



Serviço Público Federal

Universidade Federal do Pará

Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

COMPORTAMENTO SUICIDA: SOCIEDADE, ASSISTÊNCIA E RELAÇÕES COMPORTAMENTAIS

Washington Luiz de Oliveira Brandão

Matrícula nº. 201100980002

Belém, Pará

2015



Serviço Público Federal

Universidade Federal do Pará

Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento

COMPORTAMENTO SUICIDA: SOCIEDADE, ASSISTÊNCIA E RELAÇÕES COMPORTAMENTAIS

Washington Luiz de Oliveira Brandão

Tese de doutorado apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Teoria e Pesquisa do Comportamento, elaborada sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Eleonora Arnaud Pereira Ferreira.

LINHA DE PESQUISA: Análise do Comportamento: Desenvolvimento de Tecnologia Comportamental.

Belém, Pará

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFPA

Brandão, Washington Luiz de Oliveira, 1966-
Comportamento suicida: sociedade, assistência e
relações comportamentais / Washington Luiz de Oliveira
Brandão. - 2015.

Orientador: Eleonora Arnaud Pereira
Ferreira.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do
Pará, Núcleo de Teoria e Pesquisa do
Comportamento, Programa de Pós-Graduação em
Teoria e Pesquisa do Comportamento, Belém, 2015.

1. Comportamento suicida - Macapá (AP). 2.
Suicídio - Macapá (AP). 3. Comportamento humano.
4. Saúde mental. I. Título.

CDD 23. ed. 616.858445

Manilha OK



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento - NTPC
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa
do Comportamento - PPGTPC
E-mail: laercio@ufpa.br/comporta@ufpa.br
Fones: 3201-8476 / 3201-8542
Rua Augusto Corrêa, nº 01
Guamá Cep: 66.075-110
Belém - Pará

Tese de Doutorado.

“Comportamento Suicida: Sociedade, Assistência e Relações Comportamentais.

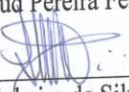
Aluno: Washington Luiz de Oliveira Brandão.

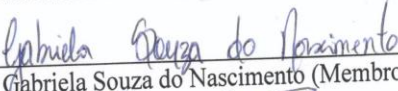
Data da Defesa: 14 de Dezembro de 2015.

Resultado: Aprovado.

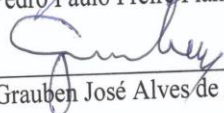
Banca examinadora:


Prof.^a Dr.^a Eleonora Arnaud Pereira Ferreira (Orientadora – UFPA)


Prof.^a Dr.^a Marilucilena Pinheiro da Silva (Membro – UNIFAP)


Prof.^a Dr.^a Gabriela Souza do Nascimento (Membro – UNAMA)


Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani (Membro – UFPA)


Prof. Dr. Grauben José Alves de Assis (Membro – UFPA)

Dedico este trabalho a Raimunda Trindade, por mostrar que, mesmo após uma experiência de adversidade imposta por escolhas baseadas em medos, em seu contato com os limites da vida pelas labaredas do fogo autoimposto, podemos sim redimensionar as experiências vitais dando a elas outros sentidos.

AGRADECIMENTOS

À Ana Catarina, minha filha, que a cada dia me presenteia com seu sorriso, alegria, carinho e amor. Uma das importantes razões de minha existência.

À minha família! Amintas, Alcir, Vera, Carmem, Eurídice, Junior e Adalberto, pelo amor, respeito, incentivo carinhoso para a produção desta tarefa. Apesar da distância geográfica, os laços frateros nos mantêm em contato saudável.

À família Feio pela acolhida na cidade de Macapá, em especial a Leila e a Dona Elma para quem sou muito grato!

À Priscilla, pelo carinho e compreensão de minhas ausências necessárias para a construção deste estudo.

À Eleonora Ferreira, que ao longo de minha trajetória de formação pessoal e profissional esteve sempre presente de maneira amorosa e competente. Na orientação do mestrado e agora no doutoramento, sempre fortaleceu os propósitos de minha formação.

À equipe da Coordenação Estadual de Saúde Mental do Estado do Amapá, pela viabilização estrutural para a realização desta pesquisa. Em particular à Coordenadora Michele Maleamá Sfair que sempre me incentivou no contato com o campo da Saúde Mental e pela demonstração de enfrentamento adequado diante das adversidades para a construção de uma assistência à saúde mental digna aos usuários.

À Faculdade SEAMA, pela oportunidade de realizar a coleta de dados na Clínica Escola.

À Adriele Sussuarana, pela colaboração responsável como auxiliar de pesquisa na primeira parte deste estudo.

Aos companheiros de jornada do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III GENTILEZA, pela convivência saudável e pela parceria no desenvolvimento da assistência às pessoas em sofrimento emocional em Macapá. Em especial a Claudia e a Ana pela convivência carinhosa e autentica. As “quintas-feiras santas” são vitais para nossa saúde mental.

À amiga Nuana Cabral, por sua simpatia e amizade para todos os momentos. À Danielle Rabello, à Franquileia Lima, pelo carinho e convivência saudável, pelo apoio nos momentos que mais precisei e pela colaboração na tabulação dos dados deste estudo.

Aos amigos Adriano Pinto, Marcos Giovani, Alex Bernardes e José de Arimatéia por nossa convivência fraterna desde a graduação em Psicologia. Tenho uma imensa alegria e satisfação em tê-los como partícipes em minha caminhada existencial.

À companheira de jornada Eliane Lima. Um especial carinho e agradecimento por tudo. Pelo incentivo, por nossas conversas sobre “a vida”. Aprendi muito com você.
Obrigado!

À CAPES, pelo incentivo financeiro para a realização deste estudo.

Em especial, às pessoas que colaboraram neste estudo como participantes. Tê-las conhecido em um momento de extrema fragilização emocional me “tocou” profundamente.

À Deus pela minha existência!

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	01
INTRODUÇÃO	05
Estudo 1: COMPORTAMENTO SUICIDA: RELAÇÃO ENTRE FATORES CONDICIONANTES E ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO DA CIDADE DE MACAPÁ-AP	
Resumo	17
Abstract	17
Introdução	18
Sobre o comportamento suicida	19
Suicídio e os índices de desenvolvimento humano: o caso de Macapá-AP	23
Há relação entre suicídio e IDHM?	37
Conclusão	39
Estudo 2: COMPORTAMENTO SUICIDA: O FAZER DE PSICÓLOGOS NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL EM MACAPÁ-AP	
Resumo	43
Abstract	43
Introdução	44
Método	58
Resultados	62
Discussão	69
Conclusão	73
Estudo 3: RELAÇÕES COMPORTAMENTAIS EM EPISÓDIOS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO	
Resumo	76
Abstract	76
Tentativa de suicídio	77
Análise do Comportamento e tentativa de suicídio	78
Método	84
Resultados	86
Discussão	111
Conclusão	114
Considerações Finais	116
Referências	118
Anexos	

LISTA DE TABELAS

Estudo 1

Tabela 01.	Taxas de suicídio no Brasil, por gênero, entre 2004-2012 por 100 mil habitantes	25
Tabela 02.	Distribuição dos óbitos por suicídio no Brasil segundo os grupos de idade e gênero por 100 mil habitantes – 2005 e 2012.....	25
Tabela 03.	Óbitos por suicídio por região no Brasil – Taxa por 100 mil habitantes – de 2004 a 2012	26
Tabela 04.	Óbitos por suicídio nos estados da Região Norte – Taxa por 100 mil habitantes – de 2004 a 2012	27
Tabela 05.	Óbitos por suicídio nos estados da Região Norte – Taxa por 100 mil habitantes – de 2004 a 2012	28
Tabela 06.	Comparação entre os casos de suicídio registrados em Macapá-AP nos anos de 2004 e 2005 de acordo com o gênero, meio utilizado e mês de maior ocorrência	29
Tabela 07.	Relato dos familiares sobre os motivos associados ao comportamento suicida na cidade de Macapá em 2004 e 2005.....	30
Tabela 08.	População das capitais da Região Norte em 2010/estimado 2015 ..	34

Estudo 2

Tabela 01.	Caracterização dos tipos de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).....	53
Tabela 02.	Distribuição dos CAPS por estado da federação – Região Norte.....	54

COMPORTAMENTO SUICIDA: SOCIEDADE, ASSISTÊNCIA E RELAÇÕES COMPORTAMENTAIS

SUICIDAL BEHAVIOR: SOCIETY, ASSISTANCE AND BEHAVIORAL RELATIONS

RESUMO

Este trabalho foi construído por meio de três estudos, sendo um teórico e dois empíricos. O primeiro estudo objetivou relacionar os indicadores de desenvolvimento humano (IDH) nas capitais do norte do Brasil, em particular a cidade de Macapá-AP, com os aspectos condicionantes para o comportamento suicida (CS). Para tanto foram acessadas publicações nacionais e internacionais que descrevessem aspectos epidemiológicos do CS e de avaliação do IDH. Os dados indicam que existe relação entre as dimensões do IDH – renda, longevidade e educação - com as taxas de suicídio. O segundo estudo objetivou descrever o conhecimento que 28 psicólogos que atuam na assistência à saúde mental pública possuem sobre o fenômeno do suicídio na cidade de Macapá-AP, bem como identificar seus procedimentos na atenção às pessoas envolvidas, por meio de aplicação de questionário autoaplicável. Os resultados indicam que, considerando um panorama sobre conhecimento do CS, os profissionais relataram um conhecimento mínimo, porém individualmente incipiente em comparação com o que é descrito na literatura e, em particular, nos manuais e políticas públicas que enfatizam sobre a prevenção e manejo dos casos. No terceiro estudo descreveu-se o relato sobre o ciclo vital (infância, adolescência e contexto atual) além do episódio de tentativa de suicídio vivido por sete pessoas (cinco mulheres e dois homens). Observou-se no relato do ciclo de vida que há tanto eventos que envolvem situações de coesão quanto de conflito familiar; situações de abuso sexual, dificuldade para lidar com as consequências da orientação sexual. Assim, a tentativa de suicídio pode ser analisada como uma estratégia de autocontrole com função de fuga e esquiva. O estudo do comportamento suicida é uma área complexa e densa, o que pode motivar pesquisadores a buscar desenvolver mais esforços para proporcionar uma melhor assistência às pessoas envolvidas.

Palavras-chave: Comportamento suicida. Análise do comportamento. Saúde mental.

ABSTRACT

This work was built by means of three studies, a theoretical and two empirical ones. The first study aimed at relating the human development indicators (HDI) in the Northern capitals of Brazil, in particular the city of Macapá-AP, with conditioning aspects for suicidal behavior (CS). For that purpose, we accessed national and international publications that described epidemiological aspects of CS and evaluation of HDI. The data indicate that there is a relation between HDI dimensions - income, longevity and education - with suicide rates. The second study aimed at describing the knowledge that 28 psychologists working in assistance to public mental health have on the suicide phenomenon in the city of Macapá-AP, as well as identifying their procedures in the care of the people involved, through application of a self-administered questionnaire. The results indicate that, considering a perspective on CS knowledge, the professionals reported minimal knowledge, but individually incipient compared to what is described in the literature and, in particular, in manuals and public policies that emphasize on prevention and management of cases. In the third study, we aimed at describing the report about the life cycle (childhood, adolescence and current context) besides the suicide attempt episode lived by seven people (five women and two men). It was observed in the report of the life cycle that there are both events involving situations of cohesion and family conflict; sexual abuse situations, difficulty in dealing with the consequences of sexual orientation. Suicide attempt can be analyzed as a self-control strategy with escape and avoidance function. The study of suicidal behavior is a complex and dense area, which can motivate researchers to pursue further efforts in order to provide a better assistance to those involved.

Keywords: Suicidal behavior. Behavior analysis. Mental health.

APRESENTAÇÃO

O percurso de desenvolvimento deste estudo iniciou no ano de 2004 quando fui exercer a docência no ensino superior em uma faculdade da rede privada que instalava o curso superior de Psicologia na cidade de Macapá-AP. Esta atividade me colocou em contato com o problema do suicídio, que naquela época chamou a minha atenção pela repercussão que o fato representava nas falas das pessoas, quer profissionais da educação, da saúde ou outras áreas. Um fato que se destacou foi a naturalidade com a qual se falava sobre o tema.

Dentre as atividades que desenvolvi nos primeiros meses, naquele início de percurso docente, destaco a implementação de um grupo de pesquisa, para o qual a faculdade e a Secretaria Estadual de Ciência e Tecnologia apoiaram financeiramente três alunos de iniciação científica, sendo que um foi associado ao grupo de maneira voluntária, para a realização de atividades de natureza teórico-conceitual e de levantamento de dados junto aos profissionais do Hospital de Emergência, do Corpo de Bombeiros Militar e pessoas vítimas de tentativa de suicídio. Foram três anos nos quais o contato com o tema fortaleceu a ideia de que as pessoas - profissionais ou não, relataram algumas concepções equivocadas sobre o suicídio, tanto com relação ao fato de acharem que a cidade de Macapá-AP apresentava os maiores índices de suicídio do Brasil e, por isso, algumas indagações como, por exemplo, “mas o que tem em Macapá que as pessoas se matam?”. O que parecia “ser automático” na reação das pessoas quando se falava sobre o assunto em relação à situação de que, por exemplo, para cada 10 pessoas residentes em Macapá-AP, nove já tinham escutado falar sobre a ocorrência de algum suicídio na cidade e entre cinco a seis conheciam alguém que já havia tentado suicídio ou conheciam algum amigo que relatou sobre a tentativa ou suicídio de alguém próximo.

Os resultados dos levantamentos realizados neste primeiro período foram apresentados em eventos acadêmicos em Macapá-AP e em outros eventos da Psicologia no Brasil. É importante notar que, com essa divulgação o grupo começou a acessar novos contextos e interagiu com a assistência à saúde e da saúde mental de Macapá-AP, nos quais participavam profissionais da rede de atenção básica em saúde, o que nos colocou diante do fato de que quase a maioria dos profissionais desconheciam as políticas públicas que discutem e orientam quanto à possibilidade de prevenção do suicídio. Parecia que o suicídio já fazia parte da “paisagem da vida cotidiana” daquelas pessoas no sentido de parecer que “era assim mesmo!”.

Percebemos, então, que novos esforços deveriam ser realizados para ampliar os direcionamentos do grupo que passou a se denominar “Viver é aprender a viver!”. Esses novos caminhos buscaram a inserção do comportamento suicida nos espaços de formação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Programa de Saúde da Família (NSF/PSF). Neste sentido, foram apresentados aos profissionais os documentos da Organização Mundial da Saúde acerca da prevenção do suicídio e realizadas discussões importantes inerentes ao tema.

Aliado a isto, parte da imprensa local continuava divulgando informações sobre ocorrências de suicídios. Esta divulgação se dava de modo inadequado, associando-as à programa radiofônico de violência, em uma espécie de sensacionalismo, evitando detalhamento quanto as razões e deixando de contingenciar a informação do ato suicida com outras que indicassem possibilidades de um entendimento diferenciado sobre o tema, como a de que os problemas que levam ao suicídio podem sofrer intervenções de profissionais, e não faziam referência a instituições de ajuda, como o CVV (Centro de Valorização da Vida). Participamos de uma entrevista de rádio na qual pudemos multiplicar essas orientações.

Na elaboração deste estudo, parte dos dados foi coletada nas dependências de uma instituição de ensino superior (SEAMA). Como vimos que as demandas continuaram a existir, realizamos uma parceria com a Coordenação Estadual de Saúde Mental e com o serviço de psicologia do Hospital de Emergência do Estado do Amapá para que as pessoas pudessem ser encaminhadas ao Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Gentileza que iniciava suas atividades - ainda que pouco estruturadas - nas dependências de outra instituição de saúde. Depois, já em outro endereço, as instalações atuais estão quase próximas do que seria mínimo para um CAPS III. Essa entrada no CAPS Gentileza nos colocou como “referência” para o comportamento suicida na cidade de Macapá-AP, o que teve consequências positivas e negativas. As primeiras dizem respeito ao fato de que a rede de assistência à saúde mental (RAPS) já contava com o ponto de atenção a esta demanda; entretanto, alguns profissionais de saúde acabariam por não se identificar com o processo de assistência e, assim, constatou-se a dificuldade na intersectorialidade da assistência em saúde mental, no sentido de que as pessoas seriam encaminhadas, mas não acompanhadas.

Assim, nossa experiência clínica no serviço público em Macapá-AP fortaleceu o entendimento de que o estudo do comportamento suicida nesta cidade se configurava como fundamental para um possível redirecionamento na assistência às pessoas envolvidas. Desse modo, poderia possibilitar uma ampliação no modo pelo qual se entende o comportamento suicida e, por conseguinte, contribuir com a qualificação dos cuidados dispensados na rede de atenção à saúde mental.

Nos últimos cinco anos, os números absolutos de suicídio registrados na cidade de Macapá-AP (capital com aproximadamente 499.466 habitantes em 2010) registraram aumento significativo. Em 2011 foram 22 casos; em 2012 foram 25; em 2013 foram 21; em 2014 foram 19; e, no período de primeiro de janeiro a cinco de novembro de 2015 já foram registrados 28 casos, segundo divulgação de repórter policial da cidade

(joaoboleroneto.blogspot.com.br). Em 2015, houve cinco casos em uma única semana, levando especialistas em saúde mental de Macapá a aconselharem a não divulgação pela mídia como medida preventiva. Tradicionalmente, em Macapá o suicídio é divulgado pela imprensa. Atualmente, representa a quarta maior causa de morte por fatores externos, de acordo com o Grupo de Atividade e Monitoramento de Agravos por fatores externos.

Iniciamos este estudo por meio de um ensaio sobre a possibilidade de entender o suicídio dentro de um escopo conceitual que o caracteriza como forma de controle das emoções e como esse autocontrole foi constituído no mundo psicológico a partir das consequências do conjunto de transformações sofridas pela mudança nos costumes sociais ao longo da história e, em particular, a mudança de modelo de produção para o capitalismo. Posteriormente, são apresentados três estudos. O Estudo 1 objetiva relacionar as taxas de suicídio com os Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) no norte do Brasil e em particular em Macapá-AP. O Estudo 2 apresenta o resultado de um levantamento de como os psicólogos da rede de saúde pública de Macapá-AP, incluindo a saúde mental, atuam dentro do âmbito do comportamento suicida. No Estudo 3 buscamos descrever os aspectos comportamentais do ciclo vital de sete pessoas que tentaram suicídio e analisá-los de forma relacional. Concluimos com discussões acerca de aspectos relacionais entre o comportamento suicida e os diferentes ambientes sociais, assistenciais e individuais.

INTRODUÇÃO

Os costumes sociais são construídos historicamente por razões que as próprias relações individuais proporcionam. Regras de convivência regulam as relações das pessoas com vistas ao benefício que podem trazer para o grupo. A essa evolução da dinâmica dos costumes na sociedade moderna, Norbert Elias (1897-1990) denominou de *processos de civilização*. Esse processo se origina a partir das mudanças ocorridas no grau de interdependência formada pelas pessoas. Elias (1993) demonstrou como os padrões europeus pós-medievais de violência, comportamento sexual, funções corporais, etiqueta à mesa e formas de discurso foram gradualmente transformados pelo crescente domínio da vergonha e do nojo. O autocontrole era cada vez mais imposto como consequência de uma rede complexa de conexões sociais desenvolvidas por uma autopercepção.

Aliado a isso, Brandão (2003) ressalta que, para Elias o conceito de indivíduo não está dissociado do de sociedade – não existem sociedades sem indivíduos, mesmo que não formem sociedades. Desse modo, toda e qualquer transformação que ocorrer no indivíduo produz uma série de transformações na estrutura social que o indivíduo está inserido e, as diversas transformações que ocorrem nas relações sociais produzem alterações nas “personalidades” de seus indivíduos.

Segundo Elias (1993), os homens existem em interdependência e uma parte da teia de interdependência tem origem nas necessidades biológicas dos seres humanos, que, desde os primeiros momentos de suas vidas, necessitam dos cuidados e da atenção dos próprios pais. Acrescenta ainda que grande parte dessa interdependência nasce de necessidades recíprocas, socialmente geradas, tais como divisão de trabalho, competição, as ligações afetivas, entre outras. Para Elias, a mudança social decorre do fato de que as cadeias de interdependência se modificam. As interdependências se tornam mais complexas e isso provoca rupturas com a

rede de interdependência anterior. Isso dá origem às novas estruturas de mentalidade nas pessoas, ou seja, parece que a mudança nas relações sociais é “interiorizada”.

Os códigos de civilidade são exemplos de como as mudanças sociais foram “interiorizadas”. Para Elias (1993), as formações sociais passaram, em um determinado período histórico, por mudanças que resultaram num processo de autocontrole. O autocontrole representou uma importante mudança de caráter individual, pois os impulsos afetivos e emocionais não puderam mais ser vivenciados como antes nas relações cotidianas. Essa metamorfose transformou a compulsão externa interpessoal em compulsão interna individual. Além disso, Elias acrescenta que a partir desse ponto, muitos impulsos afetivos foram controlados subjetivamente, impedindo a manifestação de comportamentos violentos em contextos de interação social.

Tourinho (2006) ressalta a esse aspecto o fato de que:

As sociedades modernas, por seu turno, tendem a dispor tais sanções porque, por sua complexidade, sua sobrevivência depende em larga medida da previsibilidade do comportamento de cada um, de uma regulação mais acentuada e permanente do comportamento de cada um pelo comportamento de todos os outros (p. 28).

Assim, para Tourinho (2006):

As consequências do autocontrole mais firme, mais geral, mais uniforme das emoções, característico dessa mudança civilizadora, juntamente das compulsões internas que, mais implacavelmente do que antes, impedem que todos os impulsos espontâneos se manifestem direta e motoramente em ação, sem a intervenção dos mecanismos de controle – são o que é experimentado como cápsula, a parede indivisível que separa o mundo interno do indivíduo do mundo externo, ou em diferentes versões, o sujeito de cognição de seu objeto, o ego do outro, o indivíduo da sociedade (p. 27).

Tourinho (2006) ressalta ainda que quando o indivíduo age de modo autocontrolado tende a observar melhor seu próprio corpo e a responder de modos contidos, não impulsivos. Neste sentido, é importante ressaltar o que Elias (1993) afirma acerca da ideia que devemos fazer sobre o conceito de indivíduo autônomo:

A imagem do homem como ‘personalidade fechada’ é substituída aqui pela ‘personalidade aberta’, que possui um maior ou menor grau (mas nunca absoluto ou total) de autonomia face a de outras pessoas e que, na realidade, durante toda a vida é fundamentalmente orientada para outras pessoas e dependente delas. A rede de interdependência entre os seres humanos é o que os liga (p. 1).

Para Tourinho (2006), Elias propõe que o avanço e refinamento do autocontrole nas sociedades ocidentais modernas explica a concepção contemporânea de interioridade de sentimentos e pensamentos. Assim, o autocontrole das emoções surge no âmbito da vida social. O maior distanciamento reflexivo das pessoas foi acompanhado da diminuição da ação afetiva espontânea.

O suicídio enquanto uma ação de autocontrole das pessoas pode ser diferenciadamente entendido como resultado do processo de desenvolvimento da noção de vida privada, conforme pode-se ver nas descrições dos modos como as pessoas lidavam com esse tema apresentadas a seguir.

Na Antiga Roma, a “vida privada” no sentido que temos hoje não era possível quando tratamos dos costumes, pois uma classe dirigente controlava a vida privada de seus membros para o interesse de todos (Veyne, 2009). É a Identidade-nós sugerida por Elias sendo exemplificada, na medida em que ninguém estava isento de prestar conta de sua vida privada diante da opinião pública (Viana, 2001). Decidir era uma ação pública e compartilhada.

Para um pai de família digno desse nome o meio de não ser criticado consistia em reunir um conselho de pares e amigos a fim de submeter à sua aprovação toda decisão

privada importante: punir um filho em virtude de sua autoridade, libertar um jovem escravo, casar-se, repudiar uma esposa indigna, casar-se de novo com ela, suicidar-se – assim o suicídio não seria considerado covardia (Veyne, 2009, p. 160).

A importância das doutrinas filosóficas em Roma se dava no sentido de influenciar a vida social e até política. Essa relação de influência no contexto da vida em grupo aparece de forma marcante quando Veyne (2009) narra situações que envolvem suicídios no período que compreende o Império Romano e o ano Mil, como no trecho a seguir.

A impregnação filosófica da classe letrada, mesmo entre os membros que as seitas não atraem, é proporcional a sua capacidade de reflexão sobre si mesma, a um desdobramento; um traço dos costumes prova o processo dessa aculturação: a frequência dos suicídios refletidos. O suicídio do senador que sabe que o imperador se prepara para acusá-lo e condenar à morte; suicídio do enfermo ou do velho que deseja uma morte digna ou mais branda que suas enfermidades: tais mortes voluntárias eram admitidas e até admiradas; a coragem do enfermo que foge ao sofrimento no repouso eterno era altamente louvada pelos próprios filósofos, pois o suicida firmara com seu sangue uma ideia filosoficamente exata: só conta o valor do tempo vivido, que sua extensão não multiplica. A vida privada encontrava refúgio no autocontrole, nos dois sentidos da palavra: ter a força de dispor da própria vida e reconhecer seu direito soberano sobre ela, em lugar de submeter-se à decisão da natureza ou de um deus. No repouso eterno da morte, o suicídio sela o ideal de uma tranquilidade privada feita de renúncia aos bens ilusórios (Veyne, 2009, p. 206).

As práticas de suicídio descritas parecem ser amparadas e passam a ter um sentido a partir de parâmetros de uma doutrina filosófica. Assim, a existência da ideologia ou das diretrizes de existência do grupo se mantém. Outro exemplo descrito por Veyne (2009) reforça essa ideia: “uma e outra seita prevêem que, se um homem enfermo ou perseguido não

pode mais levar uma existência humana em seu grupo ou em sua cidade, o suicídio é o remédio autorizado ou até mesmo recomendado” (p. 185).

Há poucas descrições específicas acerca do fenômeno do suicídio entre o ano Mil e o período após o início da Revolução Francesa, o que é ressaltado por Hunt (2009), que afirma que pouco se sabe sobre os sentimentos íntimos das pessoas entre 1790 e os primeiros anos do século XIX. Essa limitação acerca do conhecimento da vida privada parece descrever um pouco do grau de conhecimento e interdependência mútuos entre as pessoas naquele momento histórico, além de demarcar uma configuração de vida individual voltada para uma maior autonomia e liberdade. Uma descrição de Hunt pode ajudar a entender como o suicídio se estabelece nesse contexto:

Sob Napoleão, ocorriam quase 150 suicídios por ano em Paris, em sua maioria por afogamento no Sena. O índice de suicídio entre os homens era três vezes maior ao das mulheres; sem dúvida a proibição da Igreja católica exercia maior influência sobre o sexo feminino. Eram homens e mulheres abatidos, cuja existência já penosa se tornava a cada dia mais difícil, sem esperança de melhora. Deixavam pouca coisa: as roupas que estavam usando e o testemunho de parentes, amigos e vizinhos que iam identificar os corpos. Tudo o que sabemos sobre os seus sentimentos íntimos é que estavam desesperados demais para continuar a viver (pp.39-40).

Desde o século XVIII, conforme mencionado no Livro IV do Emílio de Rousseau, a adolescência passou a ser considerada como um “período crítico” (Perrot, 2009). Assim, percebe-se, também por esse motivo, a desvinculação das relações entre as pessoas daquela interdependência ou de uma solidariedade natural e, apesar do aumento do autocontrole, o adolescente parece expressar ações dentro de uma espontaneidade que passa a ser marcante e categorizadora dessa fase da vida.

A adolescência além de ser um perigo para o indivíduo é também um perigo para a sociedade. Em busca de si mesmo o adolescente é narcisista: ele procura sua imagem moral e física. Sente-se fascinado pelo espelho. É o *único* de que fala Max Stirner, tendendo, portanto, desintegrar a sociedade, o que também é enfatizado por Durkheim. Se os jovens se suicidam com facilidade, é porque estão mal integrados nas solidariedades sociais. Além disso, o desejo sexual do adolescente o conduz à violência, à brutalidade e até ao sadismo (por exemplo, com os animais). Ele aprecia a violação e o sangue (Perrot, 2009, p. 149).

Percebe-se que a integração social é vista como resultado da escolha ou decisão do indivíduo, de sua autonomia e capacidade de decidir. Além disso, nessa necessidade de integração entre o indivíduo e o social, o controle das emoções, a vergonha associada a uma moral social e religiosa parecia evidenciar uma particularidade em relação ao suicídio, pois, conforme afirma Perrot (2009), por volta do século XVIII não era raro os suicídios serem motivados por falência, a qual era vista não somente como um fracasso, mas como um erro, uma queda no sentido moral, tanto que o pagamento de dívidas era visto como uma reparação e sua reabilitação percebida como algo valoroso.

Corbin (2009) ressalta que, ao longo da história, o fruto das mudanças econômicas, sociais, nos costumes das pessoas e do progresso da individualização parece ter produzido também novos sofrimentos íntimos, como a insatisfação da imagem de si mesmo, a confusão nas ambições, e, além disso, ter provocado desordem, inquietações exacerbadas pelo contexto da competição entre as pessoas. O autor prossegue essa descrição do que chama de “fonte convergente de mal estar” revelada nas leituras de documentos íntimos daquela época, como no trecho a seguir.

O estímulo ao descontentamento, a difamação de si e o sentimento de insuficiência são dados pelo esforço individual para construir sua própria personalidade sob a influência

do olhar do outro. Além disso, parece existir um esgotamento pessoal e um aumento da preocupação profissional devido o caráter competitivo da existência. Cresce o temor do fracasso; a necessidade de uma perpétua adaptação; a angústia do abandono parece gerar certo medo de viver. O vazio da alma e do coração, ao manifestar-se, passa a ser sentido como uma infelicidade. A contrariedade traduz um sentimento de culpa em relação a si mesmo (Corbin, 2009, p. 525).

Essa caracterização está associada ao fato de que, em relação à tomada de decisão e certo afrouxamento com relação ao curso de vida individual, na sociedade moderna os indivíduos podem e precisam (devem) decidir. Para Tourinho (2009), tomar decisões torna-se uma parte rotineira da vida. Os indivíduos devem tomar decisões por si mesmos, pois não estão disponíveis contextos de suporte para tomadas de decisão. “Essa é a autoimagem de autonomia do homem moderno” (p. 45). Decidir diante de um contexto caracterizado por “tensão interna”, por uma ênfase na autonomia, por uma ideia de liberdade sobre si, pode levar a pessoa a tirar sua própria vida, onde a cultura reforça a ideia de que somos donos de nossas vidas e de nossos corpos.

Percebe-se que o princípio da propriedade privada estruturado ao longo dos séculos com o desenvolvimento econômico repercute diretamente na noção de soberania das pessoas sobre suas próprias vidas e sobre seus corpos e a de outros. Para Perrot (2009), essa característica da civilidade traz consequências indesejáveis na medida em que o suicídio é a marca última da soberania, assim como o erro é a marca última da responsabilidade.

A noção de consequência indesejada para o entendimento do suicídio pode ser elaborada considerando o que Perrot (2009) discute ao afirmar que a vida em sociedade, em um grupo como o familiar, por exemplo, exige um sistema de autoridade que funciona a partir de uma lógica particular e que exerce influência sobre a vida de seus membros, o que o autor denomina de uma espécie de “sentimento familiar”. Esse sentimento pode gerar tensões e

patologias específicas. “As taxas de filhos ilegítimos, a propensão para o suicídio, as formas de violência e até as opiniões políticas são condicionadas por esse parâmetro fundamental” (p. 105). Então, o que se esperaria desse sistema de autoridade deveria ser uma estrutura de diretrizes formais e informais responsáveis pela manutenção da vida dos membros do grupo; porém, a noção de autonomia e liberdade individuais percebidas pelas pessoas desse grupo, desenvolvida até então na sociedade ocidental, condiciona a emergência de conflitos e discordâncias no interior do próprio grupo e cria também condições para respostas escapistas como o suicídio.

A percepção dos casos de suicídio como uma forma de controle das emoções, com o surgimento da noção de indivíduo autônomo, relaciona-se à emergência e à instalação e aumento do sofrimento individual masculino e feminino, e, por conseguinte, na possibilidade do indivíduo decidir por autodestruir-se (Corbin, 2009). Ainda segundo Corbin, “o gesto privado é também ele um grito, um desesperado apelo contra o fracasso da comunicação, uma indisposição do desejo de viver e o crescimento da sensação de insegurança” (p. 524). Vincent (2009a) afirma que o suicídio é o ponto culminante da vida privada.

No século XIX, as primeiras descrições no campo do estudo do suicídio apontam para o fato de que, naquele século, a condição de solteiro, viúvo e divorciado predominava como fator de risco para o suicídio, talvez pela não integração social. Por outro lado, estar casado e/ou a presença de filhos se constituíam como fatores protetores contra a tentação de autodestruir-se (Corbin, 2009).

