



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Paola Nunes Goularte

**Significados da tentativa de suicídio para sujeitos atendidos na emergência de um
hospital geral**

FLORIANÓPOLIS

2019

Paola Nunes Goularte

**Significados da tentativa de suicídio para sujeitos atendidos na emergência de um
hospital geral**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia da Universidade Federal de Santa
Catarina para a obtenção do título de Mestre em
Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Lucienne Martins Borges

Florianópolis

2019

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

Goularte, Paola Nunes

Significados da tentativa de suicídio para sujeitos
atendidos na emergência de um hospital geral / Paola Nunes
Goularte ; orientador, Lucienne Martins-Borges, 2019.

113 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa
de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. tentativa de suicídio. 3. suicídio. 4.
fatores de risco. 5. fatores de proteção. I. Martins
Borges, Lucienne. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III.
Título.

Paola Nunes Goularte

Significados da tentativa de suicídio para sujeitos atendidos na emergência de um hospital geral

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dra. Raquel de Barros Pinto Miguel
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Ivania Jann Luna
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Área de Concentração: Saúde e Desenvolvimento Psicológico.

Profa. Dra. Andréa Barbará da Silva Bousfield
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Profa. Dra. Lucienne Martins Borges
Orientadora

Florianópolis, 13 de outubro de 2019.

Dedico este trabalho às minhas avós, grandes mulheres que resistiram as dificuldades do seu
tempo:

Alda Moraes Goularte (*in memoriam*),
que sonhava em ter uma neta professora.

Elsa Nunes de Nunes, que desde a infância me alimenta
com histórias e estórias e me conforta com seu colo nos nossos
reencontros.

“Avó-emprestada” Irene Ardenez Gonçalves (*in
memoriam*), que incentivou minhas aventuras até o seu último
segundo de vida.

AGRADECIMENTOS

Posso afirmar que concluir esta dissertação não foi uma tarefa fácil, exigiu recusas, ausências, lidar com as minhas limitações e aceitar as imperfeições. Sozinha não teria sido possível; sozinha não faria sentido. Assim, gostaria de agradecer àqueles que construíram comigo tijolinho por tijolinho do caminho para me tornar Mestre em Psicologia:

Aos participantes que compartilharam algo tão precioso, as suas histórias de vida. Espero ter feito jus à confiança que me foi depositada e ao compromisso firmado de colocar minha profissão a serviço da sociedade, com qualidade técnica e rigor ético.

À professora Lucienne Martins Borges, personificação da palavra Orientadora, por ser continente, pela confiança e carinho com que me acolheu. Aprendi com você a ser pesquisadora, aprimorei meu olhar clínico e principalmente, aprendi que o contato com a realidade pode ser menos duro do que na minha fantasia. Obrigada pela paciência e compreensão em desempenhar tantas vezes outros papéis que extrapolavam a sua função.

Ao Serviço de Psicologia do HU-UFSC, onde minha trajetória de ensino já supera o tempo de graduação; em especial à equipe da Emergência que tornou esta pesquisa factível. À Maria Emilia Pereira Nunes, ao Gustavo da Silva Machado e à Letícia Macedo Gabarra que estiveram comigo desde a época em que o mestrado era um sonho distante.

A todos da grande família NEMPsiC, dos estagiários aos doutorandos, cada um de vocês teve uma participação fundamental para a minha formação pessoal e profissional. Em especial aos amigos que dividiram comigo momentos de conquistas e me incentivaram nos momentos de tensão: Ana Paula Freitas, Allyne Barros, Ana Laura Tridapalli, João Horr, Mariá Boeira Lodetti, Júlia Lopes, Helena Rodrigues, Vitória Nascimento, Thiago Guedes Willecke, Maíra Bleil Alves, Laura Ruffier, Luiz Carlos Espíndola e Reginaldo Martins.

Ao Alisson, que merece um parágrafo a parte, pelo companheirismo durante todo o mestrado; a organização, o equilíbrio, o puxão de orelha, o abraço e os domingos de bicicleta que deram ânimo para que chegássemos juntos até o final. Um exemplo de que é possível construir relações de parceria na pós-graduação que passam longe do jogo de poder ou produção. Aproveito para agradecer também as colegas e amigas: Cristine Reis, Denise Silvestrin, Fernanda Schweitzer e Luisa Scaff, que foram conforto ao dividir a ansiedade dos prazos.

À Mariah Fraga, com quem compartilho um lar, pelo riso fácil, companhia leve, por me mostrar outras formas de ser e de lidar com as dificuldades, pelo ouvido atento quando eu

precisava falar, por trazer vida aos meus momentos de cansaço, por acreditar e apostar no meu trabalho. Nesse mesmo sentido, agradeço à Loredana Marzocchella, Ana Paula Padilha, Douglas Ferraz e Carolina Mazoni por terem sido abrigo durante o mestrado e antes dele, *mi casa será sempre nuestra casa*.

À Martina Mazzoleni pelas horas de Skype, suporte emocional e instrumental, confirmando que é possível ser presença, mesmo com a distância geográfica. Obrigada por desde 2010 construir lado a lado comigo o caminho de psicólogas e pesquisadoras.

Aos meus amigos de infância em São Gabriel-RS, de faculdade em Rio Grande-RS e aos de vida em Florianópolis-SC que sempre me incentivaram a continuar e respeitaram os dias de “hoje eu não posso”: Adriana Souto, Camila Bortolin, Eliana Montagner, Laura Capiotti, Maria Paula Dias, Fernanda de Melo, Janine Bastos, Liliane Bertucci, Fernanda Figueiredo, Dnyelle Souza Silva, Patrícia Goulart, Mariane Comelli e Gessyka Veleda.

Aos meus pais Maria Aparecida e Guido, pelo incentivo às minhas escolhas, meu pai que criou o termo “teimosia pacífica” para os momentos de cansaço e minha mãe que incentiva todas nossas maluquices. Aos meus irmãos Douglas, João Lucas e Willian, que são meu porto seguro, minha fonte de amor e cumplicidade. À minha madrastra Silvana e ao meu avô Acácio (in memoriam), pessoas pelas quais eu tenho imenso carinho. À minha cunhada Valquiria por ser minha companheira no percurso da saúde mental, na vida acadêmica e familiar (risos).

À UFSC e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pela estrutura, qualidade do ensino e da assistência. Aos professores e aos técnicos administrativos, que lutam cotidianamente para manter a Universidade pública. À professora Ana Lúcia Mandelli de Marsillac e ao professor Jeferson Rodrigues, que compuseram a banca de qualificação e contribuíram de forma significativa para o desenho desta pesquisa. À professora Raquel Barros Pinto Miguel e à professora Ivânia Jann Luna, que aceitaram o desafio da banca de apresentação.

À CAPES pela concessão da bolsa de estudos que viabilizou a continuidade da minha formação enquanto pesquisadora.

Obrigada!

Como dois e dois são quatro
Sei que a vida vale a pena
Embora o pão seja caro
E a liberdade pequena [...]

Como um tempo de alegria
Por trás do terror me acena
E a noite carrega o dia
No seu colo de açucena

Sei que dois e dois são quatro
Sei que a vida vale a pena
Mesmo que o pão seja caro
E a liberdade pequena.

(FERREIRA GULLAR, 1966)

RESUMO

O suicídio é uma causa de morte potencialmente evitável quando há políticas públicas que possibilitam condições de existência e promovem atendimento ao sujeito em sofrimento psíquico. Para desenvolver programas de prevenção e cuidado em saúde mental é fundamental compreender a dinâmica envolvida no ato suicida e os elementos que estão na base dos pensamentos de morte. Dentre os meios de acessar o fenômeno, destaca-se a escuta a sujeitos com histórico de comportamento suicida e que sobreviveram. Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi compreender os significados atribuídos à tentativa de suicídio por sujeitos atendidos na Unidade de Urgência e Emergência de um hospital geral após tentarem suicídio. Esta pesquisa tem finalidade básica estratégica, de característica descritiva e de temporalidade transversal. A abordagem é qualitativa e apresenta entrevista semiestruturada como instrumento. Os participantes (n=10) são homens e mulheres, com idades que variam entre 20 e 35 anos. Os dados foram analisados com a técnica de análise de conteúdo e interpretados a partir da posição epistemológica da psicanálise. Com base nos resultados encontrados, discute-se a caracterização da passagem ao ato, que se divide em planejamento ou impulsividade, percepção de letalidade e método utilizado. Abordam-se as emoções associadas no momento logo após a tentativa de suicídio, como o medo e a ambivalência; e durante o período de hospitalização, com destaque para as emoções de vergonha, decepção, tristeza e alívio, a depender da história de vida e das relações do sujeito. Os fatores de risco apontam para a existência de sintomas de sofrimento psíquico anteriores à tentativa de suicídio, em que predominam o humor deprimido, vazio, isolamento e ansiedade. Os principais desencadeadores do ato são relacionados à vivência de perdas e/ou conflitos e a morte é vista como um meio de descansar ou sumir. Sobre a repetição da tentativa de suicídio, o esgotamento dos familiares, lidar com as repercussões da tentativa de suicídio anterior e frustração das expectativas são alguns dos fatores de risco. Quanto aos fatores de proteção, evidencia-se a importância dos vínculos afetivos e de novas estratégias de enfrentamento, que incluem acompanhamento em saúde mental, desenvolver outras formas de comunicar o sofrimento e releitura da realidade. Assim, as tentativas de suicídio não significam um desejo de morte, mas, em geral, um desejo de encontrar soluções, ajuda e amparo.

Palavras-chave: tentativa de suicídio; suicídio; fatores de risco; fatores de proteção; pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Suicide is a cause of death potentially avoidable when there is public policies that enable conditions of existence and promote treatment to the subject in psychic suffering. To develop prevention and care programs on mental health is fundamental to understand the dynamic involved on the suicidal act and the elements present on the base of the death thoughts. Among the ways of understanding this phenomenon, the listening of subjects with suicidal behaviour history and that stay alive stands out. Therefore, the objective of this study was to understand the meanings of suicidal attempt by subjects attended on Emergency Unit on a general hospital after committed a suicidal attempt. This research has basic strategic purpose, descriptive characteristic and transverse temporality. The approach is qualitative and a semi-structured interview was used as instrument. The participants (n = 10) are men and women, with ages varying between 20 and 35 years. The data were analyzed with the technique of content analysis and interpreted from the epistemological position of psychoanalysis. Based on the results, the characterization of the passage to the act is discussed; which is divided into the planning or impulsiveness, the perception of lethality and the method used. The subject's emotions at the moment after the suicide attempt are addressed, such as fear and ambivalence; and during the hospitalization period, highlighting the emotions of shame, disappointment, sadness and relief, depending on the subject's life history and relationships. Risk factors point to the existence of symptoms of psychic suffering prior to the suicide attempt, in which depressed mood, emptiness, isolation and anxiety predominate. The main triggers of the act are related to the experience of losses and/or conflicts and the death is seen as a mean of resting or disappearing. Regarding the repetition of the act, the exhaustion of family members, dealing with the repercussions of suicide attempt and frustration of expectations are cited as risk factors. As for the protection factors, it is evident the importance of affective bonds and new coping strategies, which include mental health monitoring, developing other ways of communicating suffering and re-reading reality. It is concluded that suicide attempts do not mean a desire of death, but in general, a desire to find solutions, help, and support.

Keywords: suicide attempt; suicide; risk factors; protective factors; qualitative research.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama do fluxo de seleção dos estudos nas bases de dados.....	31
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Matriz de apresentação dos estudos analisados.....	32
Quadro 2 – Apresentação dos elementos da análise qualitativa.	52
Quadro 3 – Categoria 1: Caracterização da passagem ao ato.....	55
Quadro 4 – Categoria 2: Emoções associadas à tentativa de suicídio.	65
Quadro 5 – Categoria 3: Fatores de risco.....	71
Quadro 6 – Categoria 4. Fatores de proteção posteriores a tentativa de suicídio.....	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização quantitativa dos participantes.	45
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS Centros de Atenção Psicossocial

CIATox/SC Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Santa Catarina

CS Centro de Saúde

DIVE/SC Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado de Santa Catarina

ESF Estratégia de Saúde da Família

HU-UFSC Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago

NEMPsiC Núcleo de Estudos sobre Psicologia, Migrações e Culturas

OMS Organização Mundial de Saúde

SAPSI Serviço de Atenção Psicológica

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES/SC Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

SUS Sistema Único de Saúde

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

RAS Redes de Atenção à Saúde

TS Tentativa de suicídio

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	OBJETIVOS	22
1.1.1	Objetivo Geral	22
1.1.2	Objetivos Específicos	22
2	DESENVOLVIMENTO	23
2.1	O SUICÍDIO COMO FENÔMENO	23
2.2	A COMPREENSÃO PSICANALÍTICA	27
2.3	REVISÃO INTEGRATIVA	29
3	MÉTODO	38
3.1	DELINEAMENTO DE PESQUISA.....	38
3.2	CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO	39
3.3	SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES	40
3.4	INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	41
3.5	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	41
3.6	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	43
3.7	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	44
4	RESULTADOS	45
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	45
4.2	VINHETAS DE APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES	46
4.3	ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	51
5	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
5.1	CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA	53
5.2	CATEGORIA 1: CARACTERIZAÇÃO DA PASSAGEM AO ATO	54
5.3	CATEGORIA 2: EMOÇÕES ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO.....	65

5.4	CATEGORIA 3: FATORES DE RISCO	71
5.5	CATEGORIA 4: FATORES DE PROTEÇÃO POSTERIORES À TENTATIVA DE SUICÍDIO	82
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
	REFERÊNCIAS	94
	APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.	106
	APÊNDICE B – Termo de consentimento para os participantes da pesquisa.....	109
	ANEXO A – Instrumento para caracterização dos participantes	111

1 INTRODUÇÃO

“[...] não se trata de angústia, nem de desejo... É um tumulto interior, desconhecido, que ameaça dilacerar-me o peito, e me aperta a garganta” (GOETHE, 1774/1999, p. 109). Este trecho foi retirado do livro “Os sofrimentos do jovem Werther”, onde o escritor alemão Johan Wolfgang von Goethe relata a história de um homem que tira a própria vida após uma desilusão amorosa. A fala do personagem retrata a complexidade e o intenso sofrimento psíquico envolvido no ato suicida.

O suicídio é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o ato deliberado de pôr fim a própria vida (WHO, 2014). No entanto, o termo agrega comportamentos variados, chamados de comportamentos suicidas, que englobam desde a ideação até o planejamento do suicídio, as tentativas de suicídio e o suicídio consumado (SILVERMAN et al., 2007). Com uma taxa mundial de 11,4 mortes em 100 mil habitantes (15,0 para homens e 8,0 para mulheres), estima-se que o número de tentativas de suicídio seja até quarenta vezes maior do que os suicídios consumados, à medida que o estigma social que permeia o assunto compromete o acesso aos dados, principalmente em função das subnotificações (BOTEGA, 2014; VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013).

Em Santa Catarina, entre os anos de 2010 e 2016, segundo o último levantamento divulgado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC), 3.800 pessoas cometeram suicídio. No ano de 2016 foram 633 mortes e 2.990 tentativas registradas, um aumento de 23,4% quando comparado a 2010. No que se refere à faixa etária, o maior número de casos está entre o público de 20 a 59 anos (DIVE/SC, 2017). Devido aos altos índices a capital Florianópolis encontra-se, ao lado de Manaus (AM), Campo Grande (MS), Boa Vista (RR), Teresina (PI) e Porto Alegre (RS), entre os pólos de prioridade para ações de prevenção ao suicídio no Brasil. Em 2018 a SES/SC deu início a elaboração do Plano Estadual de Prevenção ao Suicídio, a partir de recursos do Ministério da Saúde. Entretanto, há uma escassez nas pesquisas voltadas à questão do suicídio no estado (SEHNEM; PALOSQUI, 2014).

Sobre o perfil sociodemográfico das pessoas que tentaram suicídio, Fleischmann et al. (2005) realizaram um estudo multicêntrico envolvendo 8 países, com 4.314 pacientes atendidos em unidades de emergência hospitalares. Os dados mostraram que, em todos os

locais, mais mulheres do que homens, em geral jovens, entre 21 e 33 anos, buscaram o hospital por tentativa de suicídio. O envenenamento foi o método predominante utilizado nas tentativas. Um inquérito de cunho populacional realizado no Brasil encontrou resultados semelhantes quanto ao comportamento suicida ser mais frequente em mulheres e em adultos jovens (BOTEGA et al., 2009). Apesar de serem dados importantes que direcionam hipóteses e políticas públicas, tais estudos não investigaram as dimensões singulares da tentativa de suicídio para o sujeito.

