

Estou trabalhando, fazendo caminhadas e cultivando flores...e fiz uma nova amizade. Já tive outras tentativas de suicídio, mas essa foi diferente, essa serviu para me acordar e procurar ajuda (P2).

Meu marido nunca me deixou trabalhar A gente brigava muito, tanto é que foi por causa dele que tentei suicídio. Agora estou trabalhando pela primeira vez na minha vida (P3).

Assim como nos casos de rupturas afetivas, encontrou-se muitos relatos nesta categoria de trabalho. Considerando que grande parte do tempo as pessoas convivem com o cônjuge e colegas de trabalho, tais áreas possuem um peso muito grande na vida do indivíduo.

Evidenciou-se que a tentativa de suicídio foi um evento considerado “estopim” para que os indivíduos refletissem o que desejavam para sua vida, quais rumos sua vida estava seguindo e o que deveria ser feito para mudar. Desse modo, encontrou-se relatos de grandes mudanças na vida dos participantes envolvendo rupturas afetivas, iniciação em emprego e readaptação de função no emprego.

Na categoria “**rupturas afetivas**”, assinalada por 08 participantes, encontram-se os casos de separações entre namorados e cônjuges. Conforme relatado anteriormente, 04 participantes que apresentavam estado civil casado/união estável durante a 1ª etapa da pesquisa definiram seu estado civil como separados na 2ª etapa. Dos 08 participantes que relataram separação do cônjuge/namorado após a alta hospitalar, apenas 01 se constituiu em uma separação temporária já que casal reatou relacionamento. Kurtas *et al* (2012) demonstraram através da análise de bilhetes suicidas que os motivos mais alegados pelas mulheres para o suicídio foram os problemas de relacionamento. Tal dado pode estar relacionado às exigências que as mulheres sofrem da sociedade, para que se casem e formem uma família. Apesar de tais valores terem se modificado bastante ao longo dos anos e cada vez mais se observa a igualdade entre os homens e mulheres, ainda é comum

encontrar mulheres que se sentem inferiorizadas por não ter encontrado um companheiro. Já a categoria “relacionamento amoroso” envolve os casos de participantes (03) que iniciaram um relacionamento após a alta hospitalar.

A categoria “**doenças**” (06 participantes) envolveu não apenas as doenças/problemas de saúde apresentados pelo participante; mas também em familiares ou pessoas que sejam importantes para o participante. Um exemplo de como a doença de um familiar possui um significado importante para o participante são os seguintes relatos:

Estou triste porque um familiar meu está internado no hospital e a família está se revezando nos cuidados...só que eu não estou encontrando forças para ajuda, ando muito deprimido (P1).

Três dias depois que saí do HU, minha filha teve que ser atendida no hospital porque estava com hemorragia e médico explicou que era por causa de estresse emocional. Eu acho que ela ficou assim por causa das brigas entre eu e o pai dela, e que por causa disso tentei suicídio. Os meus sogros também não estão bem, estão deprimidos por causa da separação entre eu e o filho deles (P20).

Nesta categoria, 02 participantes relataram situações de saúde envolvendo familiares enquanto 02 participantes relataram situações que envolviam a si mesmos: um participante teve infarto e outro iria realizar uma cirurgia sobre um problema de saúde de longa data.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) refere que as consequências do suicídio não envolvem apenas o indivíduo: em média, 05 ou 06 pessoas próximas do falecido sofrem repercussões emocionais, sociais e econômicas. Apesar da pesquisa e o relato apresentado se

referir à tentativa de suicídio e não ao suicídio de fato, é possível considerar que a tentativa de suicídio também repercute nos familiares e pessoas próximas. Conforme demonstrado por Werlang e Botega (2004), a tentativa de suicídio é o comportamento suicida mais próximo do suicídio propriamente dito; houve a intencionalidade de morte e a utilização de método, entretanto tal ato não acarretou na morte do indivíduo.

A categoria “**gravidez**” envolveu relatos dos participantes (05) sobre a gravidez em membros da família e em amiga, mudando dessa forma a dinâmica e os papéis na família: a mãe torna-se avó, a irmã torna-se tia e assim por diante. Ao considerar as mudanças ocorridas na família que irá receber um novo membro, é possível compreender o quanto pode ser difícil se preparar para tais mudanças e num momento seguinte, receber a notícia de que a gestante sofreu um aborto espontâneo (P10).

Nesta categoria, encontrou-se outro relato que demonstra como a gravidez de um membro da família pode envolver toda a família:

Aqui em casa está todo mundo muito preocupado porque a minha sobrinha não está aceitando a gravidez, ela rejeita o bebê o tempo todo (P22).

Nenhum participante relatou gravidez (ou gravidez da esposa/namorada). Já na categoria “**nascimento**” houve relato apenas de uma participante, a qual estava grávida durante o atendimento no Hospital Universitário e durante a 2ª etapa filho havia nascido:

Não tenho mais vontade de morrer...agora eu quero viver para poder cuidar da minha bonequinha (P8).

A participante, dessa forma, demonstrou que o nascimento de sua filha se constituía em um fator impeditivo do suicídio, indo ao encontro da literatura, a qual explicita que a presença de filhos pequenos em casa pode ser um fator de proteção do suicídio (BOTEGA ET AL, 2006).

Na categoria “**crise financeira**” observam-se relatos (04) que demonstram como tal questão também envolve os familiares:

Trabalho há 02 anos à noite na mesma empresa, só que agora a empresa terminou com o horário noturno de todo mundo. É ruim porque não recebo mais gratificação, meu salário ficou menor. Mas por um lado foi bom porque posso ficar mais tempo com a minha mulher e filha porque como eu trabalhava de noite, acabava dormindo de dia e mal via elas (P7).

Destaca-se que nesse último relato, apesar da extinção do horário noturno de trabalho do participante implicar em uma diminuição de seu salário, o participante conseguiu enxergar algo bastante positivo na situação: a aproximação com a família.

Ressalta-se que tal questão é um fator de risco, principalmente para os homens como demonstra Kurtas *et al* (2012) ao citar que os problemas financeiros foram os motivos mais alegados pelos homens para o suicídio. A literatura demonstra que problemas financeiros constituem-se um fator desencadeador de suicídio mais especificamente para os homens devido aos valores que a sociedade lhe exige como o de ser o provedor da família.

Na categoria “**serviço de saúde/ profissionais**” são encontrados relatos (04 participantes) que envolvem o tratamento do participante. Dessa forma, um participante relatou estar frequentando o grupo dos Jogadores Anônimos o qual tem lhe ajudado bastante a superar o vício

do jogo (desencadeador alegado para a tentativa de suicídio). Outro participante relatou mudança do seu tratamento, que antes era constituído por psicoterapia em grupo e após a alta hospitalar, psicólogo começou a lhe atender individualmente. Nesta categoria encontram-se também relatos sobre o atendimento dos profissionais; como por exemplo:

A psicóloga que eu estava indo depois que saí do HU me disse que eu não tentei suicídio...que na verdade eu tomei aquelas medicações só para dormir (P19).

Destaca-se essa última resposta na qual o participante falou apenas sobre a percepção da psicóloga que lhe atendeu, atribuindo toda responsabilidade da “conclusão” à psicóloga e recebendo passivamente tal “conclusão” sem demonstrar sua opinião; lógica esta contrária à prática psicoterápica.

A questão apresentada acima remete também às discussões sobre a conceituação do suicídio. Cassorla (1991) aponta para as dificuldades de definir se havia a intenção de morte em alguns comportamentos suicidas. Tal dificuldade se deve pelo fato de que a pessoa que tenta o suicídio não necessariamente deseja a morte, mas, deseja superar um sofrimento que lhe parece insuportável (MACHIN, 2009). Uma significativa proporção dos casos de tentativa de suicídio possui baixa intencionalidade suicida: um quarto dos pacientes refere que desejam a morte; enquanto os demais referem que queriam dormir, afastar-se dos problemas (RAPELI; BOTEGA, 2005). Provavelmente a psicóloga avaliou a partir dos relatos do participante, que este apresentava baixa intencionalidade de morte e a ingesta de substância

tóxica teve o objetivo de fazê-la dormir e esquecer dos problemas e não o objetivo de morte. Entretanto, é necessário ressaltar para o participante, conforme realizado pelo Serviço de Psicologia da unidade de Emergência, que independente da finalidade da ingestão de medicamentos (suicídio ou dormir/afastar-se dos problemas), o participante se colocou em risco de vida. Desse modo, é importante refletir com o participante sobre a possibilidade de encontrar outras maneiras de lidar com os problemas/eventos estressores que não envolvam risco de vida, pois não é possível prever a reação do organismo quando se ingere uma quantidade não indicada de medicamentos.

Na categoria “**óbitos na família**”, os participantes (03) não especificaram sobre a ocorrência e como isso lhes afetou. Ressalta que uma participante relatou 04 óbitos de familiares durante o período entre a alta hospitalar e a aplicação da 2ª etapa; o que compreende um período de aproximadamente 06 meses.

A categoria “**álcool e drogas**” possui apenas 02 relatos, os quais trazem situações opostas: uma envolvendo o início do uso de substâncias e outra envolvendo o abandono de substâncias. Destaca-se que o uso de droga (maconha) foi planejado pelo participante a fim de aliviar os sintomas de humor deprimido/ideação suicida, pois ouviu falar que poderia lhe ajudar a “relaxar”:

Comecei a fumar maconha...na verdade eu era contra o uso, meu filho usava e eu vivia brigando com ele. Mas já experimentei tanta coisa, tanto remédio, e todo mundo fala que maconha relaxa. Ai resolvi usar e estou me sentindo mesmo mais relaxada (P2).

Eu antes bebia todo dia, mas depois que saí da clínica onde fiquei internada, nunca mais bebi (P5).

A categoria “**outros**” apresentou os relatos que não se encaixavam nas outras categorias relatadas. Dessa forma, encontram-se relatos que envolvem diferentes comportamentos como conflitos com amiga e mudança de casa; ruptura de vínculo com colegas; sintomas devido ao uso de medicamentos; estratégias de enfrentamento ao problema como:

Agora não atendo mais meu telefone quando vejo que são minhas amigas jogavam, para não correr o perigo de ter uma recaída e voltar a jogar (P17).

Comecei a ir mais na igreja e tem sido muito bom para mim (P22).

Meleiro, Teng, Wang (2004) explicitam que a religião auxilia os indivíduos no enfrentamento de suas dificuldades, ao dar significado às crises vivenciadas. Sluzki (1997) refere que a religião faz parte do universo relacional do indivíduo e desse modo, é geradora de saúde. A rede social contribui para dar sentido à vida do indivíduo pois este experiencia que existe para alguém, que é importante para outras pessoas. Tal aspecto é bastante encontrado nas religiões, pois nelas há a valorização de ações de solidariedade às pessoas envolvendo inclusive, ações específicas com indivíduos em situações de vulnerabilidade.

Ainda na categoria “outros”, encontram-se relatos que não envolvem diretamente um comportamento do participante (início de namoro da filha, filhos se mudando da casa da participante) mas pode influenciar o estado emocional da participante já que representa mudanças em sua rede social.



## 6. CONCLUSÕES

Os objetivos da pesquisa foram alcançados, visto que apresentou o perfil dos pacientes atendidos na unidade de Emergência por tentativa de suicídio, comparou a sintomatologia dos participantes durante o atendimento na unidade de Emergência por tentativa de suicídio e após 06 meses da tentativa de suicídio, e analisou a trajetória do acompanhamento de saúde mental dos participantes após o atendimento na unidade de Emergência.

Para tal fim foram utilizados três diferentes instrumentos – Registro Interno de Atendimento Psicológico, Escala de Ideação Suicida Beck e entrevista semi-estruturada. Destes instrumentos, apenas o Registro Interno de Atendimento Psicológico é utilizado pelo Serviço de Psicologia da unidade de Emergência a fim de sistematizar os registros dos atendimentos e auxiliar em pesquisas. Desse modo, considera-se que o Registro tem conseguido exercer tais funções já que se mostrou um importante instrumento de pesquisa ao permitir a coleta de dados que envolvem o perfil dos pacientes atendidos, assim como a investigação dos fatores de risco e de proteção do suicídio.

A Escala Beck de Ideação Suicida, diferentemente do Registro, não é utilizado pelo Serviço de Psicologia da unidade de Emergência. Desse modo, foi utilizado apenas para fins de pesquisa. Entretanto, constatou-se que a Escala é um instrumento de fácil e rápida aplicação e que possui itens muito pertinentes à investigação da ideação, desejos e planos suicidas. Os participantes apresentaram cautela para responder os itens da Escala, demonstrando que tais itens suscitavam reflexões. Diante do exposto tal instrumento é adequado não apenas para fins de pesquisa mas também como um instrumento de intervenção o qual pode

ser incorporado à rotina do Serviço de Psicologia para auxiliar na investigação da ideação suicida já que fornece dados além dos contemplados pelo Registro. O encaminhamento dos pacientes aos serviços de saúde após o atendimento na unidade de Emergência varia conforme a sintomatologia apresentada pelo paciente. Dessa forma, a Escala de Ideação Suicida Beck representa também um recurso para se avaliar com maior confiabilidade o serviço de saúde mais adequado para realizar o acompanhamento do paciente.

Na 2ª etapa da pesquisa foram realizados contatos telefônicos e visitas domiciliares aos participantes. Tais ações constituem-se em procedimentos de busca ativa, exercida pelos serviços de saúde, na qual ocorre o caminho inverso do que é mais comumente observado. Ou seja, o paciente não vai à procura dos profissionais, mas são profissionais que vão ao encontro do paciente. Assim, é possível se aproximar do paciente, realizar orientações e incentivar o paciente a realizar o acompanhamento ambulatorial. A busca ativa através de contatos telefônicos e visitas domiciliares têm sido realizadas tanto em pesquisas como em procedimentos da Rede de Atenção à Saúde para o atendimento dos pacientes em tentativa de suicídio. Ressalta-se que tais pacientes comumente encontram-se fragilizados emocionalmente e assim, podem apresentar pouca motivação para procurar atendimento em saúde mental. Sluzki (1997) refere que o indivíduo doente tende a reduzir a iniciativa de ativação da rede social (incluindo aqui os serviços de saúde). Os indivíduos com histórico de tentativa de suicídio podem não possuir necessariamente uma doença, mas provavelmente encontram-se tão fragilizados quanto os indivíduos doentes. Outra questão é a dificuldade de falar sobre um assunto delicado como o ato

suicida, o qual ainda apresenta estigma social entre a sociedade. Desse modo, torna-se ainda mais importante os procedimentos de busca ativa já que tais pacientes podem não procurar o atendimento em saúde mental devido às razões elencadas.

As intervenções através de visitas domiciliares aos indivíduos com histórico de tentativa de suicídio mostraram-se escassas (GUERREIRO et al, 2013; SELEGHIM et al, 2011); já as pesquisas envolvendo intervenções com esse grupo de pacientes através de contatos telefônicos foram mais frequentes (CEBRIÀ et al, 2013; WEI et al, 2013; BOTEGA; SILVEIRA; MAURO, 2010; EVANS et al, 1999). Ambos os procedimentos demonstraram resultados positivos ao permitir o monitoramento dos casos, e apresentaram boa receptividade dos indivíduos. Destaca-se que as intervenções através de contatos telefônicos possuem um baixo custo e boa resolutividade conforme demonstrado por Botega, Silveira e Mauro (2010). Apesar de tal procedimento aparentar fácil aplicabilidade, para apresentar a resolutividade adequada é necessário que os profissionais sejam capacitados para a realização desses procedimentos de forma que possam atuar de acordo com os pressupostos do Sistema Único de Saúde, abrangendo ações de promoção, prevenção e reabilitação.