Corbin (2009), com base em pesquisa documental, afirma que entre 1860 e 1865 as causas de tentativa de suicídio e de suicídio foram agrupadas na forma de categorias, como “amor, ciúmes, mau comportamento” e estas precedem a miséria e os problemas familiares na hierarquia. Havia no século XIX o predomínio do suicídio em homens na proporção de três vezes mais do que em mulheres e parecia que a vulnerabilidade à autodestruição crescia com

a idade. Além disso, naquele momento, os intelectuais, profissionais liberais e militares do Exército suicidavam-se com mais frequência que a média dos indivíduos. Por outro lado, os indivíduos sem profissão são mencionados com uma propensão ao suicídio. Assim, segundo Cobin (2009), no século XIX pode-se pensar que o desejo pelo suicídio se intensifica conforme se eleva o nível de cultura e o grau de consciência individual.

Em meados do século XX, alguns fatores disposicionais foram marcantes na sociedade americana e estavam presentes no cotidiano de seus membros como condições para instalar ou realçar o contato com aspectos da vida individual favoráveis ao suicídio. Esses fatores são relatados da seguinte maneira por Body-Gendrot (2009):

A cultura dos medos individuais e coletivos ocupa um lugar importante no sistema dos meios de comunicação americanos. Câncer, aids, depressão nervosa, hecatombe da juventude por acidente, overdose ou suicídio do lado individual, terrorismo “cego” ou apocalipse atômico (*O dia seguinte*) do lado coletivo, tudo isso é mostrado ou imaginado pela imprensa e pela televisão como um deleite que responde visivelmente a uma expectativa. Alimentam os medos e as angústias, causada pelos monstros, pelos erros da ciência ou pela guerra, a morte ocupa as telas de cinema e de tevê (pp. 526-527).

O modelo cultural e governamental da sociedade a partir do século XX se revela como um fator importante para a manutenção de um quadro favorável à ocorrência mais frequente do suicídio. Conforme Orfali (2009):

O modelo sueco [com uma abrangente política de benefícios por parte do estado] não cumpriu suas promessas. Racismo, xenofobia, suicídios, alcoolismo. Se o modelo sueco perdeu seus atrativos, é porque derrapou: controles fiscais e familiares incessantes, maníacos, à moda orwelliana, controle dos rendimentos, controle dos

indivíduos, o Estado-ingerência se imiscui em tudo, até na forma de criar os filhos. Ele incentiva que os filhos delatem os pais desviantes etc. (p. 564).

Vincent (2009b) ressalta que o ato suicida tem consequências diretas sobre as pessoas em seu meio social, mantendo ou não o seu ato como um tabu ao despertar desprezo ou admiração, identificando como ato de covardia e coragem, respectivamente. Para Vicent (2009b), o suicida desafia os vivos na medida em que recusa uma existência que ele julga insatisfatória e intolerável. Desafia a Deus, pois o seu ato é de negação a Sua Criação. A pessoa suicida desperta desprezo por poder ser visto como um covarde ou admiração por poder ser visto como uma pessoa de coragem. O suicida condena seus próximos ao eterno sentimento de culpa (Vicent, 2009b).

Em relação à sociedade Moderna, Fensterseifer e Werlang (2006) afirmam que:

É ingênuo e totalmente equivocado pensar que o suicídio é o representante, apenas, de uma patologia individual, ou mesmo pensar que os indivíduos que aventam se matar e aqueles que efetivamente consumam este pensamento são raridades ou focos isolados (p. 41).

Isso reforça a ideia de que as condições em que o suicídio se instala podem ser vistas como consequências indesejáveis do modo como a sociedade se estrutura, ou seja, de uma espécie de adoecimento social.

Sobre a relação indivíduo-grupo no campo do suicídio, Kalina e Kovadloff (1983) afirmam que quando o sujeito comete o suicídio, morre com ele a proposta de um grupo, de uma comunidade. Além disso, tais autores ressaltam que existe uma profunda correlação entre a pessoa que se mata, a família dessa pessoa, e, conseqüentemente, a sociedade da qual faz parte ou fazia parte. Elias (1994) ressalta que a regulação comportamental do grupo familiar determinará, por exemplo, os patamares de vergonha, repugnância e do embaraço de cada sociedade.

Ao considerar-se o sentido que os processos de civilização propostos por Elias (1990) sugerem para a relação indivíduo-grupo, entende-se que a categoria “proposta do grupo” diz respeito a um conjunto de competências que representam as características comportamentais de uma comunidade específica e que deveriam garantir a sobrevivência das relações entre seus membros, mesmo de maneira não planejada ou intencional. Essas competências são produzidas com o desenvolvimento do individualismo, da autonomia, da noção de liberdade, do livre arbítrio e do autocontrole. Em uma sociedade em que seus membros “optam”, “decidem”, “escolhem” autodestruir-se, parece que, de uma forma particular, está presente a proposta advinda com a civilidade – o autocontrole. Por outro lado, e com isso, esse mesmo autocontrole está vinculado também ao processo de decisão pela auto-eliminação dos indivíduos membros da sociedade.

Parece que, com os processos de civilização, além da privatização do autocontrole houve uma espécie de complexificação do modo pelo qual o autocontrole foi se estabelecendo, isto é, houve uma ampliação no modo como a análise e o planejamento das ações por parte das pessoas foram ocorrendo. Para Elias (1993), temos o seguinte:

A moderação das emoções espontâneas, o controle dos sentimentos, a ampliação do espaço mental além do momento presente, levando em conta o passado e o futuro, o hábito de ligar os fatos em cadeias de causa e efeito – todos estes são distintos aspectos da mesma transformação de conduta, que necessariamente ocorre com a monopolização da violência física e a extensão das cadeias da ação e interdependência social. Ocorre uma mudança civilizadora do comportamento (p. 198).

Para além de uma questão filosófica, o suicídio é um problema de saúde pública. Em uma primeira consideração, o suicídio parece contradizer algo que é essencial para qualquer espécie que é a luta pela sobrevivência e adaptação às mudanças impostas pela própria ação do homem sobre o ambiente.

A respeito de um modo adequado para analisar o suicídio, Reyes e Miranda (2001) ressaltam que:

Atualmente existe uma tendência para o predomínio de análises multicausais e evolutivas, que conferem uma relevância a fatores da personalidade, interpessoais e biológicos em interação com fatores circunstanciais e psicossociais que atuam como desencadeante do comportamento suicida (p. 453).

ESTUDO 1

COMPORTAMENTO SUICIDA: RELAÇÃO ENTRE FATORES CONDICIONANTES E ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO DA CIDADE DE MACAPÁ-AP

Resumo

Este estudo foi realizado com o objetivo de caracterizar o comportamento suicida (CS) e seus fatores de vulnerabilidade e de risco a partir da análise de dados epidemiológicos do mundo, do Brasil e em particular da cidade de Macapá-AP e relacioná-los ao Índice de Desenvolvimento Humano. Os dados foram coletados por meio de levantamento bibliográfico em publicações da Organização Mundial da Saúde, do Ministério da Saúde, em sites que publicam informações epidemiológicas sobre o tema, além de textos de autores e manuais de instituições oficiais no âmbito internacional e nacional. O CS se caracteriza por um conjunto de relações do sujeito com seu ambiente histórico e imediato com consequências específicas para si e para o ambiente que variam desde a ideação até o suicídio consumado. Os indicadores de risco e de proteção para o CS estão relacionados a características individuais e à relação histórica da pessoa com o contexto de vida nas dimensões socioeconômicas, acesso aos serviços de saúde e educação. Este estudo fortalece a ideia de que o CS é um problema grave dentro do contexto da saúde pública e também abre possibilidades para aprofundar, por meio de pesquisas subseqüentes, o entendimento de que os diferentes fenômenos culturais e socioeconômicos produzidos em consequência das características das cidades fortalecem condições para adaptação às demandas individuais.

Palavras-chave: comportamento suicida; índice de desenvolvimento humano; saúde pública.

SUICIDAL BEHAVIOR: RELATION BETWEEN CONDITIONING FACTORS AND HUMAN DEVELOPMENT INDEX OF MACAPÁ CITY-AP

Abstract

This study was conducted in order to characterize the suicide behavior and vulnerability and risk factors from the epidemiological data analysis of the world, Brazil and particularly in the city of Macapa - Amapá and relate them to the Human Development Index (HDI). This research was conducted through a literature review in to World Health Organization publications (WHO), the Ministry of Health, particularly in sites that publish epidemiological information on the subject, as well as texts of authors and books of official institutions at the international level and national levels. The Suicidal behavior (CS) is characterized by a set of possible subject's relations with its immediate historical environment with specific consequences for you and the environment ranging from ideation to the completed suicide. Risk indicators and protection for CS are related to personality (personal characteristics such as degree of flexibilidade in thinking and problem solving); the historic relationship between people and the context of life in dimensions percapta income, access to health and education services. This study strengthens the idea that the CS is a serious problem within the public health context and also opens possibilities to deepen, through research, understanding of the different phenomena cultures / social / economic produced in consequence of the characteristics of cities strengthen conditions for adaptation to individual demands.

Keywords: suicidal behavior; human development index; public health.

O suicídio é um complexo problema de saúde pública e resultado da interação entre fatores psicológicos, sociais, biológicos e ambientais (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2008; 2014). Em uma primeira consideração, o suicídio parece contradizer algo que é essencial para qualquer espécie que é a luta pela sobrevivência e adaptação às mudanças impostas pela própria ação do homem sobre o ambiente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS] (WHO, 2008, p.1), “a cada ano, um milhão de indivíduos morrem de suicídio. Dez a vinte milhões tentam o suicídio e cinquenta a cento e vinte milhões são afetados pelo suicídio ou pela tentativa de suicídio”. No relatório de 2014, a OMS destaca que a cada 40 segundos uma pessoa morre por suicídio em algum lugar da Terra e que pode haver várias tentativas antes que uma pessoa se mate, embora o suicídio seja passível de prevenção. Esse quadro geral revela a importância de se buscar desenvolver ações no nível da prevenção primária e secundária com base em um campo conceitual sólido e, por conseguinte, uma tecnologia de assistência capaz de promover uma transformação gradual e efetiva neste quadro.

No Brasil, a taxa de variação do suicídio por 100.000 habitantes apresentou-se em crescimento de 1980 a 2011. De 1980 a 1990 aumentou em 2,7%; de 1990 a 2000 cresceu 18,8%; de 2000 a 2012 avançou em 33,3%. Neste período de 31 anos temos um crescimento acelerado em 62,5%. A taxa de crescimento na Região Norte de 2002 a 2012 foi de 46,8%. Dentre as capitais da Região Norte, Macapá-AP se destacou entre os anos de 2002 a 2006 como a capital com maiores índices de suicídio em sua população (Waiselfisz, 2014).

Este é um estudo exploratório, de caráter descritivo, com o objetivo de caracterizar o suicídio em seus contextos de risco e de proteção a partir da análise de dados epidemiológicos do mundo, do Brasil e em particular da cidade de Macapá-AP e correlacioná-los a Índices de Desenvolvimento Humano (IDH). Fez-se um levantamento

bibliográfico em publicações da OMS, do Ministério da Saúde, particularmente em sites que publicam informações epidemiológicas sobre o tema, além de textos de autores e manuais de instituições oficiais no âmbito internacional e nacional. O texto inicia com a definição de comportamento suicida bem como a caracterização de fatores de risco e protetores para a ideação suicida, tentativa de suicídio e para o suicídio. Além disso, são apresentados indicadores epidemiológicos de cada dimensão do comportamento suicida. Ao final é apresentada uma caracterização do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e realizada uma comparação entre os indicadores de suicídio e de IDH nas capitais da Região Norte com destaque para Macapá-AP.

Sobre o comportamento suicida

Neste estudo será utilizado o termo *Comportamento Suicida* (CS), que se refere a um modo particular de relacionamento da pessoa com o seu ambiente que se estabelece em um *continuum* o qual se inicia com a ideação suicida, pode posteriormente desencadear a tentativa de suicídio e pode ser finalizado com o suicídio (SCHLÖSSER et al., 2014; WERLANG; BOTECA, 2004). Para Werlang et al. (2005, p.259), “apesar de haver poucos dados disponíveis, alguns estudos clínicos e epidemiológicos sugerem a presença de um possível gradiente de severidade e de heterogeneidade entre estas diferentes categorias”. Esse *continuum* deve ser entendido como algo dinâmico, interrelacionado. Por exemplo, a ideação suicida atual e a tentativa de suicídio passada são alguns dos melhores preditores de novas tentativas ou de novos suicídios consumados (TURECKI, 1999; WERLANG et al., 2005), como será visto a seguir. Somando a isto, o estudo de Bertolete et al. (2010) sugere que há evidências da associação entre personalidade, controle de impulsos, suporte social e fatores culturais na continuidade da sequência “ideação suicida – tentativa de suicídio – suicídio”.

Ideação suicida

Maris et al. (2000) afirmam que a ideação suicida se revela pelos pensamentos, ideias, planejamento e desejo de se matar e pode ser o primeiro passo para a autodestruição pelo suicídio. É importante notar que, segundo Schlösser et al. (2014), a ideação suicida não é preditora para a tentativa se considerada de maneira isolada, daí a necessidade de se identificar outros comportamentos das pessoas que potencializariam a emergência da tentativa ou do suicídio, tais como sofrimento associado à perda recente. Werlang et al. (2005) também enfatizam que estratégias de intervenção junto a indivíduos com ideação suicida devem ser alvo de políticas de saúde pública, bem como a qualificação de profissionais para identificar pessoas em risco a fim de realizarem os devidos encaminhamentos.

Tentativa de Suicídio

A tentativa de suicídio é conceituada a partir dos relatos de pessoas que iniciaram um comportamento não habitual com resultado não fatal, e que, sem a intervenção de outros, poderia causar prejuízo a si próprio (BAPTISTA, 2004). De outra forma, é qualquer ação autodirigida conduzida e que produziria a morte, caso não fosse interrompida (AVANCI, 2004). Segundo a OMS (WHO, 2001, p.82) “só existem dados disponíveis sobre tentativas de suicídio de alguns países; eles indicam que o número de tentativas de suicídio pode ser até 20 vezes maior do que o de suicídios consumados”. Mello (2000) também alerta para a possibilidade de os dados sobre tentativas serem falhos, pois a cada tentativa registrada existiriam quatro não conhecidas.

Suicídio

Um autor que se destacou como pioneiro no estudo do suicídio e que permitiu uma análise sociológica desse fenômeno, antes analisado predominantemente no âmbito da saúde mental, foi Durkheim (1858-1917). O suicídio é, segundo Durkheim (1982, p.11), todo

o caso de morte que “resulta, direta ou indiretamente, de um ato, positivo ou negativo, executado pela própria vítima, e que ela sabia que deveria produzir esse resultado”. Para ele, quanto mais a sociedade estiver integrada religiosa, política e domesticamente, menos suicídio nela ocorrerá. Ressaltou também que, em uma comunidade, a subordinação aos interesses do coletivo leva menos o indivíduo a se permitir o contato com os seus impulsos individualistas e suicidas. Isto parece indicar que, em sociedades onde a noção de interdependência e coesão for mais evidente, pode haver menor probabilidade de ocorrer condições para a efetivação do suicídio. Em termos gerais, Durkheim focaliza na sociedade as razões que ocasionam o suicídio, na análise de todo o processo social, dos fatores sociais que agem não sobre os indivíduos isolados, mas sobre o grupo, sobre o conjunto da sociedade. Para o sociólogo, cada sociedade possui, em cada momento de sua história, uma atitude definida em relação ao suicídio. Mesmo sendo um estudo clássico sobre este tema, ainda tem sido considerado como referência para a análise do CS.

Para Botega (2000), Mayo (1992), Shneidman et al. (1969) e a OMS (WHO, 2002; 2014), o suicídio é um processo pelo qual a pessoa dá fim a sua própria vida de maneira voluntária. A motivação voluntária para a autodestruição é um dos fatores que pode ajudar o CS a se tornar um tema difícil de ser tratado na sociedade por trazer à tona, segundo Werlang e Botega (2004), outros temas periféricos da autodestruição como o tabagismo, o alcoolismo, a inobservância de tratamentos médicos e determinados estilos de vida. Além disso, Kalina e Kovadloff (1983) já ressaltavam o fato de que nossa sociedade induz condutas autodestrutivas diárias como, por exemplo, em jornadas de trabalho sem limites, excesso de comida, guerras, entre outros.

O conceito de suicídio que se adotará nesse estudo é o da OMS (WHO, 2001), a qual afirma que o suicídio “é um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal” (p.66).

Werlang et al. (2005, p.265) também chamam a atenção para o fator contágio ao ressaltar que “a divulgação inadequada pela mídia ou o mau gerenciamento no meio familiar e escolar desta temática, assim como o estilo de vida de uma comunidade, pode criar uma cultura do suicídio”. Um fato importante no contexto da imitação destacado há mais de três décadas por Gould et al. (1989) é que parece haver características pessoais/históricas em comum entre o sujeito que imitou e o outro que se suicidou/tentador. Sobre o efeito contágio, Dapieve (2006) relata que em meados do século XVIII ocorreu na Europa um grande número de suicídios provocados pela identificação de jovens com o poeta Johann Wolfgang von Goethe que havia escrito uma novela em que o personagem se mata devido a um amor não correspondido. Ao lado do corpo destes jovens era encontrado um exemplar do livro de Goethe. Além disso, a OMS (OMS, 2006) orienta como a mídia deve informar os casos de suicídio, criando condições para que pessoas que passam pela mesma situação da pessoa que cometeu o suicídio informado não reproduzam este ato.

O suicídio está extensivamente caracterizado na literatura como um problema de saúde pública (HAWTON; HEERINGEN, 2002; TURECKI, 1999; WHO, 2008; 2014). Deve ser compreendido não de forma isolada e sim de forma complexa. Para a OMS (WHO, 2001, p.xii) essa complexidade envolve basicamente três fatores, os quais são importantes quando se fala do suicídio enquanto um problema de saúde pública.

Primeiro, esta é a principal causa de morte entre os jovens na maioria dos países desenvolvidos e também em muitos dos países em desenvolvimento. Segundo, há consideráveis variações nas taxas de suicídio de um país para outro, entre os sexos e entre diferentes grupos de idade, o que indica uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. Em terceiro lugar, os suicídios de

peessoas mais jovens e de mulheres passaram recentemente a constituir um crescente problema em muitos países.

Freitas et al. (2013) sinalizam que os poucos estudos sobre suicídio no Brasil estão estruturados de maneira dispersa em subtemas, o que, segundo os autores, mantém o suicídio em um status de importância menor, principalmente para uma sustentação de uma intervenção e prevenção mais qualificadas e adequadas.

Não obstante à dimensão da experiência individual como característica marcante na compreensão do suicídio e, mais amplamente, do CS, fica evidente que a dimensão social, econômica e educacional são aspectos relevantes para o entendimento deste fenômeno. A manutenção da qualidade de vida das pessoas também se arrola dentro destas dimensões, as quais tradicionalmente estão associadas às instituições que de maneira abrangente funcionam como agências de controle de comportamento das pessoas dentro de um espaço sociodemográfico, por meio do estabelecimento de leis. Os indicadores desenvolvidos para caracterizar e avaliar os fenômenos humanos acabam por refletir, em certo sentido, o grau de envolvimento dos órgãos gestores das esferas governamentais na identificação das necessidades e desenvolvimento e implantação das políticas públicas.

Suicídio e os índices de desenvolvimento humano: o caso de Macapá-AP

A distribuição das taxas de suicídio no mundo registrada em 2012, conforme dados da OMS (WHO, 2014), apontavam que de 2000 a 2012 houve uma queda no valor absoluto do número de suicídios, de 883 mil para 804 mil, na faixa etária entre 15 a 29 anos de idade. A taxa média mundial de suicídios é de 11,8 para cada cem mil habitantes. A meta da OMS é de reduzir até 2020 para 10,0. Os países com maior taxa de suicídio no mundo são

Guiana (44,2), República da Coréia (28,9), Sri Lanka (28,8), Lituânia (28,2), Suriname (27,8), Moçambique (27,4), Tanzânia (24,9) e Nepal (24,9).

Mais recentemente, a WHO (2014) aponta para o fato de que, ao contrário do que se pensava em 2002 (sobre as taxas de suicídio serem mais prevalentes em países de renda alta), constatou-se que 75% dos suicídios ocorre em países de renda baixa e média. As taxas distribuídas entre os países membros por região da OMS são as seguintes: Ásia - 39,1%, Oeste Pacífico - 16,3%, Europa - 4,3%, África - 7,6%, América do Norte e do Sul - 4,3% e Mediterrâneo Oriental - 3,7%.

De maneira geral, o suicídio permanece como um fenômeno global, porém com algumas especificidades em termos de fatores de vulnerabilidade. Ou seja, de acordo com a WHO (2014), os suicídios em países desenvolvidos tem uma relação com transtornos mentais originados pelo uso de álcool e outras drogas e pela depressão. Por outro lado, o estresse desencadeado por questões socioeconômicas é apontado como fator importante nos países mais pobres.

O Brasil ocupa a 73^a posição no ranking de suicídio mundial. A taxa brasileira de suicídio é de 4,9 por 100 mil habitantes - o que é considerada baixa pelas referências internacionais - e corresponde a 0,8% do total de óbitos. Porém, na faixa etária de jovens adolescentes e jovens adultos essa taxa chega à 3%. O impacto do suicídio é notório nas pessoas que sobrevivem, tanto impactos emocionais, econômicos e sociais (FREITAS et al., 2013) que, dependendo da forma como é tratado pela comunidade, pode ter como consequência a naturalização do fenômeno.

No Brasil, a evolução da taxa de suicídio vem apresentando um leve crescimento desde 2004. Percebe-se um aumento significativo nas taxas de suicídio tanto entre os homens e mulheres; porém, a taxa entre os homens cresceu em maior proporção, conforme dados da OMS (WHO, 2009) apresentados na Tabela 1.

Tabela 1

Taxas de suicídio no Brasil, por gênero, entre 2004-2012 por 100 mil habitantes

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Masculino	8,9	9,3	9,3	9,2	9,6	9,6	9,3	9,7	10,0
Feminino	2,3	2,4	2,3	2,3	2,4	2,3	2,5	2,5	2,7
Geral	4,5	4,6	4,6	4,7	4,9	4,9	5,0	5,1	5,8

Fonte: Brasil (2015); WHO (2009).

Na Tabela 2 está apresentado o quadro geral de mortes por suicídio por faixa etária no Brasil em 2005 e 2012. Observa-se que houve um crescimento nas taxas de suicídio em todas as faixas etárias; contudo, o crescimento maior ocorreu entre as idades de 25 a 29 anos.

Tabela 2

Distribuição dos óbitos por suicídio no Brasil segundo os grupos de idade e gênero por 100 mil habitantes – 2005 e 2012

Grupos de Idade	Suicídio	
	2005	2012
10 – 24	3,3	3,5
25-59	3,8	7,4
60 e mais	7,5	8,0

Fontes: Brasil (2015); Machado e Santos (2015).

A Tabela 3 apresenta a distribuição do número de suicídios ocorridos no Brasil por região. O Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) ressalta que devem ser consideradas as limitações de cobertura e qualidade nas informações de causa de óbito.

Tabela 3

Óbitos por suicídio por região no Brasil – Taxa por 100 mil habitantes – de 2004 a 2012

Região	Ano								
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Norte	5,5	5,7	5,7	5,7	5,9	5,9	5,8	6,0	6,2
Nordeste	4,2	4,7	4,8	5,2	5,1	4,8	4,8	5,1	5,2
Centro Oeste	7,8	7,3	7,2	6,7	7,5	7,2	6,8	6,7	7,6
Sudeste	4,7	4,9	5,0	4,8	5,0	5,2	5,4	5,5	5,6
Sul	10,0	9,9	9,5	9,4	9,6	9,6	9,1	9,0	9,8

Fontes: Brasil (2015); Machado e Santos (2015).

A Região Sul foi a região com as maiores taxas registradas de suicídio no Brasil, no período entre 2004 e 2012, seguida da Região Centro-Oeste. Esses índices podem ser resultantes de a maioria dos estudos sobre tentativa de suicídio e de suicídio publicados no Brasil serem produzidos na Região Sul desde a década de 90 do século passado, como os realizados por Carssola (1984), Carssola (1985), Feijó et al. (1999), Teixeira e Luis (1997), Werlang et al. (2005). Destaca-se ainda que a Região Sul se mantém com taxas acima da média nacional. Além disso, as altas taxas de suicídio entre os indígenas no Centro-Oeste podem favorecer tais resultados, conforme Machado e Santos (2015). Ao longo dos últimos oito anos, a Região Nordeste se manteve como a região com o menor índice de suicídio.

De acordo com Marín-León et al. (2012) e Minayo et al. (2012), os aspectos específicos ligados à cada região do Brasil parecem ainda obscuros, principalmente em cidades de pequeno e médio portes, nas quais a população idosa se destaca com índices elevados de suicídio, e em populações rurais e indígenas, com taxas próximas a países do

Leste Europeu e Escandinávia, com 15,30 por 100 mil habitantes, ocasionado pelo uso abusivo de bebida alcoólica e por elevado sofrimento emocional.

Na Tabela 4 está apresentada a distribuição da taxa de suicídio somente entre as capitais da Região Norte no período entre 2004 a 2012.

Tabela 4.

Óbitos por suicídio nos estados da Região Norte – Taxa por 100 mil habitantes – de 2004 a 2012

Estados	Ano								
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Amapá	7,9	7,3	5,3	3,9	4,5	4,4	4,3	5,9	7,6
Roraima	6,2	5,8	8,0	8,6	5,7	7,9	7,4	7,6	7,4
Tocantins	3,8	2,9	5,4	7,7	7,1	6,9	8,8	5,9	5,8
Rondônia	4,4	4,8	5,8	3,9	6,6	7,0	8,6	8,0	5,6
Amazonas	4,3	3,2	3,8	4,2	5,3	4,0	4,8	5,1	4,9
Acre	4,2	2,8	3,6	5,1	4,9	4,5	5,7	5,5	5,7
Pará	1,6	1,6	2,5	2,4	2,5	1,6	2,7	1,9	2,2

Fontes: DATASUS (2015); Waiselfisz (2014).

De forma geral, observa-se que nos últimos anos as altas taxas de suicídio têm variado entre os estados. O Amapá se destaca como o Estado com as maiores taxas de suicídio em comparação com as outras capitais da Região Norte no período de 2004 e 2005 e, após esse período, os estados de Roraima, Rondônia, Tocantins e Acre aumentaram os valores das

taxas de suicídio. Em 2012, o Amapá voltou a ocupar lugar de destaque com uma taxa de 7,6 por 100 mil habitantes.

A Tabela 5 apresenta as taxas de suicídio no período de 2004 a 2012 nas capitais da Região Norte.

Tabela 5.

Óbitos por suicídio nas capitais da Região Norte – Taxa por 100 mil habitantes – de 2004 a 2012

Capitais	Ano								
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Macapá (AP)	7,3	7,32	5,16	3,93	4,46	4,37	4,27	5,90	3,61
Boa Vista (RR)	5,5	5,78	8,01	8,56	5,75	7,87	7,39	7,57	7,41
Palmas (TO)	5,43	2,88	5,43	7,71	7,0	6,89	8,76	5,95	5,78
Porto Velho (RO)	3,9	4,81	5,77	3,87	6,59	7,04	8,63	8,03	5,65
Manaus (AM)	5,20	3,16	3,85	4,16	5,32	3,97	4,77	5,08	4,89
Rio Branco (AC)	5,7	2,94	3,18	5,58	6,30	6,84	8,03	4,67	6,03
Belém (PA)	2,10	2,49	2,45	2,41	2,53	1,6	2,73	2,85	2,20
Média Brasil	4,48	4,64	4,63	4,68	4,92	4,90	4,95	5,12	5,01

Fonte: DATASUS (2014)

Mais recentemente, segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM – DATASUS, 2014), de 2004 a 2010 a média das taxas de suicídio nas capitais da Região Norte apresenta as cidades de Boa Vista, Palmas e Porto Velho com as maiores médias (7,09; 6,44 e 6,20 respectivamente), superando Macapá-AP. No ano de 2004, 2005, 2006 e 2011 a cidade de Macapá detinha taxas de suicídio acima da média nacional, que variava em torno de 5,0 por 100 mil pessoas/ano, neste mesmo período.

Entretanto, contrariamente ao demonstrado pelo DATASUS, as informações sobre o número de suicídios ocorridos na cidade de Macapá-AP são precárias devido ao fato de que, segundo Cortes et al. (2006), na Polícia Técnica Científica do Estado do Amapá os registros são feitos de maneira assistemática e os dados mais divulgados são produzidos por um repórter policial da cidade, que informa diariamente na mídia os casos de violência externa. Além disso, Corrêa (1996) informa que os números não são confiáveis devido às várias mortes que não são investigadas pelas autoridades e à dificuldade da família em expor a perda de um ente querido por suicídio.

Cortes et al. (2006) e Pereira e Gusmão de Azevedo (2006) apresentam uma comparação quantitativa sobre a ocorrência de suicídio na cidade de Macapá-AP nos anos de 2004 e 2005, conforme apresentado na Tabela 6.

Tabela 6

Comparação entre os casos de suicídio registrados em Macapá-AP nos anos de 2004 e 2005 de acordo com o gênero, meio utilizado e mês de maior ocorrência

Gênero	Casos de Suicídio	
	2004	2005
Total de casos	28	24
Masculino	24	17
Feminino	4	7
Faixa etária	15 – 20 e 20 – 25 anos	20-25 anos e 30-35 anos
Meio mais utilizado	Enforcamento (40%)	Enforcamento (55%)
Mês de maior ocorrência	Junho	Janeiro
População estimada	Aproximadamente 350 habitantes	

Fonte: Estatística pessoal de um repórter policial João Bolero Neto da cidade de Macapá (divulgação autorizada).

Os dados produzidos no estudo de Pereira e Gusmão de Azevedo (2006) também foram coletados por meio de entrevistas com familiares de pessoas que cometeram o suicídio na cidade de Macapá, nos anos de 2004 e 2005, e cujos resultados estão apresentados na Tabela 7.

Tabela 7.

Relato dos familiares sobre os motivos associados ao comportamento suicida na cidade de Macapá em 2004 e 2005

Suicida		Relato do Familiar		
Gênero	Idade	Motivo	Contexto de vida	Relato sobre o suicida
Feminino	21	Perseguição/sem alternativa de fuga	Sofria agressão física e psicológica do marido	<i>“A reação dela vinha na forma de desabafo: Que mal eu fiz a Deus para merecer esse castigo? Eu tenho que dar um jeito nisso!”</i>
Feminino	20	Doença física incurável	Mesmo fazendo o tratamento não conseguia viver com a dor	<i>“Ela pedia todos os dias: que Deus me leve, não aguento mais tanto sofrimento.”</i>
Feminino	23	Dependência Química	Discriminada pela família por usar drogas.	<i>“Tentou duas vezes se suicidar. Sempre dizia – eu preciso me libertar. É mais forte que eu. Na terceira concretizou o ato.”</i>
Masculino	17	Desilusão amorosa	Após ser traído pela namorada.	<i>“Viu sua namorada lhe traindo e após ter bebido tentou a primeira vez e eu (mãe) o impedi. Não suportou a traição. Eu não consigo esquecer-la. O que faço? Era o que ele sempre dizia”.</i>
Masculino	29	Ciúmes – sentimento de posse	Não queria que a companheira trabalhasse por ciúmes	<i>“Ele dizia: mulher que trabalha fora bota chifre no marido. A mulher recebeu uma proposta de trabalho e ela aceitou. Ele a matou e depois cometeu suicídio.”</i>
Masculino	33	Desemprego, pessimismo ou falta de esperança.	Somente sua companheira trabalhava, a qual o cobrava constantemente.	<i>“Ele sentia-se inútil e às vezes falava: um dia vocês irão ter uma surpresa.”</i>

Fonte: Adaptado de Pereira e Gusmão de Azevedo (2006).

