

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^{a*}; Leticia Macedo Gabarra^a

^aHospital 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 gradação 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. Psicoterapia.*

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 anos¹. 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 suicídio². 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 externas³. Outro estudo apontou que entre o período de 2000 a 2009, o risco de morte por suicídios aumentou 22,5%⁴.

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 suicídios¹. 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 SISITEMA Único de Saúde - DATASUS, seria possível encontrar inúmeros suicídios ocultos⁵. Pesquisa demonstra que as mortes classificadas por “causas externas de tipo ignorado” correspondem aproximadamente a 10% dos registros de óbito no Brasil⁶.

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^{7,8}. Estudo realizado por Kutcher e Chehil⁹ 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 prévias¹⁰⁻¹². 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 utilizado¹³⁻¹⁵.

Desse modo, 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^{16,17}. 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 desespero¹⁷⁻²¹. 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^{22,23}.

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 localizado²⁴.

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 pacientes, orientar familiares e, de acordo com as necessidades, encaminhar os pacientes a outros serviços de saúde²⁵.

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); 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.

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 pesquisas²⁵. 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 vida²⁶.

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^{27,28}.

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 Minayo²⁷. A análise categorial ou temática é uma das técnicas mais utilizadas para se realizar a análise de conteúdo proposta por Bardin²⁹. 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^{12,22}. 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-parto⁹. 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 conseqüentemente o ato naquele momento^{15,16}. 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 eventos¹¹.

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^{12,13}. 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 mulheres⁹.

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 trânsito¹⁴. 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 população¹².

Entretanto, o grupo que representa maior risco de suicídio em relação ao fator idade são os idosos^{12,22}. 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 letalidade⁹. 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 psiquiátricos⁵. Adicionalmente, os idosos

apresentam 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 planos⁹. 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 suicídio¹³. 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 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”²⁴.

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 embaixo 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 às pessoas que podem estar envolvidas, como no caso dos “acidentes de trânsito”.

Ressalta-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^{1,7,9}. Considerando os indivíduos que já tiveram tentativas de suicídio prévias, 10% falecem por esta causa em um período de 10 anos⁸. 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 tentativa³.

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 bipolar⁹.

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 complexos⁸. 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 faleceram³.

A internação 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 itens²⁶. 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		2ª etapa	
		FA	FR (%)	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)²¹. O escritor japonês Ryuunosuke Akutagawa demonstrou tal questão ao escrever sobre seu ato suicida: É claro que não quero morrer, mas viver é um sofrimento¹⁹.

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 forte¹. 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 iniciadas⁹.

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 pessoa¹⁷. 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 enfrentando⁶. Esta questão foi encontrada na 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. 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 letalidade⁹. 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 psiquiátricos⁵.

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 tóxicas¹. 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 decisão¹⁰.

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 constitui-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.

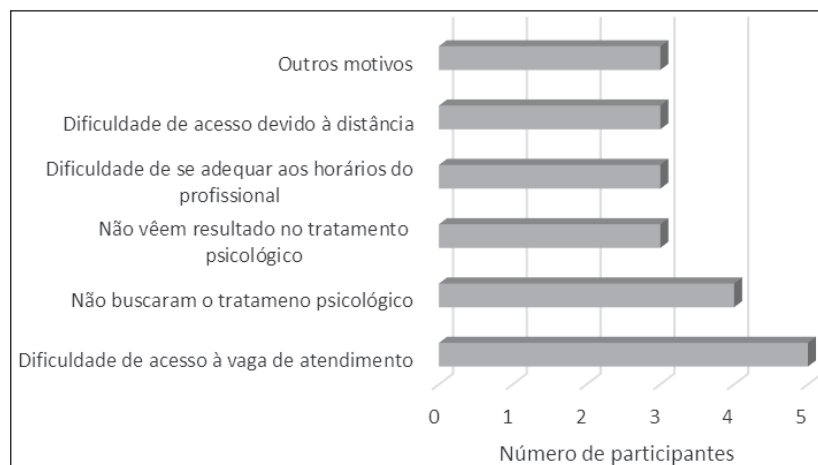


Figura 1: Apresentação das categorias referente aos motivos alegados pelos participantes para a não realização do tratamento psicológico.

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 vieram 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 conseguiam 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 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 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, contar 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”¹⁵. 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 possui desejo de se matar, possui 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 mal sucedida (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, Kresnow MJ, O'Carroll PW. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat Behav* 2001;32(1):49-59.
11. Heilloen 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. Cassorla RMS. Do suicídio: estudos 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. Cassorla 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, Zannin 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. Macchigivaerni, 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-ABRASCO; 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.