É difícil explicar porque algumas pessoas chegam ao ato suicida, enquanto outras em situação similar não o fazem (WERLANG, 2012). Por se tratar de um fenômeno complexo e subjetivo não é possível encontrar uma causa ou um motivo único desencadeador e explicativo da tentativa de suicídio. Cavalcante et al. (2012) realizaram um estudo qualitativo, sobre tentativas e ideações suicidas, com idosos em 13 cidades brasileiras. Os resultados sugerem uma multiplicidade de fatores associados ao fenômeno, destacando-se os quadros depressivos relacionados a perdas familiares, financeiras, sentimento de abandono e solidão; sofrimento por doenças crônicas; associação com uso abusivo de álcool e outras drogas e a vivência de situações de violência ao longo do ciclo de vida. As autoras consideraram importante ouvir as pessoas idosas sobre suas razões para tentar o suicídio e com base nos resultados puderam sugerir fatores protetivos para esta população.

Discutir sobre os meios de se prevenir o suicídio é algo fundamental, mas que torna necessário compreender os fatores de risco e de proteção tanto no âmbito coletivo, quanto no individual. Botega et al. (2006) elencaram que no nível coletivo o elemento cultural pode influenciar nas taxas de suicídio de acordo com o tipo de sociedade e seus valores. Por exemplo, sociedades que valorizam a solidariedade e são mais abertas ao diálogo possuem uma tendência a favorecer aspectos de proteção. Já no nível individual, estabelecer bons vínculos, pertencer a um grupo ou comunidade, a religiosidade, o sentimento de ser importante na vida de outras pessoas e estar empregado ou ter uma ocupação são fatores protetivos.

Em relação à rede de apoio social, esta pode constituir-se tanto como um fator de proteção quanto um fator de risco à tentativa de suicídio, a depender da qualidade e forma como as relações se estabelecem, sendo que a ausência de pessoas significativas aumenta a probabilidade dos comportamentos suicidas (FONSECA et al., 2010; GASPARI; BOTEGA, 2002). Ao caracterizar a rede de apoio dos pacientes após uma tentativa de suicídio, Machado,

Soares e Mastine (2014) encontraram vínculos frágeis e conflituosos, ausência de amigos e de atividades de lazer, além de uma história de infância marcada pelo trauma.

No que se refere aos fatores de risco para a morte por suicídio, o histórico de transtorno mental e a existência de tentativas anteriores são importantes elementos apontados pela literatura. Os estudos acerca da prevalência de doenças psiquiátricas apresentam uma diversidade metodológica em relação ao tamanho das amostras e aos instrumentos de diagnóstico utilizados, o que dificulta a consistência dos dados. Entretanto, o Episódio depressivo maior tem sido o transtorno mental mais frequentemente associado às tentativas de suicídio, seguido dos quadros de ansiedade e o Estresse pós-traumático (SANTOS et al., 2009; ZATTI et al., 2015). Sobre a repetição do ato, uma pesquisa realizada na Dinamarca mostrou que 10,37% das pessoas que tentaram suicídio morreram em um período de seguimento inferior a quatro anos. Os autores defendem que indivíduos com histórico de tentativas de suicídio formam um grupo bem definido de risco e precisam de atendimento imediatamente após o episódio (CHRISTIANSEN & JENSEN, 2007).

Uma das contribuições da Psicanálise é o fato de o fenômeno do suicídio não ser compreendido somente pela via da psicopatologia descritiva, mas também pelo conceito de passagem ao ato. De acordo com Bergeret (1994), a passagem ao ato é definida como um tipo de ato agressivo repleto de sentido e singularidade, uma forma do indivíduo de expressar seu sofrimento. O indivíduo atua pela existência de um conflito psíquico que não consegue ser contido e nem elaborado por meio da fala ou do corpo somatizado (MARTINS-BORGES; MAYORCA; LIVRAMENTO, 2012). Assim, uma das principais estratégias para se evitar que o suicídio aconteça é oferecer atendimento de qualidade às pessoas que passaram por essa experiência (VIDAL; GONTIJO, 2013). Acredita-se que a escuta clínica torna possível a comunicação e a elaboração dos conteúdos conflitivos, interrompendo a repetição do ato.

Os casos de tentativa de suicídio que possuem média e alta letalidade são geralmente atendidos nas emergências hospitalares. Entretanto, nem sempre a equipe de um hospital geral está capacitada para atender esse tipo de demanda. No estudo realizado por Freitas e Martins-Borges (2014) foram identificados dois pólos em relação à atitude dos profissionais diante das tentativas de suicídio: alguns percebem o fenômeno como condição de sofrimento e adotam atitudes acolhedoras para com os pacientes, enquanto outros, ainda que reconheçam o sofrimento psíquico existente, veem o paciente que tentou suicídio como uma afronta a lógica

do cuidado à vida, alguém que apresenta uma problemática que não se encaixa nas atribuições dos serviços de saúde.

Segundo Bastos (2009) não se deve emitir um juízo de valor sobre a tentativa de suicídio, no sentido de desvalorizar ou supervalorizar; o imperativo é acolher e entender o que aquele sujeito está tentando comunicar. Estudos qualitativos com pessoas que tentaram suicídio podem contribuir para compreender o significado do ato e modificar as atitudes da equipe de saúde e da população em geral acerca do fenômeno. Marquetti, Vilarubia e Milek (2014) realizaram entrevistas com indivíduos que tentaram suicídio e apontaram que há um longo processo de sofrimento entre a ideia suicida e a consumação do ato, no qual a pessoa demonstra sinais de que não está bem, mas estas alterações não são percebidas por outros no seu cotidiano, nem mesmo pelos profissionais de saúde.

Outra pesquisa, realizada na Colômbia, buscou responder em que contexto e condições a tentativa de suicídio aconteceu, quais os seus significados para o sujeito e quais as motivações que podem gerar a ideação suicida ou o ato. O estudo aprofundou a compreensão sobre a agressividade e sugere que a pessoa que tenta suicídio trata a si mesma como um objeto odiado, assentado em um sentimento de menos valia e raiva. Destacou ainda, a dor psíquica como motor do impulso suicida, a fantasia de morrer associada à dificuldade em encontrar soluções para os problemas e uma tendência em estabelecer relações idealizadas, porém frágeis. Os autores apontaram que os estudos empíricos têm deixado de lado a possibilidade de entender o fenômeno a partir da vivência de quem realizou a tentativa de suicídio e defendem a metodologia qualitativa como uma importante forma de aprofundar a compreensão da dimensão psicológica (RENDON-QUINTERO; RODRIGUEZ-GOMEZ, 2016).

A lacuna existente nas pesquisas em relação ao suicídio foi também verificada no estudo de revisão de literatura conduzido por Minayo e Cavalcante (2015). Segundo as autoras, dos 75 artigos publicados entre 2002 e 2013 analisados, 94,7% das investigações eram de cunho epidemiológico e utilizavam principalmente fontes secundárias, sendo que os poucos estudos qualitativos careciam de consistência teórica e metodológica. O estudo supracitado referiu-se apenas aos idosos, não sendo encontrado nenhum trabalho semelhante que aborde a idade adulta.

Dado o exposto, evidencia-se a relevância social e científica em realizar uma pesquisa que buscou compreender a tentativa de suicídio baseado na perspectiva do sujeito que realizou o ato. No universo acadêmico, este estudo é importante na medida em que ocupa um espaço

que tem sido pouco explorado pelos pesquisadores brasileiros, principalmente no que se refere à população adulta. Para a sociedade em geral, os dados construídos a partir da fala dos participantes são uma fonte fundamental no subsídio de ações de prevenção e intervenções terapêuticas que sejam efetivas.

A construção deste trabalho foi motivada pela experiência de formação da pesquisadora enquanto residente de Psicologia no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC), que possibilitou o contato com pacientes atendidos após uma tentativa de suicídio e com famílias de pessoas que morreram por suicídio. No mestrado, a vinculação com o Núcleo de Estudos sobre Psicologia, Migrações e Culturas (NEMPsiC), proporcionou a continuidade do trabalho em conjunto com o hospital universitário e a participação como extensionista no Ambulatório de psicologia para pessoas em situação de crise com risco de suicídio; os atendimentos no ambulatório e o espaço de supervisão semanal deram suporte ao desejo em pesquisar o fenômeno da tentativa de suicídio.

O NEMPsiC tem como foco a migração e a interculturalidade, mas seus trabalhos congregam o campo da saúde mental e sua parceria com o HU-UFSC vai ao encontro da preocupação do núcleo em acolher as demandas relacionadas ao traumático. A dissertação converge com a linha de pesquisa “Atenção psicossocial, cultura e ambiente” do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, visto que aborda a questão do sofrimento psíquico de um sujeito inserido em um contexto histórico, social e cultural. Assim, a pergunta de pesquisa que será respondida ao longo do trabalho é: **Quais os significados atribuídos à tentativa de suicídio (TS) por sujeitos¹ que foram atendidos na emergência de um hospital geral após o ato?** Os objetivos serão detalhados na seção 1.2.

Após esta introdução, o leitor é convidado a compartilhar o desafio de dialogar sobre a inquietante temática do comportamento suicida, a qual se buscou abordar de forma consistente, integrada e ao encontro de reduzir o estigma e os “não-ditos” sobre o assunto. O capítulo 2 apresenta a fundamentação teórica com a definição do construto, a compreensão psicanalítica enquanto pressuposto epistemológico e a revisão integrativa da literatura, que forneceram embasamento para a elaboração da etapa empírica. No capítulo 3 aborda-se o

¹ O termo “sujeitos” é utilizado no texto em referência ao sujeito do desejo, delineado por Freud a partir da noção de inconsciente. O termo “participantes” é utilizado como referência àqueles que fizeram parte da pesquisa.

percurso metodológico, composto pelo contexto de realização da pesquisa, instrumentos e técnicas de coleta e análise dos dados. O capítulo 4 traz os resultados encontrados, inicia com a caracterização dos participantes e segue com a ilustração das categorias, subcategorias e elementos de análise que emergiram das entrevistas. O capítulo 5 discute cada uma das categorias e dialoga com o referencial teórico. Por fim, o capítulo 6 apresenta as considerações finais, onde são retomados os principais achados, apontam-se as limitações do estudo e sugestões para trabalhos futuros a partir das percepções da pesquisadora.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Compreender os significados atribuídos à tentativa de suicídio por sujeitos atendidos em um hospital geral após o ato.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar a tentativa de suicídio que levou ao atendimento na Unidade de Urgência e Emergência do HU-UFSC;
- b) Identificar os eventos desencadeadores associados pelo sujeito à tentativa de suicídio por ele realizada;
- c) Identificar as emoções que emergiram após a tentativa de suicídio;
- d) Identificar os fatores de risco e os fatores de proteção anteriores à tentativa de suicídio;
- e) Identificar os fatores de risco e os fatores de proteção posteriores à tentativa de suicídio.

2 DESENVOLVIMENTO

Problema de saúde pública ou o exercício de um direito pessoal? O paradoxo em torno do suicídio aponta para a complexidade do fenômeno. Marcado pela interação de dimensões individuais, biológicas, históricas, econômicas, políticas, sociais e culturais, o tema é debatido por diversos campos do conhecimento. O presente capítulo propõe-se a apresentar o panorama geral dos estudos, bem como delimitar a posição teórica e epistemológica que fundamenta este trabalho.

2.1 O SUICÍDIO COMO FENÔMENO

“Considero tão absurdo dizer que um homem é fraco porque se mata quanto chamar de covarde aquele que morre de uma febre maligna.
– Paradoxo! Um autêntico paradoxo! – disse Albert.”
(Goethe, 1774/1999, p. 52)

No mundo, mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano (WHO, 2014). Os boletins da Organização Mundial de Saúde falam sobre “números alarmantes” e “crescimento constante” das taxas do que é nomeado como morte voluntária. De acordo com Werlang (2013) o suicídio cresceu de forma importante nas últimas quatro décadas, envolvendo todas as faixas etárias, diferentes contextos socioeconômicos e culturais.

A despeito do inegável aumento na incidência de casos, o ato de matar-se não é algo novo. A citação utilizada no início deste capítulo refere-se a uma passagem de Goethe, em que o personagem Werther – no contexto da Europa Ocidental do século 18 – contesta a representação de suicídio como um ato de covardia ou fraqueza. Werther comunica seu sofrimento por meio de cartas a um amigo, mas não acredita que algo possa ser feito em seu auxílio. Tais crenças, carregadas de juízos de valor, podem transformar o tema em tabu e fazer com que pessoas em sofrimento não busquem ajuda por vergonha ou medo de serem julgadas (MORETTO et al., 2017). A visão da sociedade sobre o suicídio passou por transformações ao longo da história da humanidade, desse modo, definir o fenômeno implica em refletir criticamente sobre a construção do conceito.

Na Antiguidade Greco-Romana, o termo suicídio ainda não era utilizado. Porém, matar a si mesmo era uma possibilidade legítima, desde que previamente autorizada pelo Estado. O sujeito deveria convencer as autoridades de que a morte era a única forma de acabar

com o seu sofrimento. Cabe ressaltar que a autorização não poderia ser dada a escravos, soldados e criminosos. Entre os filósofos, Platão considerava o ato uma covardia, mas defendia que poderia ser praticado em situações extremas. Já Aristóteles considerava uma irresponsabilidade social, pois, ao se matar, o cidadão ativo estaria deixando de produzir, prejudicando a sociedade (BOTEGA, 2015; MELLO, 2017). Assim, decidir quando e como morrer era uma espécie de privilégio, concedido a poucos.

Durante a Idade Média, com as guerras e as epidemias que geraram grande decréscimo populacional, predominou a visão do suicida como alguém que prejudicava a sociedade. Matar a si mesmo passou a ser compreendido como crime, os bens da família eram confiscados e o corpo do “criminoso” era mutilado. Nos casos de tentativa de suicídio, em que a morte não era consumada, o sujeito era condenado ao pagamento de multa ou à prisão (NETTO, 2013). No mesmo sentido, o de evitar a morte pela via da punição, com o advento do Cristianismo o suicídio passou a ser considerado um pecado, não se justificando sob nenhum pretexto. A Bíblia não condenava claramente o ato, mas importantes teólogos do período medieval como Santo Agostinho e São Tomás de Aquino defendiam que a vida é dada por Deus e matar-se seria contrariar a vontade Dele (BOTEGA, 2015).

A esfera religiosa, desde então, ocupa importante papel na representação que se tem sobre a vida e a morte, circunstância que influencia a postura adotada frente ao suicídio. No Japão e na China alguns rituais inserem a possibilidade de tirar a própria vida em defesa da honra ou pelo sacrifício a outrem (WERLANG; ASNIS, 2004). Já no Islamismo, o desespero diante das situações mundanas é considerado o mesmo que duvidar da misericórdia divina e matar a si mesmo seria um crime pior que o assassinato, com manifestas sanções no Alcorão – o livro sagrado. Os países islâmicos registram baixas taxas de suicídio, com números até dez vezes menores que as estatísticas brasileiras (BOTEGA, 2015; WHO, 2014). Tais dados trazem questionamentos acerca da dimensão cultural que perpassa o fenômeno, uma vez que a religião é apenas um dos elementos da cultura.

Na esfera jurídica, em alguns países o suicídio permanece com o status de crime. Mishara e Weisstub (2016) publicaram uma revisão das leis de 192 países e estados independentes; o trabalho mostra que, em 25 destes territórios, o suicídio é ainda ilegal e a pessoa que atenta contra a própria vida pode ser presa, condenada a pagar multa ou ambos. O código penal de Bahamas, por exemplo, prevê condenação à prisão perpétua. Para os autores, ao acreditar que matar a si mesmo é um ato consciente e equivalente a assassinar outra pessoa, a aplicação da pena pode ser vista como uma reparação necessária; entretanto, questiona-se

até que ponto as pessoas que tentam suicídio realizam o ato de forma voluntária. Por outro lado, se a prisão for uma forma de inibir a repetição do ato, é mais provável que novas tentativas sejam reduzidas por tratamentos de saúde e cuidados psicossociais do que pelo medo da punição.