Em nossa experiência de atendimento clínico em Psicologia no serviço público de saúde no Hospital de Emergência na cidade de Macapá-AP, entramos em contato com uma realidade importante no campo do CS, particularmente em relação à tentativa de suicídio, no ano de 2006. Nessa instituição, o preenchimento dos formulários de registro das entradas dos pacientes era feito de maneira pouco sistemática, ou seja, as informações da ocorrência do caso de alguns pacientes estavam incompletas naquela ocasião. Além disso, parte das informações foi obtida por meio do contato direto com alguns pacientes no momento em que estavam internados (FARO; BRANDÃO, 2007). Neste estudo foram identificados 92 casos de tentativa de suicídio, sendo que 60,87% eram do sexo feminino e 39,13% do sexo masculino. Quanto ao estado civil, 62,79% eram solteiros, 32,56% casados, 2,33% divorciados e 2,33% viúvos. Com relação à causa do evento relatada pelos tentadores ou familiar, encontramos: conflito familiar (59,78%); transtorno psiquiátrico associado (10,87%); dificuldade financeira (8,70%); rompimento do namoro (6,52%); uso de álcool e drogas (5,43%); conflito interpessoal fora da família (4,35%); outras doenças (2,17%); abuso sexual (1,09%) e morte de pessoa próxima (1,09%). Quanto ao meio mais utilizado observou-se o seguinte: 76,74% por envenenamento e 13,95% por enforcamento. Cerca de 24,44% das pessoas que tentaram suicídio estavam na faixa etária entre 16 a 20 anos de idade; 14,44% entre 25 a 30 anos de idade; 13,33% na faixa entre 35 a 45 anos de idade; e 12,22% na faixa de 12 a 15 anos de idade. Quanto à intencionalidade, 72,22% gostaria efetivamente de se matar e 78,05% não tinha histórico de outras tentativas. Cerca de 19,35% dos pacientes relataram ter alguém na família que tentou suicídio (n=31); porém, 44% dos pacientes conhecia alguém próximo que tentou suicídio (n=37).

Os resultados de Faro e Brandão (2007) estão de acordo com a literatura quanto à: fatores sociodemográficos, a exemplo de Weissman et al. (1999) e Kuo et al. (2001); meios utilizados na tentativa de suicídio (WHO, 2014); ter alguém na família ou

conhecido que envolvido em CS (WERLANG et al. (2005); uso de substâncias psicoativas (DIEHL; LARANJEIRA, 2009; MALUSCHKE et al., 2004); e, transtorno psiquiátrico associado (OMS, 2006). Há também concordância quanto aos motivos que desencadearam a tentativa, como, por exemplo, dificuldade financeira, conflito familiar, abuso sexual e perdas de pessoas próximas (PACHECO et al., 2010).

Uma explicação precisa das variações dos índices de suicídio deve ser sempre contextualizada em busca do desenvolvimento de estratégias de prevenção. A este respeito, a WHO (2014) sinaliza que a prevenção não envolve apenas o setor da saúde, mas educação, emprego, bem estar social e justiça. As estratégias devem ser desenvolvidas considerando a realidade de cada contexto social, utilizando-se uma abordagem abrangente e baseada em evidências.

Seguindo esta perspectiva mais abrangente, alguns estudos foram realizados no Brasil no intuito de buscar correlações entre indicadores que descrevem componentes sociais, econômicos e políticos e as taxas de suicídio em determinado local (MENEGBEL et al., 2004). A pesquisa de Schinitman et al. (2010) buscou associar indicadores socioeconômicos (Índice de Desenvolvimento Humano) e de desigualdade social (Índice de Gini, desigualdade econômica e Índice de L. de Theil, desigualdade com relação a renda *per capita*) e o suicídio. Dentre estes indicadores, os que avaliam a desigualdade social apresentaram correlação negativa fraca, ou seja, quanto maior a desigualdade social menor o risco de suicídio em determinada comunidade. Os autores sugerem que pode ser inadequada a transposição ou inferência de informações que descrevem uma tendência de determinada coletividade para uma análise individual, porém sugerem que ainda há poucos estudos sobre a correlação entre o suicídio e as variáveis econômicas e sociodemográficas para poder-se descartar totalmente essa relação.

Macapá é uma cidade localizada no sudoeste do Estado do Amapá. É a quarta cidade mais populosa do norte do Brasil, ficando atrás de Manaus, Belém e Porto Velho. Apresenta um crescimento econômico e populacional bem acima das médias nacionais. Até 1940 o município ainda pertencia ao Estado do Pará (AMAPÁ, 2009).

A economia do Amapá está voltada para o comércio, agricultura e o extrativismo. O transporte público é um dos mais caros do Brasil, o que traz problemas de deslocamento para a maioria de sua população. A ligação com outras capitais e outros países se dá por meio aéreo e fluvial, sendo que o transporte rodoviário é o meio mais utilizado para ligar a capital a outros municípios do Estado. A capital é o centro educacional do estado em todos os níveis de ensino e com instituições públicas e privadas (AMAPÁ, 2009).

Um caminho importante para relacionar a manutenção de altos índices de CS na cidade de Macapá pode ser, em primeiro lugar, focar a atenção sobre dados estatísticos e demográficos de outras cidades da Região Norte e estabelecer comparações com base em alguns índices utilizados por agências gestoras para analisar uma tendência geral de manutenção de um *status quo* em determinada região.

Inicialmente, para se ter uma caracterização das diferenças entre as capitais da Região Norte, a Tabela 8 demonstra a população por capital, segundo o IBGE (BRASIL, 2015). Mais de 90% do total da população do Amapá reside em Macapá. Até 2010, o Amapá foi o estado que apresentou o maior crescimento populacional (44,18%), seguido por Roraima (39,10%) e Acre (31,44). Esse crescimento se justifica pelo número de pessoas que migraram para aquela região em virtude da instalação de uma zona de livre comércio em 1991. O desenvolvimento populacional parece ter sido realizado de forma desordenada, associado a uma falta de planejamento urbano (AMAPÁ, 2009).

Tabela 8.

População das capitais da Região Norte em 2010/estimado 2015

Capital	Total do estado em 2010	Capital Ano 2010	Capital Estimado em 2015	Aumento
Macapá	668.689	398.204	456.171	14,55%
Boa vista	395.725	266.901	320.714	20,16 %
Palmas	1.243.627	188.645	272.726	44,57 %
Porto Velho	1.453.756	382.829	502.748	31,32%
Manaus	3.221.939	1.738.641	2.057.711	18,35%
Rio Branco	655.385	305.954	370.550	21,11%
Belém	7.065.573	1.437.600	1.439.561	0,130 %

Fonte: Brasil - IBGE (2015).

Diferentemente do que ocorreu entre os anos de 2000 e 2010, nos últimos cinco anos se observa uma diminuição no ritmo de crescimento populacional da cidade de Macapá e um aumento deste indicador absoluto nas cidades de Palmas-TO, Porto Velho-RO e Boa Vista-RR (BRASIL, 2015). Em consequência disto, de maneira contrária ao que ocorreu entre 2000 e 2010 - em que o processo migratório se fortaleceu, pode ter havido um redirecionamento da imigração para as outras capitais da Região Norte, com exceção à Belém onde o crescimento populacional foi muito baixo.

Segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano [RDH] (2009), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador criado pela Organização das Nações Unidas para avaliar a situação da educação, renda e esperança de vida (longevidade) em uma determinada região. O IDH engloba três aspectos relacionados à vida das pessoas: a renda, indicando o padrão de renda de cada pessoa para garantir sua sobrevivência, com acesso à

satisfação das necessidades básicas; a longevidade, que inclui a avaliação da possibilidade de se ter uma vida longa e saudável com acesso à saúde física e mental e evitação de morte prematura; e a educação, que inclui a avaliação da possibilidade do acesso ao conhecimento como um determinante importante para o bem-estar e para o autogerenciamento.

O IDH não permite uma análise do bem estar de vida das pessoas, mas indica aspectos importantes para a compreensão do contexto no qual provavelmente as pessoas vivenciam suas experiências no cotidiano. O IDH utiliza o seguinte critério como parâmetro de avaliação: IDH muito elevado – acima de 0,900; IDH elevado – de 0,800 a 0,899; IDH médio – de 0,500 a 0,799; e IDH baixo – abaixo de 0,500. Em 2012, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), junto com outras instituições, adaptou a metodologia de cálculo do IDH Global para o cálculo do IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) (PNUD, 2014).

Segundo o PNUD (2014), em 2010 o IDHM de 26% dos municípios do Brasil ficou classificado como baixo e 74% como médio ou alto. Cerca de 50% dos municípios da Região Norte apresentou IDHM classificado como médio. Dentre as capitais, em primeiro lugar ficou a cidade de Palmas-TO (com 0,788), seguida de Boa Vista-RR (com 0,752), Belém-PA (com 0,746), Manaus-AM (com 0,737), Porto Velho-RO (com 0,736), Macapá-AP (com 0,733) e por último Rio Branco-AC (com 0,727).

Segundo PNUD (2014):

Macapá ocupa a 940ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Macapá é 0,733, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano médio. A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,820, seguida de Renda, com índice de 0,723, e de Educação, com índice de 0,663. O IDHM passou de 0,622 em 2000 para 0,733 em 2010 - uma taxa de crescimento de 17,85%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 70,63% entre 2000 e 2010. A renda per capita média de Macapá cresceu 54,67% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 464,14, em 1991, para R\$ 506,43, em 2000, e para R\$ 717,88, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 2,32%.

Em 2000, a capital da Região Norte com maior IDHM era a cidade de Palmas-TO (0,654) e a de menor IDHM era a cidade de Rio Branco-AC (0,649). Desde 1991, a capital que mais cresceu foi Palmas-TO, de 0,439 para 0,746 em 2010 (70%) e a que menos avançou foi a cidade de Belém-PA (32%), seguida por Macapá-AP (39%) (PNUD, 2014).

A cidade de Macapá-AP nos últimos 10 anos apresentou um crescimento de seu IDHM na faixa de 17%, quarto maior índice da região (PNUD, 2014). A dimensão renda aumentou em 9%, a dimensão longevidade em 8,8% e a dimensão educação cerca de 38,7%. Neste mesmo período, as taxas de suicídio da cidade de Macapá giraram em torno da média de 4,85 por 100 mil habitantes, sendo a terceira maior média da Região Norte e próxima da média nacional (5,1/100 mil habitantes).

As três dimensões que compõe a avaliação do IDHM sinalizam as diferentes caracterizações dos contextos em que as pessoas interagem no seu cotidiano. Por exemplo, o acesso às condições sociais e de saúde na dimensão longevidade, pois, se não há disponibilidade de serviços de atenção à saúde mental às pessoas em sofrimento emocional, potencialmente aumentará o grau de fragilização destas pessoas. O acesso às condições e oportunidades de ocupação remunerada (na dimensão renda) sinaliza que a dificuldade de empregabilidade das pessoas pode recrudesce o endividamento pessoal e aumentar o estresse familiar. O acesso ao sistema de educação em todos os níveis, apesar de sinalizar um potencial protetor para a saúde mental pelo fato de promover uma relação interpessoal saudável, por outro lado pode ser gerador de competição. Assim, se há crescimento populacional mas a estrutura de atenção à saúde, a renda das pessoas e as condições de acesso à escolarização não são suficientes para atender as demandas, cria-se condições para a fragilização psicológica das pessoas.

Há relação entre CS e IDHM?

Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade [SIM] (DATASUS, 2015), de 2000 a 2010 a média das taxas de suicídio nas capitais da Região Norte apresenta as cidades de Rio Branco e de Boa Vista com as maiores médias (6,5 e 6,4 por 100 mil habitantes, respectivamente).

No período de 2001 a 2005, a cidade de Macapá-AP teve as maiores taxas de suicídio na Região Norte (8,1; 8,5; 7,8; 7,3 e 7,32 para cada ano), todas acima da média nacional, que variava em torno de 5,0 por 100 mil pessoas/ano, neste mesmo período. Posteriormente, houve um decréscimo nesta taxa, chegando a 3,61 em 2012.

De maneira geral, os dados sugerem que pode haver uma relação entre taxas de suicídio e de IDH, pois, de 2004 até 2010 as capitais em que as taxas de suicídio ficaram próximas e acima da média nacional foram aquelas que apresentaram maior crescimento do IDHM desde do ano 2000 (Boa Vista, Palmas, Porto Velho e Rio Branco).

Na dimensão renda, os resultados indicam haver relação com as taxas de suicídio conforme apontado em WHO (2014), pois, nos últimos 10 anos, as cidades de Rio Branco-AC e Boa Vista-RO, apresentaram maiores médias das taxas de suicídio e piores variações no crescimento de renda per capita. Por sua vez, Belém-PA apresentou maior variação de crescimento na renda e menor média de taxas de suicídio no mesmo período. No caso de Macapá-AP, observou-se que a dimensão IDHM renda variou em 9% com a taxa média de suicídio variando em 4,9%. Isto nos permite pensar que, conforme o PNUD (2014), em uma sociedade com renda *per capita* baixa fica impossibilitado o acesso à satisfação de algumas necessidades básicas, diminui a opção por alternativas a essas necessidades criando condições para o desenvolvimento de vulnerabilidades e, por conseguinte, aumentando os fatores de risco na direção do comportamento suicida.

De 2000 a 2010, com relação à grandeza longevidade, a cidade que teve a menor variação nos últimos dez anos foi Belém-PA (5,3%), com a menor taxa média de suicídio (2,5/100 mil habitantes). A cidade que apresentou maior variação na longevidade foi Porto Velho-RR (16,3%), com a quinta maior taxa média de suicídio (4,5/100 mil habitantes) dentre as capitais da Região Norte, mas abaixo dos padrões nacionais, neste mesmo período (5,1). A cidade de Macapá-AP apresentou a quarta maior taxa de crescimento na longevidade (10,7%) e a quarta maior taxa média de suicídio (4,9/100 mil habitantes) próximo aos padrões nacionais (5,1). Os dados sugerem haver relação entre essa grandeza por considerarmos que a longevidade se relaciona à avaliação das condições sociais, de saúde e salubridade de uma população. Além disso, no cálculo deste indicador são considerados tanto doenças quanto violência por causas externas, como as autoinfringidas que são características do CS (PNUD, 2014).

Na dimensão educação, observa-se que a capital que apresentou menor variação foi Belém (7,3%) e que indicou menor taxa de suicídio (2,5/100 mil habitantes). Por outro lado, a cidade de Rio Branco apresentou maior variação (56,3%) e maior variação na taxa de suicídio (6,9/100 mil habitantes) no período entre 2000 a 2010. Neste caso, diferentemente do que a PNUD (2014) afirma, parece que somente o acesso ao conhecimento não garante experiências de vida que promovam maior liberdade, autonomia e autoestima capazes de permitir enfrentamento às situações de vulnerabilidade pessoal, em relação à decisão sobre o futuro. A liberdade, autonomia e autoestima são resultados da interação da pessoa com outras variáveis observáveis e/ou mais sutis no contexto de vida, que não só o acesso ao conhecimento, mas que são expressões de práticas culturais cada vez mais presentes em um contexto diverso.

Esses indicadores sugerem que nem sempre o crescimento populacional vai representar uma cidade com qualidade de vida para sua população, a qual é gerada por uma

distribuição de renda adequada, oportunidades de educação e boa expectativa de vida com acesso aos serviços de manutenção da qualidade de vida das pessoas, como é o caso de Boa Vista que apresenta um número de habitantes inferior ao número de Macapá, porém com uma perspectiva de crescimento populacional maior e uma qualidade de vida melhor. Outro exemplo é a cidade de Palmas-TO, que apresenta um IDHM elevado com maior crescimento entre as capitais da região Norte e, em 2010, apresentou índice de suicídio com a taxa de 6,1/1000 mil habitantes, acima da média nacional neste ano (5,1). Tais fatores talvez estejam mais associados ao modo como os gestores dos municípios administram os seus recursos internos, o que pode gerar consequências não previstas para a estrutura e condições para a manutenção da vida das pessoas.

CONCLUSÃO

Diante da realidade do CS, há necessidade de promover ações específicas no sentido de estabelecer medidas preventivas tanto no nível primário como secundário em escolas, centros comunitários e postos de saúde com vistas a promover um cuidado mais estruturado e qualificado no âmbito dos diferentes sofrimentos emocionais pelos quais as pessoas passam. Nos países com maior índice de suicídio, a WHO (2014) pretende reduzir as taxas para 10,0/100 mil habitantes. Porém, no Brasil não se observa o estabelecimento de uma meta nas diferentes esferas do governo. Até o momento, a Portaria 1.876 de 2006 é o único documento ministerial sobre as diretrizes de prevenção do suicídio.

Estabelecer parâmetros relacionais entre os indicadores de suicídio e os de IDH para se chegar a uma análise global parece uma possibilidade, desde que se estabeleçam os parâmetros para avaliar o que seria “aceitável” em termos de taxas de suicídio em uma determinada sociedade e considerar também que o crescimento populacional nem sempre está

associado à melhoria de qualidade de vida das pessoas (a exemplo de Palmas, Boa Vista e Rio Branco).

A OMS (WHO, 2001; 2014) enfatiza a importância de se conhecer as particularidades do contexto por meio de pesquisas com vistas à compreensão do CS para sua prevenção. Saber as situações de risco e protetoras para o suicídio é imprescindível para a caracterização do problema, tanto em nível regional quanto local. Por exemplo, é imprescindível identificar como as instituições de saúde geral e de saúde mental lidam nesse contexto e quais possibilidades de acesso aos serviços para se mostrar o panorama e se buscar as mudanças necessárias para melhoria da atenção dada às pessoas envolvidas no CS.

Nesse sentido, são diversos os estudos que apontam a necessidade de se considerar o CS como um problema de saúde pública (e.g. WHO, 2014) e, além disso, outros orientam a necessidade de desenvolvimento de políticas públicas para a prevenção e controle do suicídio (e.g. WERLANG et al., 2005; WHO, 2001), incluindo melhorias no IDHM.

Em nossa experiência no atendimento na área da saúde do setor público da cidade de Macapá-AP, observou-se não haver informações precisas nos órgãos de saúde pública na capital amapaense sobre o encaminhamento que é dado para as pessoas envolvidas no CS. Parece que as notificações que deveriam ser realizadas não estão sendo feitas, ou por falta de pessoal para a busca da informação ou pela inexistência de um sistema que viabilize a notificação dos casos de tentativa de suicídio e de ocorrência de suicídio. Além disso, os casos de tentativa de suicídio talvez não sejam manejados como deveriam – isto é, encaminhados e acompanhados pela rede de atendimento de psicólogos e psiquiatras, entre outros profissionais da área da saúde, demandando estudos subsequentes. No Amapá a rede de assistência à saúde mental é “nova”, pois os centros de atenção psicossociais foram recém-instalados. Além disso, pela falta de informação, as pessoas que tentam suicídio deixam de ser sensibilizadas ou orientadas quanto à necessidade de continuidade da assistência.

Estudos futuros poderiam investigar como tem sido as ações dos profissionais da rede pública de saúde no atendimento a pessoas envolvidas com o CS em Macapá-AP, bem como sobre a implantação e implementação dos dispositivos de atenção à saúde nesta cidade.

Poucos estudos realizados no Brasil se debruçam na explicação do CS. Alguns desses estudos foram realizados por Banaco (2001), Calais, Rigoto e Baptista (2005) e Ribeiro (2006) e descrevem o suicídio como um padrão de comportamento com a função de fuga e esquiva de situações aversivas sendo socialmente determinado. Nesses estudos há um consenso ao relacionar o CS a contingências complexas e exclusivamente dependentes da história particular de cada indivíduo. Por outro lado, esse indivíduo não está desarticulado de sua sociedade e de seus costumes – regras que estabelecem sanções, por exemplo, por determinados atos.

Ao considerar-se o contexto mais amplo na compreensão do CS, devemos evidenciar a dinâmica de funcionamento das variáveis sociais, de saúde, educacionais, culturais, econômicas e como isso repercute no ambiente familiar, no que diz respeito a como as pessoas lidam com as diferentes demandas produzidas no seu ambiente pessoal. Os dados epidemiológicos fornecem informações importantes sobre o CS, como as principais causas, idade prevalente, fatores de risco em cada região, cidade, município. Tais informações possibilitam uma análise comparativa e podem ajudar na implantação de políticas públicas em instituições como escolas, por exemplo. Em se tratando de estratégias de intervenção com o objetivo de prevenção secundária nessa área, faz-se necessária também uma investigação se essas políticas estão sendo implantadas, na medida em que são poucos os exemplos de experiências práticas em torno do CS descritos na literatura, e, caso estejam, é necessária a realização de uma análise dos resultados obtidos pelas instituições públicas envolvidas no controle do mesmo.

O aumento nos indicadores de suicídio revela que esse fenômeno comportamental deve ser alvo de ações específicas das instituições públicas ligadas ou não ao âmbito da saúde mental. O nível drástico de consequências que a manutenção desses indicadores pode trazer é extremamente preocupante, pois envolve um impacto na qualidade de vida da pessoa que emitiu o CS, seus familiares e pessoas com as quais interage.

ESTUDO 2

COMPORTAMENTO SUICIDA: O FAZER DE PSICÓLOGOS NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL EM MACAPÁ-AP

Resumo

O objetivo deste estudo foi caracterizar a atenção dispensada ao comportamento suicida (CS) na cidade de Macapá-AP a partir de relatos de psicólogos da rede pública de saúde, identificando o conhecimento que os mesmos têm acerca da ocorrência de tentativas de suicídio e de suicídio na cidade de Macapá-AP em relação à causalidade e aos procedimentos adotados para promover a assistência. Esta pesquisa foi realizada por meio da aplicação de questionários a 28 profissionais escolhidos aleatoriamente a partir de consulta no órgão de classe e nas instituições de saúde da cidade de Macapá-AP. A assistência às pessoas envolvidas no campo do CS, em particular às vítimas de tentativa de suicídio e seus familiares, é realizada no âmbito da saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS) e na atenção básica à saúde, as quais também compõem a rede de assistência psicossocial (RAPS). Os resultados deste estudo sugerem que os profissionais participantes conhecem de maneira insuficiente as políticas de assistência ao CS; acreditam que o CS pode ser prevenido e que ainda há necessidade de busca de informação qualificada sobre o tema. A prevenção do CS além de ser um problema de saúde pública é um problema de estrutura e funcionamento da RAPS.

Palavras-chave: Prevenção do suicídio. Saúde mental. Assistência psicológica.

SUICIDAL BEHAVIOR: PSYCHOLOGISTS' PROCEDURES IN MENTAL HEALTH CARE IN MACAPÁ-AP

Abstract

The objective of this study was to characterize the attention given to suicidal behavior in the city of Macapa-AP from the public health system psychologists reports, identifying the knowledge that psychologists have about the occurrence of suicide and suicide attempts in the city of Macapa-AP regarding causality and the procedures adopted to promote assistance. This research was conducted through questionnaires to 27 professionals randomly chosen from consultation in the class body and the health institutions of the city of Macapa-AP. Assistance to those involved within the CS field in particular the suicide attempt victims and their families is held under the Mental Health (Care Centers Psychosocial - CAPS) and basic health care, which also make up the network psychosocial assistance (RAPS). Data from this study suggest that professionals and general know so insuficiente the assistance policies to CS; They believe that CS can be prevented and there is still a need to search for qualified information on the topic. The prevention of suicidal behavior in addition be a public health problem is a problem structure and operation of RAPS.

Keywords: Suicide prevention. Mental health. Psychological assistance.

Comportamento Suicida (CS) se refere a um modo particular de relacionamento da pessoa com o seu ambiente, que se estabelece em um *continuum* o qual se inicia com a ideação suicida, pode posteriormente desencadear a tentativa de suicídio e pode ser finalizado com o suicídio (Werlang & Botega, 2004). A *ideação suicida*, para Maris, Bermann e Silverman (2000), revela-se pelos pensamentos, ideias, planejamento e desejo de se matar e pode ser o primeiro passo para a autodestruição pelo suicídio. A *tentativa de suicídio* é conceituada a partir dos relatos de pessoas que iniciaram um comportamento não habitual com resultado não fatal, e que, sem a intervenção de outros, poderia causar prejuízo a si próprio. Na tentativa de suicídio, o indivíduo estaria consciente da consequência de seu ato (Baptista, 2004). O *suicídio* apresenta diversas definições na literatura. Para Botega (2000), Mayo (1992), Shneidman, Farberow e Litman (1969) e Organização Mundial de Saúde [OMS] (World Health Organization [WHO], 2014) é um processo pelo qual a pessoa dá fim a sua própria vida de maneira deliberada.

O suicídio é um fenômeno global, porém com algumas especificidades em termos de fatores de vulnerabilidade. Para a WHO (2014), os suicídios em países desenvolvidos têm uma relação com transtornos mentais originados pelo uso de álcool e outras drogas e pela depressão; o estresse desencadeado por questões socioeconômicas é apontado como fator importante nos países mais pobres. O Brasil ocupa o oitavo lugar no mundo, com uma taxa estimada de 6,0 para cada mil habitantes. Homens se matam na proporção de três vezes mais que as mulheres. Entretanto, de 2000 a 2012 ocorreu um aumento geral de 10,4%, sendo que o aumento foi de 8,2% para homens e de 17% para as mulheres.

O campo da assistência em saúde mental, no qual o CS está tradicionalmente incluído, é formado por um conjunto de saberes e práticas que compõem uma rede institucional e multiprofissional de cuidado com as pessoas (Gomes, Abrahão, Azevedo, & Louzada, 2013). Esse modelo de atenção em rede provoca notadamente uma mudança de paradigma na

formação profissional e nos modelos assistenciais, uma trajetória que é marcante no processo de reforma psiquiátrica ou luta antimanicomial no Brasil (Organização Panamericana de Saúde [OPAS], 2011). Entretanto, segundo Botega (2007), no Brasil apenas uma entre três pessoas que tentaram suicídio chega aos serviços de urgência e recebe o atendimento e quase nunca é encaminhada aos centros especializados para receber assistência e acompanhamento em saúde mental.

Para Botega (2007), a prevenção do CS deve ocorrer por dois níveis. O primeiro nível de atenção se inicia com a notificação/investigação e o acionamento da rede de vigilância, prevenção e controle pela Portaria 1.271/2014 do Ministério da Saúde. O segundo nível de atenção são as ações intersetoriais, compostas por familiares, pessoas próximas à vítima (sobreviventes), organizações não governamentais, segurança pública, assistência social, saúde, educação e imprensa. Cada um destes setores tem importância específica na atenção e prevenção do CS por meio de atividades associadas na forma assistencial em rede e na divisão de responsabilidades. Parte da dificuldade está relacionada ao fato de um grande número de profissionais da rede não ter capacitação e, por conseguinte, não percebem a magnitude do problema e nem a possibilidade de contar com outros setores/profissionais. Neste sentido, Estellita-Lins (2012) destaca três aspectos que estão na base do *saber* e do *fazer* dos profissionais de saúde brasileiros diante do CS: 1) a insegurança/desconhecimento ao acolher as pessoas que tentaram suicídio ou que falam em se matar; 2) a dificuldade de tratar abertamente a questão; e, 3) considerarem a internação psiquiátrica como única forma de encaminhamento das situações. No Brasil, conforme Bertolote (2012), os esforços para a prevenção do CS são embasados em um instrumental modesto “e as poucas intervenções que existem são colocadas em prática sem a energia e o apoio necessário” (p.103).

Segundo a OMS (WHO, 2014), planos estratégicos de prevenção são mantidos por 28 países, dentre eles estão Guiana, República da Coreia, Sri Lanka, Lituânia, Suriname,

Moçambique, Tanzânia e Nepal. Beautrais (2006) ressalta que, na Noruega, as ações de prevenção passam por diferentes locais de promoção de saúde além da urgência/emergência, como serviços de suporte psiquiátrico e a atenção primária à saúde. Na Irlanda, há um sistema estatal de monitoramento dos casos de pessoas envolvidas em automutilação, cujo objetivo é determinar e acompanhar a incidência dos casos, descrevendo os grupos e áreas de maior incidência, assim como os serviços e profissionais envolvidos.

A OMS (WHO, 2001; 2014) enfatiza a importância de se conhecer as particularidades do contexto em que ocorre um problema de saúde por meio de pesquisas com vistas à sua compreensão e à realização de intervenções. Indica que se conheçam as situações de vulnerabilidade individual da pessoa envolvida no CS. Além disso, deve-se identificar como as instituições de saúde, em particular as de saúde mental, lidam nesse contexto, e que resultados vêm sendo alcançados com as diferentes possibilidades de atuação. Tais medidas são imprescindíveis para se mostrar os panoramas assistenciais e buscar as mudanças necessárias para melhoria da atenção dada às pessoas envolvidas no CS.

Nesse sentido, são diversos os estudos que apontam a necessidade de se considerar o CS como um problema de saúde pública (e.g. Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2005; WHO, 2008; 2014). Além disso, outros apontam para a necessidade de desenvolvimento de políticas públicas para a prevenção e controle do CS (e.g. Werlang et al., 2005; WHO, 2001; 2014). Entende-se por *Políticas Públicas* o conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, configurando um compromisso público que visa dar conta de determinada demanda, em diversas áreas. Expressa também a transformação daquilo que é do âmbito privado em ações coletivas no espaço público. Por outro lado, se configura como um compromisso público que visa dar conta de determinada demanda, em diversas áreas (Brenner & Amaral, 2008).

A OMS (WHO, 2014) chama a atenção dos diferentes governos ou órgãos gestores também para o fato de que o suicídio é um problema de saúde passivo de ser prevenido e tratado em todos os níveis de atenção à saúde; entretanto, as pessoas envolvidas não recebem o tratamento adequado. Para a OMS, prevenir o CS significa, dentre outras coisas, reduzir o acesso a venenos e armas de fogo, mas também garantir a atenção não somente para indivíduos particularmente em risco, como para os que têm depressão, esquizofrenia ou dependência do álcool e de drogas ilícitas.

Esse aspecto também foi expresso na publicação de diversos manuais divulgados pela OMS direcionados às diversas áreas da saúde, os quais tem o objetivo de fornecer informações sobre o CS e orientar acerca de procedimentos de conduta na identificação dos riscos, comunicação, registro e manejo de casos. Nota-se que o foco dos manuais da OMS é justamente para os potenciais locais que no Brasil, tradicionalmente, estão à margem do campo da saúde mental, mas fazem parte de uma tônica que envolve a reforma psiquiátrica ou luta antimanicomial, como a rede de atenção psicossocial [RAPS] (Portaria 3088/2011 do Ministério da Saúde- MS), os Centros de Atenção Psicossocial [CAPS] (Portaria 336/2002 do Ministério da Saúde) e o Programa Saúde na Escola (Portaria 6.286/2007 - MS). Tais manuais são: (a) Manual para professores e educadores; (b) Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental; (c) Manual para médicos clínicos gerais; (d) Manual para profissionais da saúde em atenção primária; (e) Um recurso para conselheiros; (f) Diretrizes para agentes penitenciários; (g) Diretrizes para os ambientes de trabalho; (h) Diretrizes para policiais, bombeiros e outros agentes de intervenção em emergências; (i) Diretrizes para formação de grupos de sobreviventes; e (j) Diretrizes para o registro dos casos. Para os objetivos deste estudo focalizaremos as orientações para prevenção do CS presentes no manual direcionado para os profissionais da atenção primária (básica) e o dirigido para profissionais de saúde mental.

O Manual de prevenção do suicídio para profissionais da atenção básica (Brasil, 2006b; OMS, 2000) chama a atenção para a proximidade da equipe com a comunidade, para o papel da equipe na interlocução com os demais pontos do sistema de saúde (funcionando como porta de entrada), destaca que o profissional da equipe é o primeiro recurso da atenção em saúde e aquele que oferece cuidado continuado. Além disso, o profissional deste nível de atenção à saúde se articula com organizações, familiares e demais pessoas da comunidade e, neste sentido, pode promover ações específicas dentro de um caráter educativo com enfoque nos fatores de risco e protetores para o CS pelo fato de que, na base de toda atividade de profissionais de saúde, está a promoção da saúde.

Segundo a OMS (2000), a identificação da pessoa em risco de suicídio demanda uma observação específica de comportamentos presentes na atualidade e na história de vida da pessoa. Tais eventos estão em duas dimensões: biopsicossociais e comportamentais. Na dimensão biopsicossocial inclui-se: doença psiquiátrica, alcoolismo, ansiedade/pânico e doença física. Na dimensão comportamental inclui-se: retraimento, inabilidade de lidar com a família e amigos, irritabilidade e pessimismo, mudança de hábito alimentar ou sono, odiar-se, culpar-se, sentir vergonha ou desvalorização pessoal, perda importante recente, desejo de organizar testamento e concluir afazeres pessoais, solidão e desesperança, cartas de despedida e menção sobre morte/suicídio.

Além de observar estas situações, o profissional da atenção primária precisa avaliar o estado mental atual, o plano suicida e o apoio familiar à pessoa (OMS, 2000). Isto indica também a necessidade de qualificação continuada também em temas dentro do campo da saúde mental e, especificamente, sobre o CS, o que parece uma realidade pouco percebida em nosso país e também um tempo de atenção ao usuário bem maior do que aquele previsto em uma atuação disciplinar, pelo menos nos primeiros atendimentos.