A pesquisa realizada com indivíduos atendidos na unidade de Emergência Adulto do HU/UFSC após tentativa de suicídio encontrou dados que vão ao encontro de outros estudos ao investigar questões envolvendo sexo, idade, desencadeador alegado, tentativas de suicídio prévias, transtorno psiquiátrico. Nesta pesquisa, predominou participantes jovens (entre 21 e 40 anos) e do sexo feminino. A maioria dos participantes apontou um desencadeador para a tentativa de suicídio;

e relataram tentativa de suicídio prévia (algumas com métodos bastante violentos, envolvendo risco de vida a terceiros como no caso dos “acidentes de trânsito” – jogam o carro contra um poste ou se jogam na frente de um veículo, tais atos muitas vezes são interpretados e notificados como acidentes). O método utilizado foi predominantemente intoxicação exógena por medicamentos ou substância tóxicas, entretanto, tal dado provavelmente foi influenciado pelo local onde foi realizada a pesquisa já que o Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina localiza-se no HU/UFSC. Entre os participantes que possuíam diagnóstico psiquiátrico, a maior prevalência foi de Transtorno Depressivo e Transtorno Bipolar, apontados pela literatura como um dos transtornos mais encontrados em casos de suicídio (KUTCHER; CHEHIL, 2007).

Outros dados diferiram do que é encontrado na literatura (KUTCHER; CHEHIL, 2007; WERLANG; BOTEGA, 2004): a maioria dos participantes possuía estado civil casado/união estável, e apresentavam como principal rede de apoio o cônjuge. Estudos consideram que estar casado ou com companheiro fixo se constitui em um fator de proteção do suicídio. Entretanto, os fatores protetores e de risco do suicídio não podem ser analisados de forma rígida e isolados. Ou seja, estar casado ou com companheiro fixo não será um fator protetor para todos os indivíduos e tal dado faz sentido ao considerarmos que a maioria dos participantes alegaram os conflitos com o parceiro (namorado (a)/cônjuge) como o desencadeador da tentativa de suicídio. Inclusive, houve 04 participantes que durante a 2ª etapa, separaram-se. Nesses casos, a tentativa de suicídio parece ter sido decisiva para os participantes refletir sobre os rumos do relacionamento,

o qual gerava tantos conflitos que colocava a vida dos participantes em perigo ao planejarem suicídio.

A família é extremamente importante para realizar os cuidados do paciente, de forma a oferecer acolhimento emocional demonstrando, inclusive, disponibilidade para conversar sobre as angústias do paciente (e comunicar ao profissional de saúde quando detecta pensamentos suicidas) e incentivar o tratamento; e o acolhimento físico, ao exercer as funções de vigilância e restrição de acesso aos meios letais. Torna-se preocupante, portanto, quando verifica-se que a principal rede de apoio do participante é um familiar com quem possui muitos conflitos, a ponto de desencadear a tentativa de suicídio.

Outro dado referente à relação do participante com o cônjuge é o item que indica que o familiar não aceitou o tratamento sugerido para o participante. Neste item, dos 03 relatos apresentados, 02 envolviam o cônjuge. Ou seja, o cônjuge foi apontado também neste item, como um familiar que gera conflitos com o participante já que nesse item, ficou evidente que o participante aceitava a indicação do tratamento proposto e quem discordava era o cônjuge. Tal questão torna-se preocupante ao considerar que a falta de apoio do cônjuge em relação ao tratamento da participante, pode levá-las a abandonar o tratamento.

Neste mesmo item – não aceitação do familiar quanto ao tratamento indicado ao participante – observou-se que dos 03 relatos apresentados, 02 envolviam o tratamento na forma de internação em Hospital Psiquiátrico. Dessa forma, há de se considerar que a não aceitação dos familiares pode, talvez, ser revertida caso o tratamento fosse realizado de outra forma, em outros serviços de saúde conforme preconiza a Reforma Psiquiátrica ao propor serviços substitutivos ao

Hospital Psiquiátrico. Inclusive, em um dos relatos, o cônjuge explicita que um dos motivos para não aceitar a internação psiquiátrica é porque não gosta de ficar distante de sua esposa. Os serviços substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos (sendo os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, a referência dessa nova lógica assistencial) propõe justamente a reabilitação psicossocial do paciente sem afastá-lo de sua comunidade e família.

Corroborando esta hipótese, observou-se que 09 participantes foram encaminhados para a avaliação psiquiátrica de urgência em 03 serviços diferentes: Hospital Psiquiátrico (Instituição Psiquiátrica – IPQ), CAPS e clínica particular, conforme escolha do participante e família. Após a avaliação psiquiátrica, alguns participantes foram internados e outros foram liberados. Apenas os participantes que realizaram avaliação psiquiátrica no IPQ e foram liberados, não procuraram seguimento ambulatorial posteriormente. Já os participantes que realizaram avaliação psiquiátrica nesse mesmo serviço, porém foram internados, após a alta hospitalar procuraram seguimento ambulatorial. Dessa forma surgem algumas hipóteses: será que o fluxo de atendimento, por se tratar de uma instituição psiquiátrica que possui muita demanda de casos de urgência, não promove o devido acolhimento de forma a explicar ao paciente a necessidade de realizar o acompanhamento ambulatorial? Já, quando o participante é internado, possui mais tempo de convivência não apenas com o médico psiquiatra, mas também com outros profissionais de saúde; e dessa forma, pode receber de forma sistemática, orientações para iniciar o tratamento ambulatorial após a alta hospitalar. É possível também, que quando os participantes realizaram avaliação psiquiátrica de urgência no Hospital

Psiquiátrico e foram liberados logo após, a família e participante consideraram que o caso do participante não é grave e desse modo não necessita de nenhum tratamento.

Tal questão remete ao relato de uma participante sobre o estigma social devido à sua internação no Hospital Psiquiátrico: o esposo foi contrário à internação pois preocupava-se com o que os colegas e vizinhos iriam falar ao saber que a participante estava internada nessa instituição. Escutou também uma paciente internada no Hospital Psiquiátrico, planejando maneiras de ocultar das pessoas que estava internada nessa instituição. Esta participante mostrou-se bastante crítica sobre essa questão, argumentando que não deveria haver preconceitos, pois é um Hospital como outro qualquer. Estes dados demonstram a importância dos profissionais de saúde estarem atentos não apenas ao paciente, mas também à sua família de forma a auxiliar para que esta funcione como rede de apoio e não como um impeditivo do tratamento.

É importante entender que a pessoa ao ser internada em Hospital psiquiátrico, não significa necessariamente que possui um transtorno mental; mas sim que se encontra em uma situação de sofrimento emocional que pode acarretar riscos à sua vida. Desse modo, todos os participantes que realizaram avaliação psiquiátrica, e não apenas os que foram internados, devem procurar acompanhamento ambulatorial. O fato de não ter sido internado, não significa que o participante não necessita de tratamento, mas sim que seu tratamento não envolve vigilância constante como oferecido no Hospital psiquiátrico.

Um dado que se revelou bastante preocupante foi o baixo índice de participantes que realizavam tratamento psiquiátrico e/ou psicológico, principalmente se considerarmos que muitos participantes possuíam tentativa de suicídio prévia e alguns possuíam diagnóstico de transtornos psiquiátricos (como transtorno depressivo, transtorno distímico, transtorno bipolar) os quais são apontados pela literatura como os principais fatores de risco para o suicídio (KUTCHER; CHEHIL, 2007).

Entretanto, observou-se que a maioria dos participantes procurou o serviço de saúde conforme o encaminhamento do Serviço de Psicologia da unidade de Emergência – apenas 02 participantes não procuraram os serviços de saúde. Ainda em relação aos serviços de saúde, 06/27 participantes iniciaram tratamento psiquiátrico após a alta hospitalar e 09 participantes iniciaram tratamento psicológico após a alta hospitalar. Mesmo que tais números não sejam o ideal, já que desejava-se que mais participantes iniciassem o tratamento – principalmente o tratamento psicológico – pode-se considerar o resultado positivo. Mesmo que tais participantes tenham interrompido o tratamento, o fato de terem realizado por algum tempo já permite-os conhecer como funciona a rede de saúde e o tratamento psiquiátrico/psicológico e onde encontrar os profissionais, facilitando o seu retorno quando sentirem necessidade. Observa-se inclusive, que dos 06 participantes que iniciaram tratamento psiquiátrico após a alta hospitalar, apenas 01 já havia realizado tal tratamento anteriormente; desse modo, 05/06 participantes iniciaram o tratamento psiquiátrico pela 1ª vez.

Os serviços de saúde, em sua maioria, conseguiram atender as demandas encaminhadas. Em alguns casos, o serviço realizou



encaminhamento para outros serviços por falta de vaga para novos pacientes, ou por considerar que o participante não fazia parte do perfil de pacientes atendidos pela instituição (CAPS). O Serviço de Psicologia da unidade de Emergência realiza o encaminhamento para o serviço que considera mais adequado para acompanhar o paciente, de acordo com a avaliação de risco de suicídio realizada na unidade de Emergência. Entretanto, é comum que o profissional do serviço que irá receber o paciente, possua outro modo de avaliar; ou até mesmo, a sintomatologia do paciente pode ter modificado entre o momento em que se encontrava na unidade de Emergência e quando foi ao serviço para o qual recebeu o encaminhamento.

Ressalta-se, portanto, que o importante é o serviço de saúde, ao avaliar que não será possível atender o paciente, realize o encaminhamento para outro serviço. A pesquisa demonstrou que quando tal encaminhamento não é realizado, o participante não procurou nenhum serviço de saúde mesmo relatando estar sentindo a necessidade do tratamento. Tal situação pode ser explicada pelo desconhecimento dos participantes acerca da rede de saúde e aonde deve se dirigir para conseguir atendimento; assim como desmotivação para procurar algum serviço já que não foi orientado corretamente ou até mesmo pelo sintoma de humor deprimido, que não ajuda o participante a ter atitudes mais ativas.

Apesar da pesquisa referir que a maioria dos serviços de saúde conseguiram atender o participante, ao considerar especificamente ao tratamento psicológico e psiquiátrico, foi possível encontrar vários relatos de dificuldades de acesso: dificuldades relacionada à distância do serviço de saúde e residência do participante (fato este que não deveria

ocorrer já que a rede de saúde foi planejada de acordo com os conceitos de territorialização para facilitar o acesso dos usuários e a gestão); dificuldades de se adequar ao horário do profissional; profissional que entra de férias e o serviço não possui outro profissional para substituí-lo; serviço de saúde que não conseguiu contratar novo profissional desde a saída do último.

Observou-se alguns relatos que explicitaram de forma evidente a relação de confiança que o profissional de saúde consegue estabelecer não apenas com o participante, mas também com seus familiares. Destaca-se o relato de uma participante que possui vício em jogos e dessa forma, utilizava o dinheiro da família. Esta participante era agredida fisicamente pelo esposo, o qual considerava que era uma forma de “educá-la” para não jogar mais. Entretanto, quando participante iniciou tratamento psiquiátrico (antes do atendimento no Hospital Universitário), o médico conversou com seu esposo explicando que a participante possui um transtorno e as formas de tratamento. Desde então, esposo não agrediu mais a participante. Outro relato envolve um participante que foi levada para a casa dos familiares em outra cidade, após o atendimento no Hospital Universitário. Sua família agendou tratamento psicológico e psiquiátrico na cidade e, muito preocupados com o que havia ocorrido, não queriam deixar o participante voltar para a sua cidade de origem. O médico psiquiatra conversou com a família, explicando que o participante estava sofrendo por não ter a liberdade de voltar à sua cidade e realizou os encaminhamentos para que o participante continuasse o tratamento em sua cidade. Dessa forma, a família parece ter se tranquilizado e participante voltou para sua cidade como desejava.

Adentrando novamente um assunto que envolve a família, encontra-se outro dado que se mostrou preocupante: a facilidade de acesso aos meios letais, relatados pelos participantes através da Escala de Ideação Suicida Beck. Este dado confirma a importância de orientar os familiares sobre vigilância e restrição de acesso a medicamentos e/ou meios letais, assim como manejo do paciente e suas necessidades de apoio; conforme é realizado pelo Serviço de Psicologia. Um dado positivo foi a diminuição desse dado – facilidade de acesso aos métodos letais – durante a 2ª etapa, observado através da Escala de Ideação Suicida Beck.

Provavelmente a diminuição do item “Acessibilidade do método” durante a 2ª etapa possui relação com os cuidados oferecidos pela rede de apoio social-familiar; já que esta possui papel fundamental na vigilância e restrição dos métodos letais. No item “Despistamento e segredo” da Escala de Ideação Suicida Beck, é possível observar que um menor número de participantes na 2ª etapa assinalaram as respostas “tenho evitado contar às pessoas sobre a ideação suicida” e “tenho tentado não revelar, esconder ou até mesmo mentir sobre a ideação”; revelando dessa forma que, durante a 2ª etapa, os participantes revelavam mais aos familiares sobre sua ideação do que na 1ª etapa.

Tais dados demonstram a importância do atendimento oferecido pelo Serviço de Psicologia na unidade de Emergência do HU/UFSC, pois, durante o atendimento são realizadas - entre outras intervenções - identificar/reforçar laços com rede de apoio; estimular tratamento psicoterápico e/ou psiquiátrico, quando necessário; orientações aos familiares sobre restrição de acesso aos meios letais. O encaminhamento após o atendimento hospitalar a outros serviços de saúde tem se

mostrado extremamente importante, principalmente ao considerar que a maioria dos participantes mantinha a ideação suicida durante o atendimento no Hospital.

Ressalta-se que as intervenções realizadas pelo Serviço de Psicologia da unidade de Emergência envolvem não apenas o paciente, mas também a sua família. Desse modo, é possível observar como a família está lidando com a situação e esclarecer como funciona o tratamento psicoterápico/psiquiátrico de forma a minimizar o estigma social e auxiliar para que a família atue como uma rede de apoio efetiva ao participante.

Os dados da Escala de Ideação Suicida Beck, demonstraram que o nível de ideação suicida dos participantes da 2ª etapa encontrava-se menor quando comparado à 1ª etapa. Esses dados podem ser verificados nos itens que demonstram que durante a 2ª etapa, um maior número de participantes declarou: “desejo de vida moderado a forte”; “mais razões para viver do que morrer”; “em caso de risco de vida, tentaria me salvar”; “possui controle quanto à cometer suicídio”.

Outros dados foram respondidos por um menor número de participantes na 2ª etapa, revelando também um menor nível de ideação suicida nesta etapa: “desejo de morrer”; “desejo de se matar”; “médios e longos períodos com ideias suicidas”; “ideação suicida constante”; “aceitação da ideia de se matar”; “não se preocupa com família, amigos, religião ou um possível dano por uma tentativa malsucedida”; “possui plano definido para o suicídio”; “possui coragem e capacidade para o suicídio”; “probabilidade real de tentar o suicídio”; “tomou providências em relação ao que irá acontecer depois do suicídio”.