No campo da ciência, foi a partir do século 17 que o suicídio passou a ser objeto de investigação. Os estudos inicialmente foram inspirados pela perspectiva do fenômeno como um dilema humano e na possível liberdade individual de optar pela morte; o pensamento dominante na época foi ilustrado no célebre “ser ou não ser” de William Shakespeare (BOTEGA, 2015). Nos anos seguintes, e até os dias de hoje, são frequentes as discussões acerca do suicídio como um ato de livre-arbítrio, portanto um direito; dever ético ou moral; ou um ato de insanidade (BERTOLOTE, 2013). Aos pesquisadores caberia explicar as motivações da pessoa que comete suicídio, havendo uma inquietação em responder o porquê de alguém matar-se.

A medicina teria sido a primeira das ciências a tentar explicar as causas do suicídio. Foi o médico inglês Thomas Browne, em 1645, quem pela primeira vez utilizou o termo *suicide*; o autor acreditava que existiam duas formas distintas de suicídio: uma heroica e outra patológica. Já uma das maiores autoridades da psiquiatria, Philippe Pinel (1745-1826), afirmava que o suicídio tinha as características das alienações mentais e que somente na vivência de um delírio o sujeito cometeria tal ato. Assim, sendo a pessoa acometida por uma doença mental, o suicídio seria um ato involuntário e, portanto, não digno de punição, mas sim de tratamento (BERTOLOTE, 2013; RAMOS; FALCÃO, 2011).

Até o final do século 19 a tentativa de compreensão do ato suicida esteve sempre relacionada ao indivíduo. É em 1897, com a publicação do livro *Le suicide*, de Emile Durkheim (1858-1917), que se insere a perspectiva sociológica como uma nova forma de compreender o fenômeno, na sua relação com o coletivo. Durkheim (2011) critica a associação entre suicídio e alienação mental feita pelos médicos da época, “dos suicidas que eles conheceram e que, naturalmente, eram alienados, não se pode tirar conclusões para os que eles não observaram e que, no entanto, são em maior número” (p. 39). O autor ainda defende que “não há nenhum estado psicopático que mantenha com o suicídio uma relação regular e incontestável. Não é porque uma sociedade tem um número maior ou menor de neuropatas que ela tem um número maior ou menor de suicidas” (p.68). Para o sociólogo,

seria na análise da dimensão coletiva que estaria a resposta para as mortes por suicídio, sendo o indivíduo um produto do seu contexto histórico e social.

Na mesma época em que Durkheim se dedica a consolidar o campo da Sociologia, Sigmund Freud (1856-1939) desenvolve e estrutura o campo da Psicanálise, na busca por compreender o funcionamento psíquico do sujeito. As formulações freudianas serão aprofundadas na seção seguinte, mas cabe localizar que, a partir de Freud e com seus sucessores, nasce uma nova possibilidade de compreensão do suicídio. O fenômeno não é explicado nem exclusivamente pela via biológica da doença mental, nem pelo determinismo social, mas sim por uma angústia, que não consegue ser simbolizada e traduz-se em passagem ao ato (BRUNHARI; DARRIBA, 2014).

Já no século 20, Edwin Shneidman (1918-2009) funda uma disciplina específica com o nome de Suicidologia. Seus estudos se deram a partir da análise das cartas de despedida de pessoas que cometeram suicídio ao considerar os escritos uma importante fonte para capturar o fenômeno, uma vez que seria o penúltimo ato da existência da pessoa. Para esse autor, o suicídio seria uma crise psicológica e a Psicologia a ciência responsável por estudar o tema. Shneidman contribuiu com importantes conceitos e técnicas, como a autópsia psicológica, a pós-venção e a dor psíquica. Suas investigações sobre o tema fizeram com que investisse na convicção de que o suicídio poderia ser evitado, sendo o pioneiro no campo da prevenção (CHAVEZ–HERNANDEZ; LEENAARS, 2010).

Ao longo dos anos, busca-se desconstruir, gradualmente, a representação do suicídio como crime ou fraqueza e apresentá-lo como um ato praticado por um sujeito em situação de sofrimento psíquico. Para Cassorla (1998) uma pessoa pode matar-se de forma deliberada e intencional ou expor-se a condutas de risco de diversas maneiras, como a negligência nos cuidados com sua saúde ou o abuso de substâncias químicas. Pode-se dizer que o comportamento suicida aparece como uma interação de uma complexa rede de aspectos constitucionais, da história de vida e desenvolvimento, de circunstâncias sociais e de fantasias próprias sobre a morte e o pós-vida. A definição convencional de suicídio, como um ato voluntário e consciente, não é tão clara quanto se supõe. A pessoa que tenta o ato, ou que o comete, é ambivalente entre o desejo de viver e de morrer e passa por intenso conflito (BOTEGA, 2015; CASSORLA, 2004).

Cabe salientar que o impacto das mortes por suicídio ultrapassa o âmbito individual; elas atingem o entorno dos familiares, amigos e conhecidos, o que reforça a necessidade de compreender o fenômeno como uma importante questão de saúde pública. Segundo Moretto

et al. (2017), não basta falar de suicídio como se faz nas campanhas midiáticas, mas sim discutir seriamente os fatores que o geram e os sofrimentos a ele relacionados.

2.2 A COMPREENSÃO PSICANALÍTICA

Na seção anterior foi possível perceber que um mesmo fenômeno pode ser visto a partir de diversos ângulos e que, a depender da perspectiva adotada, suscitam-se compreensões diferentes. Assim, neste momento mostra-se necessário definir os pressupostos epistemológicos que nortearam a presente pesquisa, a saber, a teoria psicanalítica.

A Psicanálise, fundada por Sigmund Freud, tem no inconsciente um dos seus alicerces fundamentais, assim como a compreensão do sujeito humano tal qual um ser em constante transformação e permanente conflito. Além disso, esse sujeito ainda precisa se haver com as exigências da realidade externa e com os imperativos da sua consciência moral. Freud empenhou-se no interesse por fenômenos não racionais e buscou a conquista de tais terrenos para o campo do conhecimento científico, ao abordar simultaneamente três dimensões: tópica, referente às instâncias que compõem o aparelho psíquico; dinâmica, que seria o jogo de forças em conflito; e econômica, que diz respeito à distribuição e mobilidade das quantidades de energia psíquica em circulação (LOUREIRO, 2010).

Não houve exatamente uma parte da obra de Freud que tratasse precisamente sobre o suicídio, no entanto, em diversos textos o autor faz referência a essa questão e sua compreensão passa por reformulações (BASTOS, 2009; BOTEGA, 2015; PRIETO; TAVARES, 2014; WERLANG; MACEDO; KRUGER, 2004). Em uma de suas primeiras publicações, no livro Estudos sobre a histeria (1895) escrito em coautoria com Josef Breuer, os episódios de tentativa de suicídio foram relatados como um sintoma relacionado a um quadro de sofrimento e desorganização interna. Ao contar o caso de Ana O., escrevem que o afeto de angústia dominava o distúrbio psíquico da paciente.

Apesar de sua euforia noturna, seu estado psíquico continuava a se deteriorar. Surgiram fortes impulsos suicidas, que tornaram desaconselhável que ela permanecesse morando no terceiro andar [...] Não obstante, a mudança foi imediatamente seguida por três dias e três noites sem qualquer sono e sem alimento, por numerosas tentativas de suicídio – embora, como Anna ficasse num jardim, tais tentativas não fossem perigosas – (FREUD; BREUER, 1895/2016, p.35).

Após, na ocasião de um debate sobre suicídio na Sociedade Psicanalítica de Viena (1910), Freud vai dizer que não possui a resposta para o porquê de o indivíduo matar-se, visto

que é difícil pensar em como o ser humano poderia “subjuar-se ao extraordinariamente poderoso instinto da vida” (FREUD, 1910/2013, p.142). O autor propõe que a experiência irá fornecer pistas para entender o fenômeno e sugere como ponto de partida o estudo dos quadros de melancolia.

Em “Luto e Melancolia” (1915), uma comparação entre os dois estados é feita; em ambos há a perda de um objeto e a ambivalência entre o ódio e o amor, mas a principal diferença consiste no fato de que na melancolia há uma regressão da libido para o Eu. Assim, enquanto no luto o sujeito desinveste do mundo para se dedicar às lembranças do objeto perdido, na melancolia uma parcela de ódio volta-se para o sujeito e propicia uma diminuição da autoestima, recriminações e ofensas a si mesmo. O sujeito da melancolia ataca a si como forma de agredir ao outro, o que remete ao estágio do sadismo, que auxilia na compreensão do suicídio em Freud.

Há muito sabíamos, é verdade, que um neurótico não abriga ideias de suicídio que não venham de um impulso homicida em relação a outros, voltado contra si; mas era incompreensível o jogo de forças em que tal intenção consegue se tornar ato. Agora a análise da melancolia nos ensina que o Eu pode se matar apenas quando, graças ao retorno do investimento objetal, pode tratar a si mesmo como um objeto, quando é capaz de dirigir contra si a hostilidade que diz respeito a um objeto (FREUD, 1915/2010, p. 136).

A análise da melancolia mostra uma relação com a perda de um objeto retirado da consciência, em que a experiência do sujeito remete a uma perda muito além da perda do objeto em si. O sujeito melancólico quer atacar algo externo, mas volta contra si as recriminações, em um processo de identificação narcísica, configurando a insatisfação em relação ao Eu. A crise suicida seria uma dificuldade na expressão da pulsão agressiva no meio externo e uma conseqüente canalização da mesma para o interior do sujeito (BASTOS, 2009; PRIETO; TAVARES, 2014). A insatisfação consigo constitui-se na mais marcante característica da melancolia e a identificação narcísica seria o que torna o suicídio uma forma de matar a si para ou ao invés de matar o outro. Ao mesmo tempo o ato é auto e heteroagressivo, uma vez que, pelo componente do sadismo, deixa um sentimento de culpa e de responsabilidade no outro (CASSORLA, 1998).

No texto “Sobre a psicogênese de um caso de homossexualidade feminina” (1920/2011), Freud conta a história de uma jovem que se precipita através de um muro para uma linha ferroviária, no momento que seu pai lhe encontra acompanhada de uma mulher pela qual estava apaixonada. Aqui, interpreta a tentativa de suicídio ao mesmo tempo como autopunição e realização de um desejo e afirma que o inconsciente “está pleno de tais desejos de morte, inclusive em relação a pessoas amadas” (p. 137). Ele acrescenta que “não destoa de

nossa expectativa o fato de que motivos poderosos e variados tivessem de cooperar para tornar possível um ato como o da garota” (p. 137). Ao longo do caso, Freud distingue os motivos conscientes e os inconscientes que vêm a ser revelados na análise como desencadeadores do ato, sendo os últimos muito distintos dos que se mostram à primeira vista.

A associação entre suicídio e ato já havia sido descrita em "Sobre a psicopatologia da vida cotidiana" (1901/1996), quando Freud situou o fenômeno na mesma categoria dos atos falhos e lapsos. O ato aparece como determinações inconscientes que escapam por meio dos equívocos e erros e “refere-se a uma tendência à autodestruição implícita nos ferimentos autoinfligidos e nos suicídios concluídos ou não” (BRUNHARI; DARRIBA, 2014, p. 199). A tentativa de suicídio seria a falha que torna possível dar um significado ao ato.

Para Zimerman (2004), as atuações são uma importante forma de uma primitiva comunicação não-verbal. O conceito de ato está relacionado a atuar, que é utilizado de duas maneiras distintas: como *acting-out*, quando na situação analítica e em uma relação transferencial; e como passagem ao ato, quando se refere a comportamentos impulsivos e violentos, geralmente externos ao *setting* terapêutico – ao exemplo do assassinato e do suicídio (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001; ZIMERMAN, 2004).

Compreender o suicídio a partir do conceito psicanalítico de passagem ao ato é compreendê-lo como a tradução de um conflito psíquico, a expressão de um excesso que transborda. Para Martins-Borges, Mayorca e Livramento (2012) “as passagens ao ato têm uma estrutura dinâmica, diretamente relacionada com a experiência do sujeito, sua organização intrapsíquica, suas necessidades afetivas e suas maneiras de estabelecer e viver relações interpessoais” (p.160). Assim, ao buscar os significados da tentativa de suicídio, os dados serão analisados com base nos conceitos aqui expostos, como forma de apreender a dinâmica psíquica e o que estaria sendo comunicado pelo sujeito através da passagem ao ato.

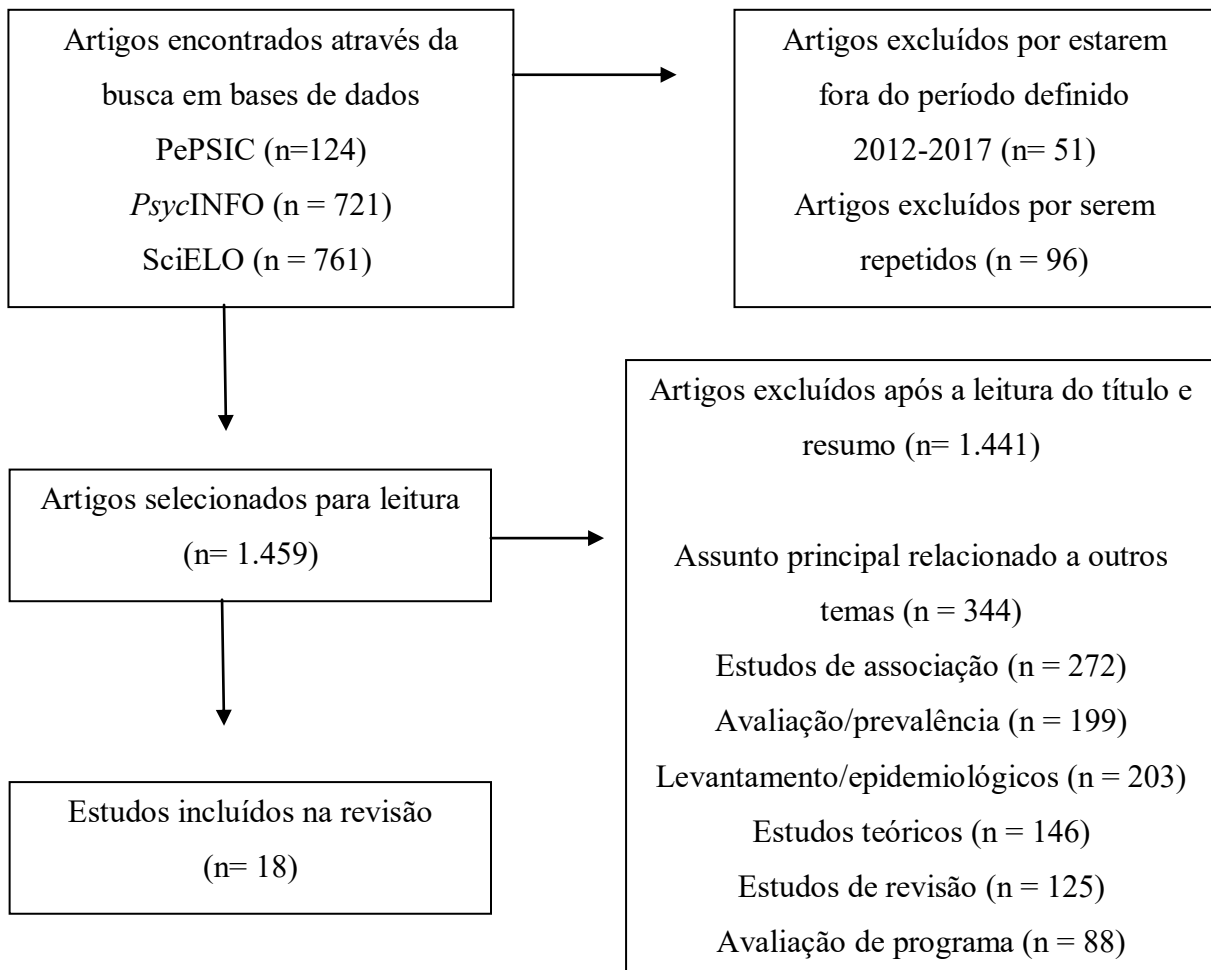
2.3 REVISÃO INTEGRATIVA

Esta seção apresenta o estado da arte acerca da temática do suicídio através da realização de uma revisão integrativa da literatura. Para tal, foram consultados o portal PePSIC (Periódicos Eletrônicos de Psicologia), as bases de dados da PsycINFO e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*). A PsycINFO, produzida pela Associação Americana de Psicologia, foi escolhida por ser uma das principais bases de dados da área, com uma

ampla cobertura no campo da psicologia e das ciências sociais e do comportamento. A opção pela SciELO vai ao encontro do objetivo de ter acesso a estudos de outras áreas do conhecimento, uma vez que esta biblioteca disponibiliza publicações multidisciplinares dos periódicos científicos de países ibero-americanos e da África do Sul de acesso aberto. Em relação ao PePSIC, trata-se de um portal que reúne os estudos gerados nos países da América Latina sobre temas específicos da psicologia, também a partir da publicação de revistas científicas de acesso aberto.