A WHO (2005) preconiza que a monitorização do paciente deve ser feita por meio de verbalizações indicando que ele será acompanhado e que, após a consulta agendada, o profissional da atenção primária irá vê-lo, e posteriormente o contato deverá ser periódico. O monitoramento em saúde mental se configura como uma atividade necessária no sentido de garantir uma maior efetividade do acesso ao serviço, principalmente as atividades dos dispositivos de reabilitação psicossocial, como no modelo de intervenção breve e contato aplicado aos serviços de urgência e emergência no atendimento e que consiste em uma sessão informativa e motivacional sobre os casos em acompanhamento na região e uma série de contatos pessoais e telefônicos ao longo de um ano e meio. A este respeito, Fleischmann et al. (2008) investigaram os efeitos de uma intervenção breve e de contato e do tratamento tradicional com pessoas que tentaram suicídio em países de baixa renda. Neste estudo foram acompanhadas 1867 pessoas divididas aleatoriamente em dois grupos de tratamento: 922 receberam intervenção breve e de contato, enquanto 945 foram assistidas pelo tratamento usual, entre os anos de 2002-2004 em cinco países. A assistência tradicional envolve somente a atenção à crise sem outros encaminhamentos. A intervenção breve consiste em orientação sobre o CS, estresse, fatores de risco, dados epidemiológicos e atitudes alternativas para o controle do suicídio, realizada após a pessoa sair da crise e cerca de uma hora antes da alta e, além disso, inclui acompanhamento por meio de telefonemas e visitas conforme o caso, por 18 meses seguidos. Os resultados indicaram que o acompanhamento sistemático da pessoa que tentou suicídio, como o que recebeu o grupo sob intervenção breve, é uma estratégia de prevenção eficaz.

O Manual dirigido a profissionais da saúde mental (Brasil, 2006b; OMS, 2006) destaca que três pontos sejam enfatizados em procedimento de prevenção: o lugar, o tempo e a efetividade na primeira conversa com vistas a reduzir o nível da crise que desencadeia o ato

suicida. Alguns aspectos necessitam ser avaliados neste contato, como o estado mental, o plano suicida e o apoio social, para a indicação do risco.

Caracteriza-se o grau de risco de suicídio entre baixo, médio e alto (OMS, 2006; Brasil, 2007). O baixo risco gira em torno de pensamentos sem planificação do suicídio. O médio risco se diferencia do baixo pelo fato de existir plano suicida, porém esse planejamento não se configura como algo imediato. No alto risco, a pessoa apresenta o plano, possui os meios e planeja executá-lo imediatamente. Para cada grau de risco existe um conjunto de orientações de como lidar com a pessoa em risco. Ações de prevenção para os riscos alto e médio: apoio emocional e encaminhamento para um profissional da saúde mental. Ações exclusivas para o risco baixo: trabalhar os sentimentos e pensamentos suicidas, focalizar os aspectos positivos da pessoa e manutenção de contatos regulares com o tentador. Ações exclusivas para o risco médio: focalizar sentimentos de ambivalência e explorar as alternativas de suicídio. Ações para o risco médio e alto: realizar contrato e orientar e reforçar apoio social. Ações exclusivas para o alto risco: não deixar a pessoa sozinha, remover instrumentos, encaminhar para consulta psiquiátrica/internação (Brasil, 2007).

Percebe-se que o Manual dirigido a profissionais da saúde mental indica a necessidade de se conhecer a rede de assistência para possíveis encaminhamentos, além do acompanhamento individualizado com monitoramento do tentador. Porém, na maioria das instituições a proposta de atenção em rede ainda não foi totalmente estabelecida e as instituições ainda negligenciam a interdependência entre os dispositivos existentes, principalmente com relação à atenção básica à saúde, conforme ressaltado por Gomes et al. (2013).

O Brasil instituiu diretrizes com a implantação da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (ENPS) em todo território nacional com a publicação da Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006 do Ministério da Saúde. A prevenção que norteia este documento ressalta,

entre outros aspectos, a atuação nos três níveis de prevenção; o cuidado adequado com a produção, gestão e disseminação de informações e conhecimento; a promoção da qualificação permanente dos profissionais da atenção básica - inclusive do Programa de Saúde da Família (PSF) -, saúde mental e urgência e emergência (Brasil, 2006b).

Segundo Brasil (2006b), o Núcleo de Atenção ao Suicídio do Instituto Philippe Pinel, na cidade do Rio de Janeiro, é uma experiência de Prevenção do Suicídio e segue os princípios do programa SUPRE (Prevenção do Suicídio) da OMS (2002). Tem dois eixos estratégicos: atenção aos pacientes após uma tentativa de suicídio e um núcleo de coleta de notificações de tentativas de suicídios implantado em unidades do município. O trabalho de atenção se baseia na atenção à população vulnerável para o suicídio, em grupos e por inclusão social. O serviço de atenção inicia-se pelos grupos de recepção, que funcionam uma vez por semana: são abertos e oferecem um contrato de atendimento de dez sessões. Uma vez que os indivíduos que tentaram suicídio e estão em um processo de crise necessitam de atenção no sentido de interromper o processo, o objetivo do grupo é evitar uma nova tentativa e as intervenções estão amparadas na teoria sistêmica construtivista. Os atendimentos consistem em acolher a pessoa em situação de crise e em intenso “sofrimento psíquico”. Entre 2000 e 2002 foram atendidos 40 pacientes por equipes multiprofissionais de saúde. Nesse período se observou apenas uma reincidência, que foi fatal.

O núcleo de coleta é uma experiência com o uso da notificação dos casos de suicídio e tentativa de suicídio realizada pela Secretaria de Saúde de Estado e Defesa Civil do Rio de Janeiro. A Ficha de Notificação (D'Oliveira, 2004) é preenchida pelo profissional de saúde que a encaminha ao Núcleo de Vigilância Hospitalar da unidade em que trabalha. O núcleo da unidade encaminha, então, à central de vigilância hospitalar que sistematiza as informações em seu banco de dados. As informações são utilizadas pelo comitê responsável pela gerência de ações contra a violência e informação aos profissionais e aos núcleos. Em 2006, foram

cadastrados neste banco de dados 580 casos de internação por tentativa de suicídio. A evolução desses pacientes se apresentou da seguinte maneira: receberam alta – 48%; Internação – 24%; Ignorado – 24%; Óbito – 3%; e remoção – 1% (Brasil, 2008). Apesar de devidamente notificados, os casos que receberam altas e os que foram internados tiveram evolução ignorada; e, os que foram removidos, ainda precisariam ser devidamente acompanhados. Também se questiona: a rede de atenção à saúde acolheu devidamente essas pessoas e seus familiares? Se houvesse um monitoramento eficaz não só a partir do momento em que a pessoa é atendida pela rede de assistência à saúde, mas desde o momento em que ela saísse da instituição que prestou o primeiro atendimento, talvez as informações epidemiológicas retratassem melhor a realidade, bem como o acompanhamento seria melhor.

Na atenção à saúde mental no Brasil, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tem valor estratégico. Ao CAPS são atribuídas algumas funções, das quais se destacam: prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em leitos hospitalares destinados a pacientes psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (Brasil, 2005, p. 27).

Os CAPSs se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e perfil populacional do município, funcionando com uma equipe de profissionais de ensino médio e superior, da qual faz parte o psicólogo. Assim, de acordo com esses critérios, recebem a seguinte classificação: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (Brasil, 2005). Apesar de haver essa classificação, “é o gestor local, articulado com as outras instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), que terá as condições mais adequadas para definir os equipamentos que melhor respondem às demandas de saúde mental de seu município” (p. 30). A Tabela 1 apresenta uma caracterização resumida dos CAPSs.

Tabela 1.

Caracterização dos tipos de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

	<i>População do Município</i>	<i>Clientela</i>	<i>Funcionamento</i>	<i>Equipe</i>
<i>CAPS I</i>	20 a 50 mil hab	Transtornos Mentais severos e persistentes. Decorrentes do uso de álcool e drogas	5 dias úteis	Mínima de 9 profissionais
<i>CAPS II</i>	Mais de 50 mil hab	Transtornos mentais severos e persistentes	5 dias úteis	Mínima de 12 profissionais
<i>CAPS III</i>	Mais de 200 mil hab	Grande complexidade	24 h. todos os dias da semana	Mínima de 16 profissionais
<i>CAPSi</i>	Mais de 200 mil hab	Crianças e adolescentes	5 dias úteis	Mínimo de 11
<i>CAPSad</i>	Mais de 200 mil hab	Uso prejudicial de álcool e drogas	5 dias úteis	Mínimo de 13

Fonte: Brasil (2005).

A Tabela 2 apresenta a distribuição do número de CAPS nos estados da região norte. Observa-se que no estado do Amapá há somente dois CAPSad para atender a todo o estado, sendo que dois deles estão situados na cidade de Macapá. Desse modo, questiona-se: para onde são encaminhadas, nessa cidade, as pessoas envolvidas no CS? E para aqueles que são encaminhados a profissionais da rede pública e privada da cidade de Macapá, quais os resultados alcançados com o acompanhamento? A família dessas pessoas vítimas de CS são também alvo da intervenção dos profissionais?

Tabela 2.

Distribuição dos CAPS por estado da federação – Região Norte

<i>UF</i>	<i>População</i>	<i>CAPS I</i>	<i>CAPS II</i>	<i>CAPS III</i>	<i>CAPSi</i>	<i>CAPSad</i>	<i>Total</i>
<i>Amazonas</i>	3.938.336	0	2	1	0	0	3
<i>Tocantins</i>	1.515.126	5	2	0	0	0	7
<i>Pará</i>	8.175.113	14	11	1	1	4	31
<i>Amapá</i>	766.676	0	0	1	1	2	4
<i>Acre</i>	803.515	0	1	0	0	1	2
<i>Roraima</i>	505.665	0	0	0	0	1	1
<i>Rondônia</i>	1.768.204	10	5	0	0	0	15

Fonte: Área técnica de saúde mental/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE – Estimativa populacional em 2015.

Destaca-se que o estado do Amapá até meados do século passado pertencia ao estado do Pará. Sua capital Macapá-AP atualmente é composta de 668.889 mil habitantes e é ocupada por cerca de 60% da população do estado.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) produziu uma publicação na qual apresenta reflexões importantes sobre os desafios para os psicólogos no âmbito do suicídio (CFP, 2013). Não é um manual de orientações, mas aponta para algumas necessidades que o psicólogo deve atender. Devido à morte permanecer como um tabu busca-se manter as pessoas vivas sem pensar nas consequências, pois parece que o suicídio aparece em nossa sociedade na contramão da ciência. Neste documento, há uma crítica ao contrassenso em atribuir múltiplas causas ao suicídio e, ao mesmo tempo, indicar que 90% dos casos estão relacionados a transtorno mental. Informa ser imprescindível fazer-se distinção entre termos como sofrimento psíquico e transtorno mental, ressaltando que o primeiro se relaciona a

acontecimentos no processo de vida. Chama a atenção de que a prevenção do suicídio pode ser realizada sem ser preciso falar no tema do suicídio. Sugere ainda discutir sobre a excessiva medicalização da vida na manutenção do funcionamento das pessoas no meio social sem um foco nas potenciais mudanças das condições de vida das pessoas. Reflete que a morte das pessoas por suicídio cala os elementos sobre as condições de vida daquelas que se decidiram pelo autoextermínio. Alerta para a necessidade de os psicólogos procurarem se informar mais sobre o tema. Enfatiza a importância da estrutura de prevenção em rede, particularmente com a atenção básica à saúde e com as Organizações Não Governamentais (ONG). Orienta que o trabalho do psicólogo deve focar os fatores precipitantes e buscar relacioná-los com as situações de sofrimento vividas pela pessoa. Reforça o manejo adequado dos pacientes pelos profissionais de saúde, principalmente naquilo que se deve dizer às vítimas de suicídio, baseados no respeito e dignidade. Os desafios na assistência estão relacionados aos desafios em lidar com o preconceito e à falta de informação e de preparo emocional de familiares e da equipe de saúde.

Os estudos sobre autopsia poderiam mostrar discussões sobre a questão de se atribuir ao suicídio múltiplas causas e ao mesmo tempo associar a maioria dos casos à presença de transtornos mentais. O estudo realizado por Cavalcante et al. (2012) discute o campo da autopsia psicológica a partir da avaliação da qualidade e consistência de seu instrumental de coleta de informações, proporcionando a testagem de tal protocolo. Os resultados apontam para a multicausalidade dos eventos que desencadeiam o suicídio nos 51 idosos participantes, como sobrecarga financeira; abusos e desqualificações; morte e adoecimentos de parentes; deficiência, doenças físicas e transtornos mentais; isolamento social e traços depressivos; ideias, tentativas e suicídio na família. Neste contexto, os motivos atribuídos foram alterações de comportamento; impacto de perdas; doenças ou deficiências; conflitos conjugais ou familiares; estilo de vida; aposentadoria ou desemprego. O estudo mostra que a expressão

multicausalidade precisa ser melhor definida, pois aparece associada tanto a fatores de risco quanto aos motivos que levaram os idosos a cometerem suicídio. Além disso, a presença de psicopatologia não pareceu evidente, apesar de alguns termos - como alteração do comportamento – estarem relacionados a diversos transtornos mentais.

Rigo (2013) acentua que, na atuação do psicólogo, independentemente da abordagem adotada, a ideia de que o CS envolve sofrimento humano deve estar presente. Neste sentido, Berenchtein Netto (2013) sugere que análises focadas somente em questões imediatas devem ser evitadas, pois, como destacado acima, o CS tem suas peculiaridades e, dentre elas, está a necessidade de autocontrole em relação aos sentimentos. Essa mesma sugestão pode ser estendida para ações de prevenção no sentido de considerar a forma de organizar e de se relacionar entre as pessoas.

A manutenção de altas taxas de CS se refere, além de outros fatores, a inexistência e/ou à insuficiência de ações de prevenção primária e secundária no campo da saúde e nas escolas, por exemplo. Esse contexto de prevenção é dificultado quando os serviços de assistência à saúde e em particular à saúde mental inexistem ou são pouco efetivos em suas ações. Além disso, o mau funcionamento da rede de assistência em saúde mental não gera condições para que a pessoa que tentou suicídio possa ser assistida imediatamente e, com a notificação ineficiente dos casos de tentativa de suicídio, cria-se um contexto desfavorável para que as políticas públicas de reabilitação das pessoas em sofrimento psíquico possam ser implementadas.

Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM – DATASUS, 2014) e Waiselfisz (2014), de 2000 a 2010 a média das taxas de suicídio nas capitais da região norte apresenta as cidades de Rio Branco e de Boa Vista com as maiores médias (6,5 e 6,4, respectivamente). No período de 2001 a 2005, a cidade de Macapá teve as maiores taxas de suicídio nesta região (M= 7,8), todas acima da média nacional, que variou em torno de 5,0 por

100 mil pessoas/ano, neste mesmo período. Em 2011, a última taxa oficialmente registrada na cidade de Macapá, o valor foi de 5,4.

Em nossa experiência no atendimento na área da saúde do setor público da cidade de Macapá, observou-se não haver informações precisas nos órgãos de saúde pública na capital amapaense sobre o encaminhamento que é dado para as pessoas envolvidas no CS. Parece que as notificações que deveriam ser realizadas não estão sendo feitas, ou por falta de pessoal para a busca da informação ou pela inexistência de um sistema que viabilize a notificação dos casos de tentativa de suicídio e de ocorrência de suicídio. Além disso, os casos de tentativa de suicídio talvez não sejam manejados como deveriam – encaminhados e acompanhados pela rede de atendimento de psicólogos e psiquiatras, entre outros profissionais da área da saúde. A insuficiência de profissionais na rede de saúde pública em relação à demanda da população também pode ser uma variável importante que pode ajudar a entender o contexto de atendimento ao CS na cidade de Macapá.

O objetivo deste estudo foi caracterizar a atenção dispensada ao CS na cidade de Macapá-AP a partir de relatos de psicólogos atuantes na rede pública de saúde. Os objetivos específicos foram: (a) Caracterizar profissionais de psicologia que atuam em serviços de saúde pública na cidade de Macapá-AP quanto às características sociodemográficas e qualificação profissional; (b) Identificar o conhecimento que estes psicólogos têm acerca da ocorrência de tentativas de suicídio e de suicídio na cidade de Macapá-AP; (c) Identificar qual a atribuição de causalidade ao CS destes profissionais; e, (d) Descrever o procedimento utilizado pelos profissionais no atendimento ao CS.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi composta por 28 psicólogos inscritos no CRP 10ª Região. Foram incluídos somente os que residiam na cidade de Macapá-AP e que estivessem atuando preferencialmente em serviço de assistência à saúde pública. Os psicólogos foram selecionados a partir de contato com a Seção Amapá do CRP/10. Foram identificados 80 psicólogos, dos quais foram excluídos os que não atuavam em serviço público de saúde e os que não foram localizados por telefonema ou correio eletrônico. Assim, foram contatados 40 psicólogos, dos quais 28 aceitaram participar do estudo e responderam ao instrumento de coleta de dados. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Clínica Gaspar Viana vinculado à Fundação Pública do Governo do Estado do Pará, Processo no. 030/2011 (Anexo 1).

Ambiente

O estudo foi realizado nas dependências do CRP/AP, na Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Amapá (SESA) e na Secretaria Municipal de Saúde do Município de Macapá (SEMSA), locais onde foram obtidos dados secundários acerca de informações epidemiológicas sobre o comportamento suicida. As entrevistas com os participantes foram realizadas em locais previamente agendados, sendo predominantemente em seu local de trabalho.

Instrumento

Utilizou-se um questionário para psicólogo elaborado para este estudo, dividido em duas partes (Anexo 2). Na primeira, coletaram-se informações acerca da identificação do participante, assim como sobre sua formação e experiência profissional. Na segunda, composta por 21 questões, investigou-se a experiência do participante no atendimento a casos

que envolvessem os comportamentos de tentativa de suicídio e de suicídio, além de sua compreensão acerca do tema, como: identificação de fatores de risco para o CS incluindo a tentativa de suicídio e o suicídio, com ênfase na cidade de Macapá-AP; características de tentadores e de suicidas; intervenções realizadas por psicólogos no âmbito do CS; rede de assistência em saúde mental disponíveis para casos de CS; possibilidades de prevenção do CS.

Procedimento

Inicialmente, os profissionais indicados pelo CRP foram contatados, via telefone, e-mail ou pessoalmente em seus locais de trabalho, e convidados a participar do estudo. Com os psicólogos que concordaram, foi agendado um encontro presencial para o pesquisador explicar o objetivo e o procedimento de coleta de dados do estudo e obter o consentimento livre e esclarecido (Anexo 3) do participante (Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas Gaspar Viana vinculado à Fundação Pública do Governo do Estado do Pará, Processo no. 030/2011). Neste encontro, o participante recebeu uma cópia impressa do Questionário e foi solicitado a devolvê-lo em uma data em acordo com o pesquisador. Todos os 28 psicólogos que concordaram em participar da pesquisa devolveram o questionário preenchido no prazo estipulado.

Análise dos dados

As respostas redigidas pelos participantes foram analisadas de acordo com os seguintes temas:

Características dos participantes: dados sociodemográficos, tempo de profissão e de atuação no campo da saúde mental em serviços públicos de saúde, formação e linha teórica de trabalho, histórico de atendimento no âmbito do CS.

Conhecimento sobre o CS na cidade de Macapá: relatos acerca de fatores relacionados à ocorrência do comportamento suicida na cidade de Macapá, incluindo (a) contextuais, quando relacionados a características do contexto social da cidade de Macapá e que também incluíssem indicadores epidemiológicos do suicídio; (b) comportamentais, quando descreviam comportamentos de risco predominantemente percebidos na população de Macapá; e, (c) estruturais, quando indicassem a ação do poder público na instalação e funcionamento das políticas públicas em saúde mental.

Fatores de risco para o comportamento suicida: relatos que ressaltam fatores relacionados à tentativa de suicídio, incluindo (a) vulnerabilidade, quando citam contextos específicos que desencadeiam ações individuais autodestrutivas; (b) psicopatológicos, quando há presença de uma descrição diagnóstica de algum transtorno psiquiátrico como aspecto favorecedor das ações individuais autodestrutivas; (c) relativos ao ciclo de vida, destacando características presentes em fases do desenvolvimento humano que seriam potencialmente favoráveis para ações individuais autodestrutivas; (d) idiossincráticos, ao enfatizarem características do padrão comportamental do indivíduo que favoreçam ações autodestrutivas; (e) decorrentes da intenção, quando destacam supostas consequências produzidas sobre o ambiente social do tentador/suicida a partir da ação autodestrutiva; e, (f) midiáticos, quando ressaltavam o papel da mídia na divulgação de notícias influenciando os casos de suicídio.

Características atribuídas ao tentador/suicida: relatos que indicam a visão de homem utilizada pelo profissional como embasamento para a atuação assistencial, divididos em (a) visão internalista/estrutural, quando o relato de aspectos estruturais internos da personalidade do tentador/suicida são atribuídos como causa do comportamento suicida; e (b) visão externalista/relacional, quando enfatizam as relações históricas e ambientais como condições que contribuem para a ocorrência de ações autodestrutivas.

Objetivos da atuação do psicólogo: relatos que indicam algum diferencial na atuação deste profissional dirigida a tentadores e familiares no atendimento psicoterápico, ressaltando (a) Foco nos motivos, com relatos que descrevem a importância dada pelo psicólogo em intervir nas causas que levaram a pessoa a cometer a tentativa de suicídio; (b) Foco nos sentimentos/pensamentos, com relatos que descrevem a importância dada pelo psicólogo ao intervir para obter a descrição de sentimentos/pensamentos do tentador; (c) Foco na mudança, com relatos que descrevem a necessidade percebida pelo psicólogo de orientar o tentador para o desenvolvimento de novas maneiras de lidar com situações específicas/envolvidas na tentativa; (d) Foco no apoio social/social, com relatos que descrevem a importância dada pelo psicólogo à necessidade de trabalhar a rede de apoio do tentador.

Encaminhamentos: relatos dos participantes que sugerem encaminhamentos dos tentadores e/ou de seus familiares a serviços de atenção à saúde, podendo ser para (a) Rede de atenção em saúde mental, quando ressaltam a necessidade de encaminhar para a rede oficial de assistência à saúde mental disponível no serviço público; e (b) Rede de atenção básica à saúde, quando ressaltam a necessidade de encaminhar para a rede de assistência em saúde geral.

Prevenção do comportamento suicida: relatos que indicam a possibilidade de ações profissionais ou governamentais com vistas à prevenção do comportamento suicida, podendo ser por meio de (a) Prevenção primária, quando ressaltam a possibilidade de haver ações que evitem a ocorrência de situações de vulnerabilidade para o comportamento suicida; e (b) Prevenção secundária, quando ressaltam a possibilidade de prevenção de novos episódios de tentativas de suicídio.

Os resultados serão apresentados considerando a frequência absoluta dos registros identificados nas categorias de análise. Algumas categorias de análise não são excludentes, ou

seja, um participante pode ter respondido a questão em uma extensão que permita que dois ou mais aspectos descritores das categorias estejam presentes.

RESULTADOS

Características dos participantes

A maioria (n=20) dos psicólogos era do sexo feminino, com idade entre 24 e 48 anos (Média= 38), com mais de cinco anos de exercício profissional (n=20), atuando exclusivamente em serviço público de saúde (n= 21). Quanto à formação profissional, a maioria concluiu pós-graduação (n= 18), com destaque para a obtenção do título de especialista (n= 18), principalmente na área de clínica ou saúde mental (n= 9), declarando utilizar a abordagem teórica correspondente à psicanálise/psicodinâmica (n=13) e cognitivo/comportamental (n= 8). A maioria (n=24) relatou ter conhecido pessoalmente alguém que tentou ou que efetivou o suicídio; por outro lado, 19 participantes relataram ter atendido em sua rotina profissional alguém com história de tentativa de suicídio.

Nenhum dos participantes mencionou ter participado de algum treinamento específico para receber qualificação no atendimento ao CS.

Conhecimento sobre o CS na cidade de Macapá-AP

A maioria dos participantes (n=16) relatou ter conhecimento sobre a alta ocorrência de tentativas/suicídios na cidade de Macapá, a partir de divulgação pela mídia. Destes, seis consideraram que este é um problema de saúde pública, demandando a atenção do Estado especialmente para a população jovem.

Para 13 participantes, fatores socioeconômicos estariam relacionados à alta ocorrência do CS em Macapá, destacando a “falta de oportunidades de trabalho”, bem como a “carência de espaços de lazer e de convívio social para os jovens”.

Onze participantes destacaram a presença de problemas relacionados a dificuldades no relacionamento com a família de origem, especialmente para jovens que vieram morar sozinhos em Macapá, para prosseguirem os estudos ou em busca de trabalho remunerado, uma vez que esta capital concentra todos os níveis de escolaridade e as maiores oportunidades de emprego no Estado.

Fatores de risco para o CS

Todos os participantes consideraram o CS como multideterminado, isto é, apontaram mais de um fator para a sua ocorrência. Para a maioria (n=19), a presença de alguma psicopatologia ou “doença mental” seria o fator mais determinante, destacando-se a depressão, o isolamento social e o abuso de álcool e drogas. Em seguida, apontaram (n=15) a ocorrência de perdas afetivas, como término de relacionamento amoroso e falecimento de ente querido. Quatorze participantes apontaram problemas no relacionamento com familiares, dentre os quais a negligência parental, o abuso de autoridade e a dificuldade na expressão de sentimentos entre os membros da família.

Também foram citados como fatores de risco para o CS: (a) dificuldades financeiras (n=10), com destaque para o alto índice de desemprego associado à falta de perspectivas profissionais na cidade de Macapá; e (b) problemas emocionais relacionados à baixa autoestima (n=7) principalmente entre os jovens, mas não associados a psicopatologias.

Quatro participantes mencionaram que a divulgação de casos de CS pela mídia pode funcionar como “efeito contágio” para o aumento nas ocorrências de tentativas. Apontaram que esta prática é comum na cidade de Macapá, inclusive com veiculação diária feita por um repórter policial, o que poderia “encorajar” os jovens ao suicídio.

Em menor frequência, foram citados fatores como: presença de doença crônica grave (n=3), histórico de violência sexual (n=1) e problemas com a orientação sexual (n=1). Um

participante citou a adolescência como período do ciclo de vida cujas características estariam associadas a uma maior probabilidade de ocorrência do CS. Outro participante mencionou que, no caso de CS em idosos, o principal fator de risco estaria relacionado à perda de ente querido.

Destaca-se que, para sete participantes, o suicídio consumado estaria mais presente entre aqueles com alguma psicopatologia principalmente associada ao uso de drogas.

Características atribuídas ao tentador/suicida

Observou-se nas respostas dos participantes que estes fizeram distinção entre tentadores e suicidas. Para a maioria (n= 19) seria possível identificar características no padrão comportamental de prováveis tentadores. Tais características estariam relacionadas a déficits em habilidades sociais, como isolamento, dificuldades para lidar com frustrações, dificuldades na resolução de problemas. Para cinco participantes também seria provável ocorrer tentativas de suicídio entre indivíduos com história de mudanças radicais no curso de vida, como perdas afetivas e no padrão socioeconômico (como resultado de desemprego, por exemplo). Para seis participantes, os principais objetivos de tentadores seriam a “vontade de chamar a atenção para seus problemas” e “punir” pessoas de seu ambiente social mais próximo.

No caso dos suicidas, 21 participantes relataram haver relação com psicopatologia entre os que consumaram o suicídio.

Não foi observada diferença entre os participantes em relação à abordagem teórica relatada. Tanto os que se autodeclararam analistas do comportamento (os quais supostamente deveriam adotar uma visão externalista/relacional) quanto os que se autodeclararam psicodinâmicos (com visão mais internalista/estrutural) descreveram de modo semelhante características do tentador/suicida.

Objetivos da atuação do psicólogo

A maioria dos participantes (n=25) afirmou considerar a necessidade de uma atuação especializada, com atenção diferenciada para o atendimento de casos de tentadores e de familiares de suicidas. Esta atenção resultaria na necessidade de focalizar, nos atendimentos, aspectos como os motivos da tentativa, os sentimentos/pensamentos do tentador/suicida, a necessidade de mudança e o suporte da família.

Destaca-se que três participantes, dentre os 19 que declararam já terem atendido casos de CS, responderam que não haveria necessidade de um atendimento especializado para estes casos. As justificativas apresentadas por dois deles (o terceiro não justificou sua resposta) foram as seguintes:

Todas as pessoas morrem e merecem atenção. Os pacientes buscam autorregular-se, entendendo e tentando a sua maneira de ajustar a suas escolhas. Cada um precisa descobrir....., se [o profissional] puder ajudar nessa construção...(Participante 17)

Conflito não se mede. O mesmo conflito tem dimensões diferentes para as pessoas que são diferentes. (Participante 23)

Sete participantes apontaram a necessidade de focalizar os motivos que levaram a pessoa a tentar tirar a própria vida, mencionando a necessidade de se investigar aspectos históricos e contextuais que culminaram com o CS.

Vinte e três participantes ressaltaram a necessidade de focalizar, através da escuta terapêutica e do acolhimento, o relato de sentimentos e pensamentos do tentador como forma de criar condições para reduzir a tensão emocional, amenizar o sofrimento e promover apoio emocional, permitindo a construção de vínculo terapêutico. Entretanto, não foi identificada menção a procedimentos utilizados pelos participantes em sua intervenção, pois as respostas eram predominantemente generalistas, como as destacadas a seguir:

Verificar os motivos que levaram a pessoa aquele ato e auxiliá-la para que encontre alternativas para lidar com suas dificuldades. (Participante 9)

Escuta terapêutica. Permitir que o paciente possa se achar no meio desses sentimentos de auto destruição, para, desta maneira, resgatar sentimentos positivos muitas vezes perdidos pela dor e pelo sofrimento. (Participante 25)

O objetivo principal é fazer o paciente resgatar suas virtudes que estão ausentes durante o estado suicida. (Participante 27)

Oito participantes ressaltaram que o objetivo da atuação do psicólogo é o de orientar a pessoa para lidar com a sua vinculação com propósitos de mudança no sentido do desenvolvimento de estratégias alternativas para lidar com problemas específicos de seu cotidiano, como exemplificado nos seguintes relatos:

Amenizar o sofrimento deste indivíduo. Conhecer, compreender e verificar qual a melhor conduta para esses casos, objetivando auxiliar o indivíduo a lidar com as questões difíceis que o levaram a buscar o suicídio. (Participante 18)

Entender porque o indivíduo está considerando a prática do suicídio. É necessário detectar, avaliar o grau de intencionalidade futura. Encorajar o paciente a falar sobre as ideias (fatos) suicidas, detectar suporte ambiental (familiar). Além da postura cordial, empatia, etc... A postura mais ativa pelo terapeuta é fundamental para compreender as ideações suicidas baseadas no sentimento de desesperança e reorganização. A intervenção pode ser decisiva para salvar uma vida. (Participante 22)

Apenas um dos participantes (Participante 22) ressaltou que o objetivo do atendimento psicoterapêutico deveria incluir a família, no sentido de orientação para lidar com o tentador na monitorização das situações de risco.

Encaminhamentos

A maioria (n=23) dos participantes afirmou que havia encaminhado, no caso daqueles que já haviam atendido tentadores/familiares de suicidas, ou que encaminhariam, no caso daqueles que ainda não haviam atendido, os pacientes e familiares para serviços de saúde. Segundo os participantes, na cidade de Macapá, os principais serviços que receberiam estes encaminhamentos seriam os seguintes:

Rede de atenção em saúde mental

Neste caso, 18 participantes afirmaram que encaminhariam os tentadores e seus familiares à rede de atenção em saúde mental, como o CAPS, que atende pessoas com transtorno mental, tanto adultos como crianças e adolescentes, e o CAPSad, que atende as pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas. Destaca-se que dez desses participantes enfatizaram a necessidade de atendimento com o psiquiatra, porém sem mencionar esse atendimento dentro de um contexto da estrutura ou da rede que envolve os CAPS.

Rede de atenção básica à saúde

Quatro psicólogos destacaram a necessidade de encaminhamento para a rede de atenção básica, em virtude da necessidade de acompanhamento psicoterápico para a vítima e a família (n=2); acompanhamento por meio de práticas complementares de saúde como centros de tratamento natural (n=1); e consultas médicas e com nutricionistas (n=1).

Grupos de apoio/Organizações não governamentais

Nove participantes mencionaram a possibilidade de encaminhamento dos tentadores e seus familiares para algumas instituições que tradicionalmente prestam serviços a pessoas em situação de risco à vida, como o Centro de Valorização da Vida (CVV), centros

desportivos/clubes e instituições religiosas. Destes, apenas um participante mencionou a rede de atenção psicossocial como primeira escolha.

De acordo com sete participantes, na cidade de Macapá as ações do poder público para o atendimento a tentativa/suicídio necessitam melhorar as instalações nos serviços de assistência à saúde mental, como os CAPS, com o objetivo de promoverem a efetivação de políticas públicas que possam alcançar o cidadão no atendimento psicológico, no sentido de minimizar a ocorrência do suicídio.

Prevenção do comportamento suicida

Dentre os participantes, 24 apontaram para a possibilidade de prevenção ao CS, destacando tanto níveis primários quanto secundários para as ações de prevenção. Destes, a maioria (n=20) tinha cinco anos ou mais de atuação profissional em saúde pública.