Observou-se que os participantes demonstraram que a tentativa de suicídio os incitou a analisar a sua vida e desse modo, alguns participantes apresentaram mudança no estilo de vida a fim de promover sua saúde. Ressalta-se que as mudanças não envolvem apenas a realização de tratamento em saúde mental; mas de qualquer forma, tais mudanças também são consideradas promotoras de saúde à medida que visam aliviar a dor psíquica do indivíduo. Tais mudanças foram verificadas, por exemplo, através de relatos sobre rupturas afetivas (relações conflituosas) e inserção em novas atividades (tanto trabalhistas quanto de lazer). Em momentos de crise, os indivíduos podem realizar ações até antes nunca realizadas a fim de experimentar novas maneiras de superar a crise. A tentativa de suicídio pode ser considerada um momento de forte crise emocional, na qual o indivíduo não encontrou outra solução para superar a crise a não ser a possibilidade da morte. Desse modo, destaca-se que uma participante iniciou tratamento de saúde espiritual, sendo que nunca havia frequentado a religião anteriormente; e uma participante iniciou o uso de maconha (apesar de sempre ter se declarado contrária ao uso de drogas) pois ouviu falar dos efeitos relaxantes de tal substância. Ambas participantes demonstraram estar satisfeitas com essas novas ações, inseridas agora em seu cotidiano.



## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização da pesquisa, se constatou que há muitos estudos sobre os fatores de risco associados ao suicídio já que, conforme o exposto, o conhecimento de tais fatores é essencial para realizar estratégias de intervenção e dessa forma, auxiliar na prevenção do suicídio. Entretanto, na pesquisa bibliográfica realizada, não foram encontradas pesquisas suficientes sobre a intervenção psicológica aos casos de tentativas de suicídio atendidos em unidade de Emergência de Hospital Geral; e tais pesquisas se fazem bastante necessárias já que esta unidade é caracterizada por atender casos que necessitam de cuidados médicos imediatos e a tentativa de suicídio encaixa-se nessa definição. Além do mais, é uma unidade que possui algumas peculiaridades como a alta rotatividade de pacientes e breve período de permanência dos pacientes na unidade, exigindo que o psicólogo exerça um atendimento psicoterápico breve e focal; tarefa esta que pode se constituir em um complicador para muitos profissionais de psicologia que aprenderam a trabalhar de forma mais contínua com os pacientes.

A Organização Mundial de Saúde propõe que a prevenção do suicídio deve ser exercida em todos os níveis de atenção à saúde, envolvendo os mais diversos serviços de saúde. Ao estudar de forma simplificada a rede de saúde, a tendência é atribuir principalmente à rede de atenção primária (Unidades Básicas de Saúde) as ações de caráter preventivo e aos Hospitais, as ações de caráter preventivo. Entretanto, todos os níveis de assistência atuam com ações preventivas, assistenciais e curativas. É certo que alguns níveis possuem mais possibilidades de exercer determinado tipo de ação devido à forma que o serviço foi organizado, aos equipamentos e profissionais disponíveis, entre outras

questões. O importante, neste momento, é entender que o Hospital também se constituiu em um serviço de saúde que atua com a prevenção dos agravos de saúde, incluindo o suicídio.

A unidade de Emergência possui a característica do atendimento pontual e pouco tempo de permanência do paciente na unidade. A presente pesquisa demonstra que, mesmo com todas as peculiaridades da unidade de Emergência de Hospital Geral, é possível atuar de forma a prevenir o suicídio. É importante destacar, entretanto, que o sistema de saúde público brasileiro foi constituído na forma de rede e dessa forma entende-se que os diferentes serviços de saúde estão interligados e atuam juntos. Ou seja, nenhum serviço de saúde é autossuficiente para oferecer os cuidados à população. A unidade de Emergência possui um papel importante na prevenção do suicídio, já que esta unidade, muitas vezes, é o primeiro serviço de saúde que o indivíduo (ou familiar) procura após tentar o suicídio. Nesta unidade, iniciam-se as intervenções a fim de minimizar o sofrimento emocional do paciente; entretanto, tais intervenções devem ter continuidade em outros serviços de saúde. A rede de apoio institucional (serviços de saúde) assumem uma função fundamental para a estabilização do indivíduo, evitando assim a ocorrência de suicídio ou de novas tentativas de suicídio.

Compreender o determinismo multifatorial do suicídio nos incita a analisar com cautela as situações atendidas, de forma a oferecer um atendimento eficaz de acordo com as necessidades de cada indivíduo. O aprendizado sobre os diversos aspectos da problemática do suicídio nos diversos campos de conhecimento faz-se importante para orientar a prática clínica dos profissionais de saúde que atendem tal demanda.



As facilidades encontradas para a realização desta pesquisa referem-se principalmente à colaboração dos participantes: a maioria dos indivíduos convidados a participar da pesquisa, aceitaram (apenas 02 recusaram-se na 1ª etapa e 06 na 2ª etapa). Ao aceitar participar da pesquisa, os indivíduos estavam aceitando falar de seus sentimentos, avaliar o seu ato, refletir sobre a vida e a morte; temas muito complexos e delicados. Inclusive, alguns participantes que não aceitaram participar da pesquisa explicaram que o motivo era a dificuldade de falar sobre a tentativa de suicídio; assim como alguns participantes relataram que não estavam realizando tratamento por esse mesmo motivo.

As dificuldades encontradas, por sua vez, referem-se justamente à condução das entrevistas e da aplicação da Escala de Ideação Suicida Beck; pois conforme referido, tratava-se de um tema doloroso, que remetia lembranças e sofrimento aos indivíduos. Muitas vezes, foi necessário interromper a aplicação da Escala de Ideação Suicida Beck, pois tal instrumento realiza perguntas bastante diretas sobre vários aspectos do comportamento suicida e o participante parecia sentir-se sobrecarregado emocionalmente ao relembrar a tentativa de suicídio, o evento que a desencadeou e outras questões relacionadas.

A presente pesquisa pretende auxiliar os profissionais que atendem casos de tentativa de suicídio a compreender os fatores que influenciam a adesão e não adesão dos pacientes no tratamento de saúde mental; assim como as facilidades e dificuldades de acesso aos serviços de saúde a fim de se realizar as intervenções (como os encaminhamentos e orientações) de maneira mais efetiva, e assim atuar com a prevenção do suicídio conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde.



## 8. REFERÊNCIAS

- ABREU ET AL. Ideação e tentativas de suicídio em pacientes bipolar tipo I desordem: uma atualização para o clínico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.31, n.3, São Paulo, 2009.
- BARBOSA, F. O; MACEDO, P. C. M; SILVEIRA, R. M. C. Depressão e o suicídio. **Rev. SBPH** v.14, n.1, Rio de Janeiro, 2011.
- BERTOLOTE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.
- BERTOLOTE, J. M; MELLO-SANTOS, C; BOTEGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, supl II, São Paulo, 2010.
- BERTOLOTE, J. M; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry**, v. 01, n. 03, p. 181-185, 2002.
- BESSA, M. A. Suicídio e álcool e outras drogas. **Revista debates: psiquiatria hoje**, ano 02, n. 1, p. 11-15, jan-fev 2010.
- BONI, V; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em tese: Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n. 1, p. 68-80, 2005.
- BOTEGA, N. J; RAPELI, C. B; CAIS, C. F. S. **Comportamento Suicida**. In: Botega (Org). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed, 3ª Ed, 2012.
- BOTEGA, N. J. Comportamento suicida em números. **Revista debates: psiquiatria hoje**, ano 02, n. 1, 2010.
- BOTEGA, N. J; SILVEIRA, I. U; MAURO, M. L. F. **Telefonemas na crise: percursos e desafios na prevenção do suicídio**. Rio-de-Janeiro: ABP, 2010.

BOTEGA, N. J ET AL. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 12, Rio de Janeiro, 2009.

BOTEGA, N. J. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n 01, 2007.

BOTEGA, N. J ET AL. Prevenção do comportamento suicida. **Psico**, v. 37, n. 3, Porto Alegre, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Curso de autoaprendizado **Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2012

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011a. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011b. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010a. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cadernos Humaniza SUS: Atenção Básica**, v. 2, série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**. Brasília, DF, 2006a.

\_\_\_\_\_. Portaria n° 1.876/ GM de 14 de agosto de 2006b. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Série f. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.863, de 29 de setembro de 2003a. Institui a política nacional de atenção às urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/ Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão de Atenção Básica. Brasília, DF, 2003b

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília, DF, 1990.

CAMPOS, I ET AL. **Vidas Interrompidas**. Vitória: Departamento de Imprensa Oficial (DIO), 2009.

CASSORLA, R, M, S. O suicídio. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 14, 1998a.

\_\_\_\_\_. Debate sobre o artigo de Everardo Duarte Nunes. **Cad Saude Publica**, 14(1), p. 28-30. 1998b.

\_\_\_\_\_. **O que é suicídio**. São Paulo: Brasiliense, 1992.

\_\_\_\_\_. **Do suicídio: estudos brasileiros**. Campinas: Papirus; 1991.

CASSORLA, R. M. S; SMEKE, E. L. M. Autodestruição humana. **Cad Saude Publica**, v 10, Supl. 1, p. 61-73, 1994.

CEBRIÀ ET AL. Effectiveness of a telephone management programme

for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: Controlled study in a Spanish population. **Journal of Affective Disorders**, v. 147, n 1-3, p. 269-276, 2013.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de saúde pública**, v. 20, n. 5, 2004.

CHOI, J. W; PARK, S; YI, K. K; HONG, J. P. Suicide Mortality of Suicide Attempt Patients Discharged from Emergency Room, Nonsuicidal Psychiatric Patients Discharged from Emergency Room, Admitted Suicide Attempt Patients, and Admitted Nonsuicidal Psychiatric Patients. **Suicide and Life-Threat Behavior**, v. 42, p. 235–243, 2012.

COELHO, B.M; MELLO-SANTOS, C; WANG, P. **Interconsulta no paciente com risco de suicídio**. In: Miguel, E, C; Gattaz, W, F; Filho, V, G. Clínica Psiquiátrica. São Paulo: Manole, 2011.

COUTINHO, A. H. S. A. Suicídio e laço social. **Reverso**, v. 32, n. 59, Belo Horizonte, 2010.

CUNHA, J, A **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DAMAS, F. B; ZANNIN, M; SERRANO, A. I. Tentativas de suicídio com agentes tóxicos: análise estatística dos dados do CIT / SC (1994 a 2006). **Revista Brasileira de Toxicologia**, v. 22, n. 1-2, p. 21-26, 2009.

DEGENHARDT, L; HALL, W; LYNSKEY, M; COFFEY, C; PATTON, G. The association between cannabis use and depression: a review of the evidence, p.54-74. In: Castle, D; Murray R (Orgs). **Marijuana and madness** Cambridge University Press: Cambridge, 2004.

DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S ET AL. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006 (2 ed).

DURKHEIM, E. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ESTELLITA-LINS ET AL, **Trocando seis por meia dúzia**: suicídio como Emergência do Rio-de-Janeiro. Rio de Janeiro: Mauad, 2012.

EVANS, M. O; MORGAN, H. G; HAYWARD, A; GUNNELL, D. J. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *British Journal of Psychiatry*, v. 175, p. 23-27, 1999.

FERREIRA, C. L. B. Nível de ideação suicida em pacientes atendidos por tentativa de suicídio na unidade de Emergência. Orientado por Leticia Macedo Gabarra, Lecila Duarte Barbosa Oliveira. Florianópolis: UFSC, 2012, 56 p. Trabalho de Conclusão de Curso (pós-graduação). Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

FILHO, HUMBERTO. C. S. Suicídio: origem do termo, definição e principais teorias explicativas. In: Santos, F. S (Org) **A arte de morrer**: visões plurais - volume 2. São Paulo: Comenius, 2009.

FIORINI, H. J. **Teoria e técnica de psicoterapias**. Ed. ampl, São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FORMAN E. M, BERK M. S, HENRIQUES G.R, BROWN G.K, BECK A.T. History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *Am J Psychiatry* , v. 161, 2004.

FRIENDLANDER, A; NAZEM, S; FISKE, A; NADORFF, M. R; SMITH, M. D. Self-Concealment and Suicidal Behaviors. **Suicide and Life-Threat Behavior**, v. 42, p. 332–340, 2012.

GANZ, D; BRAQUEHAIS, M. D; SHER, L. Secondary prevention of suicide. **PLOS Medicine**, v. 7, n. 6, 2010.

GUERREIRO ET AL. Visita domiciliar pós-intoxicação por tentativa de suicídio: dados do ano de 2012. In: FÓRUM DE EXTENSÃO E CULTURA DA UEM: TECNOLOGIAS SOCIAIS E OS DESAFIOS DA EXTENSÃO, n. 11, 2013. Maringá: Diretoria de Extensão da Universidade Estadual de Maringá, 2013.

HARRISON K. E; DOMBROVSKI, A. Y; MORSE, J. Q; HOUCKE, P; SCHLERNITZAUER, M; REYNOLDS, C. F; SZANTO, K. Alone? Perceived social support and chronic interpersonal difficulties in suicidal elders. **International Psychogeriatrics**, v. 22, n. 03, p. 445-454, 2010.

HEIKKINEM, M; ARO, H; LÖNNQVIST, J. Recent life events, Social support and suicide. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Finland, v. 89, 2007.

HETEM, L. B. Prevenção do suicídio: ações institucionais. **Revista debates: psiquiatria hoje**, ano 02, n. 1, 2010.

HO, T. P; YIP, P. S., CHIU, C. W; HALLIDAY, P. Suicide notes: What do they tell us? **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 98, 467-473, 1998.

JAMISON, K. F. **Quando a noite cai**: entendendo a depressão e o suicídio. Gryphus: Rio de Janeiro, 2010. Tradução de Gilson B. Soares.

KAPLAN, H. I; SADOCK, B. J; SADOCK, V. A. Medicina psiquiátrica de emergência – suicídio. In: **Compêndio de Psiquiatria**. Artmed: Porto Alegre, 2007.

KOVÁCS, M. J. Comportamentos autodestrutivos e o suicídio. In: **Morte e desenvolvimento humano**. Casa do Psicólogo: São Paulo, 1992.

KRÜGER, L. L; WERLANG, B. S. G. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. **Psico-USF**, v. 15, n. 1, p. 59-70, 2010.

KURTAS ET AL. The evaluation of suicide letters in Turkey from a cognitive perspective. **Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention**, 33(2), 73-79, 2012.

KUTCHER, S; CHEHIL, S. **Manejo do risco de suicídio**: um manual para profissionais de saúde. Canadá: Lundbeck, 2007. Tradução de Marcelo Allovato.

KUWABARA, H; SHIOIRI, T; NISHIMURA, A; ABE, R; NUSHIDA, H; UENO, Y; AKAZAWA, K; SOMEYA, T. Differences in characteristics between suicide victims Who left notes or not. **Journal**



of **Affective Disorders**, v. 94, p. 145-149, 2006.

LOPES, F. H. **Suicídio e Saber Médico: estratégias históricas de domínio, controle e intervenção no Brasil do século XIX**. Apicuri: Rio de Janeiro, 2008.

MACCHIAVERNI, J. **Fluxograma de encaminhamentos aos pacientes atendidos na emergência adulto do hospital universitário por tentativa de suicídio**. Orientado por Lucienne Martins Borges, Lecila Duarte Barbosa. Florianópolis: UFSC, 2013, 141 p. Dissertação de Mestrado Profissional. Programa de Pós Graduação Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

\_\_\_\_\_. **Elaboração de um instrumento para registro de atendimento psicológico a tentativas de suicídio**. Orientado por Lucienne Martins Borges. Florianópolis: UFSC, 2012, 70 p. Trabalho de Conclusão de Curso (pós-graduação). Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

MACHIN, R. Nem doente, nem vítima: o atendimento às “lesões auto-provocadas” nas emergências. **Rev. Ciência e saúde coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1741-1750, 2009.