Utilizaram-se os termos de busca *suicide* OR “*suicide attempted*”, definidos a partir de descritores padronizados pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e pelo *Medical Subject Headings* (MeSHTerms). A pesquisa englobou os artigos publicados no período de 2012 a 2017. O objetivo da revisão foi responder a pergunta: **Como foram conduzidas as pesquisas empíricas sobre suicídio e/ou tentativa de suicídio que apresentam como objetivo compreender o significado do ato?** Como critério de inclusão os artigos deveriam contribuir para responder a pergunta de pesquisa; ter como idioma português, inglês ou espanhol; ser um estudo empírico; e, estar dentro do parâmetro cronológico definido (2012-2017). Foram excluídos os trabalhos cujo assunto principal não era a temática do suicídio; artigos teóricos; artigos de revisão; estudos sobre prevalência que avaliaram ideação suicida; estudos epidemiológicos; estudos psicométricos; estudos que buscavam a associação entre variáveis; e, estudos de avaliação de programas (Figura 1).

Figura 1 - Diagrama do fluxo de seleção dos estudos nas bases de dados.



Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Os artigos encontrados foram heterogêneos em relação às bases de dados, na *PsycINFO* predominaram os estudos de associação entre variáveis na tentativa de prever o comportamento suicida e as pesquisas de avaliação de programa de intervenção ou treinamento de profissionais. Na *SciELO* os estudos de levantamento com cunho epidemiológico foram os mais frequentes, enquanto no *PePSIC* foi possível encontrar uma maior porcentagem de artigos teóricos e artigos empíricos de abordagem qualitativa. Tal evidência reforça a complementaridade entre as bases consultadas e a ampla abrangência desta revisão, assim como sugere uma possível diferença cultural entre os países na forma de conduzir pesquisas.

No que se refere à especificação de “assunto principal relacionado a outros temas” destaca-se a frequência de estudos cujos temas principais foram Transtorno de Estresse Pós-

Traumático, Transtorno de Personalidade Borderline, Transtornos Depressivos, automutilação sem ideação suicida, pesquisas realizadas com militares veteranos de guerra e artigos sobre suicídio assistido. Verificou-se também a emergência de estudos sobre as mídias, avaliação das notícias de jornais, pesquisas conduzidas em *websites* de busca como o Google, em *blogs* ou em comunidades de redes sociais e desenvolvimento de aplicativos para telefone móvel com a finalidade de fornecer suporte e gerenciamento de risco.

Os estudos selecionados para compor a análise desta revisão foram prioritariamente aqueles realizados com os próprios sujeitos que haviam tentado suicídio (n=7), seguido pelos trabalhos com os profissionais responsáveis pelo cuidado (n=5) e com os familiares e pessoas próximas (n=5). Apenas um estudo abordou as três populações: sobreviventes, familiares e curandeiros, conforme mostra o Quadro 1. As principais abordagens metodológicas foram a qualitativa e o estudo de métodos mistos, a técnica de coleta de dados mais frequente foi a entrevista, utilizando o roteiro semiestruturado como instrumento.

Quadro 1 – Matriz de apresentação dos estudos analisados.

Título	Ano	Estudo	Contexto/Participantes
Relação amorosa e tentativa de suicídio na adolescência: uma questão de (des)amor	2012	Azevedo e Dutra	4 jovens (idades entre 12 e 18 anos) que tentaram suicídio com ingestão de medicamentos
A experiência suicida numa perspectiva humanista-fenomenológica	2012	Rocha, Boris e Moreira	6 pacientes homens internados em um hospital psiquiátrico com histórico de tentativa de suicídio
Suicídio de agricultores no Rio Grande do Norte: compreensão fenomenológica preliminar dos aspectos existenciais	2013	Dutra e Roehe	20 pessoas entre familiares de pessoas que cometeram suicídio e moradores das cidades
O psicólogo e o atendimento a pacientes com ideação ou tentativa de suicídio	2013	Zana e Kovács	3 psicólogos clínicos
Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis	2014	Freitas e Martins-Borges	16 profissionais de serviços de urgência e emergência
Os motivos da escolha do fogo nas tentativas de suicídio realizadas por mulheres	2014	Maciel, Castro e Lawrenz	8 mulheres que haviam sofrido queimaduras autoinfligidas
Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio	2016	Fukumitsu e Kovacs	9 filhos de indivíduos que consumaram suicídio

(continuação)

Título	Ano	Estudo	Contexto/Participantes
Percepções de uma equipe de saúde mental sobre o comportamento suicida	2016	Oliveira et al.	9 profissionais de saúde em uma unidade de internação psiquiátrica
Structuring Roles and Gender Identities within Families Explaining Suicidal Behavior in South India	2016	Lasrado et al.	15 sobreviventes de tentativa de suicídio, oito profissionais de saúde mental e oito curandeiros tradicionais do sul da Índia
Factors Related to Suicide in LGBT Populations	2016	Skerrett, Kolves e De Leo	27 entrevistas de autópsia psicológica realizadas com pessoas próximas de LGBTs que morreram por suicídio
Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas	2016	Ribeiro et al.	11 homens usuários de álcool e outras drogas que tentaram suicídio
Vivencias y experiencias de individuos con ideación e intento suicida	2016	Rendon-Quintero e Rodriguez-Gomez	5 mulheres e 3 homens que haviam cometido uma tentativa de suicídio
Narrativas indígenas sobre suicídio no Alto Rio Negro, Brasil: tecendo sentidos	2016	Souza	7 narrativas sobre suicídio de um kumu (curandeiro tradicional)
Narrativas de familiares sobre o suicídio de idosos em uma metrópole amazônica	2017	Costa e Souza	8 familiares de idosos que morreram por suicídio
O comportamento suicida de idosos institucionalizados: histórias de vida	2017	Minayo, Figueiredo e Mangas	16 homens e mulheres idosos que residem em Instituições de Longa Permanência e que tentaram suicídio ou têm comportamento suicida.
Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial	2017	Muller, Pereira e Zanon	5 profissionais que formam a equipe de saúde interdisciplinar de um CAPS
Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio	2017	Silva et al.	6 enfermeiras em equipes de Estratégia de Saúde da Família

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

No que se refere à investigação do fenômeno pela perspectiva dos sujeitos que realizaram tentativas de suicídio, um dos artigos encontrados trabalhou as especificidades

relacionadas ao período de desenvolvimento da adolescência (AZEVEDO; DUTRA, 2012). A análise dos dados levantou questões como a impulsividade do ato, que costuma ser precedido de gatilhos relacionados a frustrações, experiência de perdas parentais ou separação dos pais, vivências referentes a relações amorosas, referência de baixa autoestima e a necessidade de sentir-se especial para o outro como elementos importantes para compreender os casos de tentativas de suicídio entre os jovens. Quanto ao percurso metodológico, o artigo apenas descreve que foram recrutados quatro participantes através de duas vias de acesso, mas não detalha o processo.

Outro estudo, realizado com homens internados em um hospital psiquiátrico (ROCHA; BORIS; MOREIRA, 2012), levantou questões relacionadas aos eventos após uma tentativa de suicídio, como a redução do ato a um quadro de loucura, a internação e o refúgio na prática religiosa. Os sujeitos entrevistados tentaram suicídio mais de uma vez e com diferentes métodos, principalmente o enforcamento. Relataram ouvir vozes com conteúdo persecutório e com comando para que cometessem o suicídio, além de dificuldade em conversar com seus familiares sobre os problemas que estavam enfrentando e sobre o pensamento de se matar. O trabalho de Machado, Soares e Mastine (2014) corrobora a existência de um fraco apoio social na história de vida dos pacientes que tentaram suicídio; os autores defendem que a presença de uma rede de apoio pode ser um recurso de prevenção e a falta dela um fator de risco para a passagem ao ato. Este estudo foi realizado com pacientes internados em um hospital geral após uma tentativa de suicídio por produtos químicos e utilizou o ecomapa como instrumento.

Dois artigos encontrados utilizaram a palavra “motivos” em seu título, o primeiro (RIBEIRO et al., 2016) abordou homens usuários de álcool e drogas que tentaram suicídio e estavam em tratamento, a dependência química mostrou-se um elemento agravante ao sofrimento vivenciado em suas biografias de vida e no cotidiano. Dificuldades financeiras e no sustento da família também foram apontadas como elementos que motivaram estes homens a flertar com a morte, associado a um sentimento de que a vida não valia ou de que eles não valiam para a vida. Já Maciel, Castro e Lawrenz (2014) entrevistaram oito mulheres que haviam ateado fogo no próprio corpo. Dentre os antecedentes da tentativa de suicídio, se destacam no relato da história de vida destas mulheres a violência sofrida durante a infância e/ou idade adulta, vivência de abuso sexual, perdas significativas e não elaboradas durante a infância e adolescência, fragilidades nas relações interpessoais com rompimentos familiares e relações escassas de amizade, dificuldade em falar e expressar seus sentimentos, diagnóstico

de psicopatologia, tentativas de suicídio anteriores, história de traição e medo do descaso/abandono por parte dos seus parceiros.

No mesmo caminho dessa busca por respostas, uma pesquisa realizada na Colômbia (RENDON-QUINTERO; RODRIGUEZ-GOMEZ, 2016) com homens e mulheres que haviam tentado suicídio e compuseram uma amostra heterogênea no que se refere à idade, situação laboral e relacionamento conjugal, indicou a presença de sentimento de solidão em todas as entrevistas. Os dados foram analisados a partir de uma epistemologia psicodinâmica e os autores chamam atenção para a dor psíquica, a agressividade dirigida para si mesmo e questões relacionadas aos vínculos afetivos como importantes elementos para se compreender o ato suicida. O artigo não apresenta o tempo transcorrido entre as tentativas de suicídio e a realização da pesquisa, mas insere como critério de inclusão que os participantes estejam recebendo tratamento especializado com psicólogo ou psiquiatra.

Conhecer a história de vida de quem tenta suicídio ou apresenta ideação é fundamental, considerando a singularidade do fenômeno. Nesse sentido, Minayo, Figueiredo e Mangas (2016) entrevistaram idosos internados em instituições de longa permanência para investigar o suicídio na velhice. A pesquisa foi realizada em duas etapas, em um primeiro momento 122 sujeitos responderam a um formulário socioeconômico, demográfico e de avaliação sobre pensamentos de morte; aqueles que foram identificados com histórico de comportamento suicida foram convidados a participar de uma conversa em profundidade. Os resultados sugerem que o suicídio na velhice diz mais sobre a existência como um todo do que sobre eventos específicos. Todos os entrevistados experienciavam limitação financeira e negligência familiar com abandono. A trajetória de vida dos homens e mulheres foram bastante diferentes, com as mulheres ocupando posições domésticas enquanto os homens trabalhavam fora. No entanto, o sentimento de solidão foi algo presente igualmente em ambos os gêneros.

Em relação ao cuidado profissional aos sujeitos em crise suicida, o estudo realizado com enfermeiros que trabalham na atenção básica (SILVA et al., 2017) evidencia que não são desenvolvidas ações específicas e concretas de prevenção ao suicídio nos Centros de Saúde que compõem a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os entrevistados verbalizaram dificuldade em falar com os usuários sobre suicídio por não se sentirem capacitados e percebem o tema ainda como um tabu na atenção básica. O estudo mostra que não só a

questão específica do comportamento suicida, mas o trabalho em saúde mental no geral se mostra também frágil neste nível de atenção.

Já nas Unidades de Urgência e Emergência o contato dos profissionais com a temática do suicídio acontece geralmente na intervenção com pacientes após o gesto autoagressivo. Estes locais, em sua maioria, também atendem outros tipos de demandas, como acidentes de trânsito, infarto agudo do miocárdio e doenças crônicas agudizadas, de “origem orgânica”. Freitas e Martins-Borges (2014) entrevistaram 16 profissionais que trabalham nestes ambientes, entre médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos e apontaram para uma dualidade em relação ao significado atribuído ao suicídio. Por um lado, o gesto é visto como uma condição de sofrimento, situação em que o sujeito necessita de acolhimento e suporte emocional, mas por outro, a tentativa de suicídio também é compreendida pejorativamente como uma forma de chamar a atenção e que não seria uma atribuição dos serviços de saúde, que existem com a função de ajudar “quem quer viver”.

Em relação à prevenção e pós-venção do suicídio nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), uma pesquisa realizada com profissionais da equipe interdisciplinar (MULLER; PEREIRA; ZANON, 2017) mostrou que um dos principais desafios é a adesão dos pacientes e de seus familiares ao tratamento. A estratégia para driblar o abandono costuma ser entrar em contato telefônico ou realizar visita domiciliar. Os profissionais também denunciam em suas falas a fragilidade da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), principalmente no que se refere à comunicação entre a ESF, o CAPS e os hospitais. Tal fragilidade no sistema de saúde vai ao encontro dos achados de Freitas e Martins-Borges (2017) que apontam para a falta de opções de encaminhamento para as pessoas que tentaram suicídio relacionada à grande demanda e poucos locais disponíveis para dar continuidade ao cuidado.

Mesmo quando a equipe é especializada em saúde mental, como no estudo conduzido com profissionais de uma unidade de pronto-socorro psiquiátrico (OLIVEIRA et al., 2016), os participantes relataram que não se sentem capacitados/preparados para lidar com o tema do suicídio. Elencaram ainda sentimentos como medo, ansiedade, frustração, tristeza e indignação diante do atendimento a pessoas com comportamento suicida. No que diz respeito especificamente à psicologia, Zana e Kovács (2014) realizaram um estudo com três psicólogas que possuíam experiência no atendimento a sujeitos com ideação ou histórico de tentativa de suicídio e salientaram a importância de permitir ao paciente que fale sobre a própria morte e fantasias relacionadas a ela. As autoras afirmam também que a questão do suicídio mobiliza o psicólogo, tanto no âmbito profissional quanto pessoal, principalmente em

relação a manter o sigilo e estabelecer contrato de vida, permeado pelo receio de ser “culpado” por uma possível passagem ao ato por parte do paciente.

A morte por suicídio, considerada algo que afeta de forma tão singular os profissionais envolvidos, é provável que afete também de forma significativa os familiares e as demais pessoas que conviviam com aquele que morreu. Fukumitsu e Kovács (2016) defendem que a repercussão da morte por suicídio para aqueles que ficam apresenta especificidades que tornam o processo de luto diferente de quando a morte acontece por outras causas. As autoras entrevistaram seis filhos de sujeitos que haviam cometido suicídio; entre os critérios de inclusão a perda do familiar deveria ter acontecido há mais de dois anos com o argumento de não gerar sofrimento adicional. Os resultados apontaram para um sentimento de vazio e um misto de raiva e culpa que se alicerça na ausência de explicações ou respostas.

Outros estudos realizados com familiares tiveram como objetivo principal construir um quebra-cabeça que pudesse preencher essa lacuna por respostas quando alguém tira a própria vida. O trabalho realizado em cinco cidades que apresentavam alto índice de suicídio de agricultores (DUTRA; ROEHE, 2013) apontou que, diante da necessidade de compreender o porquê o sujeito se matou, as pessoas no geral costumam supor motivos e produzir juízos de valor, onde entrariam julgamentos como “um ato de fraqueza” ou “um ato de coragem”. Os familiares participantes da pesquisa foram recrutados a partir de fontes de informação policiais, o artigo não descreve grau de parentesco, proximidade ou outros dados sociodemográficos dos entrevistados.