Dentre os quatro participantes que declararam não haver possibilidade de prevenção ao CS, três não apresentaram justificativa para a resposta. A única justificativa apresentada foi a seguinte: “Não, porque quem quer suicidar, suicida-se” (Participante 26).

Prevenção primária

Os participantes destacaram a possibilidade de familiares ficarem atentos à mudança no comportamento do indivíduo (n=3); e a darem mais importância a relatos de ideação suicida (n=5).

A maioria (n= 14) destacou a possibilidade de haver intervenção profissional na promoção da prevenção primária do CS, pela melhor qualificação dos profissionais de saúde em seus diagnósticos; incentivar práticas culturais de se falar mais sobre morte na sociedade; implementar, fortalecer e divulgar políticas públicas direcionadas a atenção em saúde mental, nas escolas, em UBS e CAPS; encorajar as pessoas a falarem de seus sentimentos; e por meio

de palestras, encontros, debates nas escolas, locais de trabalho, centros sociais, igrejas. Alguns destacaram a importância de se ressaltar temas relacionados ao uso abusivo de álcool e de outras drogas.

Prevenção secundária

Os participantes apontaram a orientação à família (n=10); a psicoterapia (n=8), atendimento psicossocial (n=5) e ações nas escolas (n=3) como as principais formas de se prevenir novos episódios de CS.

DISCUSSÃO

Os principais resultados obtidos com este estudo indicam que, quanto às características dos psicólogos atuando em saúde pública na cidade de Macapá-AP, embora a maioria tenha relatado já ter atendido pessoas com história de tentativa de suicídio, nenhum havia recebido treinamento qualificado para casos de CS. Os dados serão discutidos considerando-se as categorias de análise produzidas.

Conhecimento sobre o CS na cidade de Macapá-AP

De maneira geral, o conhecimento relatado que os participantes têm sobre o CS em Macapá demonstra clareza dos fatores que estão associados ao contexto que mantém a existência do problema. Tanto no sentido dos efeitos de uma divulgação de forma inadequada por parte da mídia, ressaltando o fator contágio assinalado por Werlang et al. (2005), quanto da faixa etária mais vulnerável para o CS. Esses resultados estão de acordo com o que a OMS (WHO, 2001; 2014) preconiza sobre o fato de que o CS é um problema de saúde pública e acerca da necessidade de se conhecer a realidade local na qual o CS está inserido a fim de promover a assistência adequada.

Os relatos dos psicólogos sobre o conhecimento do contexto do suicídio na cidade de Macapá indicam que, segundo os participantes, os jovens são os que cometem mais suicídio, conforme assinalado pela OMS (WHO, 2014). A definição de papéis e a formação da identidade pessoal e a falta de perspectiva na vida para os jovens e os aspectos sociais e econômicos característicos de Macapá podem ser importantes para a análise da contextualização do suicídio nesta cidade.

Ainda sobre o contexto, segundo os participantes, parece não haver ações de prevenção de saúde mental pautada em políticas públicas existentes em Macapá, haja vista os poucos dispositivos de atenção à saúde mental em funcionamento na cidade, conforme assinalado por Brasil, (2006b), Brasil (2007), CFM (2014), CFP (2013), Gomes et al. (2013) e OMS (2000).

Fatores de risco para o CS

A noção de causalidade para o CS que a maioria dos participantes relataram se enquadra dentro de uma visão voltada para um caráter nosológico e também se direciona para uma visão dentro de um campo histórico e contextual. Essa pluralidade de possibilidades enquadra-se dentro da discussão que o CFP (2013) e Cavalcante et al. (2012) apontam acerca da dicotomia entre fator único e de fatores múltiplos na determinação do suicídio. Com relação aos fatores múltiplos, os participantes destacaram o efeito contágio que a divulgação dada pela mídia pode desencadear, conforme apontam Werlang et al. (2005) e WHO (2014).

Os fatores de risco apontados pelos psicólogos, apesar dos estudos que indicam algumas dificuldades na notificação (Portaria 1.271/2014) dos casos de tentativa de suicídio (Soares & Nascimento-Neto, 2009; WHO, 2001), parecem confirmar as descrições de Batista, Borges e Biagi (2004) e Botega et al. (1995). Porém, chamam a atenção de que a maioria dos fatores de risco está relacionada ao contexto familiar fragilizado pela comunicação

inadequada, para uma cultura que gera uma preocupação com estética, competitividade e vergonha, além da ausência do estado na efetivação de políticas públicas de prevenção e assistência.

Características atribuídas ao tentador/suicida

Nota-se que, as características da pessoa envolvida na tentativa de suicídio relatada pelos participantes se referem a uma noção que enfatiza os efeitos dos eventos experienciados na história de vida da pessoa, independentemente da abordagem teórica que estes profissionais declararam adotar. Esta descrição está de acordo com a reflexão do Rigo (2013), porém, quando descrevem claramente as características do suicida relacionam a influência dos transtornos mentais envolvidos o que corrobora com a discussão de Berenchtein Netto (2013) quanto as dificuldade de análises com base em fatores imediatos.

Objetivos da atuação do psicólogo

Neste aspecto, os participantes demonstram desconhecer as orientações para atenção às pessoas envolvidas no CS direcionadas a profissionais da atenção básica e da saúde mental pela OMS (OMS, 2006; WHO, 2001) o que confirma a indicação dada pelo CFP (2013) quanto à necessidade de informação sobre o tema e sobre a possibilidade de intervenção breve, conforme destacado por Fleischmann et al. (2008). Por outro lado, os relatos dos participantes indicaram que os objetivos da atuação dos psicólogos deveriam se voltar claramente para a orientação do CFP (2013) e do CFM (2014) quanto à necessidade de focar os fatores desencadeadores do CS e da atenção à família.

Encaminhamentos

A maioria dos participantes demonstrou conhecimento sobre a necessidade de acessar a rede de serviços em saúde básica e de saúde mental, o que, não necessariamente, pode indicar que os mesmos encaminhassem de fato seus clientes para tal rede, uma vez que este

dado não foi coletado neste estudo. Segundo Botega (2007), os encaminhamentos na assistência às pessoas envolvidas no CS ainda são pouco efetivos no Brasil, principalmente no sentido da intersectorialidade com organizações não governamentais. Por outro lado, Estellita-Lins (2012) aponta que existe uma dificuldade dos profissionais falarem abertamente sobre o tema e, tradicionalmente associam o CS a transtornos mentais e indicam preferencialmente a intervenção psiquiátrica como a mais adequada.

De maneira geral, os psicólogos que participaram deste estudo conhecem a necessidade de se trabalhar em rede de atenção básica à saúde em maior frequência e em menor frequência com ONGS no âmbito da saúde mental. Porém, individualmente, uma vez que a falta de conhecimento sobre a rede de assistência ainda prevalece.

Prevenção do comportamento suicida

A maioria dos participantes declarou acreditar na possibilidade de prevenção do CS, conforme preconizam Baptista et al. (2004), Beautrais (2006), Botega (2007), Brasil (2006a, 2006b), CFM (2014), OMS (2000) e WHO (2014). Os participantes indicaram a necessidade de mudanças em práticas culturais, no sentido de discutir temas relacionados à morte, e na possibilidade de mudanças nos padrões de expressão dos sentimentos na vida cotidiana, conforme sugerem CFP (2013) e OMS (2000; 2006). Também indicaram a necessidade de os profissionais terem mais acesso à informação como requisito importante para instalar, no serviço do qual fazem parte, estratégias de prevenção eficazes. Entretanto, destaca-se que ocorreram três casos de participantes que mencionaram a impossibilidade de prevenção ao comportamento suicida.

CONCLUSÃO

Os objetivos do presente estudo foram alcançados, pois foi possível analisar o conhecimento de psicólogos que trabalham no serviço público de saúde na cidade de Macapá-AP sobre a assistência e prevenção ao CS. Por um lado, este conhecimento pode ser considerado como satisfatório ao se considerar os aspectos mais gerais em sua totalidade; por outro, individualmente o conhecimento destes profissionais pareceu incipiente em especial no que diz respeito às redes de atenção aos envolvidos no CS e à possibilidade de intervir na prevenção.

A principal contribuição deste estudo foi de fortalecer uma visão para o CS para além de uma ótica causal imediata, o que pode obscurecer tanto uma visão macro, dado pelos indicadores epidemiológicos, quanto reforçar intervenções voltadas para o gerenciamento da crise suicida e, assim, impedir que ações voltadas para o contexto da vida das pessoas possam ser efetivadas. Além de ratificar o CS como um problema de saúde pública, este estudo demonstrou que a assistência ao suicídio é um problema na saúde pública, pois há uma importante lacuna na qualificação dos psicólogos na assistência intersetorial, em destaque para a atenção à pessoa/familiar vítima de suicídio, principalmente na atenção primária à saúde.

Na medida em que o relato dos profissionais descreve o modo como discriminam a realidade do suicídio na cidade de Macapá, pode-se entender que o problema do CS envolve uma dinâmica particular entre a relação da pessoa com os diversos contextos como familiar, social, afetivo/sexual, saúde e ocupacional que especificamente se refere a uma relação de autocontrole da pessoa diante de contextos punitivos ou aversivos. Por outro lado, é importante ressaltar a ausência da instalação de ações específicas do poder público em Macapá-AP nos diversos níveis de prevenção pautadas em políticas públicas já existentes no Brasil e nas experiências de instituições particulares e em ONGs. A falta de prevenção parece

ser um dos pontos críticos também no campo da saúde mental e que poderia ser crucial para intervenções nos contextos/comportamentos de risco frequentes no âmbito do suicídio.

O modo de pensar sobre o tema do suicídio, favorecido pela mídia local, indicando razões e meios utilizados no CS, naturaliza o tema. Pode caracterizar o suicídio como uma estratégia de resolução de problemas diante de situações específicas da vida cotidiana, desencadeada por demandas individuais que, por uma associação com práticas culturais naturalizantes, fortalecidas pela falta de espaços adequados para falar dos sentimentos e para aprender a lidar com as dificuldades individuais, acabam por criar uma dinâmica individual autodestrutiva.

A proposta antimanicomial da Política de Saúde Mental no Brasil pressupõe uma articulação entre o CAPS e os demais serviços, formando uma rede de assistência em saúde mental. Nessa rede, o Programa de Saúde da Família, os Prontos Socorros Municipais, as Unidades Municipais de Saúde, os Hospitais Gerais, as Instituições de Defesa dos Direitos Humanos, entre outras, estariam articuladas no território, entendido como “forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns” (Brasil, 2005 p. 26).

Isso permite afirmar que, por exemplo, pelo menos em tese, a informação ou notificação sobre os casos de tentativa de suicídio deveria permitir que a assistência às pessoas envolvidas em casos de CS ocorreria de forma mais eficaz.

De um lado, temos um tema em saúde mental crítico que é o CS e, de outro, um sistema público de atenção à saúde em Macapá-AP que parece não dar conta das demandas originadas na sociedade, particularmente neste tema. Assim, estudos subsequentes poderiam investigar os contextos em que o CS ocorreu nesta cidade, com vistas ao desenvolvimento de estratégias para proporcionar uma assistência adequada às pessoas envolvidas no CS, como

estudos com os próprios tentadores, seus familiares e pessoas que tenham sobrevivido à experiência de um suicídio na família.

ESTUDO 3

RELAÇÕES COMPORTAMENTAIS EM EPISÓDIOS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO

Resumo

Este estudo teve o objetivo de compreender aspectos importantes das relações comportamentais do ciclo vital de sete pessoas que tentaram o suicídio na cidade de Macapá-AP. Foi utilizado um questionário aplicado com os tentadores após eles receberem atendimento subsequente à tentativa. Os resultados do estudo indicam que a tentativa de suicídio se configura como uma resposta de autocontrole adaptativa da pessoa cuja função é eliminar o contato com eventos aversivos. Este estudo permitiu o fortalecimento do fazer do analista do comportamento e, além disso, indicar sugestão para o desenvolvimento de um instrumento voltado para uma autópsia psicológica ou psicossocial para tentadores de suicídio. O campo do comportamento suicida é complexo, tem extrema importância para a área aplicada e sugere que mais estudos dentro da análise do comportamento podem discutir melhor a relação entre autocontrole e comportamento suicida.

Palavras-chave: Tentativa de suicídio. Análise do comportamento. Saúde mental.

BEHAVIORAL RELATIONS IN SUICIDE ATTEMPT OF EPISODES

Abstract

This study aims to understand important aspects of behavioral relationships of the life cycle of seven people who have attempted suicide in the city of Macapá-AP. It used a questionnaire after tempting receive care after the evident crisis in suicidal episode. Behavior analysis favors, by means of contingency analysis, a particular way of understanding why people act, which differs from other approaches within psychology that emphasize a mentalist and internalist view. The study results indicate that the suicide attempt is configured as a person's self-adaptive response whose function is to eliminate contact with aversive events. This study led to strengthening of the behavior analyst and moreover indicate suggestion for the development of a facing tool for psychological or psychosocial autopsy tempting for suicide. Field of suicidal behavior is complex, is extremely important for the applied field and suggests that more studies into the behavior analysis can better discuss the relationship of self-control and suicidal behavior.

Keywords: Suicide attempt. Behavior analysis. Mental health.

Tentativa de suicídio

O termo tentativa de suicídio é utilizado para designar qualquer comportamento autodestrutivo cuja intenção e a consequência seja não fatal. A tentativa de suicídio se configura como um problema de saúde pública na medida que as pessoas que cometem a tentativa (tentadores) ficam, em geral, incapacitados a médio prazo devido o trauma e o episódio apresenta também impactos para o meio econômico, financeiro e social. O episódio de tentativa é o indicativo mais evidente da ocorrência de um suicídio, sendo importante a identificação e monitoramento dessas pessoas para a promoção de assistência psicossocial (World Health Organization [WHO], 2014).

O número de pessoas que cometem a tentativa de suicídio é muito maior do que os registros de notificação oficiais apontam apesar da notificação ser compulsória a partir da Portaria No. 1.271/2014 do Ministério da Saúde.

A este respeito, de acordo com a Organização Mundial de Saúde [OMS] (WHO, 2001), para cada suicídio existem 10 tentativas com um quadro suficientemente incapaz de receber a atenção médica. Quando uma tentativa de suicídio é atendida, cerca de quatro deixam de ser assistidas clinicamente. Além disso, segundo Abasse, Oliveira, Silva e Souza (2009) o meio mais utilizado nos casos de tentativa é a intoxicação exógena e em maior frequência por mulheres. Esse fato relaciona-se à ideia de que existe um menor grau de intencionalidade entre as pessoas do sexo feminino (Pacheco, Damasceno, Souza & Brito, 2010).

De maneira geral, o quadro que surge é o de uma cultura na qual está presente uma incipiente procura por ajuda por parte das pessoas diante dos problemas emocionais do cotidiano, por exemplo, uma espécie de consequência da contenção/vergonha da expressão da emoção como forma de autocontrole dado inicialmente a partir da mudança nos costumes sociais com o advento da modernidade (Elias, 1990; Tourinho, 2009) e de outro um problema

estrutural na assistência à saúde mental dos indivíduos, na medida que as políticas públicas neste domínio deixam de ser instaladas.

Análise do comportamento e tentativa de suicídio

Talvez a questão que se deveria ressaltar para a solução dos problemas humanos, e particularmente no contexto do comportamento suicida (CS), estaria vinculada ao que B.F. Skinner (1904-1990) sistematicamente descreveu como o que dificultaria o planejamento das intervenções para a mudança – o mentalismo¹. Ou seja, o modelo mentalista utilizado para explicar os problemas seria a base da dificuldade em solucionar os problemas humanos, e em particular os problemas comportamentais, pois as variáveis diretamente relacionadas à produção e à manutenção dos problemas seriam ainda mantidas (Carvalho-Neto, Alves & Batista, 2007). Essa forma (mentalista) de se “debruçar” sobre os problemas humanos, no caso do CS, permite uma explicação reducionista do fenômeno, para a qual a causa do suicídio, por exemplo, é o ciúme, a dependência química, pessimismo ou falta de esperança, e não explicita as fontes do problema, nem faz menção ao que, idiossincriticamente, levou a pessoa a se relacionar com o seu ambiente imediato de uma maneira específica que a levou a emitir o CS e, por conseguinte, não permite uma visão mais efetiva de caráter interventivo. São formas pouco profícuas dentro do campo conceitual e consequentemente aplicado (Hanna & Todorov, 2002).

Uma explicação skineriana do comportamento deve considerar dois processos que atuam complementarmente – a variação e a seleção do comportamento (Skinner, 1984). A *variação* é o primeiro processo e diz respeito a algo que é natural, no sentido de ser comum à espécie da qual o ser humano faz parte e talvez à maioria das espécies: corresponde à tendência à não repetição, à mutação e à coexistência de inúmeros padrões (quer sejam

¹ O behaviorismo radical de B.F. Skinner critica o mentalismo ao afirmar que nem mudanças fisiológicas e nem sequer os fenômenos ditos subjetivos são capazes de explicar o comportamento. E a articulação das instâncias fisiológicas e subjetivas não seriam capazes de promover tal explicação (Zílio & Carrara, 2008).

características de uma espécie, classes de resposta ou práticas culturais). O outro processo seria o da *seleção*, que consiste na “retenção” de certos padrões surgidos no processo de variação enquanto outros padrões declinariam de frequência (Carvalho-Neto et al., 2007). A variação e a seleção atuariam em três níveis do comportamento: (1) na filogênese, contingências de sobrevivência responsáveis pela seleção natural das espécies; (2) na ontogênese, contingências de reforçamento responsáveis pelo repertório adquirido pelo indivíduo; e (3) na cultura, contingências especiais mantidas por um ambiente social evoluído, ou seja, o comportamento do indivíduo é mantido pelas consequências sociais mantidas por outros membros, as quais são muitas das vezes arbitrárias (Skinner, 1984; Todorov, 2004).

Assim, para Todorov (2004):

O comportamento de um indivíduo hoje é resultado de três processos semelhantes de seleção por consequências. Para a *espécie*, ao longo da evolução, as consequências de seus atos selecionaram indivíduos com certas características, que geraram descendência. A história da espécie é uma história de sobrevivência por adaptação a mudanças no ambiente. Para o *indivíduo*, sua constituição genética determina seu repertório incondicionado, e as consequências de suas ações sobre o ambiente determinam (selecionam) quais respostas serão mantidas no futuro – [comportamento operante]. [...] E para a *cultura*, na medida em que o que o homem come e bebe, e como o faz, os tipos de comportamento sexual em que se empenha, como constrói uma casa, ou desenha um quadro, rema um barco, os assuntos sobre os quais fala ou cala, a música que compõe, os tipos de relações pessoais que tem, e os tipos que evita tudo depende em parte dos procedimentos do grupo de que é membro (p. 152-153).

Dentro do modelo explicativo de Skinner está presente uma ideia de interpretação e investigação do comportamento humano denominada de análise funcional. Nesse modelo, a noção de causação deixa de ser mecânica e passa a ser selecionista (Micheletto, 2000).

Na noção seletcionista para a explicação do comportamento, a análise se volta para as funções das respostas e para os modos por meio dos quais as mudanças por elas produzidas afetam a probabilidade do comportamento futuro (Moore, 1984). Assim, a consequência sofrida pela resposta irá estabelecer a função daquela resposta para a pessoa que a produz.

Uma das características da análise funcional que tem importante significado para o planejamento de intervenções, quando se trata de solução dos problemas humanos devido a sua complexidade e dinâmica, é o fato de que, segundo Haynes e O'Brien (1990), no contexto de atendimento clínico, uma análise funcional nem sempre explica o comportamento no sentido de identificar todas as variáveis causais importantes. A análise funcional identifica as variáveis causais importantes que podem ser manipuladas, ou colocadas sob o controle do cliente ou do analista do comportamento e nesse sentido, são *idiográficas* – abordam relações causais para problemas de comportamento de pessoas individualmente.

A questão básica é a de que, ao falarmos de análise funcional, no contexto utilizado por analistas do comportamento na área clínica, lidamos com um instrumento para “a identificação das relações ambiente-comportamento decorrentes da história ambiental [particular] dos indivíduos e com um planejamento baseado naquela identificação” (Neno, 2003, p. 161).

A evidência da proposta skinneriana são as relações estabelecidas entre as respostas do organismo que a emite e o seu ambiente histórico e imediato, em particular na aquisição e manutenção do comportamento. Assim, essa noção permite uma compreensão do que seria então comportamento suicida.

Poucos estudos realizados por analistas do comportamento no Brasil se debruçam na explicação do CS. Esses estudos foram realizados por Banaco (2001), Calais, Rigoto e Baptista (2005) e Ribeiro (2006) e descrevem o suicídio como um padrão de comportamento com a função de fuga e esquiva de situações aversivas sendo socialmente determinado.

Nesses estudos há um consenso ao relacionar o CS a contingências complexas e exclusivamente dependentes da história particular de cada indivíduo. Entretanto, observa-se que algumas variáveis são apontadas como causadores do CS como depressão, perdas e desespero.

Especificamente, a tentativa de suicídio é conceituada por Ribeiro (2006) como sendo “todo ato pelo qual o indivíduo causa lesão a si mesmo emitindo uma resposta que pode ser de fuga e esquiva de situações adversas” (p. 5). Banaco (2001) chama a atenção para o fato de que a tentativa de suicídio pode ser analisada como um comportamento governado por regras, baseado na construção de consequências imaginárias.

O estudo de Ribeiro (2006) teve o objetivo de analisar funcionalmente o relato de contingências atuais e a história de vida de uma amostra de quatro participantes com história de tentativa de suicídio. Nesse estudo outras informações foram colhidas de um familiar de cada pessoa que tentou suicídio, por meio de entrevistas realizadas no ambulatório do hospital de emergência de uma cidade do interior de São Paulo, após o período de internação. De maneira geral, os resultados indicam que nos casos analisados está presente uma condição aversiva e a incontrolabilidade por parte do tentador. Parece não haver repertórios adequados e esperados em relação à resolução dos problemas enfrentados. Aliado a isso, a história de resolução de problemas dos tentadores ajuda a entender sua baixa eficácia e ausência de reforçadores que poderiam sustentar a emergência de respostas adaptativas e incompatíveis com a autodestruição. Os participantes do estudo de Ribeiro descreveram claramente as condições das quais fugiam – solidão, medo da reprovação social devido à opção sexual, privação do contato social e abandono.

Botega (2015) aponta algumas características mais proeminentes nos episódios de tentativa de suicídio. O fator predisponente é a impulsividade; o fator precipitante é um conflito ou rompimento de relacionamento; o afeto presente é o de uma frustração raivosa; o

objetivo do tentador é influenciar pessoas significativas; o método mais empregado é um não violento, como uma dose excessiva de medicação; e o tentador está em condições de ser salvo.

Pode-se entender então que a resposta consumatória no contexto da tentativa de suicídio é uma resposta de autocontrole. Skinner (1953) ressalta que um indivíduo se autocontrola quando uma resposta tem consequências que provocam conflito. Algumas consequências do autocontrole são assinaladas por Hanna e Todorov (2002):

Reduzir ou aumentar a magnitude dos estímulos aversivos; produzem ou retiram estímulos discriminativos; modificar a motivação através da criação de operações estabelecedoras (sentimentos, pensamentos); tornar reforçadores altamente prováveis ou improváveis; desenvolver alternativas comportamentais que não impliquem em punição (p.338).

No estudo de Coronel e Werlang (2010) ressalta-se que as pesquisas na área de investigação dos fatores condicionantes do suicídio apontam para a necessidade de focalizar as diferentes habilidades que garantam a nossa sobrevivência e dentre elas a de resolução de problemas, na medida em que uma pessoa em sofrimento psíquico e/ou em crise suicida apresenta o pensar rígido e esse modo de agir dificulta a emergência de respostas adaptativas diante de um contexto específico.

Ribeiro (2006) sugere que, estudos que demonstrem as contingências atuais e históricas podem possibilitar uma avaliação cada vez mais precisa do potencial suicida de outras populações que tenham as mesmas características. Sugere, ainda, que esses estudos podem ajudar no desenvolvimento de estratégias mais eficazes de assistência a essa população.

Estudos sobre CS sob o enfoque analítico comportamental ainda são insuficientes para explicá-lo e parecem ainda produzir explicações *nomotéticas* – no sentido de relacionarem

variáveis causais para o problema de comportamento de várias pessoas. Ainda existem lacunas que poderiam ser exploradas com a utilização de metodologias que permitissem a especificação das variáveis envolvidas no CS. A análise funcional do CS pode possibilitar uma interpretação mais adequada no sentido de produzir descrições que permitissem o desenvolvimento de tecnologias comportamentais para a diminuição desse quadro no campo da saúde mental.

Com isso, fica clara a necessidade de evidenciarmos a história de vida de cada indivíduo para entendermos a(s) causa(s) da emissão do CS. Por outro lado, esse indivíduo não está desarticulado de sua sociedade e de seus costumes – regras que estabelecem sanções, por exemplo, por determinados atos. Além disso, Tourinho, Carvalho-Neto e Neno (2004) salientam o fato de que:

O desenvolvimento da Psicologia como campo de conhecimento requer a associação da pesquisa empírica e saber técnico à investigação conceitual sistemática. É preciso não considerar rígidas e definitivas as fronteiras com outras ciências históricas, como já salientava Wundt, buscando nessa interlocução não apenas uma descrição mais integrada dos fenômenos humanos, mas o próprio desenvolvimento dos modelos explicativos psicológicos (p. 23).

Além disso, segundo Tourinho (2006), a noção de interioridade e a importância que essa “vida psicológica” do indivíduo assumiu na sociedade moderna são refletidas por diversas áreas das humanidades, em particular a sociologia.

Considerando-se a carência de estudos sobre o CS sob o enfoque da análise do comportamento, este estudo teve o objetivo de compreender aspectos importantes das relações comportamentais do ciclo vital de pessoas que tentaram o suicídio. O estudo foi realizado em Macapá-AP, uma das capitais brasileiras com maiores taxas de suicídio. No período que

compreendeu a coleta de dados (12 meses), 36 pessoas cometeram suicídio no Amapá, sendo identificados 18 casos na cidade de Macapá.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo sete pessoas vítimas de tentativa de suicídio (tentadores) atendidas no Hospital de Emergência (HE) do município de Macapá-AP, dentro de um período de 12 meses, e que foram encaminhados à Clínica de Psicologia da Faculdade SEAMA (CLIPSI-SEAMA – Anexo 4). Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Clínica Gaspar Viana vinculado à Fundação Pública do Governo do Estado do Pará, Processo no. 030/2011 (Anexo 1).

Critérios de inclusão

Para serem incluídos na pesquisa, os tentadores deveriam ter mais de dezoito anos e concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido [TCLE] (Anexo 5).

Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa crianças, adolescentes e pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, além de casos de tentadores que apresentassem diagnóstico de algum transtorno mental específico, de acordo com os psiquiatras do HE. Em tais casos, os tentadores foram encaminhados diretamente para o atendimento na CLIPSI – SEAMA e para a rede de assistência em saúde mental.

Ambiente

Os dados foram produzidos em entrevistas realizadas nos consultórios de atendimento individual da CLIPSI – SEAMA ou na residência do participante, conforme sua disponibilidade.

Materiais e Instrumentos

Para a coleta dos dados foi utilizado o Protocolo de Entrevista para tentadores (Anexo 6). Este protocolo buscou informações que promovessem uma compreensão geral de como a pessoa lidou com algumas situações no âmbito familiar, afetivo-sexual, social, ocupacional e de lazer, além de promover uma caracterização da infância, adolescência e momento atual de sua vida.

Procedimento

Os participantes foram encaminhados do HE para a CLIPSI – SEAMA após receberem os atendimentos de emergência. Caso haja alguma vítima que espontaneamente não tenha comparecido à CLIPSI – SEAMA, essa pessoa foi contatada após um período de mais ou menos 15 dias a contar da data de internação no HE para esclarecimentos quanto aos objetivos do estudo, e, caso concordasse em participar, foi agendado um dia para os esclarecimentos sobre o estudo na CLIPSI – SEAMA.

Os tentadores que compareceram à CLIPSI – SEAMA foram acolhidos individualmente e cadastrados conforme o fluxo da clínica (Anexo 7). Na entrevista de acolhimento, era-lhe explicado o objetivo da pesquisa e solicitada sua participação por meio da leitura e explicação do TCLE. Em caso de concordância, o tentador era encaminhado para a realização da entrevista seguindo o Roteiro de entrevista para tentadores.

Análise dos dados

Os dados produzidos após a realização das entrevistas com os participantes foram analisados de forma descritiva com base na literatura da área do CS, que caracteriza as situações de vulnerabilidade ou fatores de risco, além de estudos conceituais e aplicados no campo da Análise do Comportamento. Os resultados estão apresentados conforme as categorias produzidas a partir das questões do Protocolo de entrevista para tentadores,

descrevendo-se os contextos históricos e imediatos presentes na vida da pessoa no âmbito do CS.

RESULTADOS

Os dados serão apresentados a seguir por meio da descrição dos relatos dos sete tentadores (T1, T2, T3, T4, T5, T6 e T7).

TENTADOR 1 (T1)

Sexo feminino, 20 anos de idade, cursando Ensino Superior (psicologia). Solteira, residia com a mãe e dois irmãos na cidade de Macapá-AP. Declarou ser cristã e sua única ocupação era ser estudante.

Características do episódio

A tentativa havia ocorrido há três meses anteriores à realização da entrevista (Fevereiro de 2015). De acordo com T1, ela estava em sua residência, no quarto, e ingeriu medicamentos em alta dosagem. Era uma sexta-feira e o episódio ocorreu em torno de 18h.

T1 foi encontrada pela mãe e levada ao HE onde recebeu o tratamento padrão de emergência, ficou em observação e foi liberada em seguida uma vez que não houve complicação em seu estado clínico pós-tentativa. Ao receber alta, foi orientada a continuar o acompanhamento em Unidade Básica de Saúde onde realizava acompanhamento psicoterapêutico. Ao encerrar a coleta de dados da pesquisa, não aceitou a oferta para continuar a ser atendida na CLIPSI-SEAMA devido já realizar psicoterapia.

A motivação para a tentativa de suicídio foi o término de um namoro que havia durado dois anos e quatro meses. Neste período de namoro, T1 “ficou” com outro rapaz e este passou a lhe telefonar ameaçando contar ao namorado dela que ela o havia traído. Declarou que se sentiu péssima por ter traído o namorado e que ficou decepcionada consigo. Resolveu contar

então ao namorado que havia ficado com outro rapaz. Após o término do namoro, sentiu-se só, se isolava e chorava a maior parte do tempo. Antes da tentativa, sentia-se sem esperança, pois parecia que “o mundo tinha acabado” e não havia necessidade de sua existência. Na avaliação de T1, o ex-namorado lhe deixou muito mal, pois “quando [eu] precisei dele ele me abandonou; fiquei depressiva, triste, frustrada e queria morrer”.

Histórico de tentativas de suicídio

T1 relatou cinco episódios de ideação suicida anteriores à tentativa, dentre os quais destacou o momento posterior ao diagnóstico de nódulo no seio esquerdo (na adolescência) e o momento em que o pai saiu de casa. Descreveu estes momentos como de “alto grau de sofrimento”, o que favorecia a ocorrência de pensamentos suicidas.

Nestes momentos, sentia-se mal, sem esperanças de que houvesse melhora em sua vida, mas não compartilhava seus sentimentos e pensamentos com outras pessoas com receio de que estas a julgassem e que a considerassem “louca”.

T1 cometeu duas tentativas de suicídio utilizando medicação, ambas associadas a dificuldades de relacionamento amoroso, com intervalo de oito meses entre elas. De acordo o relato de T1, após as tentativas ela sentia frustração e procurava passar a maior parte do tempo dormindo, para que o “tempo passasse mais rápido”. Nesses momentos, a reação das pessoas que lhe eram mais próximas foi de desespero e de choro.

Ciclo de vida

Infância

T1 avaliou o período de sua infância como bom, pois era uma criança saudável e que brincava bastante. Entretanto, quando tinha 10 anos, o pai foi embora de casa sem avisar e ficou um ano sem dar notícias à família. Por este motivo, precisaram mudar da cidade natal para Macapá, o que a deixou triste, mas, como era criança, nada pode fazer além de aceitar.

Ela descreveu que naquele momento se sentiu “frágil, descrente e impotente”. Essa situação a fez procurar ajuda e buscou conversar com a mãe.

No novo endereço, conseguiu se adaptar e conheceu crianças na vizinhança e na escola, com algumas das quais ainda mantinha amizade. Desse modo, avaliou este período como excelente.

Quanto ao relacionamento familiar, T1 destacou que sua relação com seu pai era ruim, pois ele agia “como um ditador”, ao contrário da mãe à qual se referiu como sendo “cuidadosa, carinhosa e zelosa com os filhos”. Não mencionou o relacionamento com os irmãos

Adolescência

De acordo com T1, a adolescência foi uma etapa de sua vida conturbada, caracterizada pelo divórcio dos pais.