MANN, J. J; OQUENDO, M; ARANGO, V. The Neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. **J Clin psychiatry**, v. 60, n. 2, p.7-11, 1999.

MASCARENHAS, M. D. M; MONTEIRO, R. A; SÁ, N. N. B; GONZAGA, L. A, A; NEVES, A.C.M; ROZA, D.L ET AL. **Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009**. In: Departamento de Análise de Situação em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2011

MELEIRO, A.; TENG, C. T; WANG, Y. P. **Suicídio estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

MELLO JORGE, M. H. P; GOTLIEB, S. L. D; LAURENTI, R. O sis-

tema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, n. 2, p. 212-213, 2002.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Panamericana da Saúde, 2ª edição. Brasília, DF, 2011.

MINAYO M.C.S. **Suicídio: violência auto-infligida**. In: Impactos da violência na saúde dos brasileiros. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. HICTEC-ABRASCO: Rio-de-Janeiro, 2008 (11 ed).

MINAYO, M. C. S; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 04, p. 750-757, 2010.

MINAYO, M. C. S; SOUZA, E. R (Orgs). **Missão investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial**. Garamond: Rio-de-Janeiro, 2003.

MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitativo - Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

NEVES, A. V. M. **Políticas Públicas de Saúde**. Elsevier: Rio de Janeiro, 2012.

ORES ET AL, Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 02, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**, 2006.

\_\_\_\_\_. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Geneva, 2000.

PARASCHAKIS, A; MICHPOULOS, I; DOUZENIS, A; CHRISTODOULOU, C; KOUTSAFITS, F; LYKOUTAS, L. Differences between suicide victims who leave notes and those who do

not: A 2-year study in Greece. **Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention**, 33(6), 344-349, 2012.

PONCE J.C, ANDREUCCETTI G, JESUS M.G.S, LEYTON V, MUNOZ D.R. Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo. **Rev Psiquiatr Clín**, Supl 1, p. 13-16, São Paulo, 2008.

QUINTANEIRO, T. **Um toque de clássicos**: Marx, Durkheim e Weber / Tania Quintaneiro, Maria Ligia de Oliveira Barbosa, Márcia Gardênia de Oliveira. 2° Ed. rev. amp, Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

RAPELI C. B; BOTEGA, N. J. Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study. **Rev. Bras Psiquiatr**, v. 27, n. 4, São Paulo, 2005.

RODRIGUES ET AL. Risco de suicídio em jovens com transtornos de ansiedade: estudo de base populacional. **Psico-USF** v.17, n. 1, 2012.

ROSKAR, S; PODLESEK, A; KUZMANIC. M; DEMSAR, L. O; ZALETEL, M; MARUSIC, A. Suicide risk and its relationship to change in marital status. **Crisis: The Journal Of Crisis Intervention and Suicide Prevention**, v 32, n. 1, p. 24-30, 2011.

SANTOS ET AL. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, 2009.

SAREEN, J; COX, B. J; AFIFI, T. O; GRAAF, R; ASMUNDSON, G. J. G; HAVE, M; STEIN, M. B. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. **Archives of General Psychiatry**,v. 62, n. 11, p. 1249-1257, 2005.

SELEGHIM ET AL. Cuidado de enfermagem a famílias: experiência vivenciada em visitas domiciliares a intoxicados. **Saúde & Transformação Social**, v. 2, n. 1, p. 65-72, 2011.

SIMON, T.R et al. Characteristics of Impulsive Suicide Attempts and Attempters. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 32, 2001.

SLUZKI, C. E. **A Rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

STEFANELLO, B; FURLANETTO, L. M. Ideação suicida em pacientes internados em enfermarias de clínica médica: prevalência e sintomas depressivos associados. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61 (1), p. 2-7, 2012.

STEFANELLO, S; CAIS, C. F. S; MAURO, M. L. F; FREITAS, G. V. S; BOTEGA, N. J. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPREMISS) from Campinas, Brazil. **Rev Bras Psiquiatria**, v. 30, n. 02, p. 139-143, 2008.

VERWEI, B; WAARDE, J. A. V; BOZDAG, M. A; ROOJI, I. V; BEURS, E; ZITMAN, F. G. Reassessment of suicide attempters at home, shortly after discharge from hospital. **Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention**, v. 31, n. 6, p. 303-310, 2010.

VERWEY, B; ELLING, P; WIENTJES, H; ZITMAN, F. G. Memory impairment in those who attempted suicide by benzodiazepine overdose. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 61, p. 456-459, 2000

VIDAL, C. E. L; GONTIJO, E. C. D. M; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29 (1), p. 175-187, jan 2013.

VIEIRA, M. C. A atuação da psicologia hospitalar na medicina de urgência e emergência. *Rev. Bras. Clin Med.* São Paulo, v. 08, n. 06, p. 513-519, 2010.

VITALLE, M. S. S. Vulnerabilidade e risco na adolescência. In: Silva, E. A; Micheli, D (Org). **Adolescência, uso e abuso de drogas**: uma visão integrativa. São Paulo: Fap-Unifesp, 2011.

WAZELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2011**: os jovens no Brasil.

Brasil, DF: Ministério da Justiça, 2011.

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

WAERN, M; BESKOW, J; RUNESON, B; SKOOG, I. Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. **The Lancet**, v. 354, p. 917-918, 1999.

WEI, S; LIU, L; BI, B; LI, H; HOU, J; TAN, S; LIU, Y. An intervention and follow-up study following a suicide attempt in the emergency departments of four general hospitals in Shenyang, China. **Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention**, 34(2), p. 107-115, 2013.

WERLANG, B. S. G. Autópsia psicológica, importante estratégia de avaliação retrospectiva. **Ciencia e saúde coletiva**, v. 17, n. 08, 2012.

WERLANG, B. G; BOTEGA, N. J. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2003: shaping the future**. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS**. Geneva, 2002.

WUNDERLICH, U; BRONISCH, T; WITTCHEN, H. U; CARTER, R. Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behavior. **Acta Psychit Scand**, v. 104, p. 332-339, 2001.



## APÊNDICE

Apêndice 1: Entrevista semi-estruturada elaborada pela pesquisadora e orientadora com a finalidade de investigar o acesso do participante aos serviços de saúde, ocorrência de tentativas de suicídio e eventos estressores após um período de aproximadamente 06 meses do atendimento hospitalar.



Universidade Federal de Santa Catarina  
Hospital Universitário Polydoro Ernani de São  
Thiago  
Serviço de Psicologia – unidade de Emergência

### 1. Identificação

Nome:	
Idade:	
Sexo: ( ) Fem ( ) Masc	
Endereço:	Compl.
Bairro:	
Município:	
Telefones:	
Ocupação:	

### 2. Histórico após alta hospitalar (2ª. etapa)

Como foi depois que voltou para casa após a alta hospitalar? Procurou ajuda profissional?

---



---



---



---



---



---



---

<p>Está realizando tratamento psicológico?</p> <p>( ) sim ( ) não</p> <p>Local: _____ Porquê? _____</p> <p>Frequência _____</p> <p>Há quanto tempo? _____</p>
<p>Realizou acompanhamento com outro(s) profissional (ais) de Psicologia, em outro momento?</p> <p>( ) sim ( ) não</p> <p>Local: _____</p> <p>Porque não continuou com esse profissional? _____</p>
<p>Está realizando tratamento psiquiátrico?</p> <p>( ) sim ( ) não</p> <p>Local: _____ Porquê? _____</p> <p>Frequência _____</p> <p>Há quanto tempo? _____</p>
<p>Realizou acompanhamento com outro(s) profissional (ais) de psiquiatria, em outro momento?</p> <p>( ) sim ( ) não</p> <p>Local: _____</p> <p>Porque não continuou com esse profissional? _____</p>
<p>Houve tentativas de suicídios após a alta hospitalar do Hospital Universitário?</p> <p>( ) sim ( ) não</p>
<p>Houve algum evento estressor nesses últimos meses, após a alta hospitalar?</p> <p>( ) óbito na família</p> <p>( ) desemprego</p> <p>( ) ruptura afetiva</p> <p>( ) gravidez</p> <p>( ) nascimento</p> <p>( ) doença</p> <p>( ) crise financeira</p> <p>( ) conflitos familiares</p> <p>( ) outros _____</p>



Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido entregue aos participantes da pesquisa, durante a 1ª etapa, após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (processo nº 2428).



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a), você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir poderá aceitar ou não fazer parte do estudo ou ainda desistir de sua participação, sem ter que apresentar nenhuma justificativa ou motivo, podendo fazê-lo inclusive por telefone. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Se concordar em participar desta pesquisa assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. A identidade dos informantes será mantida em absoluto sigilo. Os dados serão arquivados na sala de psicologia da Unidade Cirúrgica do Hospital Universitário, sob responsabilidade da Orientadora e serão eliminadas após cinco anos.

### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do estudo: **Prevenção de suicídio através dos atendimentos psicológicos na unidade de Emergência e articulações com a rede de saúde.**

Pesquisadores responsáveis: Residente de Psicologia Camila Louise Baena Ferreira, Psicóloga Dra. Leticia Macedo Gabarra e Profa. Dra. Lecila Duarte Barbosa Oliveira.

Telefone para contato: (48) 3721 9189 / (48) 9928-7882

E-mail: [baenacamila@yahoo.com](mailto:baenacamila@yahoo.com); [leticia gabarra@gmail.com](mailto:leticia gabarra@gmail.com); [lecila@cfh.ufsc.br](mailto:lecila@cfh.ufsc.br)

O objetivo da presente pesquisa é verificar se os pacientes atendidos após tentativa de suicídio na unidade de Emergência Adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina possuem acesso aos serviços de saúde mental e avaliar a sintomatologia apresentada após um período mínimo de 06 meses de alta hospitalar. Entende-se que o atendimento psicológico oferecido na unidade de Emergência possui algumas restrições devido principalmente ao pouco tempo de intervenção e o paciente necessita de um acompanhamento contínuo (ambulatorial) a fim de promover alívio dos sintomas e assim

promover uma maior qualidade de vida. Através dos dados obtidos, pretende-se observar as possíveis dificuldades encontradas pelos usuários dos serviços de saúde e como propor melhorias a fim de facilitar o acesso aos usuários.

Esta pesquisa será realizada com os pacientes atendidos na Unidade de Emergência do Hospital Universitário após tentativa de suicídio. Serão coletados dados de identificação do paciente em seu prontuário e no registro de atendimento psicológico do paciente dados referente ao método utilizado; desencadeador alegado para a tentativa de suicídio; tratamento psicológico e/ou psiquiátrico; uso de álcool e/ou drogas; e o encaminhamento sugerido no atendimento psicológico oferecido na unidade de Emergência do Hospital Universitário. Após tais etapas será aplicada a Escala de Ideação Suicida de Beck, instrumento que visa avaliar desejos, atitudes e planos suicidas.

Nome do pesquisador: **CAMILA LOUISE BAENA FERREIRA** – Residente de Psicologia do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Área de concentração de Urgência e Emergência

Assinatura do pesquisador:

\_\_\_\_\_

### **CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO:**

Eu, \_\_\_\_\_,  
 RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis benefícios e riscos decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

## ANEXOS

Anexo 1: Registro Interno de Atendimento Psicológico. Instrumento utilizado para registrar o atendimento psicológico aos casos de tentativa de suicídio na unidade de Emergência.



Universidade Federal de Santa Catarina  
Hospital Universitário  
Serviço de Psicologia Emergência



## REGISTRO DE ATENDIMENTO À TS

Data de entrada: / /	Hora de entrada:	Maca:	Leito:	SM: <input type="checkbox"/>	RNM: <input type="checkbox"/>	Isola.: <input type="checkbox"/>	Outro:
Atendido inicialmente por:			<input type="checkbox"/> Plantonista <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Psicólogo do setor				

## Identificação

Nome:			Nº EMG/Nº Prontuário: /				
Sexo: <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Masc	Data Nascimento: / /		Idade:	Ocupação:			
Situação Conjugal: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado/união estável <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> separado/divorciado <input type="checkbox"/> IGN							
Escolaridade: <input type="checkbox"/> analfabeto <input type="checkbox"/> 1º grau incompleto <input type="checkbox"/> 1º grau completo <input type="checkbox"/> 2º grau incompleto <input type="checkbox"/> 2º grau completo <input type="checkbox"/> superior incompleto <input type="checkbox"/> superior completo <input type="checkbox"/> IGN							
Endereço:			Nº	Compl.	Bairro:		
Município:			Mora com:				
Familiar/pessoa de referência:			Telefones:				

## Genograma

--

História do Evento		
Data do evento: / /	Dia da semana: <input type="checkbox"/> seg <input type="checkbox"/> ter <input type="checkbox"/> quar <input type="checkbox"/> quin <input type="checkbox"/> sex <input type="checkbox"/> sab <input type="checkbox"/> dom	Hora do evento:
Data comemorativa / importante: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN	Local do evento: <input type="checkbox"/> residência do paciente <input type="checkbox"/> via pública <input type="checkbox"/> outro:	
Qual:		
Método:		
<input type="checkbox"/> <b>Ingestão de medicamentos:</b>		
Classes: (1)antidepressivo (2)estabilizador de humor (3)ansiolítico (4)antipsicótico (5)anticonvulsivante (6)analgésico (7)Outra		
Classe ( ) Nome _____	Dosagem por cp _____	Qtde comprimidos _____
Classe ( ) Nome _____	Dosagem por cp _____	Qtde comprimidos _____
Classe ( ) Nome _____	Dosagem por cp _____	Qtde comprimidos _____
Classe ( ) Nome _____	Dosagem por cp _____	Qtde comprimidos _____
Classe ( ) Nome _____	Dosagem por cp _____	Qtde comprimidos _____
<input type="checkbox"/> <b>Ingestão de substância tóxica</b> Qual: _____		
<input type="checkbox"/> <b>Outro método:</b>		
Como teve acesso ao método: <input type="checkbox"/> Medicamentos pertenciam ao pcte <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Obs:		
Fez uso de bebida alcoólica: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Qual:	Fez uso de droga ilícita: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Qual:	
Principal desencadeador alegado:		
Houve planejamento prévio: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN		
Obs:		
Comunicou a alguém sobre intenção de TS: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN		
Obs:		
Solicitou ajuda: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN	Como foi encontrado?	
Obs:		

Histórico de Saúde Mental	
Possui problema de saúde: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN	Faz acompanhamento de rotina: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN
Qual:	Local:
Nos últimos 30 dias paciente procurou atendimento de saúde: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN	Foi atendido: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN
Especialidade: _____ Local: _____	Motivo alegado do atendimento: _____
Obs:	
No último ano foi atendido por profissional de saúde mental: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Qual: <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Outro:	
Procurou outro tipo de apoio psicossocial: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Qual:	
Obs:	
História de interação psiquiátrica: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN	Quantas: _____
Onde: _____	Data última interação: _____
Motivo(s): _____	
História de TS anteriores: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN	Quantas: _____
Data primeira TS: _____	Data última TS: _____
Método(s): _____	
História de tentativa de suicídio de familiar ou de outra pessoa que pte traga como relevante: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN	
Grau de relação / parentesco: _____	
Obs: _____	
História de suicídio de familiar ou de outra pessoa que pte traga como relevante: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN	
Grau de relação / parentesco: _____	
Obs: _____	
Uso de bebida alcoólica: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN	Qual: _____
	Frequência: _____
	Há quanto tempo: _____
Uso de droga ilícita: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN	Qual: _____
	Frequência: _____
	Há quanto tempo: _____
Faz uso de medicamentos psicofármacos: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN	Quem prescreve: <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Clínico Geral <input type="checkbox"/> Outro:
Quais: _____	Nome do profissional: _____
	Local: _____
	Tel: _____
	Há quanto tempo em to: _____
Atualmente faz tratamento psicoterápico: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN	Com qual profissional: <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Outro:
Obs: _____	Nome do profissional: _____
	Local: _____
	Tel: _____
	Há quanto tempo em to: _____

## Síntese da Avaliação (demais informações em anexo)


Presença de pensamentos de morte: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN	Mantém ideiação suicida: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN
Possui plano concreto: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN	Qual: _____

## Encaminhamentos

Avaliação psiquiátrica de urgência:	
<input type="checkbox"/> IPq Tel: 3954-2089	<input type="checkbox"/> Solicitado parecer HU
Realizado contato telefônico com: _____	na data: ___/___/___
Obs: _____	
Ambulatorial na rede de saúde pública:	
<input type="checkbox"/> UBS _____	<input type="checkbox"/> CAPS _____
	<input type="checkbox"/> Outro _____
Profissional que já o acompanhava? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Se sim quais: <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Médico de Família <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Tel: _____	Realizado contato telefônico com: _____
Obs: _____	na data: ___/___/___
Pcte/família opta por atd ambulatorial particular:	
<input type="checkbox"/> Psicólogo	<input type="checkbox"/> Psiquiatra
<input type="checkbox"/> Outro _____	<input type="checkbox"/> Outro _____
Profissional já o acompanhava?	Profissional já o acompanhava?
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Tel: _____	Realizado contato telefônico com: _____
Obs: _____	na data: ___/___/___
<input type="checkbox"/> Realizado orientações (vigilância permanente e restrição do acesso a medicamentos ou meios letais) para _____	
<input type="checkbox"/> Outros: _____	
Alta hospitalar na data: ___/___/___	

Realizado encaminhamento para serviços de TS e Coordenação de Saúde Mental /  Estado de emergência de TS na data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Anexo 2: Escala de Ideação Suicida de Beck.