Conclui-se com esta revisão que a temática do suicídio é bastante ampla e que prevalecem os estudos quantitativos. Os artigos aqui selecionados apontam à necessidade de se realizar mais estudos de abordagem qualitativa que discutam os três ângulos do fenômeno: o olhar daqueles que realizaram tentativas de suicídio e sobreviveram, daqueles que prestam cuidados a sujeitos em crise suicida e daqueles que perderam um ente querido por suicídio. No que se refere aos estudos conduzidos com os próprios sujeitos após o ato suicida – objetivo principal desta dissertação – foi possível corroborar a hipótese inicial de que é um trabalho incipiente, exploratório, com desafios éticos e metodológicos no processo de realização das pesquisas.

3 MÉTODO

“[O método] não é um *a priori* da pesquisa, ele faz parte dela... é sempre um caminho provisório para entender uma determinada questão” (FURLAN, 2008, p. 25).

Este capítulo apresenta o percurso metodológico construído para a realização da pesquisa. As etapas são descritas de forma a proporcionar ao leitor a viabilidade de replicar o estudo, bem como levantar novas possibilidades de caminhos. É feita a descrição do local onde o trabalho foi desenvolvido, os critérios para inclusão dos participantes, a forma de acesso aos mesmos, as questões éticas envolvidas, os instrumentos utilizados e o método de análise dos dados.

3.1 DELINEAMENTO DE PESQUISA

A presente pesquisa buscou gerar novos conhecimentos científicos que possam ser aplicados no campo da prevenção ao suicídio. O intuito, tanto de preencher uma lacuna teórica quanto de auxiliar na resolução de um problema já identificado, insere este trabalho na categoria de pesquisas com finalidade básica estratégica, de acordo com a classificação sugerida por Gil (2010). No que tange aos seus objetivos, caracteriza-se como um estudo descritivo, pois trata de um tema já explorado pela literatura, cujo foco consistiu em detalhar as dimensões do fenômeno investigado – significados da tentativa de suicídio – a fim de melhor compreendê-lo. Quanto à temporalidade, é transversal, uma vez que os dados foram coletados em um único ponto do tempo.

A abordagem utilizada neste estudo é qualitativa, em virtude do interesse estar em apreender a singularidade e a diversidade dos significados que as pessoas dão às suas ações, sentimentos e vivências, preocupando-se mais com o aprofundamento dos conteúdos do que com a sua generalização (MINAYO, 2017). A pesquisa qualitativa busca, a partir de um contato intenso com o contexto, produzir resultados que não são alcançados por meio das técnicas de mensuração. Alguns dados foram quantificados, como no caso dos dados sociodemográficos, mas com o intuito de caracterizar os participantes da amostra (GRAY, 2012; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Quanto ao desenho de pesquisa, enquadra-se no que Hernandez-Sampieri, Fernandez-Collado e Baptista-Lucio (2013) nomeiam como desenhos narrativos, em que se realizou a coleta de dados junto às pessoas fazendo referência a um episódio de sua vida – no caso, a tentativa de suicídio. Segundo Creswell (2007), quando as pessoas contam suas experiências

para pesquisadores elas se sentem ouvidas, o que enriquece ambos, além de auxiliar o participante a dar um novo significado para sua vivência.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO

O contexto de acesso aos participantes foi o Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC), instituição exclusivamente pública, localizada na capital do Estado de Santa Catarina, região sul do Brasil, que atende usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), escolhido por conveniência intencional. Trata-se de um hospital geral que presta atendimento a nível ambulatorial e internação em diversas especialidades (cirurgia vascular, cirurgia geral, proctologia, ginecologia, gastroenterologia, pediatria, onco-hematologia, entre outros), além de fornecer pronto atendimento emergencial em casos de alta complexidade nas áreas pediátrica, ginecológica, obstétrica e adulto.

O HU-UFSC é uma referência para a região da Grande Florianópolis no atendimento de pessoas que tentaram suicídio, principalmente nos casos de intoxicação exógena, uma vez que abriga o Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Santa Catarina (CIATox/SC) em suas instalações (MACHADO; MARTINS-BORGES; NUNES, 2016). O hospital conta com um Serviço de Psicologia que dá suporte aos atendimentos e a Unidade de Emergência Adulto é a porta de entrada para os casos de tentativa de suicídio. Os profissionais acompanham o paciente e sua rede de apoio durante todo o processo de internação e articulam o seguimento da assistência após a alta hospitalar com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) de Florianópolis e região.

Um dos preceitos do HU-UFSC é desenvolver parcerias com a Universidade, assim, a equipe de Psicologia da Unidade de Emergência Adulto trabalha em conjunto com o NEMPsiC, fomentando práticas que reúnem as psicólogas do setor, residentes do hospital, estagiários da graduação e alunos de pós-graduação, com supervisão da professora e coordenadora do núcleo. O trabalho compartilhado também tornou possível a implementação, no ano de 2015, de um Ambulatório de Psicologia para pessoas em situação de crise com risco de suicídio, que recebe pacientes encaminhados para atendimento no formato de psicoterapia breve. Os encontros são semanais, com duração aproximada de doze sessões e posterior encaminhamento do paciente para a continuidade do cuidado em outros dispositivos vinculados ao seu território – a pesquisadora faz parte do projeto enquanto extensionista.

Desta forma, a presente pesquisa se soma aos trabalhos desenvolvidos no âmbito das atividades de ensino e de extensão.

3.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

O acesso aos participantes se deu por meio de indicação das psicólogas da Unidade de Urgência e Emergência, a partir dos seguintes critérios de inclusão: a) ter realizado uma tentativa de suicídio; b) ter sido atendido pelo Serviço de Psicologia do HU-UFSC; c) ter idade entre 20 e 59 anos; d) estar em acompanhamento com um profissional de saúde mental; e) ter transcorrido no mínimo 1 mês e no máximo 3 meses da última tentativa de suicídio. A faixa etária foi definida com base nos dados epidemiológicos, que situam no público de 20 a 59 anos o maior número de tentativas de suicídio no município de Florianópolis (DIVE, 2017). Não foram convidados a participar: a) aqueles cuja pesquisadora estava prestando atendimento enquanto psicóloga do ambulatório; b) aqueles que pela gravidade da tentativa de suicídio ou pela sua condição clínica a equipe de psicologia do hospital considerou como inoportuno, no sentido de gerar desconforto, falar sobre a pesquisa.

Para a caracterização sociodemográfica dos participantes foi utilizado o **Instrumento para registro de atendimento psicológico à tentativa de suicídio** (MACCHIAVERNI, MARTINS-BORGES; OLIVEIRA, 2013). O referido instrumento (ANEXO A) foi construído de forma que se adequasse ao contexto da Emergência do HU-UFSC e contemplasse informações importantes para encaminhamentos e futuras intervenções. Ele é dividido em blocos: identificação do paciente (blocos A e B), genograma (bloco C), história do evento (bloco D), histórico de saúde mental (bloco E), avaliação (bloco F) e encaminhamentos (bloco G); os blocos F e G não foram utilizados na pesquisa por serem de interesse específico para os atendimentos.

Quanto ao número de participantes, acredita-se que uma definição *a priori* seria abstrata e epistemologicamente controversa à lógica dos estudos qualitativos (MINAYO, 2017). Assim, a pesquisadora acessou o número máximo possível de pessoas, no período de tempo reservado para a coleta de dados. Inicialmente previsto para ter uma duração de quatro meses, o período de coleta foi estendido para seis meses, devido a dificuldades no acesso aos participantes – indisponibilidade para participar da pesquisa, problemas relacionados ao número de telefone informado ou não preenchimento do critério de estar acompanhado por profissional de saúde mental.

3.4 INSTRUMENTO E TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A pesquisa utilizou dados primários - a fala das pessoas - para responder aos seus objetivos. Assim, trabalhou-se com um roteiro semiestruturado de entrevista como instrumento de coleta (APÊNDICE A). Tal roteiro foi construído pela pesquisadora com a finalidade de responder aos objetivos específicos do estudo e baseado na fundamentação teórica acerca da temática do suicídio; sua elaboração teve a contribuição dos demais pesquisadores do NEMPsiC e dos membros da banca de qualificação do projeto desta dissertação.

Optou-se pelo uso da entrevista enquanto técnica principal para a coleta de dados por possuir comprovado valor científico no campo da Psicologia, possibilitando a obtenção de grande riqueza de informações, além de sua aplicação ser flexível e personalizada (CAMARGO; CORRER, 2011). A semiestruturação ou semidiretividade propõe um quadro de referência por parte do entrevistador, mas a ordem das questões e a forma como os temas são abordados por parte do entrevistado é livre (GHIGLIONE; MATALON, 1993). Desse modo, permitiu uma maior interação entre pesquisador e participante quando comparada ao uso de questionários fechados ou escalas psicométricas, por exemplo, por contemplar “uma relação mais de troca do que de ‘inquisição’” (BARBOSA; SOUZA, 2009, p.84). Dada a complexidade ética envolvida na pesquisa com pessoas que tentaram suicídio, entende-se como fundamental o uso de métodos que permitam uma postura de acolhimento e diálogo entre o pesquisador e os participantes da pesquisa.

3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Considerando as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12, esta pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil, encaminhada à direção do HU-UFSC e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovada através do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética de número 80351917.4.0000.0121. As pessoas que aceitaram participar do estudo assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), documento que garantiu o sigilo das informações obtidas e a liberdade para recusa ou retirar-se da pesquisa em qualquer momento. Não houve casos de desistência.

Quanto à especificidade da pesquisa com a temática do suicídio, Smith, Poindexter e Cukrowicz (2010) realizaram um estudo com pessoas diagnosticadas com transtorno depressivo e que responderam a um inquérito sobre comportamento suicida. Os participantes foram entrevistados 1 e 3 meses após o protocolo inicial e os resultados apontaram que não houve aumento da ideação ou tentativas de suicídio como resultado da participação. Ao contrário, a maioria dos participantes relatou diminuição da ideação suicida na primeira entrevista de seguimento e nenhuma alteração na segunda. Os autores sugeriram que abordar sobre comportamento suicida não oferece riscos e apresenta potencial terapêutico. No entanto, seus resultados foram limitados em função da amostra ser considerada pequena e restrita ao diagnóstico.

No mesmo sentido, mas com outro desenho metodológico, Eynan et al. (2013) realizaram um estudo para avaliar o efeito das entrevistas de pesquisa em pessoas que estiveram internadas no hospital psiquiátrico em decorrência de uma tentativa de suicídio. Os autores utilizaram instrumentos de medida para avaliar a ideação e o risco de suicídio antes do protocolo inicial e nas entrevistas de acompanhamento - 1, 3 e 6 meses após a alta hospitalar. A maioria dos participantes (87,9%) não apresentou alteração em relação ao risco de suicídio e 9% apresentaram diminuição da ideação suicida. Ao final do período de acompanhamento de 6 meses nenhum dos participantes apresentou aumento do risco.

Os achados demonstraram que a pesquisa envolvendo indivíduos com história de tentativas de suicídio pode ser conduzida sem o receio de elevar o risco de suicídio, desde que os protocolos de estudo estejam bem planejados e sejam executados por pesquisadores capacitados para identificar os participantes em risco elevado, fornecer intervenção se necessário e ter um fluxo definido de locais de tratamento disponíveis (EYNAN et al., 2013; SMITH; POINDEXTER; CUKROWICZ, 2010).

Tais estudos embasaram a decisão de inserir como critério de inclusão que os participantes estivessem sendo acompanhados por um profissional de saúde mental e que o tempo transcorrido entre a tentativa de suicídio e a entrevista não fosse inferior a 1 mês e nem superior a 3 meses. Estes critérios se mostraram importantes e garantiram que a coleta de dados ocorresse com riscos mínimos aos participantes. Uma entrevista não foi realizada porque a pesquisadora julgou que a possível participante estava emocionalmente fragilizada; a mesma preenchia os critérios, estava em acompanhamento psiquiátrico, mas não realizava psicoterapia. A participante foi encaminhada para atendimento no Ambulatório de Psicologia

para pessoas em situação de crise com risco de suicídio. Não foi necessário realizar nenhum outro tipo de encaminhamento.

3.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A primeira etapa da coleta de dados foi uma apresentação do panorama geral da pesquisa para a equipe de Psicologia que trabalha na Unidade de Emergência Adulto do HU-UFSC. Nessa reunião solicitou-se que os profissionais falassem aos seus pacientes sobre a pesquisa e solicitassem autorização para que a pesquisadora pudesse entrar em contato telefônico e realizar o convite de participação.

Semanalmente a pesquisadora foi até o hospital, no período de junho a dezembro de 2018, a fim de averiguar os pacientes disponíveis para que fosse feito o primeiro contato. Por telefone, a pesquisadora explicava novamente a pesquisa e realizava o convite de participação. No caso de aceite, era combinado um local de encontro presencial para a coleta de dados. Este local era pensado de forma a ser de fácil acesso aos participantes. Duas entrevistas foram realizadas nos Centros de Saúde (CS) próximos de suas residências – CS Tapera e CS Rio Vermelho, seis entrevistas no Serviço de Atenção Psicológica (SAPSI) da UFSC e outras duas entrevistas nos locais de trabalho dos participantes, fora do horário de expediente. O plano inicial era de que todas as entrevistas fossem realizadas nos Centros de Saúde, no HU-UFSC ou no SAPSI. Entretanto, optou-se por priorizar a escolha dos participantes pelo local em que se sentissem mais confortáveis a estar.

Cerca de trinta pacientes atingiram os critérios de inclusão. Destes, dez aceitaram fazer parte da pesquisa. Com cada participante realizou-se um encontro individual, com duração de aproximadamente 120 minutos, dividido em três momentos:

- 1) Apresentação e leitura do TCLE, possibilitando que o participante esclarecesse suas dúvidas e assinasse o documento;
- 2) Preenchimento pela própria pesquisadora do instrumento de caracterização;
- 3) Realização da entrevista propriamente dita.

As etapas 1 e 2, além da função explícita, serviram também como forma de estabelecer uma relação inicial de segurança e confiança entre participante e pesquisadora. Optou-se por gravar em áudio apenas o momento da entrevista.

3.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

A caracterização dos participantes foi organizada por meio de tabela, com o auxílio do programa de computador *Microsoft Office Excel* 2013. Quanto às entrevistas, o material gravado em áudio foi transcrito na íntegra e analisado de acordo com o método da análise de conteúdo, técnica da análise categorial, proposta por Bardin (1977/2009). A utilização de Bardin neste estudo justifica-se pela relevância de suas regras de organização, classificação e tratamento dos dados. A técnica consiste em três fases, apresentadas a seguir.

A primeira fase é a pré-análise, na qual se realizou uma escuta exaustiva das entrevistas e posterior transcrição. Neste momento foram estabelecidas as hipóteses da pesquisa; este estudo incluiu apenas os conteúdos manifestos na transcrição das falas. O segundo momento deu-se na exploração do material através de codificação, classificação e agregação, identificando categorias convergentes; esta etapa foi realizada de forma manual, sem a utilização de *software*. Ao final, os resultados obtidos foram tratados e interpretados a partir da perspectiva epistemológica e teórica que fundamenta esta pesquisa – no caso, a psicanálise.

A psicanálise pressupõe uma atitude interpretativa, em que a análise deve ser orientada pela escuta, de modo que o dado é transformado em texto e a partir dele se “identifica e realça marcas no discurso, posições, efeitos de sentido” (ROSA; DOMINGUES, 2010, p. 186). Embora tenha uma origem quantitativa, a análise de conteúdo desenvolvida por Bardin, não vai contra os pressupostos da pesquisa em psicanálise, ao contrário, acrescenta processos que sustentam uma validação das inferências. Assim, os resultados deste processo serão apresentados na sessão seguinte e discutidos posteriormente.

4 RESULTADOS

O presente capítulo traz os resultados encontrados e optou-se por dividi-los em três seções. A primeira diz respeito a uma caracterização quantitativa dos participantes, a segunda apresenta um relato descritivo sobre quem são os sujeitos que contribuíram para a pesquisa e, por fim, na terceira seção apresenta-se a tabela construída a partir da análise de conteúdo do material extraído das entrevistas.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

No total 10 (dez) participantes contribuíram para esta pesquisa. A Tabela 1 apresenta um recorte baseado nas informações coletadas através do instrumento utilizado para a organização dos dados sociodemográficos.

Tabela 1 – Caracterização quantitativa dos participantes.