Por outro lado, interagia com outros jovens de sua idade e participava de encontros com amigos. Neste período fez amizades facilmente, dentre as quais destacou uma amiga por esta ficar ao seu lado nos momentos difíceis. Também em relação às amizades desta época, relatou um episódio que a fez se sentir muito feliz, onde participou de um concurso de ideias empreendedoras junto com colegas, tendo obtido o quarto lugar.

O relacionamento com o pai continuou muito difícil neste período. Ela o descreveu como um “homem rígido, sem diálogo”. Quanto à mãe, embora reconhecesse que a mesma lhe dava apoio nos momentos de dificuldade, considerava que o diálogo entre elas era “péssimo”.

Entretanto, quando tinha 17 anos, a mãe adoeceu gravemente e T1 precisou abandonar os estudos para cuidar dela. Este período foi muito difícil devido à responsabilidade que assumiu perante a família, mas contou com o apoio de uma amiga que lhe incentivava “com palavras de força e otimismo”.

Após a doença da mãe, quando T1 tinha 18 anos, foi diagnosticada com um nódulo benigno no seio esquerdo, sendo necessário fazer a retirada do mesmo. T1 descreveu este período de sua adolescência como de muito sofrimento.

Contexto atual

À época em que a coleta de dados foi realizada, T1 não se sentia bem no convívio com a família. Permanecia frequentando a faculdade, mas reconheceu que após a tentativa de suicídio seu desempenho acadêmico havia piorado uma vez que tinha dificuldades de concentração para os estudos. Mesmo assim, contou que a família a apoiava e que tinha boas expectativas de que ela viesse a concluir a faculdade como um recurso para auxiliar nas despesas da casa (“salvação da família”).

Estava namorando outro rapaz, com o qual mantinha um bom relacionamento. Passavam bastante tempo juntos, mas não considerava que este relacionamento seria importante para a sua vida, chegando a afirmar que sentia medo de acontecer o mesmo que ocorrera com o namoro anterior. Em suas palavras: “Não dou mais importância em ter uma pessoa”.

Descreveu-se como “uma pessoa passiva, que não consegue confiar no outro, mas que busca melhorar a cada dia”. Por outro lado, também afirmou acreditar que as pessoas a viam como uma pessoa forte e determinada, mas ao mesmo tempo frágil e com o coração ferido. Considerava as pessoas com as quais convivia como sérias, compromissadas e alegres, mas com uma vida corrida, eram estressadas e ocupadas para lhe darem atenção.

Ao ser solicitada a descrever uma situação recente que lhe trouxera bem estar, citou o dia em que dormiu na casa de uma amiga, quando conversaram sobre vários assuntos, saindo da rotina, lhe trazendo tranquilidade e alívio. Também citou uma viagem que fez ao Rio de Janeiro (patrocinada por um tio) com o objetivo de conhecer grande parte da família. Além disso, ressaltou estar satisfeita em poder estudar para concurso público com o apoio da família

e em estar frequentando academia de ginástica, onde fazia musculação para “aliviar a tensão e esquecer os problemas”.

Em relação a situações recentes de mais difícil enfrentamento em sua vida, comentou que o ex-namorado frequenta a mesma sala de aula que ela em um cursinho preparatório para concurso. Este fato fazia com que ela se sentisse mal, com medo de não querer mais ir às aulas. Outra situação relatada foi quando encontrou com a irmã do ex-namorado na rua e a mesma fez chacota em relação a T1 que ficou “enfurecida e queria tirar satisfações”. Entretanto, a situação mais difícil foi quando soube que o ex-namorado estava com relacionamento novo; neste momento chegou a desmaiar, em seguida “teve um ataque de loucura” e quebrou suas coisas pessoais.

T1 se descreveu como uma pessoa “carinhosa, brincalhona, que adora ajudar o próximo”, mas que “perdoa facilmente, aceita tudo, tem dificuldade de dizer não”, e que gostaria de mudar essa sua característica de extrema passividade. Por outro lado, afirmou considerar significativa em sua vida a crença em Deus, na família e nos amigos, pois “nunca a abandonarão”.

Planos para o futuro

De acordo com T1, seus planos para o futuro incluem: (a) em curto prazo, passar em concurso público e obter independência financeira da família de origem; (b) em longo prazo, trabalhar no que gosta, isto é, na área de assistência social e psicologia.

Declarou que, caso passasse por uma nova situação de tentativa de suicídio mal sucedida, ela se fecharia em si por um tempo, e depois iria fazer o que gosta; procuraria pensar que viver vale a pena como uma tentativa de enfrentamento aos problemas.

TENTADOR 2 (T2)

Sexo masculino, 21 anos de idade, cursando Ensino Superior (Nutrição). Declarou-se católico e residia com uma tia, a avó paterna e uma prima.

Características do episódio

A tentativa de suicídio havia ocorrido há dois anos e dois meses antes da entrevista de coleta de dados. T2 ingeriu veneno (“chumbinho”) à meia-noite de uma segunda-feira. A motivação para a tentativa foi uma discussão em sua residência. No HE, T2 recebeu tratamento padrão para emergência, não ficou em observação e logo foi liberado. Na alta, não recebeu encaminhamento para serviços de saúde mental. Ao final da entrevista de coleta de dados, concordou em ser atendido por profissionais da CLIPSI-SEAMA.

Histórico de tentativas de suicídio

T2 relatou que desde criança, por inúmeras vezes teve ideação suicida, comentando se recordar que aos sete anos de idade já pensava em morrer. Àquela época, achava que a família não gostava dele devido ter características mais femininas na infância. Havia muitas discussões entre os familiares e mesmo entre amigos tendo como tema a sexualidade de T2. Recordou-se que, nos momentos em que tinha ideação suicida, não comentava sobre isso com outras pessoas pois “quem fala demais, não faz nada”, fazendo referência à possibilidade de que, se contasse a alguém não levaria adiante a intenção de se suicidar.

Tentou cometer o suicídio oito vezes, com intervalos variáveis, sendo que em um ano chegou a cometer três tentativas. Seus familiares “entravam em desespero” sempre que ele tentava o suicídio. Nestas ocasiões, o sentimento presente era de que a família não gostava dele. T2 descreveu que, após se recuperar das tentativas, chorava muito, “até os olhos incharem e não poder enxergar” em meio a permanência da crise vivida.

Ciclo de vida

Infância

T2 avaliou sua infância como um período “excelente”. Nesta avaliação, considerou como pontos principais: (a) as muitas festas de aniversário que teve, “com todos os temas [infantis] possíveis”; (b) ter estudado em colégio particular; e, (c) ter feito amizades com muitas crianças além do círculo familiar.

Entretanto, em casa o relacionamento era difícil, uma vez que a convivência com o pai era “péssima”. Àquela época, o pai era dependente químico, chegando a vender objetos da casa para adquirir drogas. T2 recordou que a polícia ia até sua casa buscar e prender o pai - inclusive em uma destas ocasiões o pai levou um tiro, descrevendo estas situações como muito difíceis para uma criança como ele.

A figura que reconhecia como “pai” era a de seu avô paterno, pois foi ele quem o criou. Foi o avô quem lhe ensinou valores sobre “o que é certo e o que é errado”, exercendo influências positivas em sua vida. Recordou que, à tarde era frequente sentar ao lado do avô para longas conversas.

Adolescência

T2 descreveu sua adolescência como “excelente” pois ampliou seu círculo de amizades, trocou de colégio e “começou a construir a sua personalidade”. Relatou que, àquela época, interagia frequentemente com outros adolescentes, era convidado para “todas as festas, era popular”, saía muito com os amigos para festas de aniversários. Aos 17 anos “descobriu a bebida alcoólica” com as amigas da escola.

Nesta época, foi “horrível” descobrir sobre a sua orientação sexual. Descreve-se como homossexual.

Durante a adolescência, o relacionamento com o pai continuou “péssimo” segundo avaliação de T2. Mesmo não sendo mais dependente químico, o pai não conseguia estabelecer

com o filho uma relação de intimidade ou cumplicidade, conforme relatos do participante. Paralelamente, T2 não convivia com a mãe, sua avó teve câncer mas sobreviveu, entretanto o avô faleceu de câncer (no pulmão).

Contexto atual

Segundo avaliação de T2, à época em que os dados foram coletados, os pontos positivos de sua vida eram conviver com a família (a avó, uma tia e uma prima) e estar cursando a faculdade. Como pontos negativos citou a presença de sintomas de depressão, ansiedade e angústia, com a possibilidade de ter diagnóstico de transtorno bipolar, após avaliação de psiquiatra em uma consulta no ambulatório de um hospital público.

Considerou os familiares como pessoas “legais”, que se preocupavam com ele e com as quais poderia interagir. Entretanto, também reclamou pois elas se preocupavam demais com ele. Relatou que, quando discutiam, ele “ficava em prantos e chorava muito” e elas também ficavam tristes por causa dele e também choravam. Em sua opinião, elas o consideravam como uma pessoa “fraca”.

T2 descreveu como uma situação recente que lhe trouxera bem estar o episódio de quando ganhou um notebook da sua avó. Naquela ocasião, ficou tão feliz que acabou tendo “uma crise de ansiedade e quase não dormiu à noite”. Outra situação mencionada foi ter ficado muito feliz quando sua madrastra lhe presenteou com um perfume comprado em uma loja famosa da cidade de Macapá.

Dentre as várias situações recentes que foram avaliadas como aversivas, T2 citou o fato de ter ficado fora de casa por três dias. Nessa ocasião, estourou o cartão de crédito, não recordava os detalhes sobre como isso acontecera, mas lembrava de ter brigado com “o único amigo que tinha” e que havia ficado “péssimo” por conta disso, sentindo-se muito triste e chorando.

Outra situação aversiva recente estava relacionada ao fato de ter ficado extremamente chateado quando um amigo não lhe incluiu no grupo para a apresentação de um trabalho na faculdade e, como consequência, T2 precisou apresentar sozinho outro trabalho.

Também citou um episódio relacionado à quando o pai chamou o amigo de T2 e o acusou de oferecer drogas ao filho. Mesmo sentindo raiva do pai, não fez nada para defender o amigo. À época da coleta de dados, relatou que havia se distanciado do pai, não mantendo nenhum tipo de contato com ele, uma vez que T2 era sempre vítima de chacotas quando se encontravam.

Em relação ao seu desempenho acadêmico, T2 o avaliou como regular e que, mesmo recebendo apoio para continuar estudando, acredita que a família não tinha confiança em seu sucesso. Neste ponto, relatou ter ficado insatisfeito consigo mesmo ao ser reprovado em uma das disciplinas da faculdade como consequência de ter faltado às aulas no período em que estava internado no HE em decorrência da tentativa de suicídio.

Descreveu que, em sua turma da faculdade não tem amigos, “não fala com ninguém”, fica isolado e se sente “desesperado e mais triste ainda”. Mas pretende continuar os estudos, inclusive mencionou que, quando houve redução no salário da avó (pessoa responsável pelo suporte financeiro da família), chegou a ficar sem esperanças com receio de não poder mais pagar a faculdade e ter de abandonar os estudos.

T2 se descreveu como uma pessoa triste, pois chora com muita frequência. Sente solidão todos os dias; em sua casa, fica a maior parte do tempo em seu quarto, com as luzes apagadas, deitado, assistindo televisão ou dormindo. Considera que sua condição de vida é “terrível, sem perspectiva” e com sua “mente atormentada”. Mesmo assim, acredita que sua família o considera como um membro importante.

Também está insatisfeito com sua aparência física, pois, apesar de ter perdido oito kg queria ter emagrecido ainda mais.

Ao ser questionado sobre quais mudanças gostaria de ver acontecer em sua vida, T2 relatou que gostaria de controlar a ansiedade, pois era frequente ficar sem dormir, pensando no que iria lhe acontecer no futuro. Também gostaria de tratar a depressão, considerando que ela é um obstáculo às mudanças em sua vida.

Planos para o futuro

De acordo com os relatos de T2, seus planos para o futuro incluíam: (a) em curto prazo, concluir o curso superior e arrumar emprego; (b) em médio prazo, montar um negócio próprio; e, (c) em longo prazo, constituir uma família, ter alguém para conversar, pois assim “não ficaria pensando em besteira o tempo todo”.

Ao ser questionado sobre o que faria caso viesse a ser exposto a um contexto semelhante ao que antecedeu a última tentativa de suicídio, T2 respondeu que não saberia dizer como reagiria, pois era muito impulsivo, e decidia “do nada!”.

TENTADOR 3 (T3)

Sexo feminino, 24 anos de idade, Ensino Médio incompleto. Residia com o filho de 8 anos de idade e uma amiga há cerca de seis meses, desde que passou por problemas financeiros em decorrência da separação do marido (por violência doméstica).

Contexto do episódio

T3 havia tentado o suicídio há dois anos (04/09/2011), tomando veneno para matar ratos (chumbinho). Era um domingo, ela se encontrava na residência do ex-marido, sozinha com ele. Tomou o veneno e se postou frente ao marido segurando o recipiente que acondicionava o veneno. Após o começo dos sintomas da crise por intoxicação, o marido a levou para a urgência. No HE, recebeu o tratamento padrão para emergência, ficou em observação e logo foi liberada. Na saída, não recebeu encaminhamento para serviços de

atenção à saúde mental. Após a coleta de dados da pesquisa, aceitou ser atendida na CLIPSI-SEAMA.

A motivação desta foi o fato de ter descoberto que o marido a havia traído e a mulher com a qual ele estava se relacionando estava grávida e, além disso, residia próximo a sua residência.

Histórico de tentativas

T3 relatou que lembrava ter ideação suicida desde a pré-adolescência, destacando dois momentos: aos 11 anos de idade, ao ser expulsa de casa, e aos 14 anos, após ter levado uma surra do pai. Descreveu que nesses momentos sentia uma “dor insuportável”, com muita mágoa da família, achando que sua presença não faria falta; mas não revelou a ninguém sobre esses pensamentos.

Desde então, tentou o suicídio em três ocasiões: aos 19 anos, após o seu marido brigar com a filha de T3 que àquela época tinha somente oito meses; aos 23 anos, por ocasião da separação do marido; e, aos 24 anos, após ter “sido humilhada” pelo ex-marido. Nestas ocasiões, contou que a reação das pessoas foi de chama-la de “doida, perturbada e sem noção”.

Ciclo de vida

Infância

De acordo com T3, sua infância foi um período muito difícil, classificando-o como “péssimo”. Havia sido adotada por uma família, mas, após cerca de três anos precisou retornar à casa da mãe biológica após a separação dos pais adotivos. Quando morava com a mãe, o relacionamento era difícil, pois a mãe era muito “rigorosa e severa” segundo a avaliação de T3. Nessa época, não convivia com outras crianças além das da família. Com o passar do tempo, aos nove anos o padrasto passou a assediá-la, chegando a cometer abuso sexual. Em

sequência, a mãe a expulsou de casa e T3 foi morar com o pai e a madrasta. Neste período continuou seus estudos.

O convívio na casa do pai também foi avaliado por T3 como “péssimo”, pois a madrasta não gostava da enteada, chegando a expulsá-la de casa várias vezes. O pai também era agressivo com a filha. Aos 16 anos, fugiu da casa do pai e foi morar com uma amiga, período em que conheceu seu primeiro namorado.

Casou aos 17 anos e teve dois filhos (um casal). Apanhava muito do marido. Passou casada dos 17 aos 24 anos de idade.

Adolescência

A adolescência de T3 também foi avaliada como “péssima”, pois foi mãe muito cedo. Ao engravidar pela primeira vez, aos 17 anos, não recebeu o apoio de ninguém da família; a mãe inclusive lhe sugeriu o aborto. Assim, foi morar na casa de parentes do pai da criança. Após o parto, apresentou depressão. O namorado, pai do primeiro filho morreu afogado. Após a morte do namorado voltou a residir com a mãe, que sempre falava que nenhum outro homem iria se interessar por ela, pois só queriam manter relação sexual com ela e iriam lhe engravidar de novo. Seu relacionamento com o pai era péssimo, com muita agressividade por parte dele. Neste período ia com amigos a um cemitério da cidade para escutar música e conversar.

Contexto atual

Descreve-se como alguém que vive o momento. Não gosta da vida que tem. Relata que o que vive de positivo é o fato de ter conseguido, após terminar seu curso superior de enfermagem, trabalhar e ter certa estabilidade financeira. Como aspectos negativos, lembra-se da separação ao se sentir rejeitada em consequência da traição e pelo fato de o marido ter dito que ele mesmo compraria o veneno para ela se matar. A mulher com quem o marido a traiu liga para ela para falar coisas como, por exemplo, que está com ele e que está esperando

um filho dele. Saber que o ex-marido está residindo com essa mulher a deixou magoada e chorosa.

Relata que as pessoas que estão a sua volta são interesseiras e oportunistas, mas identifica pessoas boas também. Neste ínterim, a primeira sogra lhe pediu a guarda do filho de cinco anos e isso lhe deixou desesperada. T3 refere-se frequentemente como desesperançosa, nervosa, com sensação de ser perseguida e em solidão.

T3 não conseguiu relatar como reagiria caso passasse pela mesma situação vivida na tentativa de suicídio.

Planos para o futuro

Sem relatos

TENTADOR 4 (T4)

Sexo feminino, 20 anos de idade, cursando Ensino Superior (educação artística). Residia com o pai, a mãe e um irmão mais velho; declarou-se católica.

Características do episódio

A tentativa havia ocorrido há três meses (06.05.2015). Era uma quarta-feira, T4 estava em sua residência e ingeriu veneno (medicação). Foi encontrada por sua mãe e levada ao HE onde recebeu tratamento padrão de emergência, ficou em observação e em seguida foi liberada. Na alta, não recebeu encaminhamento para serviço de saúde mental. Após a coleta de dados aceitou ser atendida na CLIPSI-SEAMA. A motivação da tentativa foi o fato de o namorado ter lhe abandonado após ter mantido relação sexual com ela.

Histórico de tentativas de suicídio

T4 relatou recordar de três momentos em que teve ideação suicida. Nessas ocasiões, parecia que estava procurando paz, pois sua “cabeça estava cheia de problemas”. Na primeira vez, estava com muita raiva, sem um motivo aparente, olhou para uma faca, pensou em se

matar, mas parou. Na segunda vez, a mãe havia falado “coisas horríveis” para ela em relação ao seu jeito de ser, que se caracterizava por querer ficar no quarto em meio à escuridão e sozinha, então ela pensou em tomar remédios e relaxante muscular com o objetivo de se suicidar, mas não seguiu em frente. Na terceira vez, pensou em cortar os pulsos.

Descreveu que naquelas ocasiões se sentia muito mal ao pensar em suicídio. Entretanto, não comentava com ninguém sobre esses sentimentos e sobre as ideações.

Ciclo de vida

Infância

Para T4, sua infância foi avaliada como um período “excelente”. Nessa época, brincava muito, interagia com outras crianças no quintal dos vizinhos, se divertia bastante. Mas o que mais destacou como importante em suas recordações foi o fato de que os pais sempre estavam presentes em todos os momentos relevantes de sua infância, como reuniões e festas na escola.

Lembra que sua convivência com o pai era muito boa, pois ele a mimava e a incentivava a ser sempre “melhor”. Com a mãe, a convivência foi avaliada como “regular” uma vez que quase não se encontravam pois ela passava muito tempo fora de casa, trabalhando; mas T4 reconheceu que isto ocorria porque a mãe se preocupava em lhe prover com tudo o que precisasse. T4 lembra que um dia sumiu algo de sua casa e o pai a acusou de ladra, o que a deixou muito magoada.

T4 destacou que começou a gostar de dança (ballet) por influência de uma vizinha. Ia escondida dos pais para casa desta vizinha, pois amava estar lá por causa da dança. Foi nesta época que começou a se apaixonar pelo o que mais ama desde então: o ballet.

Entretanto, quando tinha em torno de nove anos, foi diagnosticada com reumatismo. Este diagnóstico representou uma situação muito aversiva para T4, pelo fato de experimentar

um quadro de dor intenso e por esse motivo ter de abandonar o ballet. Outro fato que T4 recorda com certa aversividade foi um acidente de carro que seu pai sofreu.

Adolescência

T4 fez poucos relatos acerca da adolescência, classificando esta etapa do ciclo de vida como “estranha”, pois se considerava diferente dos outros. Por outro lado, afirmou que frequentemente interagiu com outros jovens, riam juntos e sempre “dividia tudo com os amigos”.

Ao final da adolescência, aconteceu algo que alterou negativamente o seu humor. T4 relatou que se apaixonou por um rapaz, mas depois descobriu que ele era “a pessoa errada”, que “era o lobo em pele de cordeiro”. Descreveu que ele a forçou a fazer uma coisa que ela não queria (ter intimidade sexual), lhe enganando ao dizer que iria pedi-la em namoro, mas no outro dia a abandonou. T4 descreveu que se sentiu “a pior pessoa do mundo” e desde então tentava esquecer o que aconteceu. Naquela ocasião, se sentiu “sem esperanças, perdida e sem vida”, e chegou a buscar ajuda de amigos.

T4 comentou que na adolescência a relação com o pai se modificou, ficaram mais distantes, mas ele sempre a protegia. Com a mãe, o relacionamento era “ruim”, pois não conversavam muito.

Contexto atual

Segundo T4, à época da coleta de dados, a sua vida estava “péssima”, visto que não sabia descrever o que queria para si, além de sua paixão pelo ballet. Descreveu que, para ela, o fato de ter voltado às aulas de ballet, depois de doze anos afastada devido o reumatismo, foi algo que lhe trouxe bem estar, pois sempre quis dançar desde criança. Por ela, “passaria o dia todo dançando”, ao invés de somente os dois dias da semana em que frequentava as aulas em uma escola de danças.

Por outro lado, uma situação que lhe trazia preocupação era o fato de estar com dúvidas sobre o curso que estava fazendo na faculdade. Mas se sentia pressionada pela família a continuar estudando, mesmo se considerando uma “péssima aluna”, pois para a família estudar era o seu dever. Apesar de não gostar do curso, na faculdade fez amizade com uma colega e a tornou sua confidente.

T4 estava namorando há cerca de cinco meses, e declarou ter um excelente relacionamento com o rapaz (21 anos). Afirmou que, estar com ele lhe fazia muito bem, pois ele “tinha um bom coração” e a estava ajudando a superar os problemas.

Quanto ao convívio familiar, T4 mencionou que o relacionamento com a mãe havia melhorado, citando como exemplo o fato de ter falado para ela sobre sua primeira experiência sexual. Com o pai e a irmã, o relacionamento não era bom, mas ela não conseguia explicar os motivos. Ademais, afirmou que não se sentia bem quando estava em casa, principalmente quando brigavam com ela (nestas situações, era comum sentir dor de cabeça) e que o lugar onde se sentia melhor era nas aulas de dança.

T4 comentou que se percebia “em busca de descobrir quem realmente era e de fazer as pessoas a aceitarem sem máscaras”. Descreveu-se como “feia, gorda e sem graça”, mas que achava suas pernas bonitas. Quanto a mudanças que gostaria de ver acontecer em sua vida, T4 mencionou que queria mudar a sua aparência física, que gostaria de poder tratar o rosto, o cabelo e o corpo, “fazer um book fotográfico e se sentir uma mulher linda”. Mas, em geral, percebia que as pessoas do seu convívio a consideravam como alguém importante, pois acreditava que todos a amavam.

Planos pra o futuro

Ao ser questionada sobre os planos para o futuro, T4 destacou: (a) em curto prazo, se curar da depressão; (b) em médio prazo, ser feliz; e, (c) em longo prazo, fazer faculdade de educação física.

TENTADOR 5 (T5)

Sexo feminino, 32 anos de idade, casada, Ensino superior completo (Enfermagem). Declarou-se católica, residindo com o esposo e dois filhos.

Características do episódio

A tentativa de suicídio havia ocorrido há oito meses. Era uma segunda-feira, T5 estava em casa, em seu quarto; era em torno de meio-dia quando ela ingeriu grande quantidade de medicamentos. Foi encontrada pelo marido e levada ao HE. Recebeu atendimento de emergência, em seguida foi transferida para a UTI e, ao receber alta, não foram identificadas sequelas. Foi encaminhada para atendimento ao CAPS. Após encerramento da coleta de dados aceitou ser atendida na CLIPS-SEAMA.

Como principal motivo, T5 fez referência a dificuldades de relacionamento conjugal. Antes da tentativa, havia discutido com o marido dentro do quarto do casal, com agressões físicas e verbais.

Histórico de tentativas de suicídio

De acordo com T5, as ideias suicidas iniciaram quando o relacionamento conjugal entrou em crise após descobrir que o marido tinha uma amante. A primeira vez ocorreu quando ele a agrediu fisicamente por causa de uma amante devido ao fato de ela ter feito um comentário depreciativo sobre a mesma.

A segunda vez ocorreu quando T5 tomou conhecimento de mentiras que o marido lhe contava acerca de relacionamento extraconjugal. Nesses momentos, sentiu-se triste, magoada e infeliz, com ideação suicida; mas comentou com duas pessoas amigas sobre seus sentimentos e estas a orientaram a não cometer suicídio por causa dos filhos.

A terceira vez ocorreu quando descobriu o teste de DNA positivo que o marido havia escondido por dois anos, comprovando a paternidade de um filho que ele tinha com a amante. Nessa ocasião, tentou suicídio sem indicar o meio utilizado. Era difícil aceitar que o esposo

“tinha um filho fora do casamento”. Ficou “com raiva, com ódio” e se sentiu desvalorizada pelo marido.

T5 relatou que, após suas tentativas de suicídio, observou que as pessoas de seu círculo de amizade ficaram preocupadas e tristes com o que ela havia feito.

Ciclo de vida

Infância

Os relatos de T5 acerca de sua infância destacaram a dificuldade de relacionamento com a mãe. De acordo com a participante, a mãe brigava com ela com muita frequência, e sempre dizendo que não era pra ela ter nascido. Para T5, ela “era uma criança que não tinha o amor da mãe”, fazendo com que se afastasse das outras pessoas. Como consequência, não interagia com outras crianças de sua idade e avaliou isso como “péssimo” para o seu desenvolvimento.

T5 também comentou que presenciava muitas brigas entre os pais, os quais chegaram a se separar (descrita como uma situação muito difícil para ela), mas reatando posteriormente (o que a deixou feliz).

Adolescência

De acordo com T5, a adolescência também foi um período muito difícil para ela, pois sempre se percebia como a última dentre os colegas, não interagia com outros jovens, e avaliou essa fase de sua vida como “ruim”. O relacionamento com a mãe continuou conturbado, pois “ela sempre a criticava e a culpava por tudo de ruim que acontecia”. Conforme seus relatos, ao mesmo tempo em que a mãe a repreendia, considerava a irmã de T5 como “perfeita”. Por outro lado, a participante avaliou a convivência com o pai como “excelente”, pois ele era muito amigo e a defendia quando a mãe lhe batia.

Apesar das dificuldades de relacionamento familiar, T5 destacou a importância que teve uma prima sua, ao lhe incentivar aos estudos. A participante avaliou o papel que essa

prima teve em sua vida como “excelente”, pois a ajudou a dar a volta por cima dos problemas e seguir com sua profissionalização.

Contexto atual

Segundo os relatos de T5, à época da coleta de dados, ela se considerava “realizada profissionalmente e como mãe”, embora há três anos viesse sofrendo decepções com o marido. Como pontos positivos, citou o emprego, os filhos e ter recuperado a saúde. Como pontos negativos, as decepções amorosas.

O relacionamento com a mãe continuava ruim, pois ela sempre lhe recordava que havia dito para T5 que esta “nunca seria feliz com o marido”. Outra situação em que se sentiu muito mal foi quando a mãe a acusou de ter lhe roubado mil reais; entretanto, depois que a mãe descobriu quem foi, não lhe pediu desculpas. Dentre os membros da família de origem, somente o irmão lhe dava apoio nos momentos difíceis, como quando descobriu que o marido a estava traindo.

Apesar das dificuldades, T5 reconheceu que o marido sempre a elogiou como sendo uma pessoa batalhadora que conseguia realizar seus objetivos. Continuavam morando juntos, ele era um pai muito presente na vida dos filhos, havia reconhecido o erro [em relação à traição], mas “não tinha como mudar o erro”. T5 declarou sua dificuldade em perdoar o marido e a mãe, pois sempre ficava lembrando o que eles lhe fizeram e isto lhe fazia se sentir muito mal.

Além das dificuldades enfrentadas na família, T5 relatou que se decepcionou com as amigas, pois estas se afastaram depois que ficaram sabendo que ela estava sendo traída pelo marido. Nesse contexto, se sentiu só, muito triste e chorava sem saber o que poderia fazer, guardando mágoas em relação às amigas.

T5 declarou que continuava triste, e reconhecia que este seu estado de humor (negativismo, conforme citou) não lhe faria bem. Afirmou que não se sentia bem quando

estava em casa, pois ficava em seu quarto, pensando no motivo que ela deu para que o marido a traísse.

O que a motivava a seguir em frente era sua família e seu trabalho. Com relação aos filhos, sempre que recebia seu salário levava-os a passear em balneários para brincar e relaxar. Com relação ao seu trabalho como enfermeira, avaliou seu desempenho como “regular”, apesar de saber que os colegas a consideravam uma ótima profissional. Comentou sobre como se sentia desvalorizada, apesar de “dar o máximo de si para cuidar dos pacientes” e de “esquecer de si”.

T5 também descreveu insatisfação com sua aparência física. Em sua opinião, embora se considerasse simpática, era feia, pois, depois que foi mãe ficou com os “seios grandes e flácidos”.

Planos para o futuro

T5 relatou que seus planos para o futuro eram (a) em curto prazo, fazer uma pós graduação; (b) em médio prazo, refazer a vida profissional; e, (c) em longo prazo, esquecer tudo que aconteceu [fazendo referência à traição do marido e à tentativa de suicídio] e recomeçar tudo de novo.

Caso passasse pela mesma situação, declarou que “pensaria nos filhos e amigos” e não repetiria o que fez, pois “hoje se amava mais, buscava mais Deus”.

TENTADOR 6 (T6)

Sexo feminino, 32 anos de idade, Ensino Médio incompleto. Trabalhava como educadora social, morava sozinha e se declarou católica.

Características do episódio

O episódio de suicídio havia ocorrido há seis meses. T6 estava em sua residência, no quarto, quando ingeriu grande quantidade de medicamentos. Foi encontrada por sua irmã,

encaminhada ao HE onde recebeu tratamento de emergência e ficou sob observação. Ao receber alta, não foi encaminhada a nenhum serviço de saúde mental da cidade. Após a coleta de dados, aceitou ser atendida pela CLIPSI-SEAMA.

A motivação deste episódio se relaciona ao rompimento da relação com o namorado.

Histórico do comportamento suicida

De acordo com T6, ao longo de sua vida, muitas vezes pensou em cometer suicídio, pois não via saída para seu sofrimento, não tinha esperança de melhorar ou de mudar. A primeira vez que se recordava foi após ter sido vítima de estupro aos 16 anos, quando de fato tentou o suicídio. Outras vezes, a ideação suicida ocorreria após vários rompimentos com ex-namorados.

Mencionou que a ideação suicida vinha acompanhada de sentir-se mal por não conseguir resolver seus problemas, principalmente os amorosos. Sentia raiva de si por não conseguir ter um bom relacionamento com os namorados. Também se sentia insatisfeita e frustrada em relação ao trabalho e à baixa remuneração que recebia.

T6 afirmou que não contava nada a ninguém sobre os pensamentos suicidas, pois não queria que a julgassem, ou que sentissem pena dela. Em relação à tentativa de suicídio aos 16 anos, disse que após o estupro ficou deprimida, com raiva, se afastou das pessoas e acabou tentando o suicídio. A mãe passou mal e sempre lhe perguntava porque havia tentado se matar; os demais familiares e amigos a olhavam com piedade e recriminação.

Ciclo de vida

Infância

T6 avaliou sua infância como “ruim”, pois lembrava mais de problemas do que de coisas boas que ocorreram nesta etapa do seu ciclo de vida. Tinha dificuldades de relacionamento com os irmãos, pois era a única responsável pelos cuidados da casa, e, desse modo, considera que “não teve infância”.

Aos 12 anos foi abusada sexualmente pelo pai. Nunca falou para ninguém, pois ele a ameaçava dizendo que, caso ela contasse para alguém, ele mataria a mãe dela, por isso, ela tinha medo de falar sobre o que o pai lhe fazia. T6 descreveu que tinha “medo, nojo e raiva” do pai; ele também a proibia de sair de casa e de interagir com outras crianças. Desse modo, o relacionamento com o pai foi avaliado como “péssimo” por T6.