		Data: _____
Nome: _____		Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____
Ocupação: _____		Escolaridade: _____
<p><b>Instruções:</b> Por favor, leia cuidadosamente cada grupo de afirmações, abaixo. Faça um círculo na afirmação que em cada grupo <b>melhor</b> descreve como você tem se sentido na <b>última semana, incluindo hoje</b>. Tome o cuidado de ler <b>todas as afirmações em cada grupo, antes de fazer uma escolha.</b></p>		
<b>Parte 1</b>		
<p><b>1</b> 0 Tenho um desejo de viver que é de moderado a forte.</p> <p>1 Tenho um desejo fraco de viver.</p> <p>2 Não tenho desejo de viver.</p> <p><b>2</b> 0 Não tenho desejo de morrer.</p> <p>1 Tenho um desejo fraco de morrer.</p> <p>2 Tenho um desejo de morrer que é de moderado a forte.</p> <p><b>3</b> 0 Minhas razões para viver pesam mais que minhas razões para morrer.</p> <p>1 Minhas razões para viver ou morrer são aproximadamente iguais.</p> <p>2 Minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver.</p>	<p><b>4</b> 0 Não tenho desejo de me matar.</p> <p>1 Tenho um desejo fraco de me matar.</p> <p>2 Tenho um desejo de me matar que é de moderado a forte.</p> <p><b>5</b> 0 Se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria me salvar.</p> <p>1 Se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria vida ou morte ao acaso.</p> <p>2 Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte.</p>	
<p><b>Se você fez um círculo nas afirmações "zero", em ambos os grupos 4 e 5, passe para o grupo 20. Se você marcou "um" ou "dois", seja no grupo 4 ou 5, então abra a página e prossiga no grupo 6.</b></p>		
		_____ Subtotal da Parte 1
_____ Subtotal da Parte 2		
_____ <b>Escore Total</b>		
<p><b>20</b> 0 Nunca tentei suicídio.</p> <p>1 Tentei suicídio uma vez.</p> <p>2 Tentei suicídio duas ou mais vezes.</p>		
<p><b>Se você tentou suicídio anteriormente, por favor, continue no próximo grupo de afirmações.</b></p>		
<p><b>21</b> 0 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco.</p> <p>1 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado.</p> <p>2 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte.</p>		
<p><b>PEARSON</b></p> <p><b>Casa do Psicólogo®</b></p>		<p><small>Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc. Copyright © 1991 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa Todos os direitos reservados.</small></p> <p><small>© 2001 Casapal Livraria Editora e Gráfica Ltda Tradução e adaptação brasileira. É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para qualquer finalidade. Todos os direitos reservados. BSI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.</small></p>

## Parte 2

<p><b>6</b> 0 Tenho breves períodos com idéias de me matar que passam rapidamente.</p> <p>1 Tenho períodos com idéias de me matar que duram algum tempo.</p> <p>2 Tenho longos períodos com idéias de me matar.</p> <p><b>7</b> 0 Raramente ou ocasionalmente penso em me matar.</p> <p>1 Tenho idéias freqüentes de me matar.</p> <p>2 Penso constantemente em me matar.</p> <p><b>8</b> 0 Não aceito a idéia de me matar.</p> <p>1 Não aceito, nem rejeito, a idéia de me matar.</p> <p>2 Aceito a idéia de me matar.</p> <p><b>9</b> 0 Consigo me controlar quanto a cometer suicídio.</p> <p>1 Não estou certo se consigo me controlar quanto a cometer suicídio.</p> <p>2 Não consigo me controlar quanto a cometer suicídio.</p> <p><b>10</b> 0 Eu não me mataria por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.</p> <p>1 Eu estou um tanto preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.</p> <p>2 Eu não estou ou estou só um pouco preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.</p> <p><b>11</b> 0 Minhas razões para querer cometer suicídio têm em vista principalmente influenciar os outros, como conseguir me vingar das pessoas, torná-las mais felizes, fazê-las prestar mais atenção em mim etc.</p> <p>1 Minhas razões para querer cometer suicídio não têm em vista apenas influenciar os outros, mas também representam uma maneira de solucionar meus problemas.</p> <p>2 Minhas razões para querer cometer suicídio se baseiam principalmente numa fuga de meus problemas.</p> <p><b>12</b> 0 Não tenho plano específico sobre como me matar.</p> <p>1 Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes.</p> <p>2 Tenho um plano específico para me matar.</p>	<p><b>13</b> 0 Não tenho acesso a um método ou uma oportunidade de me matar.</p> <p>1 O método que usaria para cometer suicídio leva tempo e realmente não tenho uma boa oportunidade de usá-lo.</p> <p>2 Tenho ou espero ter acesso ao método que escolheria para me matar e, também, tenho ou teria oportunidade de usá-lo.</p> <p><b>14</b> 0 Não tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.</p> <p>1 Não estou certo se tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.</p> <p>2 Tenho a coragem e a capacidade para cometer suicídio.</p> <p><b>15</b> 0 Não espero fazer uma tentativa de suicídio.</p> <p>1 Não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.</p> <p>2 Estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.</p> <p><b>16</b> 0 Eu não fiz preparativos para cometer suicídio.</p> <p>1 Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio.</p> <p>2 Meus preparativos para cometer suicídio já estão quase prontos ou completos.</p> <p><b>17</b> 0 Não escrevi um bilhete suicida.</p> <p>1 Tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comecei a escrever, mas não terminei.</p> <p>2 Tenho um bilhete suicida pronto.</p> <p><b>18</b> 0 Não tomei providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.</p> <p>1 Tenho pensado em tomar algumas providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.</p> <p>2 Tomei providências definidas em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.</p> <p><b>19</b> 0 Não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar.</p> <p>1 Tenho evitado contar às pessoas sobre a vontade de me matar.</p> <p>2 Tenho tentado não revelar, esconder ou mentir sobre a vontade de cometer suicídio.</p>
--	--

# Anexo 03: Certificado de aprovação do pré-projeto da pesquisa pelo Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos

Certificado

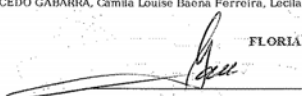
<https://sistema.cep.ufsc.br/certificado/certificado>

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pré-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 2428

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo do Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

**APROVADO****PROCESSO:** 2428      **FR:** 484508**TÍTULO:** Acompanhamento ambulatorial psicológico após atendimento à tentativa de suicídio na unidade de emergência do Hospital Universitário**AUTOR:** LETÍCIA MACEDO GABARRA, Câmila Louise Baona Ferreira, Lucila Duarte Barbosa OliveiraFLORIANÓPOLIS, 13 de Dezembro de 2011.

  
Coordenador do CEPSH-UFSC  
Prof. Washington Pereira de Sousa  
Coordenador do CEPSH-UFSC



## Pacientes em Risco de Suicídio: Avaliação da Ideação Suicida e o Atendimento Psicológico

### Patients at Risk of Suicide: Evaluation of Suicidal Ideation and Psychological Care

Camila Louise Baena Ferreira<sup>1\*</sup>; Leticia Macedo Gabarra<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitário de Santa Catarina, Programa de Mestrado Profissional associado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, SC, Brasil

\*E-mail: baenacamila@yahoo.com.br

Recebido: 30 de setembro de 2013; Aceito: 04 de fevereiro de 2014

#### Resumo

O Serviço de Psicologia da unidade de Emergência do Hospital Universitário de Santa Catarina (HU/UFSC) possui entre suas principais demandas o atendimento aos casos de tentativas de suicídio. O objetivo dessa pesquisa foi identificar a sintomatologia dos pacientes atendidos na unidade de Emergência após tentativa de suicídio e, após seis meses da tentativa, verificar se ocorreu o acompanhamento psicológico ambulatorial após o atendimento na unidade de Emergência. A metodologia da presente pesquisa é qualitativa-quantitativa. A pesquisa foi realizada em duas etapas: durante o atendimento hospitalar devido a tentativa de suicídio e após seis meses. Os dados foram coletados por meio de análise documental do Registro Interno de Atendimento Psicológico, Escala de Ideação Suicida Beck e entrevista semi-estruturada elaborada pelas pesquisadoras. Durante a primeira etapa da pesquisa, observou-se baixa adesão ao tratamento psicoterápico e alto nível de ideação suicida, demonstrado pelas respostas de maior graduação na Escala de Ideação Suicida. Na segunda etapa, observou-se um menor nível de ideação suicida segundo a Escala Beck e busca por atendimento psicológico.

**Palavras-chave:** Tentativa de Suicídio. Ideação Suicida. Psicoterapia.

#### Abstract

The Psychology Service of the University Hospital of Santa Catarina (HU / UFSC) has among its main demands the care of patients with suicide attempts. The aim of this research was to identify the characteristics of patients attended in the Emergency room after suicide attempt, identify the patient's symptoms when they arrived at the hospital as well as after six months, and verify psychological help after the emergency care. The methodology of this research is qualitative and quantitative. The survey was conducted with patients in two stages: after the suicide attempt and after six months. Data were collected through document analysis of the Internal Psychological Care registry, Beck Scale for Suicide Ideation, and interview. During the first stage, the responses in the Scale for Suicidal Ideation evidenced low adherence to psychotherapy and high level of suicidal ideation. Whereas in the second stage, a lower level of suicidal ideation according to Beck Scale and a lower demand of patients to psychotherapeutic treatment was observed.

**Keywords:** Attempted Suicide, Suicidal Ideation, Psychotherapy.

#### 1 Introdução

O suicídio é considerado um problema de saúde pública, situa-se entre as três maiores causas de morte na faixa etária entre 15 e 35 anos e representa a sexta causa de incapacitação em indivíduos entre 15 e 44 anos<sup>1</sup>. Outros dados confirmam a dimensão do agravo, pois constata-se que o índice de mortalidade tem aumentado ao longo dos anos, sendo que nos últimos 45 anos houve aumento de 60% na mortalidade por suicídio<sup>2</sup>. Dados de pesquisa realizado em estados brasileiros demonstram que as mortes por suicídio representam 0,8% do total de óbitos e 6,6% das mortes por causas externas<sup>3</sup>. Outro estudo apontou que entre o período de 2000 a 2009, o risco de morte por suicídios aumentou 22,5%<sup>4</sup>.

Se a taxa de suicídio apresenta números alarmantes, o mesmo pode-se inferir acerca das tentativas de suicídio, já que se estima que o número de tentativas seja 10 vezes maior que o número de suicídios<sup>5</sup>. Os índices de suicídios e tentativas de suicídios podem ser maiores que os relatados, pois muitos

casos são subnotificados. Se fosse realizada uma análise cuidadosa das causas não especificadas de mortes violentas no Departamento de Informática do SISTEMA Único de Saúde - DATASUS, seria possível encontrar inúmeros suicídios ocultos<sup>6</sup>. Pesquisa demonstra que as mortes classificadas por "causas externas de tipo ignorado" correspondem aproximadamente a 10% dos registros de óbito no Brasil<sup>7</sup>.

As tentativas de suicídio prévias constituem um importante fator de risco para o suicídio e as tentativas sucessivas apresentam, em geral, métodos mais letais e consequentemente maior gravidade clínica<sup>8</sup>. Estudo realizado por Kutcher e Chehil<sup>9</sup> demonstra que em até 50% dos indivíduos cometeram suicídio tinham, ao menos, uma tentativa prévia.

Além das tentativas de suicídio, outros fatores são considerados de risco para o suicídio, tais como: perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, conflitos familiares, problemas financeiros, desemprego, morte e doença na família, personalidade com fortes traços de impulsividade e agressividade, doenças, acesso fácil a meios letais. Os

principais fatores de risco, entretanto, são os transtornos mentais (como por exemplo, depressão, alcoolismo, entre outros) e as tentativas de suicídio prévias<sup>19,22</sup>. Os fatores de risco envolvem também aspectos sociodemográficos como o gênero e a idade do indivíduo, pois existem fatores de risco mais encontrados em determinado gênero e idade, por exemplo; assim como tais aspectos podem influenciar no potencial de letalidade do método utilizado<sup>19,22</sup>.

Desse modo, fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais estão implicados na complexa rede que interage durante a vida do indivíduo e podem predispor ao suicídio<sup>16,17</sup>. É importante compreender que qualquer ponto de vista utilizado para analisar o suicídio considera uma dimensão central relacionada ao sofrimento. Muitos indivíduos consideram o suicídio um alívio rápido e a morte como a interrupção da dor psíquica, apresentando uma tríade de sentimentos: desesperança, desamparo e desespero<sup>17,21</sup>. O ato suicida deve ser entendido como um pedido de ajuda, o qual pode ter um resultado positivo ao provocar um movimento de apoio e de reestruturação, ou pode ter um resultado negativo se provocar agressões vindas de pessoas próximas do indivíduo ou de uma equipe de saúde despreparada para atender tentativas de suicídio<sup>22,23</sup>.

No Hospital Universitário onde a pesquisa foi realizada (HU/UFSC), está localizado o Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina (CIT/SC). Este Centro é a unidade de referência no Estado na área de Toxicologia Clínica. Atende por meio telefônico e/ou presencial os casos de intoxicações e envenenamentos em regime de plantão de 24 horas. Fornece, em caráter de urgência, informações específicas aos profissionais sobre como conduzir determinados casos e informações de caráter preventivo/educativo à população em geral. Dessa forma, os pacientes intoxicados por causas acidentais (como erro na dosagem da medicação), abuso de drogas ou tentativa de suicídio, geralmente são encaminhados ao Hospital Universitário, onde o CIT/SC está localizado<sup>24</sup>.