Variável		N
Gênero	Homem	6
	Mulher	4
Idade	20 > 30	7
	31 > 40	3
Local de nascimento	Florianópolis	3
	Outra cidade de Santa Catarina	3
	Minas Gerais	2
	Mato Grosso do Sul	1
	Rio Grande do Sul	1
Cidade de moradia atual	Florianópolis	10
Escolaridade	Ensino médio incompleto	1
	Ensino médio completo	2
	Superior incompleto	5
	Superior completo	2
Ocupação no momento da TS	Desempregado	2
	Estudante	4
	Situação laboral ativa	4
Situação conjugal no momento da TS	Solteiro	6
	Namorando	2
	Casado/União Estável	0
	Divorciado/Separado	2

(continuação)

Variável		N
Filhos	Não	7
	1 – 2 filhos	3
História de TS anterior	Sim	5
	Não	5
História de comportamento suicida de pessoa significativa(*)	Familiar	6
	Amigos	4
	Ninguém	2
Buscou por serviço de saúde antes da TS	Sim, estava em acompanhamento	1
	Sim, mas não deu continuidade	5
	Sim, mas não conseguiu ser atendido	1
	Não buscou	3
Tempo transcorrido entre a TS e a entrevista	1 mês	3
	2 meses	5
	3 meses	2

(*): neste caso a variável não é excludente; um mesmo sujeito pode ter história de comportamento suicida de um familiar e de um amigo, por exemplo.

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

4.2 VINHETAS DE APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Compreende-se que a sintetização gráfica das informações fornece uma visão global dos participantes da pesquisa. Por outro lado, com o intuito de não perder a singularidade das histórias de vida e das diferentes experiências durante a coleta de dados, foram elaboradas vinhetas com uma apresentação dos sujeitos aos leitores. Tais relatos foram elaborados pela pesquisadora e buscam preservar o conteúdo sem prejudicar o compromisso da não identificação; preferiu-se não dar nomes fictícios e manter a numeração de acordo com a ordem em que os encontros foram realizados.

Participante 01 (P1) – Entrevista realizada após dois meses da tentativa de suicídio. Mulher, 26 anos, mãe de dois filhos (um menino de 8 anos e uma menina de 3 anos), a filha mais nova está sob a guarda do ex marido. É natural de Florianópolis e possui 2º grau completo. A mãe mora perto de sua casa, não tem contato com seu pai desde criança. É a terceira filha, tem outras duas irmãs e um irmão. Está desempregada, situação anterior a tentativa de suicídio. No momento possui um relacionamento de namoro recente. Considera que sua rede de apoio é frágil, com o núcleo familiar pouco disponível para lhe ajudar; não

identifica relações de amizade. Essa foi sua segunda tentativa de suicídio. A primeira havia sido em torno dos 17 anos de idade e em ambas realizou o ato com ingestão de soda cáustica. Atualmente faz acompanhamento com médica de família e com psicóloga no Centro de Saúde do seu bairro. Também está em tratamento semanal no HU-UFSC em função das sequelas da tentativa de suicídio. Sem diagnóstico prévio de transtorno mental; está fazendo uso de psicotrópicos desde a alta hospitalar, antidepressivo e ansiolítico. O ambiente da entrevista iniciou com certa desconfiança, mas logo a participante mostrou-se mais confortável em falar, foi cordial e disponível.

Participante 02 (P2) – Entrevista realizada após dois meses da tentativa de suicídio. Homem, 25 anos, solteiro, sem filhos, estudante universitário. É natural da região Sudeste do país e mudou-se para Florianópolis por ter familiares aqui, seu pai e sua mãe faleceram, a mãe quando ele ainda era criança e o pai quando ele estava no começo da idade adulta. Foi sua primeira tentativa de suicídio, não fazia nenhum tipo de acompanhamento em saúde, havia ligado para o CVV uma semana antes do ato. Ingeriu medicamentos que encontrou no armário associados com consumo de bebida alcoólica e maconha; foi encontrado desacordado em sua casa. Refere que após a tentativa de suicídio percebe uma rede de apoio presente e disponível para auxiliar, que é composta por amigos, pessoas ligadas a organizações religiosas, profissionais de saúde e alguns familiares; realidade diferente do que percebia antes da tentativa de suicídio. Sem diagnóstico prévio de transtorno mental. Desde a alta hospitalar faz acompanhamento com psicólogo no HU-UFSC e com psiquiatra na rede suplementar; em uso de psicotrópicos, antidepressivo e estabilizador do humor. Durante a entrevista o ambiente predominante era de instilação de esperança, apontando um importante investimento de energia para se manter bem e dar conta de retomar as atividades.

Participante 03 (P3) – Entrevista realizada após três meses da tentativa de suicídio. Homem, 34 anos, separado, sem filhos, é natural do Rio Grande do Sul e mudou-se para Florianópolis em função do trabalho. Mora sozinho, é o segundo filho mais velho de quatro irmãos, menciona relacionamento distante com sua mãe e não tem contato com pai biológico desde a infância, considera ex-marido da mãe como seu pai. Começou a pensar em suicídio acerca de um ano antes do ato; procurou atendimento psiquiátrico e fez uso de ansiolítico como indutor do sono por um determinado período, mas não deu continuidade ao tratamento. Menciona conflitos envolvendo a separação conjugal e distanciamento dos seus enteados

como principais desencadeadores da tentativa de suicídio. Ingeriu um coquetel de medicamentos e saiu de casa, foi encontrado caído na rua e levado até o hospital. Mantém acompanhamento psicológico na UFSC desde a internação. Considera sua rede de apoio como presente e disponível para auxiliar, mas tem dificuldade em compartilhar suas preocupações. O ambiente da entrevista indicava melancolia, com uma fala lenta e apática. Apresenta ambivalência em relação aos pensamentos de morte; verbalizou a importância de falar sobre seus sentimentos, mas ainda não vislumbra outras possibilidades de vida.

Participante 04 (P4) – Entrevista realizada após três meses da tentativa de suicídio. Mulher, 23 anos, em um relacionamento de namoro, sem filhos, estudante universitária, natural de Florianópolis. Mora sozinha, seus pais são casados e moram na região metropolitana, é a filha mais nova entre três mulheres. Conta sobre dificuldades no ambiente acadêmico, onde sentia certo isolamento em relação aos colegas e ansiedade patológica na véspera das avaliações; não conseguia falar com seus pais ou namorado sobre os seus sentimentos. Realizou a tentativa de suicídio com ingestão de medicamentos, planejou no dia anterior e comprou os remédios com a intenção de morrer. Falou com um amigo que ficou preocupado e acionou seus familiares; foi encontrada desacordada em seu quarto e levada ao hospital. Nunca havia realizado tratamento em saúde mental, buscou atendimento online na noite anterior ao ato. Após a alta hospitalar está temporariamente morando na casa dos pais, realiza acompanhamento psicológico na atenção privada e está reavaliando a escolha do curso de graduação. Durante a entrevista o ambiente predominante era de culpa pela tentativa de suicídio, com dificuldade para entrar em contato com suas emoções.

Participante 05 (P5) – Entrevista realizada após um mês da tentativa de suicídio. Homem trans, 24 anos, solteiro, sem filhos, natural da região Centro-Oeste do país, refere ter mudado para Florianópolis com a intenção de afastar-se dos conflitos familiares, mora sozinho, trabalha como barista. Considera sua rede de apoio como frágil, menciona o pai como alguém agressivo e que faleceu há menos de um ano, o relacionamento com os irmãos é distante, refere brigas com a mãe e o padrasto, terminou recentemente um relacionamento amoroso. Percebe a si mesmo como uma pessoa impulsiva, com explosões de raiva. Tentou suicídio com objeto cortante após uso de bebida alcoólica e cocaína, foi socorrido por sua ex-namorada e levado até o hospital. Faz tratamento no Centro de Saúde em função da terapia hormonal, mas refere que antes da tentativa de suicídio nunca havia sido atendido por profissional de saúde mental. Após a internação está em acompanhamento na atenção básica com psicóloga e médico de família, faz uso de antidepressivo e ansiolítico. Na entrevista

predominou o sentimento de sentir-se sozinho, buscou ser gentil, compartilhou alguns textos que escreveu e desenhos que fez.

Participante 06 (P6) – Entrevista realizada após um mês da tentativa de suicídio. Homem, 22 anos, natural de Florianópolis. Está divorciado, tem uma filha com 1 ano de idade, no momento não possui emprego fixo, mora com sua mãe, seu pai faleceu recentemente. História de tentativas de suicídio anteriores, localiza a primeira em torno dos 15 anos de idade, realizou tratamento no CAPS em diferentes períodos de sua vida, teve uma internação em hospital psiquiátrico. Recebeu diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline, Transtorno Bipolar e Esquizofrenia. Considera sua rede de apoio como ausente. A última tentativa de suicídio, que gerou a internação no HU-UFSC, foi realizada com a ingestão de medicamentos associada ao uso de maconha. Refere que o pensamento de morte é algo constante em sua vida; o desencadeador alegado para cometer o ato foi ter recebido uma correspondência judicial de cobrança da pensão alimentícia de sua filha. Reconhece delírios persecutórios que dificultam seus relacionamentos interpessoais. Menciona episódios de auto e heteroagressividade. Mantém acompanhamento em saúde mental no CAPS, está fazendo uso de estabilizador de humor e ansiolítico. O ambiente da entrevista oscilou entre momentos de cordialidade e de tensão, a história de vida permeada por situações de violência demandou investir em formar um vínculo de confiança na relação entre pesquisadora e participante.

Participante 07 (P7) – Entrevista realizada após dois meses da tentativa de suicídio. Homem trans, 35 anos, solteiro, sem filhos. Natural do interior do estado, mas atualmente mora em Florianópolis com sua mãe, não tem contato com o pai. Mantém rotina laboral ativa que aparece no discurso como algo que lhe faz bem. Refere tentativas de suicídio anteriores, menciona sofrimento psíquico associado a situações de violência familiar e conflito no término de um relacionamento afetivo. Realizou acompanhamento em saúde mental por um longo período, mas “abandonou”. Fala sobre ter perdido a vontade de viver, relata episódios de sentar em lugares altos e pensar em se jogar; a última tentativa de suicídio aconteceu no trânsito, conta que provocou um acidente de moto em que teve lesões e perda total do seu veículo. Percebe sua rede de apoio como frágil, composta principalmente por amigos, não tem proximidade emocional com sua família. Atualmente faz tratamento hormonal na atenção básica e realiza acompanhamento psicoterapêutico na UFSC; reconhece dificuldade em

compartilhar suas emoções e sentimentos. Durante a entrevista predominou um ambiente de apatia e ambivalência, diz estar em busca de motivos que façam a vida valer a pena.

Participante 08 (P8) – Entrevista realizada após dois meses da tentativa de suicídio. Mulher, 20 anos, solteira, sem filhos. Natural do interior do estado, mudou-se para Florianópolis com o intuito de cursar o Ensino Superior. É a filha mais nova e têm três irmãos homens, seus pais são casados e moram em sua cidade natal. Refere duas tentativas de suicídio anteriores, na adolescência, com ingestão de medicamentos da mãe. Sobre o ato que levou à internação no HU-UFSC, menciona sintomas depressivos sem tratamento, sentia-se sobrecarregada e não via sentido na vida; tentou suicídio com objeto cortante durante uma briga com seu ex-namorado. Após a alta hospitalar iniciou tratamento no CAPS, está fazendo uso de antidepressivo e ansiolítico, recentemente retornou para as aulas e estágio. Considera sua rede de apoio como frágil; diz que apesar de ter com quem contar, percebe as pessoas pouco disponíveis para efetivamente lhe fornecerem suporte emocional. O ambiente da entrevista foi tranquilo e animoso, a participante demonstrou satisfação por sentir-se progressivamente melhor em relação ao sofrimento que sentia e estar aos poucos reorganizando seus projetos.

Participante 09 (P9) – Entrevista realizada após um mês da tentativa de suicídio. Homem, 20 anos, solteiro, sem filhos, estudante universitário. Natural do interior do estado, mudou-se para Florianópolis após a aprovação no vestibular, é o caçula entre cinco filhos homens. O pai faleceu durante sua adolescência, sua mãe casou-se novamente, todos os familiares moram em sua cidade natal, compartilha república com outros estudantes. Conta que acerca de um ano começou a sentir-se bastante triste e ter picos de ansiedade que lhe causavam sofrimento, procurou por tratamento em saúde mental em serviços públicos, mas não conseguiu ser atendido. Relata múltiplas tentativas de suicídio de baixa letalidade antes da ingestão de medicamentos que o levou à internação hospitalar. No dia do ato havia feito uso de bebida alcoólica e maconha. Considera sua rede de apoio como frágil devido à dificuldade em falar sobre seus sentimentos para os membros de sua família. Atualmente faz uso de antidepressivo prescrito pelo médico de família e realiza psicoterapia no HU-UFSC, conta que começou a praticar atividade física. O ambiente da entrevista começou com certa tensão, que aponta para um desconforto relacionado à timidez que o participante referiu; aos poucos buscou-se criar uma relação que proporcionasse segurança.

Participante 10 (P10) – Entrevista realizada após dois meses da tentativa de suicídio. Mulher, 31 anos, em união estável, duas filhas. É natural da região Sudeste do país e refere ter

mudado para Florianópolis em busca de melhor qualidade de vida. Seus pais são divorciados e moram em estados diferentes, tem pouco contato com seus irmãos. Relata dificuldade em manter-se financeiramente e organizar a rotina de trabalho e o cuidado com suas filhas. Conta que sinalizou que estava em sofrimento para as pessoas próximas, mas não conseguiu obter ajuda; não buscou por serviços de saúde. Havia planejado suicídio anteriormente, mas sem chegar ao ato. Associa a tentativa de suicídio a um momento de desespero em que se sentia impotente e dispensável, ingeriu medicamentos que encontrou em sua casa. Após a alta hospitalar está em acompanhamento de saúde mental na atenção básica, encontra-se temporariamente afastada do trabalho, em perícia do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Durante a entrevista predominou um ambiente descontraído, a participante disse que se sente mais à vontade para falar sobre seus sentimentos com profissionais e pessoas desconhecidas.

4.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Em relação às entrevistas, o material produzido totalizou 8 horas e 17 segundos de áudio, uma média de 48 minutos por participante. A análise de conteúdo das transcrições possibilitou construir o Quadro 2, onde são ilustradas as categorias, subcategorias e unidades temáticas que emergiram dos dados. Foram obtidas quatro grandes categorias que visaram responder aos objetivos da pesquisa. A discussão dos resultados será realizada no capítulo seguinte.

Quadro 2 – Apresentação dos elementos da análise qualitativa.

Categoria	Subcategoria	Unidade Temática
1. Caracterização da passagem ao ato	1.1 Planejamento	1.1.1 Ausência de planejamento/Impulsividade 1.1.2 Ideias recorrentes 1.1.3 Plano concreto
	1.2 Letalidade	1.2.1 A morte como desfecho 1.2.2 Viver ou morrer tanto faz
	1.3 Contexto	1.3.1 Sozinho(a) em casa 1.3.2 Sozinho em uma parte da casa 1.3.3 Na presença de pessoas
	1.4 Método	1.4.1 Medicamentos 1.4.2 Álcool e outras drogas 1.4.3 Objeto cortante/perfuro-cortante
2. Emoções associadas à tentativa de suicídio	2.1 Logo após o ato	2.1.1 Medo 2.1.2 Ambivalência 2.1.3 Sem lembranças
	2.2 No hospital	2.2.1 Vergonha 2.2.2 Decepção 2.2.3 Tristeza 2.2.4 Alívio
3. Fatores de risco	3.1 Sintomas psíquicos anteriores a tentativa de suicídio	3.1.1 Humor deprimido 3.1.2 Isolamento 3.1.3 Vazio 3.1.4 Ansiedade
	3.2 Desencadeadores	3.2.1 Perdas 3.2.2 Conflitos
	3.3 Concepções da existência	3.3.1 Ausência de sentido 3.3.2 Incoerência entre o ideal de vida e a condição atual 3.3.3 Morte como descanso
	3.4 Nova tentativa de suicídio	3.4.1 Esgotamento dos familiares 3.4.2 Lidar com a repercussão do ato 3.4.3 Frustração das expectativas
4. Fatores de proteção posteriores a tentativa de suicídio	4.1 Vínculos afetivos	4.1.1 Percepção do suporte familiar 4.1.2 Sentir-se acolhido(a) 4.1.3 Amigos 4.1.4 Filhos
	4.2 Novas estratégias de enfrentamento	4.2.1 Acompanhamento em saúde mental 4.2.2 Outras formas de comunicar o sofrimento 4.2.3 Releitura da realidade

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo traz a discussão dos resultados com base nos objetivos previamente definidos e no referencial teórico que norteou a presente pesquisa. Após discutir sobre as características da amostra, cada seção (em negrito) terá o nome de uma das categorias que emergiram da análise de conteúdo e serão divididas em subseções (em itálico) correspondentes as subcategorias e as unidades temáticas. Para ilustrar os achados serão utilizados trechos das entrevistas realizadas.