Por outro lado, a relação com a mãe foi avaliada por T6 como “boa”, pois ela era uma mulher batalhadora, uma mãe “super protetora”, exercendo “influência positiva” sobre a filha. Seu irmão foi acometido de meningite e T6 teve que cuidar dele por uns tempos.

Adolescência

De acordo com T6, a adolescência foi marcada por dificuldade em estabelecer bom relacionamento afetivos. Saiu da casa dos pais aos 15 anos indo morar com uma tia. Começou a trabalhar como diarista mas continuou estudando.

Aos 16 anos foi estuprada por um colega da escola. Ele a levou para a casa do irmão dele e lá a violentou. T6 declarou que, após este episódio não buscou ajuda, não revelou a ninguém o que ocorrera e tentou o suicídio (não descreveu o meio utilizado nesta tentativa).

T6 comentou que na adolescência tinha dificuldade para estabelecer relacionamentos amorosos, pois, quanto mais o rapaz a desprezava, mais ela “se apaixonava e ia atrás dele”.

Com relação a amizades, apesar de interagir com outros jovens, seu convívio social era restrito, “não muito diferente da infância”. Neste período, teve uma amiga em especial com a qual ainda mantinha contato.

Quanto ao relacionamento com o pai, T6 afirmou que havia se afastado dele, pois “ele continuava agindo como um tirano”, brigava frequentemente com a mãe dela e tinha uma amante. Por outro lado, T6 descreveu sua relação com a mãe àquela época como “boa”, pois “gostava muito do jeito que ela cuidava de si”.

Contexto atual

À época da coleta de dados, T6 declarou que se sentia frustrada em todas as áreas da vida, avaliando essa situação como “ruim”. Como principais aspectos negativos, citou a insatisfação com o trabalho, com o atual namorado e com algumas pessoas. Indicou como aspectos positivos o relacionamento que mantinha com a mãe e a irmã.

De acordo com T6, ser educadora social era o mesmo que ser “babá de marginal”. Considerava seu trabalho desvalorizado, pois as pessoas desconheciam o que ela fazia. Também comentou algumas dificuldades em sua rotina de trabalho, como lidar com práticas inadequadas de alguns colegas de trabalho.

Quanto ao atual namorado, embora tenha admitido terem um relacionamento sexual “bom”, comentou que já haviam se separado várias vezes, afirmando: “eu não espero muita coisa dele, consigo viver sem ele; eu sou muito sincera; ele me sufoca, é muito ciumento”.

Para ela, era muito importante ter a família por perto. Considerava uma conquista sua ter podido trazer a mãe e a irmã para Macapá e tê-los próximos a ela, apesar de morando em casas separadas. Entretanto, seu relacionamento com o irmão era conturbado, pois brigavam muito e “não se falavam”. Com a mãe e a irmã, o relacionamento foi avaliado como “excelente” e T6 admitiu a possibilidade de elas serem suas confidentes.

Com relação a amizades, admitiu que poderia ter bons amigos, mas tinha a percepção de que pessoas a consideravam como “melancólica, triste e que vivia aborrecida”. Admitiu que, embora frequentasse balneários para relaxar e se distrair, a maior parte do tempo ficava triste, pensativa, se isolava de convívio social. Sua casa, onde morava sozinha, era considerado como o melhor lugar onde ela poderia estar.

Planos para o futuro

Os planos de T6 para o futuro incluíam: (a) em curto prazo, continuar a estudar, e malhar em academia; (b) em médio prazo, passar em um concurso que lhe permitisse um emprego melhor que o atual; e, (c) em longo prazo, ter filho e marido.

No caso de passar por situação semelhante a que levou-a a tentar o suicídio, T6 declarou que “não tentaria se matar e procuraria ajuda, nem que fosse só conversando com uma amiga”.

TENTADOR 7 (T7)

Sexo masculino, 19 anos de idade, Ensino médio completo, residia com a mãe e o pai, e declarou-se católico.

Contexto do suicídio

A tentativa de suicídio havia ocorrido há dois meses. Era uma terça-feira, T7 estava em casa e em torno de oito horas ingeriu grande quantidade de medicamentos. Foi encontrado por sua mãe e levado ao HE onde recebeu tratamento de emergência e ficou em observação. Ao receber alta, não foi encaminhado a serviços de saúde mental. Ao encerrar a coleta de dados, aceitou ser atendido na CLIPSI-SEAMA.

A motivação para a tentativa de suicídio, segundo relato de T7, foi uma briga que teve com a namorada.

Histórico do comportamento suicida

T7 relatou que não se recordava de ter tido ideação suicida anterior a que precedeu à tentativa de suicídio devido à briga com a namorada. Naquela ocasião, estava se sentindo “irritado” devido a suspeitar que a namorada o estava traindo.

Segundo T7, seus pais e a namorada continuaram a lhe tratar do mesmo modo como lhe tratavam antes de ele tentar o suicídio. Em sua opinião, não houve alterações no relacionamento entre eles.

Ciclo de vida

Infância

Para T7, sua infância poderia ser considerada como “excelente”, pois adorava brincar com os amigos e passear com a família. Naquela época, interagiu bastante com outras crianças e também tinha um amigo que costumava ir brincar em sua casa.

Seu relacionamento com o pai também era “excelente”, pois este sempre lhe dava muita atenção. O mesmo afirmou quanto ao relacionamento com a mãe, pois ela sempre estava ao seu lado.

Entretanto, descreveu uma situação imprevisível e difícil de enfrentar em sua infância que foi quando seu pai foi preso, sem descrever os motivos da prisão do mesmo. Naquele momento, ficou muito mal, mas “não demonstrou a ninguém”.

Adolescência

T7 avaliou sua adolescência como “boa”, pois não teve grandes problemas. Entretanto, relatou que interagiu pouco com outros jovens de sua idade. No colégio, mantinha-se isolado, com poucos amigos, e considerou que esse fato poderia ser negativo para seu desenvolvimento.

A convivência com a mãe neste período foi avaliada como “boa”.

Contexto atual

De acordo com T7, à época da coleta de dados ele se percebia “um pouco melhor” em comparação com os meses anteriores, quando tentou o suicídio – pois se sentia “muito fechado e aborrecido”. Destacou o apoio dos pais e da namorada como positivos para a sua melhora.

Não identificou fatores que o preocupassem naquele momento, pois se encontrava tranquilo em sua rotina. Com os pais, o relacionamento estava indo bem, especialmente com a mãe, com a qual conseguia manter uma ótima conversa; mas queixou-se de dificuldades em

relação ao pai por este só falar gritando. Com a namorada, T7 afirmou que o relacionamento estava excelente, pois ela o estava ajudando muito uma vez que, ao lado dela, podia “relaxar e esquecer um pouco da vida” devido a seu bom humor. Destacou que sua principal atividade de lazer era sair para passear com os pais e/ou com a namorada, para estar mais com a família e “esquecer” o que cometeu (isto é, a tentativa de suicídio). Declarou sentir-se seguro na companhia deles.

Relatou que estava se dedicando mais aos estudos como uma forma de “ocupar a mente e não pensar em besteiras”. Também contou que havia feito amizade com um colega com o qual conversava quando estava na escola.

Planos para o futuro

Para T7, seus planos para o futuro eram: (a) em curto prazo, voltar a estudar; (b) em médio prazo, melhorar o que puder na relação com a namorada; (c) em longo prazo, sem planos.

DISCUSSÃO

Os objetivos do estudo foram alcançados na medida em que foi possível compreender aspectos importantes das relações comportamentais do ciclo vital de sete pessoas que tentaram o suicídio na cidade de Macapá-AP. A utilização do protocolo de entrevista facilitou a coleta de dados permitindo aprofundar alguns pontos das respostas que poderiam ser explorados para melhor delineamento do entendimento das diferentes situações.

A maioria dos tentadores era do sexo feminino (n=5), utilizaram de intoxicação exógena; estavam diante de situação estressora dada a partir de conflito no relacionamento, utilizaram de meios não muito violentos e as condições imediatas pronunciaram a possibilidade de serem salvos, o que confirma as proposições de Botega (2015).

Os processos de variação e seleção assinalados por Skinner (1984) podem servir de base para a compreensão do desenvolvimento dos repertórios comportamentais autodestrutivos, apesar de esses, em uma primeira análise, parecerem contrários ao que se pode esperar de um organismo. O primeiro aspecto se relaciona ao fato de que existe um processo que regula a adaptação das pessoas às situações de vida pela aquisição de um determinado modo de agir. Ambos os processos permitem entender que, diante da exposição a uma sequência de determinadas situações aversivas, no caso de comportamentos dentro do âmbito da tentativa de suicídio, emergem respostas adaptativas sob o controle de alguns reforçadores imediatos, como a atenção social, mesmo com alto custo de resposta, como, por exemplo, os sintomas decorrentes da ingestão de veneno (e.g. o quadro de dor no estômago por ter ingerido chumbinho). Nota-se que outras circunstâncias ambientais podem criar condições para a emergência desta resposta como a disponibilidade do “chumbinho” na residência, o que confirma as proposições de Hanna e Torodov (2002) e Skinner (1953).

Estes dados fortalecem a necessidade de uma análise idiográfica das relações comportamentais que produzem um entendimento dos modos particulares das pessoas se comportarem, conforme assinalam Haynes e O’Brien (1990), Micheletto (2000) e Moore (1984). Este modo particular é construído em função das relações específicas ocorridas na história de vida das pessoas, o que está de acordo com a afirmação de Neno (2000). Essa história relacional torna a pessoa mais ou menos sensível a discriminar e ou a pensar de uma forma particular. Essa forma particular de pensar envolve o modo pelo qual a pessoa se engaja em determinadas respostas de enfrentamento diante de situações aversivas, como no caso dos contextos que foram evidenciados no relato de todos os tentadores.

Os resultados indicam uma importante relação entre as relações comportamentais passadas e o estabelecimento de padrões específicos de um responder com características de vulnerabilidade comportamental, conforme sugeriu Ribeiro (2006) acerca da necessidade de

se avaliar essa trajetória para compreender os fatores de risco e protetores para o CS e, conseqüentemente, dissociar a compreensão de uma visão mentalista, conforme Carvalho-Neto et al. (2007). Além disso, como afirma Hanna e Todorov (2002), esta forma de analisar pode ter como consequência generalizações simplistas e perigosas quando trata-se da vida humana.

Com o relato dos tentadores pode-se notar que alguns eventos históricos estão em um núcleo relacional comum (como ter passado por abuso sexual, conflitos familiares, abandono, consequências sociais aversivas devido à orientação sexual, por exemplo) e caracterizam-se como eventos aversivos por estarem sob controle de estímulos punitivos. O que é importante também destacar são os relatos de diversas tentativas antes do episódio que os levou ao HE, reforçando a ideia de um contexto histórico de vida sob controle de eventos aversivos.

Assim, os dados reforçam a ideia de que o padrão de responder e a função da resposta consumatória na tentativa de suicídio está sob controle do reforçamento negativo. Um modo de responder que tem como consequência a evitação ou o impedimento do acesso a situações avaliadas pela pessoa como difíceis ou sem o controle pessoal, o que Ribeiro (2006) avalia como incontrollabilidade. Isto nos permite afirmar que, apesar de a pessoa ter tido acesso a consequências reforçadoras em sua história relacional, os repertórios adequados deixam de ser evocados devido a determinadas condições ambientais e comportamentais públicas e privadas evocadas com a exposição às situações aversivas, confirmando os dados de Ribeiro (2006) e Werlang (2010).

Nota-se que a qualidade da descrição coletada nos permitiu acessar alguns fatos importantes para uma avaliação clínica no contexto de atenção às pessoas envolvidas no CS e, em especial, com os tentadores e potencialmente seus familiares. Isto nos remete à importância de uma análise molar, identificando relações entre condições atuais e históricas na instalação dos comportamentos de esquiva e fuga dos tentadores, conforme Lima (2011) e

ainda discutir com o tentador sobre planos para o futuro pode sinalizar um controle de estímulos para consequências imaginárias, conforme sugere Banaco (2001) relacionadas à probabilidade de se engajar em comportamentos adaptativos.

O roteiro do questionário utilizado neste estudo poderia ser um indicativo para a estruturação de uma autópsia psicológica ou psicossocial para tentadores de suicídio e assim possibilitar medidas de prevenção para o campo assistencial.

Outros estudos podem estabelecer um entendimento mais preciso acerca da relação entre autocontrole e impulsividade com o comportamento suicida, em cada aspecto do continuum – ideação, tentativa e suicídio.

CONCLUSÃO

O objetivo do estudo foi alcançado na medida em que foi possível entender as relações comportamentais históricas e imediatas presentes nos episódios de tentativa de suicídio dos sete participantes. O protocolo de coleta de dados utilizado foi suficiente, pois permitiu o acesso às informações necessárias para tal fim. Enfatizar aspectos durante o ciclo de vida (infância, adolescência e momento atual) de cada tentador foi relevante uma vez que a função e forma das questões (não diretividade da avaliação e qualificando do tema) permitiu a evocação de assuntos diretamente relacionados à trajetória de vida dos participantes.

Os estudos que caracterizam as condições de risco ou vulnerabilidade envolvidas na tentativa de suicídio são unânimes em afirmar que essas vulnerabilidades se associam a uma história de perda, doenças, conflitos familiares, separações, traições e questões voltadas para a orientação sexual. É pouco preciso afirmar que alguém que passa por uma situação com essas características necessariamente vai atentar contra a própria vida. Porém, parece que, e a descrição do ciclo de vida nos mostrou isto, as constantes experiências aversivas simultâneas

ou não podem sim fazer com que a pessoa aprenda (e.g. expressão em pensamentos ou padrões de raciocínio) que as suas ações não serão capazes de produzir consequências que lhe façam ampliar sua consciência de si e de sua relação com o mundo.

Os participantes experienciaram diversas tentativas ao longo do ciclo de vida e, apesar de terem sido levados ao HE, podem não ter sido encaminhados para um acompanhamento na rede de assistência. Isto parece ser bem comum não só em Macapá, mas em todo o Brasil, o que fortifica o pouco envolvimento da equipe de saúde no processo de continuidade da atenção aos tentadores e acaba mantendo alguns mitos por parte da sociedade, como a de que esse problema é um problema individual, de que são pessoas “fracas”.

A forma de compreender o ser humano e suas ações, dadas pela análise do comportamento se mostrou importante para a avaliação das razões pelas quais as pessoas decidem se auto extinguir. Esta forma de análise pode gerar informações suficientemente descritivas, a partir das relações da pessoa com o seu ambiente histórico e imediato, para o planejamento de intervenções mais eficientes, em comparação com o modelo tradicional, o qual promove a “retirada da crise”. O protocolo de entrevista com o tentador utilizado neste estudo pode ser um instrumental a ser utilizado na atenção à saúde mental por uma equipe multiprofissional, tanto nos dispositivos substitutivos para a assistência em saúde mental, como para a atenção básica à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo é resultado de um percurso de pessoal de cerca de dez anos de contato com uma realidade clínica assistencial da saúde mental, na docência no campo da psicologia e, nos últimos três anos, na formação médica.

Os estudos vinculados a este trabalho mostram claramente que o contexto da cidade de Macapá-AP revela um desconhecimento da grande maioria dos profissionais de psicologia e dos discentes dos cursos citados quanto ao que se tem produzido no âmbito acadêmico-científico, das políticas públicas e assistenciais da saúde mental e, em particular, da prevenção do comportamento suicida. Também aponta para o desconhecimento da população em geral diante de informações distorcidas e simplistas sobre o tema trazidas pela mídia. Aliado a isto, a quantidade dos dispositivos de assistência em saúde mental não estão estabelecidos como preconizam as políticas públicas. Os profissionais do Hospital de Emergência deixam de proporcionar meios de continuidade no acompanhamento do tentador e seu familiar após a crise suicida.

Neste sentido, o problema da falta ou da notificação dos casos de tentativa de suicídio realizado de maneira insuficiente é um aspecto importante para o fortalecimento das informações epidemiológicas e, mais ainda, para o fortalecimento das ações assistenciais em rede e para a efetivação da territorialização e da intersetorialidade em saúde mental.

Assim, o manejo da crise produzida pelo comportamento suicida fica comprometido, o que torna o suicídio um problema social e na saúde pública em Macapá-AP. A formação continuada, principalmente no âmbito da atenção básica à saúde poderia proporcionar uma maior vinculação com a assistência em saúde mental e consequentemente uma monitorização mais efetiva dos casos de tentativa.

Diferentemente dos modelos interpretativos que generalizam e simplificam o modo de se pensar sobre o comportamento suicida, esse conjunto de estudos reforça a ideia do suicídio

como um fenômeno multideterminado; porém, no âmbito clínico assistencial, uma análise que favoreça o caráter comportamental ideográfico revela as reais condições do estabelecimento da constituição da personalidade das pessoas. Ou seja, a instalação e manutenção de comportamentos que são funcionais para a sobrevivência da pessoa. Neste sentido, repertórios de maior ou menor rigidez na resolução de problemas cotidianos podem aparecer como características de vulnerabilidade e proteção para o CS.

É notório que as pessoas envolvidas em episódios de tentativa entraram em contato ao longo da vida com contextos aversivos e constantes, criando condições para o desenvolvimento de uma forma particular de se relacionar com o seu ambiente. História pessoal com eventos como abandono, abuso sexual, conflitos familiares, rejeição, punição social devido à orientação sexual homossexual acabam por constituir uma maneira particular de discriminar, pensar e agir sobre si e no mundo a sua volta.

A dimensão familiar nos casos de tentativa de suicídio pode ser alvo de pesquisas futuras, uma vez que é este contexto que todos os tentadores deste estudo sinalizaram como sendo onde ocorrem relações cujas consequências são geradoras de condições para reações dentro de uma perspectiva autodestrutiva. Neste sentido, no campo assistencial, as intervenções clínicas podem se tornar mais efetivas.

O protocolo de investigação com os tentadores, da forma como foi estruturado, pode ser aprimorado para o estabelecimento de coleta de informações para compor avaliação em uma espécie de autópsia para tentadores de suicídio, pois traz informações detalhadas sobre o ciclo vital potencialmente fragilizador (foco de uma potencial intervenção) e protetor (facilitador da intervenção).

REFERÊNCIAS

- Abasse, M. L. F; Oliveira, R.C; Silva, T.C., Souza, E.R. (2009). *Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n.2, p. 407- 416, abr.
- Almeida , M. A. B., Cobertt, C. A., & Gutierrez, G. L (2009). O Processo Civilizatório da Marcialidade e a Figura Feminina. *Movimento & Percepção*. Espírito Santo do Pinhal, SP, 10 (14), pp. 1679-8678.
- Alvez, C. E. R. (2009). O Processo Civilizatório e o estudo do desenvolvimento humano como objetivos contemporâneos. *Palestra completa no XII Simpósio internacional Processo Civilizador*. Recife Brasil. Retirado de <http://www.uel.br/grupo-estudo/processoscivilizadores/portugues/anaisdosipc.htm>.
- Amapá (2009). *Macapá*. Disponível na web http://pt.wikipedia.org/wiki/Macap%C3%A1#cite_ref-IBGE_DTB_2008_0-0. Acesso em 16 de novembro de 2009.
- Áries, P. (1991). Por uma história da vida privada. In P. Áries & R. Chartier (Orgs.), *História da vida privada, volume 3. Da Renascença ao Século das Luzes* (3ª reimpressão, pp. 7-19). São Paulo: Companhia das Letras. Tradução de H. Feist.
- Avanci, R. C. (2004). *O adolescente que tenta suicídio: estudo epidemiológico de uma unidade de emergência*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.
- Banaco, R. A. (2001). *Um levantamento de fatores que podem induzir ao suicídio*. Em. Guilhard, H. J (org.). Sobre o comportamento e cognição: expondo a variabilidade. Capítulo 25. Santo André.Esetec.
- Baptista, M. N. (2004). *Suicídio: Aspectos Teóricos e Pesquisas Internacionais*. Em Suicídio e depressão: atualizações. Makilim Nunes Baptista. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan.

Baptista, M. N., Borges, A., & Biagi, T. A. T. (2004). *Pesquisas de suicídio no Brasil*. Em Suicídio e depressão: atualizações. Makilim Nunes Baptista. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan.

Barrios, L. C., Everett, S. A., Simon, T. R., & Brener, N. D. (2000). Suicide ideation among US college students: associations with other injury risk behaviors. *Journal of American College Health*, 48, 229-233.

Bertolete, J. M., Mello-Santos, C., Botega, N. J. (2012). *Detecção dos riscos de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica*. Ver. Bras. Psiquiatria. Vol 32, setemp 2. São Paulo.

Body-Gendrot, S. (2009). Uma vida privada francesa segundo o modelo americano. In P. Ariés & G. Duby (Orgs.) *A História da Vida Privada Volume 5: Da primeira guerra aos nossos dias*. (pp.526-527). Tradução Denise Bottiman. São Paulo: Companhia das Letras.

Botega, N. J. (2007). Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), 7-8.

Botega, N. J. Cano, F.O., Kohn, S. C., Knoll, A. L., Pereira, A. B., & Bonardi, C. M. (1995). *Tentativa de suicídio e adesão ao tratamento: um estudo descritivo em hospital geral*. *Jornal*

Botega, N. L. (2000). *Suicídio e tentativa de suicídio*. In B. Lafa, O. P. Almeida, R., Fraguas Jr. & E. C. Miguel (Eds.). *Depressão no ciclo de vida* (pp. 156-165). Porto Alegre: Artes Médicas.

Botega, N. L. (2000). *Suicídio e tentativa de suicídio*. In B. Lafa, O. P. Almeida, R., Fraguas Jr. & E. C. Miguel (Eds.). *Depressão no ciclo de vida* (pp. 156-165). Porto Alegre: Artes Médicas.

Botega, N. L. (2015). *Crise Suicida: Avaliação e manejo*. Art med.

Brandão, C. F. (2003). *Norbert Elias: formação, educação e emoções no processo de civilização*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Brandão, C. F. (2006). A sociologia figuracional de Norbert Elias. In B.C. Alonso & C.L. S. Wiltom (Orgs.). *Sociologia e Educação: leituras e interpretações*. São Paulo: AverCamp.

Brasil (2003). *Perfil epidemiológico dos Suicídios*. Brasil e Regiões 1996 a 2002. Tentativa de suicídio 2003. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Suicídios.pdf>. Acessado em 06 de novembro de 2009.

Brasil (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde. 86 p.

Brasil (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Ministério da Saúde. Brasília. Novembro.

Brasil (2006). *Atenção a jovens que tentam suicídio*. Em violência faz mal à saúde. Série B. Textos básicos em saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2006). *Prevenção do suicídio. Manual dirigido para profissionais de saúde mental*. Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. Organização Pan Americana de Saúde. Universidade Estadual de Campinas. 71 p.

Brasil (2007). *Tábuas completas de mortalidade*. IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1043. Acesso em 10 de novembro de 2009.

Brasil (2009). *Contagem da população. População contada e resenceada em 2007*. Disponível:<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/defaulttab.shtm> . acessado em 11 de novembro de 2009.

Brasil (2012). *Plano Nacional de prevenção do suicídio. Programa Nacional para a saúde mental*. Direção Geral da Saúde. Ministério da saúde.

BRASIL (2015). Instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE). *Relatório dos indicadores conjunturais*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/indicadores.php>. acessado em 23 de agosto de 2015.

Brasil, (2008). *Violência: uma epidemia silenciosa*. Conselho nacional dos secretários de saúde. Seminários Regionais/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS. 260 p.

brasileiro de psiquiatria, 44(1):19-25.

Brenner L., & Amaral, J. N. (2008). *Políticas Públicas: conceitos e práticas*. Coordenação de Ricardo Wahrendorff Caldas – Belo Horizonte: SEBRAE/MG.

Brenner L., & Amaral, J. N. (2008). *Políticas Públicas: conceitos e práticas*. Coordenação de Ricardo Wahrendorff Caldas – Belo Horizonte: SEBRAE/MG.

Calais, S. L., Rigoto, D. M., & Baptista, M. N. (2005). *Suicídio: epidemiologia, características, fatores de risco e medidas preventivas*. Em Guilhard (org). Sobre o comportamento e cognição: explorando a variabilidade. Vol. 15. Santo André:Esetec.

Carlini-Cotrim, B; Gazal-Carvalho, C., & Gouveia, N. (2000). *Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo*. *Revista Saúde Pública*, 34(6):636-45.

Carlson, G. A., & Cantwell, D. P. (1982). *Suicidal behavior and depression in children and adolescents*. *American Academy of Child Psychiatry*, 21(4), 361-368.

Carssola, R. M. S. (1984). *Jovens que tentam suicídio – características demográficas e sociais – um estudo comparativo com jovens normais e com problemas mentais*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 33(1):3-12.

Carssola, R. M. S. (1985). *Jovens que tentam suicídio – relacionamento social, gravidez e abortamento: um estudo comparativo com jovens normais e com problemas mentais*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 34(3):151-6

Carvalho-Neto, M. B., Alves, A. C. P., & Batista, M. Q. G. (2007). *A consciência como suposto antídoto para a violência*. *Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva*. 2007, Vol. IX, nº 1, 27-44.

Cassorla, R. M. S. (2004). *Comportamento suicida*. In B. G. Werlang, & N. J. Botega. *Suicídio e autodestruição humana*. (pp. 21-33). Porto Alegre: Artmed.

Conselho Federal de Medicina [CFM] (2014). *Suicídio: informando para prevenir*. Associação Brasileira de Psiquiatria / Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP.

Conselho Federal de Psicologia [CFP] (2013). *Suicídio e os desafios para a psicologia*. Conselho Federal de Psicologia. Brasília.

Contamine, P. (2009). *A emergência do indivíduo*. In G. Duby (org), *História da Vida Privada*, volume 2. da Europa feudal à Renascença (10^a. Reimpressão, pp. 503-526). São Paulo: Companhia das Letras. Tradução de M.L. Machado.

Corbin, A. (2009). Gritos e cochichos. Em M. Perrot (org.) *História da Vida Privada*, volume 4. *Da Revolução Francesa à Primeira Guerra*. (pp. 525-568). São Paulo: Companhia das Letras. Tradução de Denise Bottimann, Bernardo Joffily

Coronel, M. K. e Werlang, B. S. G. (2011). *Resolução de problemas em homicidas e tentadores de suicídio*. Boletim de Psicologia. Vol. LXI, Nº 134: 103-116

Corrêa, A. C. O. (1996). *Depressão e suicídio no idoso: uma especial questão em psicogeriatria*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 45 (30, 149-157).

Cortes, A. S., Santos Ferreira, A. C., & Guerra, C. B. (2006). *Suicídio e transtornos mentais: algumas considerações em foco*. Macapá-AP. Instituto Macapaense de Ensino Superior. 90 pág.

DAPIEVE, A. H. M. (2006). *Suicídio por contágio. A maneira pela qual a imprensa trata a morte*. Dissertação de mestrado, PUC. Rio de Janeiro.

DATASUS (2015). *Óbitos por causa externa*. Ministério da saúde. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/ext10AP.def>. Acessado em 02 de julho de 2015.

DIEHL, A.(2009). Laranjeira, R.. *Suicide attempts and substance use in emergency room sample*. J. Bras. Psiquiatria, 58-(2): 86-91.

D'Oliveira, C. F. A. (2012). *O núcleo de atenção ao suicídio: uma proposta de inclusão na sociedade*. Instituto Philippe Pinel (Rio de Janeiro/RJ - Brasil). Disponível em: <http://hygeia.fsp.usp.br/cepedoc/trabalhos/Trabalho%20243.h>

Duby, G. (1990). *A solidão nos séculos XI-XIII*. In G. Duby (org), *História da Vida Privada*, volume 2. da Europa feudal à Renascença (10ª. Reimpressão, pp. 528-535). São Paulo: Companhia das Letras. Tradução de M.L. Machado.

Durkheim, E. (1982). *O suicídio – Um estudo sociológico*. Rio de Janeiro: Zahar.

Elias, N. (1990). *O processo civilizador: Uma história dos costumes*. Rio de Janeiro: Zahar.

Elias, N. (1993). *O processo civilizador: formação do estado e civilização*. Rio de Janeiro: ZAHAR. Vol. 2.

Elias, N. (1994). *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Tradução de V. Ribeiro.

Elias, N.; & Dunning, E. (1992). *A busca da excitação*. Tradução Maria Manuela Almeida e Silva. Lisboa: Difel.

Estelita-Lins (2012). *Trocando seis por meia dúzia*. Suicídio como emergência do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. MAUAD/FAPERJ.

Faggian, L. F. (2010). *Efeitos de treino de variabilidade em situação de autocontrole*. Dissertação de mestrado. PUC/SP 105 pp.

Faro, L. C. & Brandão, W.L.O. *Comportamentos de risco em episódios de tentativa de suicídio na cidade de Macapá*. Jornada de Iniciação Científica. Secretaria de Estado de Ciência e Tecnologia, p 42, (2007)

Feijó, R. B., Raupp, A. P. G., & John, A. B. (1999). *Eventos estressores de vida e sua relação com a tentativa de suicídio em adolescentes*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48(4): 151-7.

Fensterseifer, L & Werlang, B. S. G. (2006). *Comportamentos autodestrutivos, subprodutos da pós-modernidade?* *Psicologia Argumento*. Curitiba, v. 24, n. 47 p-35-44, out/dez.

Field, T., Diego, M., & Sanders, C. (2001). *Adolescent suicidal ideation*. *Adolescence*, 36 (142), 241-248.

Fleischmann, A. Bertolote, J. M., Wasserman, D., De Leo, D. Bolhari, J., Botega, N. J. De Silva, D. Phillips, M. Vijayakumar, Värnik, A., Schlegel, L. e Thanh, H. T. T. (2008) *Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries*. *Bulletin of the World Health Organization* | September, 86 (9)

Frasson, A. C. A. (2001). *Configuração “Sociedade”: numa ótica de Norbert Elias*. *Palestra completa no IV Simpósio Internacional Processo Civilizador. História, Educação e Cultura*. Assis – SP: UNESP (1), pág. 107/202. Retirado de <http://www.uel.br/grupo-estudo/processoscivilizadores/portugues/anaisdosipc.htm>.

Freitas et al (2013). *Revisão bibliométrica das produções acadêmicas sobre suicídio de 2002 a 2011*. *Psicologia em Pesquisa*. UFJF. 7 (2) 251-260. Julho-Dezembro.

Gebara. (2005). *Conversas sobre Norbert Elias. Depoimentos para uma história do pensamento sociológico*. Biscalchin Editor. Piracicaba SP. Coleção Norbert Elias.

Gomes, M. P. C. Abraão, A. L., Azevedo, F. F. M, Louzada, R. C. R. (2013). *Formação e qualificação: um estudo sobre a dinâmica educativa nas equipes de saúde mental do Rio de Janeiro, Brasil*. *Comunicação saúde educação*. V.17. N. 47. P 835-45. Out. Dez.

Gould, M. S., Wallenstein, S., & Davison, L. (1999) *Suicide clusters: A critical review*. In I. S. Lann, E.K. Mósdicki & R.W. Maris (eds). *Strategies for studying suicide and suicidal behavior* (pp.17-29). New York, USA: The Guilford Press.

Hanna, E. S., Todorov, J. C. *Modelos de Autocontrole na Análise Experimental do Comportamento: Utilidade e Crítica*. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, Set-Dez 2002, Vol. 18 n. 3, pp. 337-343

Hawton, K., & Heeringen, K., (2002). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: Wiley.

Haynes, S. N., & O'Brien, W. O. (1990). *Functional analysis in behavior therapy*. A reply to Sansom and McDonnell. *Behavioral Psychotherapy*, 20, 37-40.

Hunt, L. (2009). *Revolução Francesa e Vida Privada*. In M. Perrot (org.) *História da Vida Privada*, volume 4. Da Revolução Francesa à Primeira Guerra.(pp. 18-46). São Paulo: Companhia das Letras. Tradução de Denise Bottimann, Bernardo Joffily

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) (2009). *Todos os municípios do Brasil*. Disponível na web: [http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20\(pelos%20dados%20de%202000\).htm](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20(pelos%20dados%20de%202000).htm).

Acessado em 16 de novembro de 2009.

Kalina, E., & Kovadloff S. (1983). *As Cerimônias da Destruição*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Kuo, W. H., Gallo, J. J., Tien, A. Y. (2001). *Incidence of suicide ideation ant parents in adults: the 13-years follow-up community sample in Baltimore, Maryland*. *Psychological Medicine*. V. 31, n 7, p 1181-1191.

Landini, T. S. (2005). *A sociologia processual de Norbert Elias*. Palestra completa no IX Simpósio Internacional Processo Civilizador. Ponta Grossa – Brasil.

Machado, D. B. (2015). Santos, D. N.. *Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012*. J. Bras. Psiquiatria, 64 (1) 45-54.

Maluschke, G., Bucher-Maluschke, J., & Hermans, K. (2004). *Direitos humanos e violência: Desafios da ciência e da prática*. Fortaleza: Função Kinrad Adenauer.