O Serviço de Psicologia da unidade de Emergência do Hospital Universitário possui, entre suas principais demandas, o atendimento aos casos de tentativas de suicídio. O psicólogo frente a esta demanda visa avaliar o risco de suicídio, realizar psicoterapia de apoio ao paciente, orientar familiares e, de acordo com as necessidades, encaminhar os pacientes a outros serviços de saúde<sup>25</sup>.

O serviço de saúde ao qual o paciente é encaminhado após a alta hospitalar varia conforme a sintomatologia apresentada pelo paciente durante sua permanência no Hospital. Desse modo, considera-se importante identificar o nível de ideação suicida dos pacientes atendidos na unidade de Emergência, a fim de compreender a sintomatologia apresentada e refletir sobre estratégia de intervenção para minimizar o risco de suicídio. O objetivo dessa pesquisa foi identificar o perfil e a sintomatologia do paciente atendido na unidade de Emergência após tentativa de suicídio e após seis

meses da tentativa, e verificar se ocorreu o acompanhamento psicológico ambulatorial após o atendimento na unidade de Emergência.

## 2 Material e Métodos

A presente pesquisa utilizou a metodologia de pesquisa qualitativa – quantitativa, de cunho exploratório descritivo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina.

A pesquisa foi constituída por duas etapas. Foram convidados a participar da 1ª etapa 43 indivíduos, porém dois recusaram participar, sendo selecionados portanto 41 indivíduos. Na 2ª etapa, houve a perda de 14 indivíduos devido ao falecimento por suicídio (2 indivíduos), cumprimento de medida restritiva de liberdade (1), impossibilidade de localização do indivíduo (1), mudança de domicílio de longa distância (4) e desistência da participação na pesquisa (6).

Desse modo, a pesquisa possuiu 27 participantes atendidos na unidade de Emergência do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago após tentativa de suicídio entre o período de dezembro de 2011 a maio de 2013. Para inclusão dos participantes, estes deveriam aceitar participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); explicar a tentativa de suicídio verbalmente, sem deixar dúvida quanto a sua intencionalidade no ato; ter idade mínima de 18 anos e residir na mesorregião da Grande Florianópolis, devido à viabilidade da segunda etapa da pesquisa.

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram o Registro Interno de Atendimento Psicológico, Escala de Ideação Suicida Beck e entrevista semiestruturada. Todos os instrumentos foram adequados aos participantes de diferentes níveis de escolaridade, pois a pesquisadora realizou a leitura conjunta dos itens de cada instrumento com os participantes; ou seja, não foi necessário que o próprio participante realizasse a leitura dos instrumentos sozinho.

O Registro Interno de Atendimento Psicológico foi elaborado com a finalidade de sistematizar os registros dos atendimentos aos casos de tentativa de suicídio, facilitando a continuidade dos atendimentos e contribuindo para futuras pesquisas<sup>26</sup>. Através do Registro Interno de Atendimento Psicológico, foram coletados os dados de identificação e dados referentes ao histórico de saúde mental do paciente, tais como: método utilizado e desencadeador alegado para a tentativa de suicídio, rede de apoio social, tratamento psicológico e/ou psiquiátrico, histórico de tentativa de suicídio prévia, histórico de internação psiquiátrica e encaminhamento sugerido no atendimento psicológico na unidade de Emergência do Hospital Universitário.

A Escala de Ideação Suicida Beck (BSI - *Beck Scale for Suicide Ideation*) é um instrumento de uso exclusivo do profissional psicólogo, validado pelo SATEPSI – Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos, mantido pelo Conselho Federal de Psicologia, através da Resolução nº 02/2003.

Durante a aplicação da Escala, a presença de escore diferente de 0, em qualquer item, revela a existência de ideação suicida. Quanto mais o sujeito admite suas intenções, maior será o escore da Escala, o que significa maior risco de suicídio. A Escala possui 19 itens avaliativos, sendo que os 05 primeiros itens da Escala são usados como triagem da ideação suicida. Dessa forma, todos os 27 participantes responderam esses itens. Os outros itens da Escala são respondidos somente pelos participantes que demonstrarem intenção suicida ativa - desejo de se matar, e intenção suicida passiva - não evitação da morte quando confrontado com uma situação de risco de vida<sup>28</sup>.

A entrevista semiestruturada foi elaborada pelas pesquisadoras para investigar o acesso do participante aos serviços de saúde após o atendimento na unidade de Emergência. As modalidades de entrevistas - estruturada e não estruturada - diferem apenas em grau pois, para finalidade de pesquisa, nenhuma interação se coloca de forma totalmente aberta ou fechada. Desse modo, a entrevista semiestruturada é realizada através de um roteiro utilizado pelo pesquisador, e possibilita que o informante discorra sobre os temas propostos<sup>27,28</sup>.

A coleta de dados foi constituída de duas etapas; a primeira etapa foi realizada na unidade de Emergência por meio de análise documental do Registro Interno de Atendimento Psicológico e aplicação da Escala de Ideação Suicida Beck. A segunda etapa ocorreu após seis meses da primeira etapa e foi viabilizada através de visitas domiciliares ou locais de preferência do participante. Nesta etapa foi aplicada novamente a Escala de Ideação Suicida Beck e a entrevista semiestruturada.

Os dados coletados através do Registro Interno de Atendimento Psicológico e da Escala de Ideação Suicida Beck foram analisados conforme estatística descritiva, com a utilização do Programa Microsoft Office Excel 2007. A entrevista semiestruturada foi analisada qualitativamente através da análise de conteúdo proposta por Minayo<sup>27</sup>. A análise categorial ou temática é uma das técnicas mais utilizadas para se realizar a análise de conteúdo proposta por Bardin<sup>29</sup>. A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

### 3 Resultados e Discussão

Dentre um total de 27 participantes, a maioria era do sexo feminino (23 indivíduos/85%). Tal dado vem ao encontro com os dados da literatura, a qual aponta maior taxa de tentativa de suicídio no sexo feminino<sup>12,22</sup>. Em relação às tentativas de suicídio em mulheres, autores alertam sobre fatores de risco encontrados em maior índice no sexo feminino, como abuso sexual e violência doméstica e até mesmo fatores de riscos exclusivos do sexo feminino como a depressão pós-parto<sup>9</sup>. Entretanto, durante a pesquisa não foi encontrado nenhum

desencadeador entre as mulheres diferentes ao encontrados nos homens, sendo que a maioria dos participantes de ambos os sexos (19 indivíduos - 70%) alegaram conflitos com parceiros (namorado (a) ou cônjuge) como o desencadeador da tentativa de suicídio naquele momento.

Diversos fatores - biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais - podem predispor o indivíduo ao suicídio. Dessa forma, não é possível determinar um motivo para o suicídio e sim desencadeadores, os quais se constituem em um evento que, aparentemente, estimulou a ideação suicida e consequentemente o ato naquele momento<sup>13,14</sup>. A maioria dos participantes (24 indivíduos - 89%) demonstrou a presença de um evento que desencadeou a tentativa de suicídio e apenas 3 indivíduos (11%) relataram que não houve nenhum evento específico que desencadeou a tentativa de suicídio naquele momento. Resultado semelhante foi encontrado em estudo que demonstrou como os eventos estressores estão bastante relacionados aos suicídios, já que 80% dos suicídios ocorreram logo após estes eventos<sup>11</sup>.

Ressalta-se que a literatura demonstra que a tentativa de suicídio é mais comum no sexo feminino, entretanto, o índice de suicídio tem se mostrado mais elevado no sexo masculino: para cada 3 homens que falecem por suicídio, uma mulher falece pela mesma causa<sup>12,13</sup>. Tal índice pode ser atribuído aos seguintes fatores: os homens são menos propensos a procurar e aceitar ajuda para problemas emocionais ou psicológicos; possuem comportamentos mais impulsivos; utilizam métodos mais letais para o suicídio; e o abuso de álcool e drogas é mais comumente associado à depressão nos homens do que nas mulheres<sup>8</sup>.

Em relação à idade dos participantes, a maioria dos indivíduos encontrava-se na faixa etária jovem/adulto entre 21 e 40 anos (15 indivíduos - 55,5%). O suicídio nesse grupo tem aumentado, assim como o abuso e dependência de álcool e drogas que, por sua vez, podem desencadear comportamentos suicidas. Em cada três mortes em jovens, duas são por causas violentas e externas - homicídio, suicídio ou acidente de trânsito<sup>14</sup>. Nos últimos 25 anos, no Brasil, houve um aumento de 30% na taxa de suicídio entre adolescentes e jovens, representando assim, um crescimento maior que a média da população<sup>12</sup>.

Entretanto, o grupo que representa maior risco de suicídio em relação ao fator idade são os idosos<sup>12,22</sup>. Neste grupo, os comportamentos suicidas têm maior probabilidade de serem letais devido a menor resistência física e maior probabilidade de doenças nesse grupo etário, fatores que contribuem para uma dificuldade de recuperação do organismo quando exposto ao comportamento suicida. Há também a facilidade de acesso às medicações, que ingeridas em excesso ou em combinação, possuem um maior potencial de letalidade<sup>9</sup>. Inclusive, os medicamentos comumente utilizados por idosos para tratamento de hipertensão e doenças cardiovasculares têm se mostrado muitas vezes mais nocivos que boa parte dos medicamentos psiquiátricos<sup>9</sup>. Adicionalmente, os idosos

apresentam menos ambiguidade em relação ao suicídio, decidido por esse ato após muito planejamento, demonstram maior determinação que os indivíduos mais jovens e dão menos sinal de alerta sobre seus planos<sup>8</sup>. Quase a totalidade dos participantes da pesquisa tentou suicídio através de intoxicação exógena por medicamentos ou substâncias tóxicas - apenas um indivíduo não utilizou deste método. Dentre os 26 participantes que tentaram suicídio através da intoxicação exógena, 19 utilizaram apenas medicamentos; 4 utilizaram apenas substâncias tóxicas como raticidas e produtos de limpeza; 1 utilizou medicamento e substância tóxica; 1 utilizou medicamento e cisão dos punhos e 1 utilizou substância tóxica e enforcamento.

A intoxicação exógena intencional ocorre com frequência na população adulta: a cada 03 casos de intoxicação exógena acidentais acontece um suicídio ou tentativa de suicídio<sup>13</sup>. É importante considerar que a grande prevalência do método de intoxicação exógena encontrado nesta pesquisa sofreu influência por conta do local onde a pesquisa foi realizada: um hospital que vem se tomando referência no estado de Santa Catarina devido à presença do Centro de Informações Toxicológicas (CIT/ SC).

Pesquisa realizada no CIT/SC entre os anos de 1994 a 2006 constatou que 93% dos casos de tentativas de suicídio foram provocados por intoxicação exógena. O uso de medicamentos e praguicidas para as tentativas de suicídio foram semelhantes entre o ano de 1994 a 2002; após esse período houve um aumento do uso de medicamentos, sendo que em 2006 a taxa de tentativas de suicídio por medicamentos alcançou mais que o dobro das taxas de suicídio com praguicidas. As hipóteses para o aumento do uso de "medicamentos como 'armas' para autoaniquilação" envolvem uma maior disponibilidade dos medicamentos, inclusive em rede pública, falta de critérios nas prescrições de medicamentos, por exemplo, prescrições em grande quantidade, falhas no controle da dispensação de medicamentos pelas farmácias, ou seja, "a 'medicalização' do ser humano, seja ela como referência de vida ou de morte"<sup>14</sup>.

Os métodos utilizados para a tentativa de suicídio que motivou o atendimento dos participantes na unidade de Emergência do Hospital Universitário foram intoxicação exógena, cisão dos punhos e enforcamento, conforme relatado anteriormente. Entretanto, os participantes relataram tentativas de suicídio prévias (15 indivíduos/ 55,5%), envolvendo intoxicação exógena, corte e enforcamento, mas também outros métodos como precipitação de altura, "acidentes de trânsito" (tanto na condição de pedestre ao se jogar abaixo de um veículo quanto na condição de condutor do veículo, o qual provoca a colisão do veículo) e afogamento. Estas tentativas mostram-se violentas e chamam a atenção para o risco de morte apresentado não apenas ao indivíduo que tenta o suicídio, mas também as pessoas que podem estar envolvidas, como no caso dos "acidentes de trânsito".

Resalta-se que dos 15 participantes que relataram tentativa de suicídio prévia, 10 afirmaram que já tentaram

suicídio duas ou mais vezes. A tentativa de suicídio é um dos principais fatores de risco para o suicídio<sup>15,9</sup>. Considerando os indivíduos que já tiveram tentativas de suicídio prévias, 10% faleceram por esta causa em um período de 10 anos<sup>8</sup>. Um estudo realizado em município brasileiro, com 807 indivíduos, constatou que 60% dos suicídios ocorreram após um ano da tentativa de suicídio e 90% dos suicídios ocorreram no período de 24 meses após a tentativa<sup>8</sup>.

Alguns participantes (12 indivíduos - 44,5%) possuíam diagnóstico psiquiátrico prévio, incluindo neste número tanto os que estavam realizando tratamento psiquiátrico, quanto os que já realizaram e abandonaram o tratamento. Incluíram também indivíduos que receberam diagnóstico, mas não aderiram ao tratamento. Os diagnósticos relatados foram: transtorno depressivo (8 indivíduos), transtorno bipolar (2), transtorno distímico (1), não soube especificar seu diagnóstico (1). A maioria dos participantes (15 indivíduos - 55,5%) não possuía diagnóstico psiquiátrico no momento da pesquisa, o que não significa necessariamente ausência de transtorno psiquiátrico; este dado pode ser explicado também por uma ausência de investigação por parte do paciente, que muitas vezes apresenta certos sintomas, mas não busca os serviços de saúde ou possui dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Corroborando com esses dados, a maioria dos participantes não realizava tratamento psiquiátrico e psicológico na primeira etapa: apenas 10 participantes (37%) realizavam tratamento psiquiátrico e 2 participantes realizavam tratamento psicoterápico (7,5%). O reduzido número de participantes que realizava tratamento psicoterápico no momento da pesquisa foi um dado preocupante, principalmente ao considerar que muitos possuíam tentativas de suicídio prévias e transtorno psiquiátrico relacionado com um alto índice de tentativas de suicídio, como depressão e transtorno bipolar<sup>8</sup>.

As tentativas de suicídio devem ser consideradas como um sinal de alerta que revela a presença de sofrimento psíquico, bem como a possibilidade de um transtorno mental e fatores psicossociais complexos<sup>8</sup>. Um estudo realizado no Brasil, com 807 indivíduos, constatou que em torno de 90% dos suicídios havia a presença de transtorno psiquiátrico, sendo a depressão de maior predominância. Em contrapartida, mais de dois terços dos indivíduos não estavam realizando tratamento quando faleceram<sup>8</sup>.

A intersetividade psiquiátrica prévia entre os participantes foi pouco frequente, visto que apenas 06 indivíduos (22%) já haviam sido internados em Instituição/Hospital Psiquiátrico, enquanto 21 (78%) negaram esse fato. Tal investigação se faz importante, pois se entende que o indivíduo que recebeu a indicação de internação psiquiátrica teve um quadro agravado de instabilidade psíquica que necessitou de um tratamento mais intensivo e vigilância permanente dos profissionais. Os indivíduos com histórico de internação em instituição psiquiátrica (6) alegaram como motivo: surtos de agressividade (1), suspeita de delírios persecutórios (1),

tentativa de suicídio (3), e transtorno depressivo com presença de ideação suicida (1). Dessa forma, observa-se que o histórico de internação psiquiátrica da maioria dos participantes foi devido a comportamentos suicidas, tais como tentativa de suicídio e ideação suicida.