5.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Os participantes compuseram a amostra de forma heterogênea no que se refere ao gênero, com quatro mulheres cis gênero, quatro homens cis gênero e dois homens trans gênero. A literatura mostra que mulheres cis realizam mais tentativas de suicídio quando comparadas com homens cis (BOTEGA et al., 2009; FLEISCHMANN et al., 2005). No que concerne à população trans, o risco em relação ao comportamento suicida possui um agravante, uma vez que em muitos casos o acolhimento destes sujeitos é inexistente, tanto nos espaços públicos quanto dentro de casa, com vivências de discriminação e violência (BAERE; CONCEIÇÃO, 2018; SKERRETT, KOLVES; DE LEO, 2016). O instrumento utilizado para a caracterização sociodemográfica dos participantes não abordou informações sobre orientação sexual.

A idade predominante foi de adultos jovens, na faixa etária que compreende entre 20 e 30 anos. O estudo realizado por Pereira et al. (2018) chama a atenção para a identificação de uma nova fase desenvolvimental, chamada adultez emergente, que surge em resposta a uma série de mudanças na sociedade. Trata-se de uma prolongação da juventude, em que os sujeitos buscam maior identidade social e profissional. Permeada por inseguranças, instabilidade e postergação de vínculos de comprometimento, pode ser considerado um período de maior risco para atuações pela via da agressividade.

Todos os participantes moravam na cidade de Florianópolis, embora a maioria, sete entre 10, tivesse uma história de deslocamento de outros lugares do Brasil. O fato de estarem residindo em uma cidade diferente da sua cidade natal pode estar relacionado a um menor suporte social, ou ainda, o deslocamento estar associado à história de conflitos. Cabe

relembrar que os participantes foram acessados a partir do HU-UFSC, localizado próximo do campus da Universidade, em uma região da cidade caracterizada por ser moradia de jovens e estudantes, principalmente vindos de outras cidades.

Sobre os vínculos afetivos e familiares, oito entre os 10 participantes não estavam em um relacionamento amoroso durante a tentativa de suicídio, seis eram solteiros e dois estavam separados/divorciados. Os três participantes que tinham filhos estavam em conflito ou não contavam com o apoio do parceiro com o qual haviam concebido seus filhos. A história de comportamento suicida de pessoas significativas aparece na maioria dos relatos, somente dois participantes não conheciam ninguém próximo que houvesse tentado suicídio ou causado a própria morte; entretanto tal dado foi pouco explorado ao longo das entrevistas.

Metade dos participantes já havia buscado algum tipo de atendimento em saúde mental antes da tentativa de suicídio atual, mas não deram continuidade ao tratamento; outros três nunca haviam procurado ajuda especializada. As entrevistas foram realizadas no intervalo entre 30 e 120 dias após a última tentativa de suicídio.

5.2 CATEGORIA 1: CARACTERIZAÇÃO DA PASSAGEM AO ATO

A primeira categoria de análise diz respeito às características da passagem ao ato e visa responder ao objetivo específico de caracterizar a tentativa de suicídio que levou ao atendimento na Unidade de Emergência do HU-UFSC. O intuito aqui foi de explorar como a história da tentativa de suicídio foi sendo construída e os elementos constituintes do ato. Utilizaram-se principalmente as respostas dos participantes ao bloco do roteiro de entrevista semiestruturado que inicia com: “você lembra quando que começaram os pensamentos de morte?” e “queria que você me contasse sobre o dia em que aconteceu a tentativa de suicídio”. Desse modo, a categoria foi dividida em quatro subcategorias: **1.1 Planejamento**, **1.2 Letalidade**, **1.3 Contexto** e **1.4 Método**, conforme demonstrado no Quadro 3.

Quadro 3 – Categoria 1: Caracterização da passagem ao ato.

1. Caracterização da passagem ao ato	1.1 Planejamento	1.1.1 Ausência de planejamento/Impulsividade 1.1.2 Ideias recorrentes 1.1.3 Plano concreto
	1.2 Letalidade	1.2.1 A morte como desfecho 1.2.2 Viver ou morrer tanto faz
	1.3 Contexto	1.3.1 Sozinho(a) em casa 1.3.2 Sozinho em uma parte da casa 1.3.3 Na presença de pessoas
	1.4 Método	1.4.1 Medicamentos 1.4.2 Álcool e outras drogas 1.4.3 Objeto cortante/perfuro-cortante

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Na subcategoria **1.1 Planejamento** foram agrupadas as respostas referentes à presença ou ausência de planejamento anterior à tentativa de suicídio. Os estudos que abordam prevenção e avaliação de risco, em geral, concedem um peso importante à existência de plano prévio como relacionado à maior chance do sujeito efetivamente atentar contra a própria vida em comparação com aqueles que apresentam pensamento de morte sem plano concreto (BOTEGA, 2015; CAVALCANTE; MINAYO, 2015; VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013). Na presente pesquisa foi possível observar três elementos de análise que mostram diferentes formas de estruturação do ato, são eles: *1.1.1 Ausência de planejamento/Impulsividade*, *1.1.2 Ideias recorrentes*, *1.1.3 Plano concreto*.

A *Ausência de planejamento/impulsividade* refere-se aos relatos dos participantes que não haviam planejado a tentativa de suicídio. As falas apontam uma emoção predominante de raiva e um comportamento de impulsividade, em que utilizaram um método a que tinham acesso no momento. O tempo transcorrido entre o elemento alegado como desencadeador e o ato é de alguns minutos ou poucas horas, na forma de um pico de emoção que transborda as condições de contenção do sujeito:

“Eu senti raiva quando eu recebi aquela carta precatória de pensão, aí quando eu vi aquela carta eu fiquei um tempo tomando café, aí eu vi as, as cartelas de lítio, fui pegando uma por uma e **tomei automaticamente, sem falar, sem dizer nada pra ninguém, só fui tomando, de uma maneira robótica.**” (P6)

“... no que ele saiu de casa eu já tomei os comprimidos... e foi assim. [...] Era tipo... eu não sei muito bem explicar, é tipo, é **raiva eu acho**, só, é... foi mais, **foi mais por um impulso assim né [...] a raiva, ela nos dá uma coragem que a gente não tem**, então eu acho que foi a raiva que me deu coragem pra tomar [...] eu simplesmente só tomei todos os remédios que eu tinha ali disponíveis.” (P10)

Cabe salientar que ambos os relatos sugerem tratar-se de tentativas de suicídio silenciosas, em que os participantes não deram sinais de que cometeriam o ato. Ao encontro do estudo realizado por Rendon-Quintero e Rodriguez-Gomez (2016) o comportamento suicida impulsivo seria o resultado da soma que envolve a raiva e uma pobre capacidade de controlar o impulso agressivo. Na falta de recursos internos e externos para conter uma forte emoção, o sujeito passaria ao ato na tentativa de livrar-se do que lhe perturba e afetar àqueles que supostamente causaram o mal-estar.

No segundo elemento de análise, *Ideias recorrentes*, reúnem-se os participantes em que a tentativa de suicídio atual não foi planejada, porém as ideias de morte eram frequentes e abrangiam além de um desencadeador único. Nos relatos evidencia-se o predomínio de um humor deprimido nos meses que antecederam o ato; o sofrimento é verbalizado como algo contínuo e cumulativo e, no que concerne ao começo dos pensamentos de morte, foi referido que:

“Começaram em 2017, tipo depois da metade do ano e veio se arrastando, até o presente. [No dia] **Eu tava me sentindo mal, eu não sei descrever esse sentimento, mas eu tava me sentindo derrubado assim**, mal, [...] eu li a bula do remédio, eu não lembro o nome, mas o remédio tava falando uma dose diária de até 400mg, então eu tomei mil e alguma coisa miligramas, porque pode causar coma ou morte, eu vi na bula, daí eu tomei.” (P2)

“Começou... por volta de maio do ano passado, foi isso que me levou no caso ao... a buscar o psiquiatra e tudo mais, também. [No dia] **naquela manhã, eu tava estressado, tava chateado com... com tudo**, eu tava sei lá, naquela manhã assim, **eu só queria, eu queria descansar, eu queria sabe assim, conseguir fechar os olhos e sumir, do nada assim sabe, como se fosse abduzido** [...] Acho que na hora me passou pela cabeça, lógico que... um monte de remédio pra dormir, iria me fazer dormir e quando a overdose viesse eu não, eu não iria sentir porque já tava dormindo, no caso.” (P3)

É possível observar nas falas destes participantes um estado de melancolia, no qual a relação com a vida aparece marcada pelo sofrimento e a morte é vista como um meio de “descansar” ou “sumir”. De acordo com Freud (1915) a melancolia seria a inibição de toda atividade, uma perda de interesse no mundo exterior e um rebaixamento da estima por si. Diante de autoacusações e insatisfações com o próprio Eu, o sujeito pensaria em formas de punir-se, momento em que os pensamentos suicidas ganhariam espaço enquanto possibilidade. Assim, desinvestido de desejo, é como se não houvesse energia psíquica para buscar meios de modificar as condições atreladas ao sofrimento e a passagem ao ato acontecesse em uma circunstância de esgotamento.

Já em *Plano concreto*, o terceiro elemento de análise dessa subcategoria, entendem-se os casos em que os participantes antecipadamente planejaram e adquiriram o método com o qual realizariam a tentativa de suicídio. Nas falas, a “decisão” de cometer o ato surge relacionada ao sentimento de total desesperança em encontrar uma saída para uma situação considerada insuportável; geralmente relacionado com a condicional “se eu não”. É como se algo tomasse o status de sinônimo de estar vivo e a perda deste objeto que pode ser um emprego, um relacionamento afetivo, a guarda de um filho ou uma aprovação acadêmica, demandasse do sujeito a sua aniquilação. Em relação ao dia específico escolhido para a tentativa de suicídio, os relatos apontam para um afeto de tristeza associado à despedida:

[Só pra eu entender, tu planejou a tentativa de suicídio antes da audiência, isso?] – Sim, **se eu não conseguisse**, se eu, **se eu não tivesse nenhuma esperança sabe**, [...] então **eu já saí dali com a certeza do que eu ia fazer, que eu ia desistir** [...] Eu tava bem triste, eu passei o dia todo com o meu filho, [...] a gente tirou bastante foto, a gente foi no parquinho que tem aqui perto. [Na primeira vez tu tinha em casa e agora nessa segunda tu comprou?] – **Eu comprei.**” (P1)

“Parecia que eu tava anestesiada assim, eu fui pra aula, e daí, sei lá, eu só pensava ‘vai ser a última vez que eu vou subir essas escadas’ [...] **parecia que eu tava anestesiada, não sentia nada.** [...] **eu comprei os remédios, fui pra casa, comi, arrumei minhas coisas lá e daí eu tomei os remédios.** [...]alguns disseram que, que era ok, que eu tinha que largar a faculdade se eu não tava feliz, essas coisas assim, pra mim aquilo não era uma opção naquele momento.” (P4)

Nas situações em que há um planejamento concreto, observa-se um intervalo de tempo entre a ideia e a consumação do ato. Neste período que antecede a ação fica evidente o potencial de intervir e trabalhar com o sujeito no sentido de buscar outras possibilidades que ele no momento, sozinho, não consegue visualizar. Em ambos os relatos é notório o quanto não havia um desejo de morte, mas sim um desejo de solução, de ajuda e de amparo, corroborando o que defende Cassorla (2017), de que aquele que comete suicídio não o faz por querer morrer.

A partir dos elementos de análise da subcategoria **1.1 Planejamento** é possível expandir a concepção de prevenção e avaliação de risco de suicídio anteriormente apresentada. As três formas de estruturação da passagem ao ato sugerem que cada uma delas exige um olhar e um acolhimento singular do sofrimento vivenciado pelo sujeito. Em *Ausência de planejamento/impulsividade* o trabalho seria no sentido de criar condições para o controle dos impulsos agressivos; em *Ideias recorrentes*, o de fornecer suporte emocional

diante de um quadro melancólico e em *Plano concreto*, o trabalho consistiria em buscar junto ao sujeito saídas criativas para lidar com a crise que aparentemente lhe impossibilita de viver.

Na sequência do quadro de Caracterização da passagem ao ato, a subcategoria **1.2 Letalidade** corresponde à percepção de letalidade que os participantes tinham antes de realizar a tentativa de suicídio, ou seja, o quanto eles acreditavam que o método poderia efetivamente causar a sua morte. Na literatura, uma condição de alta letalidade se apresenta como indicativo de maior risco de morrer e associa-se a métodos como enforcamento, arma de fogo, uso de pesticidas e precipitação de lugares altos (WHO, 2014). Nesta pesquisa o objetivo foi considerar o risco atribuído pelos próprios participantes. Assim, dois elementos de análise emergiram da fala dos participantes, são eles: *1.2.1 A morte como desfecho*, *1.2.2 Viver ou morrer tanto faz*.

Em *A morte como desfecho*, refere-se àqueles que verbalizaram a morte como intenção e a busca por um método com alta letalidade e chances reais de consumir o suicídio. Cabe salientar que todos os entrevistados apresentaram ao longo de suas falas algum grau de ambivalência entre viver ou morrer, entretanto, é possível observar em nos relatos uma atuação autoagressiva com maior impacto e prejuízo para os participantes:

“Como eu já tinha tomado eu achava que, e fez bastante mal, eu achava que agora, tomando pela segunda vez, **eu achava que realmente ia fazer mal né, que ia morrer mesmo**. [...] eu li antes, **eu lembro que eu li e tava escrito né ‘pode causar a morte’**.” (P1)

“[...] veio um pensamento de suicídio novamente, de que **eu não queria mais viver, e, então eu comecei a, a brincar com a minha própria vida**, né... e... andar na contramão e... até o momento em que realmente aconteceu né, que a minha moto bateu... não bateu assim, mas, **deu perda total da minha moto, e eu nem sei como eu sai inteiro**. [Você sentiu que corria risco de morte?] Sim, em todos os momentos. Eu fiz pensando nisso.” (P7)

A participante P1 necessitou de acompanhamento médico semanal para tratar o dano causado pela ingestão da soda cáustica e saiu do hospital usando sonda nasoenteral, sem possibilidade de alimentar-se por via oral; o participante P7 teve escoriações em seu corpo e um importante prejuízo financeiro com a perda do seu veículo de locomoção. Uma preocupação presente nos estudos acerca do comportamento suicida é a chance de que a letalidade das tentativas se agrave conforme a repetição do ato (CHRISTIANSEN; JENSEN, 2007). A análise das narrativas dos participantes aqui apresentada corrobora esta possibilidade, uma vez que para ambos a tentativa de suicídio atual não era a primeira por eles realizada, sendo a última a de maior letalidade.

No elemento de análise *Viver ou morrer tanto faz* encontram-se os participantes que, posteriormente ao ato, percebem a tentativa de suicídio por eles realizada como uma espécie de “roleta-russa” ou flerte com a morte. Uma situação em que puseram a vida em risco, mas com menos convicção de que o gesto poderia efetivamente ocasionar o suicídio. Quando se perguntou aos participantes se haviam pensado que o método poderia levar à morte, as respostas foram:

“Não... **não pensei assim ‘ah, mas isso aqui vai me matar’**, tava mais pra ‘**se isso me matar, tanto faz**’.” (P3)

“Sabe, tipo sei lá, **se eu morresse se eu não morresse, pra mim tipo ia acabar dando no mesmo.**” (P9)

Em ambos os casos, de menor percepção da letalidade, a tentativa de suicídio aconteceu com a ingestão de medicamentos que pertenciam ao sujeito e estavam disponíveis em sua casa. A utilização das expressões “tanto faz” ou “acabar dando no mesmo” também pode ser sugestiva de um estado melancólico de desinvestimento em si e na vida, em que falta energia psíquica até mesmo para arquitetar a própria morte.