Marín-León, L., Oliveira, H. B., & Botega, N. J. (2012). *Suicide in Brazil, 2004–2010: The importance of small counties*. *Revista Panamericana de Salud Publica*,32 (5), 351–359.

Maris, R. W., Bermann, A. L., & Silverman, M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: The Guilford Press.

Marx, K. (2006). *Sobre o suicídio*. (Traduzido por R. Enderle & F. Fontella) São Paulo: Boitempo.

Mayo, D. J. (1992). *What is being predicted? The definition of suicide*. In R. W. M. Alan, L. Bernard, J. T. M. & Y. Robert (Eds.). *Assessment and prediction of suicide* (pp. 99-112). New York: The Guilford Press.

Medeiros, C. C. C. & Godoy, L. (2009). *As referências de Pierre Bordieu e Norbert Elias na Revista Brasileira de Ciência do Esporte: mapeando tendências de apropriação e de produção de conhecimento na área da educação física (1979-2007)*. Revista Brasileira de Ciência e Esporte, Campinas, jan.. 30 (2) - 199-214.

Mello, M. F. (2000). *O suicídio e as suas relações com a psicopatologia: Análise qualitativa de seis casos de suicídio racional*. Cadernos de Saúde Pública. 16 (1) 49-60.

MELLO, M. F. (2000). *O suicídio e as suas relações com a psicopatologia: Análise qualitativa de seis casos de suicídio racional*. Cadernos de Saúde Pública, 16 (1) 49-60.

Meneghel, S. N., Victora, C. G., Faria, N. M. X., Carvalho, L. A., & Falk, J. W. (2004). *Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul*. Revista de Saúde Pública, 38(6),804-810.

Micheletto, N. (2000). *Bases filosóficas da noção de relação funcional*. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 2, 115-121.

Moore, J. (1984). *On privacy, causes, and contingencies*. The Behavior Analyst, 7, 3-16.

Mynaio, M. C. de S. (2012). Meneghel, S. N. G., Cavallante, F. G. *Suicídio de homens idosos no Brasil*. Ciência e saúde coletiva, 17 (10), 2665-2674.

Neno, S. (2003). *Análise funcional: definição e aplicação na terapia analítico-comportamental*. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 5, 151-165..

Nunes, S. V. (1998) *Atendimento de tentativas de suicídios em um hospital geral*. J. Bras. Psiq. 37 (1): 30-41.

Orfali, K. (2009). O contra mito. Em Ariês Philippe e Duby Georges (org.) *A História da Vida Privada Volume 5: Da primeira guerra aos nossos dias*. (pp.563-564). São Paulo: Companhia das Letras. Tradução Denise Bottiman

Orfali, K. (2009). O contra mito. In P. Ariês Philippe & G. Duby (Orgs.) *A História da Vida Privada Volume 5: Da primeira guerra aos nossos dias*. (pp.563-564). (Traduzido por Denise Bottiman). São Paulo: Companhia das Letras.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2006). *Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros*. Departamento de saúde mental e abuso de substâncias. Genebra.

Pereira, F. C. C.. & Gusmão A. G. H. (2006). *O suicídio na cidade de Macapá: um enfoque social*. Instituto Macapaense de Ensino Superior. 63 pág.

Pérez-Olmos, I., Sandoval, E. R., Dussán-Buitrago, M. M., & Ayala-Aguilera, J. P. (2007). *Psychiatric and social characterization of suicide attempts treated at a children's clinic*, 2003-2005. *Revista de Salud Publica*, 9(2), 230-240.

Perrot, M. (2009). *A Família Triunfante*. In M. Perrot (Org.) *História da Vida Privada*. Volume 4. Da Revolução Francesa à Primeira Guerra. (pp. 79-80). Tradução de Denise Bottimann, Bernardo Joffily São Paulo: Companhia das Letras.

Phillips, M. R., Li, X., & Zhang Y. (2002). *Suicide rates in China, 1995-99*. *Lancet* 359 (9309): 835-40. Porto Alegre, v. 39, n. 2, p. 259-266.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (2014). *Atlas do Desenvolvimento Humano. Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil*. <http://www.pnud.org.br/HDR/Relatorios-Desenvolvimento-Humano-Globais.aspx#2014>. Página acessada em 13 de agosto de 2015.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). (2009). *Relatório de Desenvolvimento Humano 2009. Ultrapassar barreiras: mobilidade e desenvolvimento humano*.

Programa de pós-graduação em Sociologia. 260 páginas.

Queiroga, M. S. N. (2005). *O discurso do fracasso escolar como tecnologia de governo na infância: arqueologia de um conceito*. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Paraíba.

Reineckie, M. (1995). *Suicídio e Depressão*. Em F. M. Datillio & A. Freeman (orgs). *Estratégias cognitivo comportamentais para intervenção em crises*. pp 99-142. Campinas:Editorial Psy II.

Relatório de Desenvolvimento Humano – RDH (2009). *Ultrapassar barreiras: mobilidade e desenvolvimento humano*. Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento.

Reyes, W. G., & Miranda, N. T. (2001). *Intento suicida y funcionamiento familiar*. Rev. Cubana Méd. Gen. Integr.; 17(5):452-60.

Ribeiro, L. P. (2006). *Análise funcional de relatos sobre tentativa de suicídio*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica. Campinas.

Schnitmana, G., Kitaoka, E. G., Souza, G. S., Silva, A. L., Nogueira, L. D., Duarte, M. B. (2010). *Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras* Revista Baiana de Saúde Pública. v.34, n.1, p.44-59 jan./mar.

Shloser, A., Rosa, G. F. C., More, C. L. O. (2014). *Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital*. Trends in psychology – Temas em psicologia. Vol. 22. N 133, 132-145.

Shneidman, E. S., Farberow, N. L., & Litman, R. (1969). *Taxonomia de la muerte. Punto de vista psicológico*. In N. L. farberow & E. S Shneidman (Eds.) Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio Y su prevencion (pp. 148-156) . México, DF: La prensa médica mexicana.

Silva, J. (2009). *Os significados e os motivos do suicídio: as representações sociais de pessoas residentes em Bragança Paulista, SP* - Centro Universitário São Camilo; 3 (1): 68-76.

Silva, V. F., Oliveira, H. B., Botega, N. J., Marín-León, L., Barros, M. B. A., Dalgalarondo, P. (2006). *Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle* Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(9):1835-1843, set

Silveira, E. S. (2005). *Sociologia das emoções*. Palestra completa no IX Simpósio Internacional Processo Civilizador. Ponta Grossa – Brasil. Retirado de http://www.ppgep.pg.cefetpr.br/ppgep/Ebook/cd_Simposio/artigos/mesa_debates/art26.pdf

Skinner, B. F. (1984). *Contingências de reforço: uma análise teórica*. Os Pensadores. Tradução de Rachel Moreno. Originalmente publicado em 1969. São Paulo: Abril. Cultural.

Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*: New York: MacMillan.

Soares, C., & Nascimento-Neto, R. R. (2009). *Perfil clínico epidemiológico dos pacientes com tentativa de suicídio admitidos em um Hospital Pronto Socorro, Belém – Pará*. Universidade Estadual do Pará. 44 pág.

Tavares, M. (2000). *Comorbidade na depressão e no suicídio: configurações psicopatológicas e dinâmicas*. Brasília: Laboratório de Psicoterapia e psicodiagnóstico, IP, UNB.

Teixeira, A. M. F., & Luis, M. A. V. (1997). *Distúrbios psiquiátricos, tentativa de suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes atendidos em uma unidade de emergência*. Cadernos de saúde pública, 13 (3):517-25.

Todorov, J. C. (2004). *Da aplysia à constituição: Evolução de conceitos na análise do comportamento*. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2004, 17(2), pp.151-156.

Tourinho, E. Z. (2006). Mundo interno e autocontrole. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*. 1 (2) – 21-36.

Tourinho, E. Z. (2009). *Subjetividade e relações comportamentais*. 1ª ed. São Paulo: Paradigma.

Tourinho, E. Z., Carvalho-Neto, M. B. & Neno, S. (2004). *A psicologia como campo do conhecimento e profissão de ajuda*. Estudos de Psicologia. 91(1) – 17-24

Turecki, G. (1999). *O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo*. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 18-22.

Veyne, P. (2009). O Império Romano. In P. Veyne (Org.). *A História da Vida Privada. Volume 1: do Império Romano ao ano Mil* . (pp. 17-212). Tradução Hildegard Feist.. São Paulo: Companhia das Letras.

Viana, A. F. O A. (2012) *Comportamentos Auto-Flagelatórios e Tentativas de Suicídio Na Obesidade*. Dissertação de mestrado. Universidade Católica Portuguesa. Cidade do Porto, 54 pag. Julho.

Viana, N., (2001). Indivíduo e Sociedade em Norbert Elias. *Estudos/UCG* (Goiânia), Goiânia. 28, (5), p. 931-946.

Vincent, G. (2009). *O segredo da história e a história do segredo*. In P. Ariés & G. Duby (Orgs.) *A História da Vida Privada Volume 5: Da primeira guerra aos nossos dias*. (pp.138-168). Tradução Denise Bottiman. São Paulo: Companhia das Letras.

Vincent, G. (2009b). *Como morrer?* In P. Ariès & G. Duby (Orgs.) *A História da Vida Privada Volume 5: Da primeira guerra aos nossos dias*. (pp.317-318). Tradução Denise Bottiman. São Paulo: Companhia das Letras.

Waiselfisz, J. J. (2014). *Mapa da violência 2014. Os jovens do Brasil*. Flacso Brasil. Rio de Janeiro.

Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR. (1999). *Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries*. Psychol Med; 29:9-17.

Werlang, B. S. G., & Botega, N. J. (2004). *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed.

Werlang, B. S. G., Borges, V. R. & Fensterseifer, L. (2005). *Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência*. Revista Interamericana de Psicologia, 39(2), 259-266.

WHO (World Health Organization) (2001). *Relatório sobre saúde no mundo 2001: saúde mental – nova concepção, nova esperança*. Genebra.

WHO (World Health Organization) (2002). *Background (on line)*. Disponível: www.who.int/mental-health/suicide. Acesso em 15/03/2005.

WHO (World Health Organization) (2008). *Suicide and Suicide Prevention in Ásia*.

WHO (World Health Organization) (2009). *Suicide Rates (per 100,000), by country, year, and gender*. Disponível: www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en. Acesso em 06 de novembro de 2009.

WHO (World Health Organization) (2009b). *Suicide rates Brazil*. Disponível em http://www.who.int/mental_health/media/braz.pdf. Acesso em 06 de novembro de 2009.

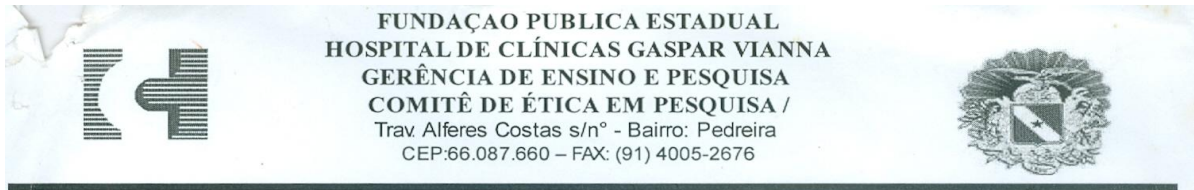
WHO (World Health Organization) (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Genebra.

Zilio, D., & Carrara, K. (2008). *Mentalismo e explicação do comportamento: aspectos da crítica behaviorista radical à ciência cognitiva*. Acta Comportamentália. V. 16. nr 3, pp. 319-417.

Zimmerman, T. R. (2008). *Apontamentos sobre civilização e a violência em Norbert Elias*. História e Reflexão. v. 2, nr 4. Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul.

ANEXOS

ANEXO 1. PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA HCGV



Belém, 01 de julho de 2011

PARECER DE ÉTICA DE PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Protocolo: Nº 030/2011 – CEP/FHCGV
2. Projeto de Pesquisa: “**Suicídio: sociedade indivíduo e comportamento**”
3. Pesquisador Responsável: Washington Luiz de Oliveira Brandão
4. Instituição/Unidade: FACULDADE SEAMA/MACAPÁ-PA
5. Data de Entrada: 01/03/2011
6. Data do 1º Parecer: 23/03/2011
7. Data de entrada da 1ª Correção: 12/04/2011
8. Data do 2º Parecer: 20/04/2011
9. Data de entrada da 2ª Correção: 20/06/2011
10. Data do Parecer Final: 30/06/2011

PARECER: O Comitê de Ética em Pesquisa da FHCGV analisou o Projeto supra-citado de acordo com as normas da Resolução 196/96 CNS/MS, é em reunião realizada no dia 30/06/2011, verificou-se que as recomendações solicitadas foram todas atendidas. Portanto, manifesta-se por sua Aprovação.

PARECER: APROVADO



Saul Rassy Carneiro
Coordenador do CEP/FHCGV

ATENÇÃO: Cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar a este Comitê de Ética os relatórios parcial (a cada seis meses) e final da pesquisa supracitada, conforme resolução nº 196/10, inciso IX, letra “c” do Conselho Nacional de Saúde/MS.

ANEXO 2 Protocolo de entrevista com o Psicólogo

Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

PROTOCOLO PARA O PSICÓLOGO

Data: ____/____/____

1- Identificação recebida: _____ 2-Idade: _____ 3-Sexo: () M () F

4- Estado Civil:

() Solteiro (a)

() Casado (a)

() Viúvo (a)

() Outro: _____

5- Escolaridade:

() Pós graduação completa

Área? _____

() Pós graduação incompleta

Área? _____

6- Modalidade:

() Especialização

() Mestrado

() Somente graduação:

() Pós doutorado

7-Religião

() Sim

Qual? _____

Forma q participa?

* _____

() Não

8- Tempo de graduação -

Psicólogo: _____

9 – Abordagem psicológica de base na atuação profissional:

10- Atuação atual:

() Clínica particular

() Serviço público

11 - Você **conhece (conheceu)** alguém que tentou suicídio ou se suicidou?

() Sim () Não

12 - Você já **atende (atendeu)** alguém que tentou suicidar-se?

() Sim () Não

13 - De que modo você **compreende** o suicídio dentro do contexto do estado do Amapá e particularmente na cidade de Macapá?

14 - Em sua compreensão, quais seriam os principais fatores de risco para a tentativa de suicídio e para o suicídio: se achar que são os mesmos basta descrever em uma das colunas e marcar X no espaço a seguir:

() são os mesmos fatores de risco.

Tentativa de Suicídio	Suicídio

15 – Em sua opinião, como é a “personalidade” de uma pessoa que tentou o suicídio:

16 - Em sua opinião, como é a “personalidade” de uma pessoa que se suicidou:

17 - Na sua compreensão, qual (is) é (são) o (s) objetivo (s) da atuação do psicólogo quando atende pessoas que tentaram suicídio?

18 - A atuação com pessoas que tentaram suicídio se diferencia dos demais atendimentos realizados de cunho psicoterapêutico realizados?

() Sim () Não

18.1 - Caso afirmativo. Qual (is) seria (am) a (s) diferença (s)?

18.2 - Caso negativo. Por quê?

19 - Existe (m) algum (ns) procedimento (s) que deve (m) ser priorizado (s) nos primeiros atendimentos feitos por você à pessoa que tentou suicídio?

() Sim () Não

20 - Caso afirmativo. Qual (is) seria (am)?

21 - O contexto de vida da pessoa que tentou suicídio deve ser visto de maneira diferenciada?

() Sim () Não

21.1 - Caso afirmativo. De que maneira deve ser visto?

21.2 - Caso negativo. Por quê?

22 - Quais outros encaminhamentos são necessários, além dos que dizem respeito à sua intervenção direta, quando você atende (caso atendesse) uma pessoa que tentou suicídio?

23 – É possível prevenir a tentativa de suicídio ou o suicídio?

() Sim () Não

23.1 - Caso afirmativo. De que maneira deve ser feito?

23.2 - Caso negativo. Por quê?

24 – Quais recursos técnicos de avaliação/intervenção psicológica você utiliza (utilizaria) no atendimento à pessoa que tentou suicídio, considerando o (s) objetivo (s) do atendimento?

25 – Comentários adicionais:

ANEXO 3 Termo de consentimento livre e esclarecido para o Psicólogo

Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor (a),

Este estudo objetiva entender o que os psicólogos do estado do Amapá, que trabalham no campo da clínica e/ou da saúde, pensam acerca do comportamento suicida e ainda caracterizar como atuam ou atuariam na atenção às pessoas que tentaram suicídio. Essas informações irão se agrupar a outras que objetivam caracterizar o tipo de atenção dispensada para essa demanda nos serviços de saúde do Estado do Amapá.

Sua participação neste estudo consiste em responder a um questionário, que deverá ser devolvido em 15 dias a contar da data da assinatura deste termo. Neste prazo, entraremos em contato para agendar a devolução do instrumento.

As informações obtidas serão confidenciais e sua identidade será preservada. Para isto, será utilizado um código para a identificação de cada participante da pesquisa. Os resultados serão divulgados em eventos científicos ou submetido à publicação, em revista científica, mantidas as condições de sigilo.

Você tem todo o direito de não aceitar e, em qualquer momento da pesquisa, poderá interromper sua participação, sem qualquer problema, ou retaliação, ou represália, devendo somente avisar o pesquisador da sua desistência.

Pesquisador e Contato: Washington Luiz de Oliveira Brandão

Registro no Conselho de Psicologia: CRP 10/01494

Endereço: Núcleo de teoria e Pesquisa do Comportamento. Universidade Federal do Pará. Cidade Universitária José da Silva Netto. Rua Augusto Corrêa, 01. Guamá. Belém-PA. CEP 66.075-110.

Fone: (91) 32017662

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, e que me sinto perfeitamente esclarecido (a) sobre o conteúdo da mesma, assim como os seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da presente pesquisa.

Macapá, (AP) ____/____/____

Assinatura do Participante.

ANEXO 4: Autorização da Faculdade SEAMA para a realização de coleta de dados nas dependências da Clínica de Psicologia



*Qualidade de Vida é Uma
Conquista!*

Credenciada: Port. 2.152/00-MEC

Macapá, 01 de Julho de 2010.

De: Coordenação de Psicologia

Para: Washington Luiz de Oliveira Brandão

Assunto: Resposta

Saudando-os com distinção e cordialidade, venho por meio deste responder a solicitação de permissão para coleta de dados da pesquisa de pós graduação em nível de doutorado do Programa Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará – UFPA.

De acordo com o documento encaminhamento, o pesquisador em questão solicita autorização para realização da pesquisa sobre o comportamento suicida que tem como objetivo explicar o comportamento suicida sob a ótica da análise do comportamento, priorizando um aprofundamento sobre a dimensão da tentativa de suicídio e o suicídio consumado ao evidenciar necessidade de uma análise individualizada considerando um processo histórico e social (dinâmica dos costumes sociais) associada a uma reflexão sobre o contexto da rede de assistência em saúde pública à pessoa envolvida no comportamento suicida em particular na cidade de Macapá.

Diante desta solicitação, venho através deste autorizar a realização da pesquisa no Centro Clínico Seama – Psicologia. Entretanto, cabe ressaltar que a pesquisa só poderá ser iniciada após a apresentação do parecer consubstanciado do comitê de ética. Informo ainda que tal autorização dará direito apenas a coleta de dados.

Certo da atenção, desde já agradeço e me coloco à disposição para maiores esclarecimentos.

Ass. Christina de Sousa Braga
Coordenadora de Psicologia
Faculdade Seama

Av. José Tupinambá, 1223 – Jesus de Nazaré – Macapá/AP. PABX 2101-5151 / Coordenação de Psicologia
2101-5174

www.seama.edu.br

ANEXO 5

Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor (a),

Este estudo objetiva identificar, analisar e assim entender o contexto que envolve o comportamento suicida. Essa é uma forma de proporcionarmos ações com vista a sugerir recursos psicoterapêuticos às pessoas vítimas dessa situação, ou seja, atitudes adaptativas e saudáveis frente às demandas específicas vivenciadas no cotidiano.

Sua participação neste estudo consiste em responder a uma entrevista, dividida em três partes que deverão ser agendadas em dias e horários que mais lhe convier. Posteriormente, você será encaminhado para atendimento psicológico na Faculdade SEAMA (CLIPSI-SEAMA). Você deverá também indicar uma pessoa de seu convívio social para participar deste estudo respondendo a uma entrevista a qual buscará informações acerca das percepções dessa pessoa a respeito do seu cotidiano tanto nos dias atuais como no passado. Você terá acesso ao conteúdo dessas informações no momento que desejar. Ambas as entrevistas serão gravadas em áudio e depois transcritas pelo pesquisador.

Os resultados da pesquisa serão confidenciais e sua identidade será preservada. Será utilizado um código para a identificação de cada participante da pesquisa, somente divulgado em eventos científicos ou submetido à publicação, em revista científica, mantidas as condições de sigilo.

Espera-se que esta pesquisa possa beneficiá-lo (a) de alguma maneira, pois acreditamos que ao responder a entrevista você se perceberá de uma forma diferente da que habitualmente se vê e pode ainda melhorar o seu conhecimento sobre si. Além disso, caso concorde, o conteúdo das entrevistas poderá ser utilizado para auxiliar seus atendimentos na CLIPSI-SEAMA.

Você tem todo o direito de não aceitar e, em qualquer momento da pesquisa (período de realização da entrevista), poderá interromper sua participação, sem qualquer problema, ou retaliação, ou represália em relação aos atendimentos na CLIPSI-SEAMA, devendo somente avisar o pesquisador da sua desistência.

Pesquisador e Contato: Washington Luiz de Oliveira Brandão

Registro no Conselho de Psicologia: CRP 10/01494

Endereço: Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento. Universidade Federal do Pará. Cidade Universitária José da Silva Netto. Rua Augusto Corrêa, 01. Guamá. Belém-PA. CEP 66.075-110.
Fone: (91) 32017662

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, e que me sinto perfeitamente esclarecido (a) sobre o conteúdo da mesma, assim como os seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da presente pesquisa.

Macapá, (AP) ____/____/____

Assinatura do Participante.

10.3 – Descreva um momento que caracterize o relacionamento entre vocês.

11 – Lembre de sua rotina diária. Em quais momentos você permanece no contexto familiar (na sua casa)? – *pode marcar mais de um item*

☐ Somente para dormir

☐ Para dormir e nas refeições principais do dia

☐ Para dormir, nas refeições e em um período todo (manhã, ou tarde, ou noite)

☐ Permaneço durante os três períodos do dia

☐ Estou somente por um período do dia

☐ Outro: _____

12 – Imagine-se em casa. De maneira geral, como você avalia esses momentos? Você se sente bem em casa?

☐ Sim ☐ Não

12.1 – Descreva um momento típico que expresse essa avaliação.

Biografia INFÂNCIA

1 – Ao lembrar de sua infância de maneira geral, como você a avalia?

1		2		3		4		5	
Péssima							Excelente		

1.1 – Descreva situações características que lhe levam a avaliar sua infância dessa maneira.

2 – Existiu algum fato que você perceba como extremamente importante em sua infância?

☐ Sim ☐ Não.

2.1 – Caso afirmativo. Descreva-o (pessoas envolvidas, atitudes suas, repercussões, etc.)

3 – Durante sua infância. Você passou por alguma situação importante que fez que você buscasse ajuda de alguém?

☐ Sim ☐ Não

3.1 - Como você se sentiu neste momento?

4 – Durante sua infância você interagiu frequentemente com outras crianças que não de sua família?

☐ Sim ☐ Não

4.1 – Caso afirmativo. Que avaliação você faz disso?

1		2		3		4		5	
Péssimo							Excelente		

4.2 – Descreva uma situação típica que expresse essa sua avaliação.

4.3-Caso negativo. Que avaliação você faz disso?

1		2		3		4		5	
Péssima							Excelente		

4.4 – Por quê?

5 – Como você avalia sua convivência com seu pai durante sua infância?

1		2	3	4		5	
Péssima			Excelente				

5.1 – Por quê?

6 - Como você avalia sua convivência com sua mãe durante sua infância?

1		2	3	4		5	
Péssima			Excelente				

6.1 – Por que?

7 – Na sua infância você vivenciou alguma situação difícil que envolvesse você e seus pais (ou pai e mãe)?

() Sim () Não

7.1 – Caso afirmativo. Que avaliação você faz desse evento?

1		2	3	4		5	
Péssimo			Excelente				

7.2 - Descreva a situação que serviu para a sua avaliação.

8 – Durante a sua infância houve mudanças imprevistas que lhe atingisse? (dar exemplos!)

() Sim () Não

8.1 – Caso afirmativo. Descreva uma dessas mudanças.

8.2-Caso afirmativo. Como você reagiu diante dessas mudanças?

8.3 – Caso afirmativo. Que avaliação você faz desse evento?

1		2	3	4		5	
Péssimo			Excelente				

9 - Durante sua infância, houve uma pessoa em particular a qual você identifica que exerceu influência importante sobre você?

() Sim () Não

9.1 Caso afirmativo. Que tipo de influência ela exerceu?

9.2-Caso afirmativo. Descreva uma situação que expresse esta influência.

9.3-Caso afirmativo. Que avaliação você faz da influência desta pessoa em você?

1		2	3	4		5	
Péssima			Excelente				

9.4- Por quê?

10- Durante a sua infância, houve algum caso de doença/acidente grave com você?

() Sim () Não

10.1-Caso afirmativo. Descreva este evento?

10.2-Caso afirmativo. Que avaliação você faz deste evento?

1	2	3	4	5
Péssimo				Excelente

11- Durante sua infância, houve algum caso de doença/acidente grave na sua família/amigos.

() Sim () Não

11.1-Caso afirmativo. Descreva este evento?

11.2-Caso afirmativo. Que avaliação você faz deste evento?

1	2	3	4	5
Péssima				Excelente

ADOLESCÊNCIA³

1 – Como você avalia que foi sua adolescência?

1	2	3	4	5
Péssima				Excelente

1.1 - Por quê?

1.2- Existiu algum fato que você perceba como extremamente importante em sua adolescência?

() Sim () Não

1,3 – Caso afirmativo. Descreva-o (pessoas envolvidas, padrões de resposta da pessoa, repercussões, etc.).

1.4 – Durante sua adolescência, você passou por alguma situação que requereu que você buscasse ajuda de alguém?

() Sim () Não

1.5- Caso afirmativo, como você se sentiu neste momento?

1.6 – Durante sua adolescência você frequentemente interagia (e) com outros jovens.

() Sim () Não

1.7 – Caso afirmativo. Que avaliação você faz disso?

1	2	3	4	5
Péssimo				Excelente

1.8 – Descreva uma situação típica que expresse essa sua avaliação.

³ Se o entrevistado estiver na faixa etária da adolescência ficar atento para os tempos verbais das questões, pois estão no pretérito.

1.9 - Caso afirmativo. Existiu alguém que você destacaria como uma pessoa que você se relacionava bem? Quem? Descreva uma situação típica que expresse seu relacionamento com esta pessoa.

1.10 – Caso negativo (Q.15). Que avaliação você faz disso?

1		2	3	4		5	
Péssima			Excelente				

1.11 – Por quê?

1.12 – Como você avalia a sua convivência com seu pai, durante sua adolescência?

1		2	3	4		5	
Péssima			Excelente				

1.13 – Por quê?

1.14 - Como você avalia a sua convivência com sua mãe, durante sua adolescência?

1		2	3	4		5	
Péssima			Excelente				

1.15 – Por quê?

1.16 – Na sua adolescência você vivenciou alguma situação importante que envolvesse seus pais (ou pai e mãe)?

() Sim () Não

1.17 – Caso afirmativo. Que avaliação você faz desse evento?

1		2	3	4		5	
Péssimo			Excelente				

1.18 – Por quê?

1.19 – Na sua adolescência você vivenciou alguma situação importante que envolvesse seus amigos (colega de escola, etc.)?

() Sim () Não

1.20 – Caso afirmativo. Que avaliação você faz desse evento?

1		2	3	4		5	
Péssima			Excelente				

1.21 - Descreva essa situação.

1.22 – Durante a sua adolescência houve momentos de mudanças importantes? Quais?

1.24-Caso afirmativo. Como você reagiu diante dessas mudanças?

1.25 - Durante sua adolescência, houve uma pessoa em particular a qual você identifica que exerceu influência importante sobre você?

1	2	3	4	5
Péssima				Excelente

11- Lembre de uma situação que ocorreu e que foi capaz de alterar positivamente seu humor. Que situação foi essa?

11.1-Descreva como você agiu nessa situação?

11.2-Que avaliação você faz dessa atitude?

1	2	3	4	5
Péssima				Excelente

12- Lembre de uma situação capaz de alterar negativamente seu humor. Que situação foi essa?

12.1-Descreva como você agiu nessa situação?

12.2-Que avaliação você faz dessa atitude?

1	2	3	4	5
Péssimo				Excelente

13- Lembre de uma pessoa que tenha feito algo para você e que lhe deixou bem (feliz, satisfeito). Que pessoa é essa?

13.1-Descreva como foi essa situação

13.2-Descreva como você agiu nessa situação?

13.3-Que avaliação você faz dessa atitude?

1	2	3	4	5
Péssima				Excelente

14- Lembre uma pessoa que tenha feito algo para você e que lhe deixou mal (infeliz, insatisfeito). Que pessoa é essa?

14.1- Descreva como foi essa situação.

14.2-Descreva como você agiu nessa situação.

14.2-Que avaliação você faz dessa atitude?

1	2	3	4	5
Péssima				Excelente

15 - Lembre de uma situação na qual você se sentiu deslocado (sem jeito, sem saber o q fazer/dizer). Que situação foi essa?

15.1-Descreva como você agiu nessa situação?

20.1-Descreva como você agiu nessa situação?

20.2- Que avaliação você faz dessa atitude?

1	2	3	4	5
Péssima				Excelente

COMPORTAMENTO SUICIDA

1. Quantas vezes você já dealizou (pensou) cometer suicídio?_____

1.2 – Nos momentos que você pensou em suicídio, por que você acha que esses pensamentos de cometer suicídio surgiam e não outro pensamento?

2 – Descreva esses pensamentos conforme a sua ocorrência em cada situação.

2 – Descreva esses pensamentos conforme a sua ocorrência em cada situação.

Situação A:
Situação B:
Situação C:
Situação D:
Situação E:

3 – Como você se sentia após ter pensado em cometer suicídio?

4.-Em geral, quais os motivos que o fizeram pensar em suicídio. Descreva as últimas situações e os motivos.

Descrição	Motivo
Situação A:	
Situação B:	
Situação C:	
Situação D:	
Situação E:	

5 – O que acontecia após você pensar em suicídio.

Situações	Consequência
A	
B	
C	
D	
E	

6 - Quando você pensou cometer suicídio, você chegou a contar isto a alguém?

() Sim () Não

6.1 Caso afirmativo. Quem é essa pessoa? Descreva como esta pessoa reagiu no momento.

ANEXO 7 Formulário de cadastro para tentadores

Universidade Federal do Pará
Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento
Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento

FICHA DE CADASTRO DE TENTADORES**PARTICIPANTE**

Nome: _____

Endereço residencial: _____

Cidade: _____ UF _____ E-MAIL: _____

Ponto de referência: _____ Telefone Residencial: _____

Telefone Comercial: _____ Telefone celular: _____

ACOMPANHANTE: _____ TELEFONE: _____

TENTATIVA DE SUICÍDIO ATUAL

Data da tentativa de suicídio (____ Dia ____ Mês ____ Ano)

Dia da semana: _____ Hora: _____ h

Lugar: _____

Método da TS: _____ (de acordo com os códigos do CID-10): _____

Consequências físicas e do perigo da tentativa de suicídio à vida:

- ☐ () nenhum dano físico significativo, nenhum tratamento médico requerido
- ☐ () atenção médica/cirúrgicos requeridos, mas sem perigo de vida
- ☐ () atenção médica/cirúrgica requerida, houve/houve perigo de vida.

A respeito do tipo de cuidado médico recebido:

- ☐ () Depois do tratamento de emergência o paciente foi liberado.
- ☐ () O paciente permaneceu sob observação/tratamento na emergência e foi liberado.
- ☐ () Da emergência o paciente foi transferido à unidade de cuidados intensivos ou para outras clínicas ou unidades cirúrgicas/enfermarias.
- ☐ () Da unidade de emergência o paciente foi diretamente transferido a instituição psiquiátrica.

Paciente foi encaminhado para:

- ☐ () não foi encaminhado a nenhum outro serviço profissional.
- ☐ () também foi encaminhado a centro de saúde geral (ou saúde primária).
- ☐ () também foi encaminhado a clínica particular.
- ☐ () também foi encaminhado a serviço profissional particular.

Oferta dos cuidados profissionais:

- ☐ () O paciente aceitou imediatamente vir à CLIPSI-SEAMA.
- ☐ () O paciente não teve certeza se compareceria ou não à CLIPSI-SEAMA.
- ☐ () Paciente recusou cuidados profissionais.