Os dados apresentados foram coletados através da análise documental do Registro Interno de Atendimento Psicológico. Através desses dados e outros observados durante o atendimento oferecido pelo Serviço de Psicologia da unidade de Emergência, os profissionais avaliam o risco de suicídio do indivíduo e realizam o encaminhamento para os serviços de saúde.

Deste modo, os encaminhamentos para os participantes após o atendimento na unidade de Emergência foram: avaliação psiquiátrica de urgência devido ao alto risco de suicídio (9 participantes), acompanhamento ambulatorial psicológico e psiquiátrico (13), acompanhamento psicológico (5), pois no atendimento foi observado que a tentativa de suicídio foi decorrente de sofrimento psíquico devido a eventos estressores, sem a evidência de transtorno psiquiátrico. Percebe-se que todos os participantes encaminhados para acompanhamento ambulatorial receberam a indicação do

tratamento psicológico, seja de forma isolada ou concomitante ao tratamento psiquiátrico.

Os dados apresentados a seguir foram coletados da seguinte forma: a primeira etapa foi realizada durante o período de atendimento do participante na unidade de Emergência do Hospital Universitário (assim como os dados do Registro Interno de Atendimento Psicológico, apresentados acima) e a segunda etapa foi realizada através de visita domiciliar, após um período de aproximadamente 6 meses do atendimento na unidade de Emergência.

A Escala de Ideação Suicida Beck possui 19 itens avaliativos. Os 5 primeiros itens funcionam como uma triagem da ideação suicida e os demais itens são mais específicos aos planos e atitudes suicidas, devendo ser respondidos apenas pelos participantes que demonstram intenção suicida nos primeiros itens<sup>10</sup>. Desse modo, os 5 primeiros itens da Escala foram respondidos pelos 27 participantes da pesquisa e os itens seguintes foram respondidos por 23 participantes da primeira etapa e 12 participantes na segunda etapa. O Quadro 1 apresenta a frequência absoluta - FA e a frequência relativa - FR das respostas dos participantes aos itens da Escala considerados mais relevantes.

**Quadro 1:** Apresentação da frequência absoluta e relativa das respostas dos participantes aos itens da Escala de Ideação Suicida Beck nas duas etapas da pesquisa.

Itens da Escala Beck	Respostas	1ª etapa FA / FR (%)	2ª etapa FA / FR (%)
Tentativa de suicídio ativa	Não tenho desejo de me matar	06 22,2	21 77,7
	Tenho um desejo fraco de me matar	06 22,2	03 11,1
	Tenho um desejo de me matar moderado a forte	15 55,5	03 11,1
Razões para viver ou morrer	As razões para viver pesam mais que as razões para morrer	06 22,2	15 55,5
	Minhas razões para viver ou morrer são aprox. iguais	09 33,3	09 33,3
	Minhas razões para morrer pesam mais que para viver	12 44,4	03 11,1
Frequência da ideação suicida	Raramente ou ocasionalmente penso em me matar	08 34,7	07 58,3
	Tenho ideias frequentes de me matar	10 43,4	04 33,3
	Penso constantemente em me matar	05 21,7	01 08,3
Inibições para o suicídio	Não me mataria por causa da família, amigos, religião, etc.	05 21,7	04 33,3
	Estou um tanto preocupado em me matar	05 21,7	04 33,3
	Não estou ou estou um pouco preocupado em me matar	13 56,5	04 33,3
Acessibilidade do método	Não tenho acesso a um método para me matar	06 26,0	05 41,6
	O método leva tempo e não tenho oportunidade de usá-lo	02 08,0	01 08,3
	Tenho acesso e oportunidade para me matar	15 65,2	06 50,0
Despistamento e segredo	Não tenho escondido das pessoas minha ideação suicida	07 30,4	05 41,6
	Tenho evitado contar às pessoas sobre minha ideação	09 39,1	04 33,3
	Tenho tentado não revelar, esconder ou mentir	07 30,4	03 25,0

Ao analisar primeiramente o item "tentativa de suicídio ativa", observa-se que na 2ª etapa da pesquisa houve aumento do número de participantes que declararam não possuir desejo de se matar (77,7% versus 22,2% na 1ª etapa). Desse modo, percebe-se que, na 2ª etapa, os indivíduos apresentavam menor desejo de cometer suicídio. A literatura refere que o indivíduo com ideação suicida não sabe o que é a morte, ou melhor, ninguém sabe. O que o indivíduo deseja realmente é escapar de um sofrimento insuportável, o qual pode ser real ou

fantasiado, motivado por questões de aspectos internos (por exemplo, transtornos psiquiátricos) ou externos (por exemplo, conflitos)<sup>11</sup>. O escritor japonês RYUNOSUKE AKUTAGAWA demonstrou tal questão ao escrever sobre seu ato suicida: É claro que não quero morrer, mas viver é um sofrimento<sup>12</sup>.

Uma das características próprias do estado em que se encontra a maioria das pessoas com ideação suicida é a ambivalência entre o desejo de vida e de morte. Ou seja, não é possível afirmar que o indivíduo possui apenas desejo de morte

ou apenas desejo de vida, mas o importante é avaliar qual desses desejos está mais forte<sup>1</sup>. A Escala de Ideação Suicida Beck permite tal avaliação, uma vez que suas questões focam não apenas a presença ou ausência de tais desejos, mas também a sua intensidade como é demonstrado no item "Frequência da ideação suicida". Neste item, 34,7% dos participantes na primeira etapa relataram que raramente ou ocasionalmente pensam em se matar; enquanto na segunda etapa, essa mesma resposta foi emitida por 58,3% dos participantes. Desse modo, constata-se que os participantes demonstraram a diminuição da frequência de pensamentos suicidas durante a segunda etapa da pesquisa.

Ao se averiguar as razões para viver ou morrer, constata-se que na segunda etapa houve um aumento do número de participantes que declararam possuir mais razões para viver do que para morrer (55,5% versus 22,2% na primeira etapa). Foi possível observar que nesta questão da Escala, os participantes realizavam uma retrospectiva mental de sua vida a fim de lembrar o que lhes motivavam a viver (fatores protetores), assim como as razões que os levavam a desejar a morte (fatores de risco). O conhecimento desses fatores pode constituir-se em mecanismos de prevenção, através do reforço dos fatores protetores e diminuição dos fatores de risco. A compreensão desses fatores não pode ser utilizada com sucesso para prever quem irá cometer suicídio, mas representa um auxílio clínico na avaliação do risco potencial de suicídio e sinaliza ao profissional quais as intervenções preventivas que devem ser imediatamente iniciadas<sup>2</sup>.

Na questão que analisa o que impediria os participantes de cometer suicídio, pergunta-se sobre a influência dos seguintes fatores: família, amigos, religião, possível dano por tentativa malsucedida. Desse modo, 21,7% dos participantes na primeira etapa e 33,3% na segunda etapa declararam que não se matariam por esses motivos, demonstrando preocupação e vínculo com a família, amigos e religião, assim como uma preocupação com um possível dano por uma tentativa malsucedida, entre outros motivos.

Essa questão é importante, pois permite observar quais aspectos da vida do sujeito necessita de maior investimento, ou seja, quais aspectos são frágeis e não constituem um fator de proteção ao indivíduo. Ao analisar os fatores de risco e protetores de suicídio, é importante não os considerar de forma generalizada, mas compreender que os fatores variam de importância e até mesmo de "classificação", de acordo com a experiência de vida de cada pessoa<sup>3</sup>. Por exemplo, ter filhos pequenos é considerado um fator de proteção, pois os pais sentem-se responsáveis por sua criação e sentem que devem "honrar" com esse compromisso, apesar das adversidades que podem estar enfrentando<sup>4</sup>. Esta questão foi encontrada na pesquisa,<sup>5</sup> que alguns participantes declararam preocupação com os filhos como um impeditivo para novas tentativas de suicídio, assim como houve participantes com filhos adolescentes/ adultos que declararam não ter essa preocupação já que os filhos podiam se cuidar sozinhos. Entretanto, para

outros pais, essa tarefa de cuidado aos filhos pequenos pode ser tão indesejada ou difícil – seja por questões financeiras ou emocionais – que gera maior angústia e desespero, constituindo-se assim um fator de risco para o suicídio.

Além das questões apresentadas acima, mais voltadas aos pensamentos e ideação suicida, a Escala analisa questões de ordem prática como a acessibilidade aos meios letais e oportunidade de usar tais métodos. Neste item, um maior número de participantes na segunda etapa (41,6% versus 26% na primeira etapa) declarou não possuir acesso a método ou oportunidade de se matar. A literatura reporta a influência da acessibilidade aos métodos ao demonstrar que um dos fatores que contribui para o aumento do índice de suicídio em idosos é a facilidade de acesso às medicações. Esta população geralmente possui indicação de diferentes medicamentos de uso contínuo, os quais ingeridos em excesso ou em combinação possuem um maior potencial de letalidade<sup>6</sup>. Além do mais, os medicamentos comumente utilizados por idosos, para tratamento de hipertensão e doenças cardiovasculares, têm se mostrado muitas vezes mais nocivos que boa parte dos medicamentos psiquiátricos<sup>7</sup>.

Uma das medidas de prevenção do suicídio é alertar a rede de apoio do paciente sobre a vigilância do paciente e restrição de acesso aos meios letais, ou seja, deixar fora do alcance dos pacientes objetos como facas, cordas, medicamentos e substâncias tóxicas<sup>8</sup>. Destaca-se o risco de suicídio em indivíduos que possuem personalidade impulsiva e acesso aos métodos letais. Pesquisa demonstra que 24% dos participantes relataram a realização da tentativa de suicídio apenas 05 minutos após terem tomado a decisão<sup>9</sup>.

A última questão a ser analisada na Escala investiga se os sujeitos revelam a ideação suicida para outras pessoas. Na primeira etapa 30,4% dos participantes declararam que não tem escondido das pessoas seu desejo de se matar; na segunda etapa, essa resposta foi apresentada por 41,6% dos participantes. Desse modo, percebe-se que, na segunda etapa, os participantes demonstraram uma menor preocupação em esconder a ideação suicida das pessoas. Tal fato, assim como a menor facilidade de acesso aos meios letais declarada pelos participantes na segunda etapa da pesquisa, pode ter relação com o atendimento realizado pelo Serviço de Psicologia da unidade de Emergência. Durante o atendimento, são fornecidas orientações aos familiares sobre manejo do paciente, suas necessidades de apoio, vigilância e restrição de acesso a medicamentos e/ou meios letais. Dessa forma, busca-se reforçar a rede de apoio do paciente, aproximando-o de seus familiares.

O último instrumento utilizado na pesquisa foi a entrevista semiestruturada, com a finalidade de investigar o acesso dos participantes aos serviços de saúde após o atendimento na unidade de Emergência por tentativa de suicídio. Dos 27 participantes da pesquisa, 25 indivíduos (92%) buscaram os serviços de saúde conforme encaminhamento realizado pelo Serviço de Psicologia da unidade de Emergência.

Entretanto, ao investigar se os participantes estão realizando tratamento psicológico após aproximadamente 6 meses do atendimento hospitalar, constatou-se que apenas 03 participantes (11,1%) afirmaram estar realizando o tratamento. Outros 3 participantes relataram ter realizado tratamento psicológico após o atendimento na unidade de Emergência e receberam alta antes da realização da segunda etapa da pesquisa. Desse modo, 6 participantes realizaram ou estavam realizando o tratamento psicológico após o atendimento na unidade de Emergência, e todos realizaram (ou estavam realizando) o tratamento nas Unidades Básicas de Saúde.

Considerando que 5 participantes foram encaminhados para acompanhamento ambulatorial psicológico e 13 participantes foram encaminhados para acompanhamento

ambulatorial psicológico e psiquiátrico; um total de 18 participantes foi encaminhado para tratamento psicológico. Deste modo, a realização de tratamento psicológico por 6 participantes constituiu-se em um baixo índice.

Destaca-se que dos 6 participantes que relataram a realização de tratamento psicológico após o atendimento na unidade de Emergência, apenas 2 participantes já haviam realizado tratamento psicológico anteriormente. Desse modo, 4 participantes iniciaram tratamento psicológico pela primeira vez após o atendimento na unidade de Emergência.

Dos 27 participantes da pesquisa, 21 não realizaram o tratamento psicológico após o atendimento na unidade de Emergência. A Figura 1 apresenta os motivos elencados pelos participantes para a não realização do tratamento.

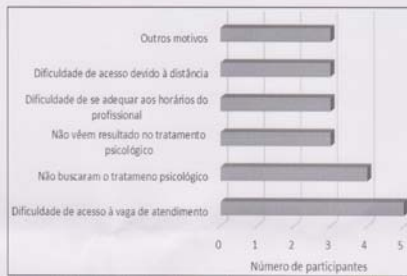


Figura 1: Apresentação das categorias referente aos motivos alegados pelos participantes para a não realização do tratamento psicológico.

Nesta questão, a maioria dos participantes (5) relatou que haviam procurado atendimento com psicólogo, entretanto, foram informados nos serviços de saúde sobre a falta de vaga para novos pacientes – categoria “Dificuldade de acesso à vaga de atendimento”. Destaca-se que a maioria dos participantes (4) buscou o atendimento na rede pública de saúde. Entretanto, tal dificuldade foi encontrada também no plano de saúde da rede particular (1 participante).

Conforme relatado anteriormente, dos 27 participantes da pesquisa, 25 participantes buscaram os serviços e profissionais de saúde após o atendimento na unidade de Emergência por tentativa de suicídio. Entretanto, ao considerar a busca realizada apenas pelos profissionais de psicologia, o número se reduz para 23 participantes, ou seja, 4 participantes não realizaram a busca por profissionais de psicologia – categoria “Não procuraram atendimento psicológico”. Desses participantes, 3 relataram que não procuraram atendimento psicológico, pois não sentiram necessidade de tratamento e um participante relatou sentir necessidade do tratamento psicológico. Este participante referiu que o médico psiquiatra com o qual realiza tratamento também lhe sugeriu tratamento psicológico, entretanto não realizou o encaminhamento do

participante a algum serviço de saúde.

A próxima categoria – “Não veem resultado no tratamento psicológico” – foi relatada por 03 participantes, os quais realizaram tratamento psicológico anteriormente ao atendimento na unidade de Emergência e não viam resultado no tratamento. Não observaram remissão dos seus sintomas e, dessa forma, não se mostravam motivados para realizar o tratamento novamente.

Outros participantes (3) demonstraram motivação para realizar o tratamento psicológico, entretanto não conseguiram adequar a sua rotina de acordo com os horários disponibilizados pelo profissional para o atendimento – categoria “Dificuldade de se adequar aos horários do profissional”. Os participantes desta categoria buscaram profissionais da rede pública de saúde e uma participante buscou um profissional que realizava atendimentos sob a forma de trabalho voluntário.

A categoria “Dificuldade de acesso devido à distância” foi referida por 3 participantes, sendo que 2 participantes haviam iniciado o tratamento psicológico particular. Um participante iniciou o tratamento na rede pública de saúde, na Unidade Básica de Saúde, porém, não conseguiu realizar o tratamento na unidade de saúde mais próxima de sua residência por falta

de profissional na unidade. Dessa forma, foi encaminhado para outra Unidade Básica de Saúde, mas devido à distância, desistiu do tratamento.

Outros 03 relatos foram inseridos na categoria "Outros motivos", já que não se adequaram a nenhuma categoria já relatada. Dois relatos foram semelhantes: participantes referiram que não estavam realizando tratamento psicológico, pois estavam realizando tratamento psiquiátrico. O terceiro participante desta categoria referiu que estava realizando tratamento psicológico, mas teve que interromper, pois a psicóloga da Unidade Básica de Saúde pediu a exoneração do serviço para assumir outro emprego e não havia outro psicólogo na Unidade.

Observa-se que a maioria (12) dos motivos elencados para a não realização do tratamento psicológico refere-se a algum tipo de dificuldade de acesso: ao atendimento devido à falta de vaga para pacientes tanto na rede pública, quanto particular em razão da grande demanda de pacientes ou reduzido número de profissionais (e até mesmo a ausência de profissionais); dificuldade de acesso devido à distância (dificuldade preocupante já que a rede de saúde foi estruturada utilizando os conceitos de territorialização de modo a atender as pessoas de acordo com o território onde residem); dificuldade de encontrar horário de atendimento compatível; e por fim, profissionais que deixam de trabalhar na Unidade Básica de Saúde, com demora para contratar novos profissionais.

Quando os participantes citavam que não estavam em tratamento psicológico, pois estavam realizando tratamento psiquiátrico (categoria "Outros motivos"), faz-se importante entender se os participantes compreendem a diferença entre os dois tratamentos e a complementariedade deles, já que os tratamentos não são excludentes e, em muitos casos, é necessário que o paciente realize ambos os tratamentos. Ressalta-se que 13 participantes foram encaminhados para o acompanhamento ambulatorial psicológico e psiquiátrico após o atendimento do Serviço de Psicologia da unidade de Emergência, pois se avaliou que tais participantes necessitavam de ambos tratamentos. O tratamento psiquiátrico auxilia no alívio dos sintomas através dos medicamentos e o psicológico contribui ao ajudar o indivíduo a refletir sobre como lidar com as adversidades que lhe afligem e, desse modo, proporciona uma melhora da qualidade de vida.

Através das respostas dos participantes, observa-se que alguns não conhecem o funcionamento da rede de saúde e não sabem onde procurar atendimento, enquanto outros demonstram sintomas de humor deprimido que os mantém desmotivados a procurar atendimento. Deste modo, fornecer informações e facilitar o acesso dos participantes aos serviços de saúde provavelmente aumentará a adesão dos participantes aos tratamentos sugeridos. É fundamental sempre realizar o encaminhamento do participante para algum serviço de saúde.

No item "não procuraram atendimento psicológico", encontra-se o relato de um participante que referiu não estar se sentindo bem emocionalmente e o psiquiatra lhe

falou da importância de procurar um psicólogo. Nesse caso, o participante possuía alguns fatores que facilitaram sua adesão ao tratamento psicológico, pois possuía a percepção de que não estava bem emocionalmente, portanto procurou ajuda profissional (médico psiquiatra) e este lhe incentivou a realizar tratamento psicológico, apesar de não ter realizado o encaminhamento do participante. A falta de encaminhamento, nesse caso, foi o impeditivo para a realização do tratamento psicológico. Conforme o exposto, muitas vezes, o paciente não conhece a rede de saúde e não sabe onde encontrar os profissionais, ou encontra-se muito fragilizado emocionalmente para ter uma atitude mais ativa de procurar um profissional sem a indicação de onde encontrar.

Observa-se que diante de algumas intercorrências, como distância entre a residência do participante e o local do tratamento psicológico, dificuldade de se adequar aos horários do profissional e exoneração do profissional, os participantes interrompiam o tratamento e não buscavam o tratamento com outro profissional. Tal dado demonstra a baixa adesão ao tratamento quando o percurso do participante ao serviço de saúde é dificultado por algum motivo, seja por motivos pessoais, ou por questões da organização da Rede de saúde. Em alguns relatos, os participantes declararam que sua desmotivação para iniciar o tratamento com outro profissional é o fato de ter que reiniciar o tratamento; ou seja, conta sobre a sua vida, suas experiências e sofrimento a um novo profissional. Alguns participantes (inclusive os que desistiram de participar da segunda etapa da pesquisa) relataram que é muito doloroso falar da tentativa de suicídio e os eventos relacionados ao ato e preferem evitar o assunto.

É importante compreender se essa dificuldade em falar sobre assuntos dolorosos pode levar o indivíduo a não revelar seus pensamentos e sentimentos, mesmo quando indagado em atendimento. Adolescentes com comportamentos suicidas apresentam a tendência de esconder informações pessoais angustiantes dos outros, comportamento denominado "auto-ocultação"<sup>11</sup>. Os profissionais de saúde devem estar atentos a essa possibilidade, utilizando não apenas o relato verbal do paciente para a avaliação do risco de suicídio, mas também o relato de familiares e pessoas próximas, assim como a análise dos fatores protetores e de risco, conforme realizado pelo Serviço de Psicologia da unidade de Emergência.

A maioria dos participantes (23) buscou tratamento psicológico, o que parece ter influência do atendimento realizado pelo Serviço de Psicologia da unidade de Emergência, que possui, entre seus objetivos, incentivar o tratamento psicológico e/ou psiquiátrico quando necessário. Ressalta-se aqui, que algumas vezes foi necessário explicar aos participantes e familiares sobre o funcionamento da psicoterapia, que ainda é vista por algumas pessoas como um tratamento utilizado apenas para transtornos mentais graves e, assim, os participantes mostravam-se resistentes ao tratamento psicoterápico.

Diante destas situações, faz-se importante a busca ativa de



pacientes através de Visitas Domiciliares e contatos telefônicos realizados pelas equipes de Saúde da Família das Unidades Básicas de Saúde - UBS. O Serviço de Psicologia da unidade de Emergência, após realizar o encaminhamento do paciente para os serviços de saúde, realiza contato telefônico com a equipe da UBS a fim de comunicar a ocorrência da tentativa de suicídio e a necessidade de acompanhamento ambulatorial. Dessa forma, a UBS possui conhecimento sobre as demandas da população de seu território, podendo inclusive promover ações preventivas. Além disso, caso o paciente tenha sido encaminhado para UBS e não tenha comparecido à Unidade, a equipe de Saúde da Família consegue ter contato com o paciente para oferecer o tratamento, uma vez que realiza a busca ativa do paciente.

Tal ação vai ao encontro dos pressupostos do SUS, como por exemplo, a equidade que prevê a garantia de ações e serviços a todos os cidadãos, considerando as situações de risco, condições de vida e saúde de cada indivíduo. Sendo assim, o Sistema Único de Saúde considera que o cidadão não pode ser privado do acesso ao serviço de saúde sob nenhuma circunstância e garante o acesso aos serviços de saúde mesmo que o cidadão não tenha procurado tal serviço. Ressalta-se que a atenção domiciliar também é realizada pelas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, assim como em outros serviços de saúde.

#### 4 Conclusão

Dados da presente assemelham-se a outros estudos, ao investigar questões envolvendo sexo, idade, desencadeador alegado, tentativas de suicídio prévias, método utilizado para a tentativa de suicídio e transtorno psiquiátrico. A maioria dos participantes apontou um desencadeador para a tentativa de suicídio, relatando tentativa de suicídio prévia (algumas com métodos bastante violentos, envolvendo risco de vida a terceiros como no caso dos "acidentes de trânsito"). Porém, o método utilizado foi predominantemente intoxicação exógena por medicamentos ou substância tóxicas; entretanto, tal dado provavelmente foi influenciado pelo local de realização da pesquisa, uma vez que o Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina localiza-se no HU/UFSC. Entre os participantes que possuíam diagnóstico psiquiátrico, a maior prevalência foi de Transtorno Depressivo e Transtorno Bipolar, apontados pela literatura como um dos transtornos mais encontrados em casos de suicídio.

Durante a aplicação da Escala de Ideação Suicida Beck na primeira etapa, observou-se maior nível de ideação suicida manifestado pelos participantes, quando comparado à segunda etapa da pesquisa, realizada seis meses após o atendimento na unidade de Emergência. Na primeira etapa, a maioria dos participantes declarou desejo de se matar moderado a forte, mais razões para morrer do que para viver, ideias frequentes de se matar, despreocupação em matar por causa da família, amigos, religião, possível dano por uma tentativa malsucedida, acesso ao método e oportunidade para se matar, omissão sobre

sua ideação suicida.

Já na segunda etapa, encontram-se resultados contrários à primeira etapa: a maioria dos participantes declarou que não possuiu desejo de se matar, possuiu mais razões para viver do que para morrer, raramente ou ocasionalmente pensam suicídio, não omissão da ideação suicida. Apesar da maioria dos participantes declarar acesso ao método e oportunidade de se matar, verificou-se diminuição de participantes em relação à primeira etapa da pesquisa. Da mesma forma, a resposta que indica que os participantes não estavam preocupados a respeito de se matar por causa da família/ amigos/ religião/ possível dano por tentativa malsucedida (item "Inibições para o suicídio"), foi respondida por menor número de participantes na segunda etapa quando comparados aos participantes na primeira etapa da pesquisa.

Provavelmente, a diminuição do item "Acessibilidade do método" durante a segunda etapa possui relação com os cuidados oferecidos pela rede de apoio social-familiar, já que esta possui papel fundamental na vigilância e restrição dos métodos letais. Outra questão que pode indicar a aproximação entre o participante e familiares durante a segunda etapa é o item "Inibições para a tentativa de suicídio", visto que na segunda etapa, os participantes demonstraram maior preocupação com família e outros membros da rede social.

Tais dados demonstram a importância do atendimento oferecido pelo Serviço de Psicologia na unidade de Emergência do HU/UFSC, pois durante o atendimento são realizadas, entre outras intervenções, identificação/reforço dos laços com rede de apoio, estímulo para tratamento psicoterápico e/ou psiquiátrico quando necessário, orientações aos familiares sobre restrição de acesso aos meios letais. O encaminhamento após o atendimento hospitalar a outros serviços de saúde tem se mostrado extremamente importante, principalmente ao considerar que a maioria dos participantes mantinha a ideação suicida durante o atendimento no Hospital.

A maioria dos participantes demonstrou motivação para o tratamento psicológico após o atendimento na unidade de Emergência. Entretanto, poucos conseguiram realizar o tratamento, visto que encontraram dificuldades relacionadas à falta de vagas para atendimento a novos pacientes, distância entre o serviço de saúde e a residência do participante, ou dificuldade de adequação com os horários do profissional.

O conhecimento de tais fatores é essencial para realizar estratégias de intervenção e, dessa forma, auxiliar na prevenção do suicídio. Entretanto, não há pesquisas suficientes sobre a intervenção psicológica para casos de tentativas de suicídio atendidos em unidade de Emergência de Hospital Geral, portanto tais pesquisas se fazem necessárias, já que esta unidade é caracterizada por atender casos que necessitam de cuidados médicos imediatos e a tentativa de suicídio encaixa-se nessa definição. Além disso, trata-se de uma unidade que possui algumas peculiaridades como a alta rotatividade de pacientes e breve período de permanência dos pacientes na unidade, exigindo que o psicólogo exerça um atendimento

psicoterápico breve e focal, cuja tarefa pode se constituir em um complicador para muitos profissionais de psicologia que aprenderam a trabalhar de forma mais contínua com os pacientes.

A presente pesquisa demonstrou que, mesmo com todas as peculiaridades da unidade de Emergência de Hospital Geral, é possível atuar de forma a prevenir o suicídio. É importante destacar, entretanto, que o sistema de saúde público brasileiro foi constituído na forma de rede e dessa forma entende-se que os diferentes serviços de saúde estão interligados e atuam juntos, ou seja, nenhum serviço de saúde é autossuficiente para oferecer os cuidados à população. A unidade de Emergência possui um papel importante na prevenção do suicídio, já que, muitas vezes, é o primeiro serviço de saúde que o indivíduo (ou familiar) procura após tentar o suicídio. Nesta unidade, iniciam-se as intervenções a fim de minimizar o sofrimento emocional do paciente, porém tais intervenções devem ter continuidade em outros serviços de saúde. A rede de apoio institucional (serviços de saúde) assume função fundamental para a estabilização do indivíduo, evitando, assim, a ocorrência de suicídio ou de novas tentativas de suicídio.

#### Referências

1. OMS - Organização Mundial de Saúde. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Campinas; 2006.
2. WHO - World Health Organization. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS. protocol of SUPRE-MISS. Geneva; 2002.
3. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. Cad Saúde Pública 2013;29(1):175-87.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009. Brasília; 2011.
5. Estellita-Lins C. Trocando seis por meia dúzia: suicídio como Emergência do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Mauad; 2012.
6. Botega NJ. Comportamento suicida em números. Rev Debates: Psiquiatr Hoje 2010;2(1):10-20.
7. Coelho BM, Mello-Santos C, Wang P. Interconsulta no paciente com risco de suicídio. In: Miguel EC, Gentil V, Gattaz WF, Clínica psiquiátrica. São Paulo: Manole; 2011. p.1-40.
8. Botega NJ, Rapeli CB, Cais CFS. Comportamento suicida. In: Botega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed; 2012.
9. Kutcher S, Chehil S. Manejo do risco de suicídio: um manual para os profissionais de saúde. Canadá: Lunbeck; 2007.
10. Simon TR, Swann AC, Powell LB, Potter LB, Kresnov MJ, O'Carroll PW. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. Suicide Life Threat Behav 2001;32(1):49-59.
11. Heiloen M, Aro H, Lönnqvist J. Recent life events, Social support and suicide. Acta Psychiatr Scand 2007;89(1):65-72.
12. Bertolote JM. O suicídio e sua prevenção. São Paulo: Unesp; 2012.
13. Campos I. Vidas interrompidas. Vitória: Departamento de Imprensa Oficial; 2009.
14. Waizlfisz JJ. Mapa da violência 2011: os jovens no Brasil. Brasília: Ministério da Justiça; 2011.
15. Friendlander A, Nazem S, Fiske A, Nadorff MR, Smith MD. Self-Concealment and Suicidal Behaviors. Suicide Life Threat Behav 2012;42(1):332-40.
16. OMS - Organização Mundial de Saúde. Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Geneva: OMS; 2000.
17. Werlang BG, Botega N J. Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed; 2004.
18. Cassoria RMS. Do suicídio: estados brasileiros. Campinas: Papirus; 1991.
19. Jamison KF. Quando a noite cai: entendendo a depressão e o suicídio. Rio de Janeiro: Gryphus; 2010.
20. Machin R. Nem doente, nem vítima: o atendimento às lesões auto-provocadas nas emergências. Rev Ciênc Saúde Coletiva 2009;14(5):1741-50.
21. Cassoria RMS. O que é suicídio. São Paulo: Brasiliense; 1992.
22. Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. Rev Bras Psiquiatr 2010;32(1):87-95.
23. Wallauer A, Maliska ME. Suicídio: um desafio para os profissionais de saúde. Florianópolis: Pandion; 2012.
24. Damas FB, Zaminin M, Serrano AI. Tentativas de suicídio com agentes tóxicos: análise estatística dos dados do CIT / SC (1994 a 2006). Rev Bras Toxicol 2009;22(1/2):21-6.
25. Macchigvaerni, J. Elaboração de um instrumento para registro de atendimento psicológico a tentativas de suicídio. Monografia. [Residência Integrada Multiprofissional em Saúde] - Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
26. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
27. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: HICTEC-ABRASCOS; 2008.
28. Boni V, Quaresma S J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Em Tese 2005;2(1):68-80.
29. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.