Nos relatos dos participantes deste estudo foi possível perceber uma relação entre as subcategorias **1.1 Planejamento** e **1.2 Letalidade**. Os participantes que realizaram tentativas de suicídio com plano concreto e com ideias recorrentes de morte apresentaram uma maior percepção de letalidade quando comparados àqueles em que o ato foi decorrente de impulsividade. Em estudo realizado com profissionais de saúde (FREITAS; MARTINS-BORGES, 2014), os participantes, em alguns casos, atribuíram à letalidade do ato a um maior ou menor nível de sofrimento psíquico, de modo que as tentativas de suicídio que não causam danos consideráveis à saúde do corpo foram reduzidas a tentativas de chamar a atenção. Neste estudo destaca-se a não relação entre letalidade e nível de sofrimento, se é que existe uma forma fidedigna de quantificarmos o sofrimento do outro.

A subcategoria **1.3 Contexto** diz respeito ao local em que aconteceu a tentativa de suicídio, bem como se os participantes estavam sozinhos ou acompanhados por pessoas significativas no momento do ato. Ao encontro da literatura, que aponta o domicílio como principal local de ocorrência, (GONDIM et al., 2017; SOUZA et al., 2011) a maioria dos participantes da pesquisa – nove entre os dez entrevistados – relatou estar em sua própria casa. Assim, optou-se por diferenciar o contexto não pela identificação do local em que a atuação aconteceu, mas sim pela presença – ou não – de pessoas, como indicado nos seguintes

elementos de análise: 1.3.1 *Sozinho(a) em casa*, 1.3.2 *Sozinho(a) em uma parte da casa*, 1.3.3 *Na presença de pessoas*.

O elemento de análise *Sozinho(a) em casa* reúne os casos em que os participantes ou moravam sozinhos ou esperaram quem estava no domicílio sair para realizar a tentativa de suicídio. Os relatos sugerem uma experiência de solidão associada ao ato e o risco de morte acentuado pela ausência de testemunhas que pudessem fornecer ajuda:

“... e quando meu primo saiu eu tentei me suicidar [...] **Depois que ele saiu, que daí eu fiquei sozinho.**” (P2)

“**Eu tava em casa, eu tava sozinho na minha casa, eu moro sozinho.**” (P5)

“ele[o filho] foi pra casa do pai dele, porque era uma quinta-feira, ele sempre vai na quinta né, porque ele faz judô. Isso era umas cinco horas [17 horas], **daí eu esperei ele sair pra eu tomar.**” (P1)

Para os participantes P2 e P5 o estar/sentir-se sozinho foi apontado como um dos desencadeadores da tentativa de suicídio. As falas confirmam o estudo realizado por Gutierrez, Sousa e Grubits (2015) com idosos que apresentavam histórico de comportamento suicida, ao indicar que os mesmos não tinham pessoas com quem se sentissem seguros para compartilhar suas dificuldades, medos e preocupações. Pode-se supor que esta vivência, que aparece de forma mais proeminente na velhice, não esteja restrita a tal fase do desenvolvimento. Já P1, que havia planejado o ato, afirma que esperou a saída do filho com o objetivo de preservá-lo da exposição; em outro momento, a participante explica que estava convencida de que em longo prazo a sua morte seria benéfica para os filhos, uma vez que se considerava incapaz para desempenhar a tarefa de cuidá-los.

No segundo elemento de análise, *Sozinho(a) em uma parte da casa*, o fato de ter outra pessoa no domicílio não foi utilizado como recurso para pedir ajuda antes de tentar o suicídio. Estes casos tendem a indicar que o sujeito pode sentir-se sozinho no que diz respeito ao seu sofrimento, mesmo quando em companhia de outrem, a depender da qualidade do vínculo afetivo, da relação estabelecida e possibilidade de estar em curso um estado depressivo:

“**Minha mãe tava lá fora fumando, não tinha consciência do que eu ia fazer**, achou que eu tava tranquilo, até eu saí com a carta, assinei, que ele pediu pra assinar, eu assinei, voltei pra casa tranquilo, como se nada tivesse acontecido e ela não percebeu, quando ela chegou eu já tava, ela disse que eu já tava caído no chão, convulsionando.” (P6)

“... tive uma crise de pânico, aí eu cheguei em casa, fiquei meio mal lá e tal, **mas eu tava no meu quarto mesmo...** daí eu tomei os remédios todos. [Havia outras pessoas em casa?] Sim, **tinha um amigo meu na cozinha**, daí eu **falei pra ele quando eu comecei a vomitar.**” (P9)

Em ambas as situações a pessoa que estava em casa foi quem prestou socorro. Ao vislumbrar a passagem ao ato como possibilidade primeira, atenta-se para a dificuldade dos participantes em comunicar seu sofrimento através da fala. Quando P9 diz que apenas ao vomitar pediu ajuda, pode-se pensar que é mais palpável pedir socorro para a dor relacionada ao corpo do que para a dor psíquica. Atenta-se para uma carência nos recursos simbólicos, fragilidade que demanda do sujeito uma expressão do mal-estar através da manifestação de sintomas corporais (SANTOS; RUDGE, 2014).

As falas que ilustram a unidade de análise *Na presença de pessoas* indicam que o fato de estar acompanhado não foi suficiente para impedir que a tentativa de suicídio acontecesse. O relato dos participantes remete ao comportamento de impulsividade; em ambos os casos a tentativa de suicídio teve como desencadeador último um conflito conjugal:

“... eu peguei e fui correndo no banheiro e **ele viu e foi correndo atrás de mim**, porque ele sabia já que eu tinha princípios suicidas e ele não, não queria que isso acontecesse, ele sempre falava pra mim **‘não aqui, porque você vai estragar a minha vida se você fizer isso aqui’**.” (P9)

“**Elas tavam[as filhas]... brincando assim na minha frente**, no meu quarto, porque no meu quarto tem televisão, tem a minha cama e a televisão, e aí a... muita das vezes eu deixava elas dormirem comigo, quando, principalmente quando ele dormia fora, elas dormiam comigo né, porque aí a gente ficava assistindo televisão junto até dormir, e daí nesse dia elas tavam ali brincando, pelo chão do quarto e eu tomei e só falei pra elas ‘ah mamãe vai dormir, tá, não sei o quê’, só.” (P10)

Pode-se perceber que a tentativa de suicídio aparece ao mesmo tempo como um modo de atingir a si mesmo e ao outro, ao encontro dos achados de Maciel, Castro e Lawrenz (2014) no estudo realizado com mulheres que atearam fogo no próprio corpo. A fala de P9 aponta para uma heteroagressividade associada à passagem ao ato, ao denunciar a preocupação do companheiro em ser diretamente culpabilizado. No que diz respeito a P10, observa-se que após a saída do namorado, por mais que suas filhas estivessem em casa, não foi possível conter o impulso autoagressivo. Ao falar que vai dormir, a participante minimiza as consequências da tentativa de suicídio.

Observa-se, com relação à subcategoria **1.3 Contexto**, que o *Sozinho(a) em casa* apresenta uma gravidade maior pela dificuldade de o sujeito ser encontrado e socorrido. Ainda, destaca-se uma possível limitação de pessoas disponíveis para fornecer suporte no caso daqueles que moram sozinhos, muitas vezes em uma cidade onde não possuem vínculos familiares ou de amizade. No que se refere aos que estavam acompanhados no momento da

tentativa de suicídio, os relatos apontam uma necessidade de olhar com atenção para a qualidade das relações ali estabelecidas, dado que a passagem ao ato pode ser vista como uma forma de comunicar algo que o sujeito não conseguiu expressar de outra maneira.

Para finalizar a Caracterização da passagem ao ato, a subcategoria **1.4 Método** trata do meio utilizado para executar a tentativa de suicídio. Discutir sobre os métodos empregados está relacionado a pensar sobre estratégias de prevenção, uma vez que ao dificultar o acesso seria possível ter mais tempo para perceber os sinais de comportamento suicida e intervir (BOTEGA et al., 2006). Desse modo, optou-se por decompor a subcategoria em três elementos de análise, de acordo com as ocorrências mais frequentes entre os participantes deste estudo: *1.4.1 Medicamentos, 1.4.2 Álcool e outras drogas, 1.4.3 Objeto cortante/perfuro-cortante.*

A ingestão excessiva de *Medicamentos* foi o método utilizado por seis entre os dez entrevistados. A forma de acesso variou entre aqueles que possuíam medicamentos em casa pertencentes à outra pessoa, aqueles que fizeram uso de seus próprios medicamentos, em geral psicotrópicos, e aqueles que adquiriram na farmácia com a finalidade de cometer o suicídio, conforme ilustrado nas falas:

“[...] **tinha um armário cheio de remédios** né, daí eu fui lá pegar e tomei.” (P2)

“... **peguei uma cartela de Rivotril, uma cartela de Donaren, uma cartela de Zolpideme** coloquei tudo no liquidificador, com suco de... manga. **Aí tomei tudo.**” (P3)

“Na verdade **eu procurei na internet o quê que eu poderia tomar**, e... a Isotretinoína eu sabia que fazia um dano no fígado, porque... é, como eu faço acompanhamento, tem que sempre fazer exames né, pra saber se o remédio não tava afetando, e... o Paracetamol foi o que eu achei que era mais acessível, porque a gente pode comprar em qualquer farmácia, é um remédio bem barato e dá pra comprar em uma quantidade é... razoável.” (P4)

Os relatos confirmam que o fácil acesso aos medicamentos é apontado como justificativa para o seu uso nas tentativas de suicídio. Um melhor controle sobre a prescrição e sobre a venda destas drogas, principalmente no que se refere aos psicotrópicos, pode ser uma importante estratégia de prevenção, ao encontro do sugerido por Vieira, Santana e Suchara (2015). Sabe-se que o consumo de psicotrópicos vem aumentando mundialmente, sendo esta dispensação realizada muitas vezes por clínicos gerais e não pelo especialista e inclusive fora de consulta formal ou sem acompanhamento em saúde mental. Também é comum, no contexto brasileiro, a prática de renovação de receita, sem que o sujeito seja escutado pelo profissional; tal conduta aumenta a chance de que o paciente, ao invés de fazer uso correto

dos medicamentos, acumule um estoque em sua casa até conseguir uma quantidade suficiente que lhe possibilite tentar o suicídio (PELEGRINI, 2003; SANTOS et al., 2013).

Sobre *Álcool e outras drogas*, o comportamento de abuso destas substâncias é definido como um fator de risco para a morte por suicídio (WHO, 2014). Aqui, o método foi utilizado associado a outros, como a ingestão de medicamentos ou a autoagressão com objeto cortante/perfuro-cortante. Nos relatos aparece uma alteração emocional prévia, exacerbada pelo uso das substâncias químicas, que diminuem as barreiras de contenção do sujeito:

“Eu acordei bebendo, e... continuei a noite toda e usando drogas [...] É aquele problema que eu te disse né, de ficar comigo mesmo, que **a fuga que eu tinha era bebidas, é, drogas, é... só que não tava sendo suficiente mais e esse dia não conseguiu segurar a minha onda né.**” (P2)

“Eu bebi e aí eu comecei, **fiquei muito agitado**, comecei a, a beber, comecei, primeiro eu tomei dois calmantes, naturais, pra ver se eu conseguia me acalmar, aí eu comecei, depois de um certo momento **comecei a beber whisky**, é... aí quando foi chegando pela metade eu comecei a misturar com energético e depois, por último eu... **e nisso fumando cigarro e depois eu acabei usando cocaína, daí eu não me lembro de mais nada depois disso.**” (P5)

As drogas são apontadas pelos participantes como estratégias de fuga da realidade, até o momento em que se mostram insuficientes para mascarar o intenso sofrimento psíquico (CANTÃO; BOTTI, 2016). As falas vão ao encontro do estudo realizado com homens usuários de álcool e outras drogas que haviam tentado suicídio (RIBEIRO et al., 2016) no sentido de que o abuso das substâncias não pode ser analisado isoladamente, mas sim, como um importante componente social relacionado primeiramente ao sofrimento e depois à passagem ao ato.

Em *Objeto cortante/perfuro-cortante* reúnem-se os casos em que os participantes recorreram a objetos de uso doméstico aos quais tinham acesso no momento. Quando questionados sobre a forma como realizaram a tentativa de suicídio, responderam que:

“... assim eu não lembro, **eu lembro que na mesa tinha uma tesoura, tinha uma faca e tinha um negócio de Prestobarba**, provavelmente deve ter sido aquela lâmina, por ter sido fundo também né.” (P5)

“... a faca era muito grande e eu tinha recém comprado, a gente tinha recém comprado no mercado aquela faca, [...] **E eu sabia que tava bem afiada e sabia que era nova, então eu peguei justamente aquela e fui em direção ao banheiro.**” (P8)

Ambos necessitaram ir até o hospital para suturar o ferimento. O participante P5 estava sozinho em casa, contou que ficou assustado com o sangue e ligou para a ex-namorada;

P8 estava com o companheiro no momento do ato e foi levada por ele até a Emergência. A utilização de objeto cortante/perfuro-cortante tem a característica de sua letalidade ser variável e a tentativa de suicídio subestimada quando o sujeito chega à Unidade de Saúde com lesões superficiais (ROSA et al., 2016). Nos casos aqui relatados, o ato foi considerado como tentativa de suicídio, os pacientes foram acolhidos pela equipe de saúde e realizaram-se os encaminhamentos que possibilitaram uma continuidade do cuidado em saúde mental.

Em relação à subcategoria **1.4 Método**, é importante lembrar que o HU-UFSC é referência no Estado para atendimento aos casos de intoxicação exógena e recebe encaminhamentos de outras instituições, o que pode ter contribuído para a preponderância deste método entre os participantes da pesquisa. Em geral, os dados brasileiros apresentam por vezes a intoxicação medicamentosa, por vezes o uso de agrotóxicos como principais meios utilizados nas tentativas de suicídio, a depender do contexto cultural (VIEIRA; SANTANA; SUCHARA, 2015). Sabe-se que os agrotóxicos tendem a apresentar uma letalidade maior e ocasionar mais facilmente a morte, o que pode explicar a não representatividade deste método entre os participantes que tentaram suicídio e sobreviveram. Os *Medicamentos* foram analisados como elementos a parte de *Álcool e outras drogas*, pela diferença no acesso e na forma como as tentativas de suicídio foram realizadas. Entretanto, cabe reforçar que os medicamentos são também considerados um tipo de droga, uma vez que são substâncias químicas que afetam o organismo e resultam em mudanças fisiológicas e/ou comportamentais significativas.

A partir da categoria **1. Caracterização da passagem ao ato** foi possível identificar que cada tentativa de suicídio é um ato singular que apresenta relação com a história de vida do sujeito. Dessa forma, a pesquisa aponta como fundamental considerar a existência ou ausência de planejamento, a percepção de letalidade, o contexto em que a tentativa de suicídio aconteceu – presença ou não de outras pessoas – e o método utilizado a fim de apreender e dar significado aos elementos que propiciaram o ambiente psíquico para a passagem ao ato. Do ponto de vista psicológico, é difícil (e talvez pouco relevante) hierarquizar as tentativas de suicídio como de maior ou menor gravidade, entretanto, é importante pensar nestes elementos para avaliar quais as necessidades do sujeito em relação ao atendimento em saúde mental e mensurar o risco de que uma nova tentativa de suicídio venha a ocorrer.

5.3 CATEGORIA 2: EMOÇÕES ASSOCIADAS À TENTATIVA DE SUICÍDIO

A segunda categoria de análise refere-se às Emoções associadas à tentativa de suicídio, em resposta ao bloco de perguntas que inicia com: “você se lembra do momento em que percebeu que havia sido socorrido?”. A finalidade aqui foi identificar, junto aos sujeitos, as emoções que emergiram após a tentativa de suicídio, para responder ao terceiro objetivo específico desta pesquisa. Entende-se, com base na psicanálise, que as emoções são a expressão do afeto; ou seja, como o sujeito traduz e opera no mundo externo com aquilo que lhe toca em seu mundo interno (ALEXANDROFF, 2012). A categoria é composta por duas subcategorias que abordam distintos momentos, ambos posteriores à tentativa de suicídio: **2.1 Logo após o ato** e **2.2 No hospital**, conforme ilustrado no Quadro 4.

Quadro 4 – Categoria 2: Emoções associadas à tentativa de suicídio.

2. Emoções associadas à tentativa de suicídio	2.1 Logo após o ato	2.1.1 Medo 2.1.2 Ambivalência 2.1.3 Sem lembranças
	2.2 No hospital	2.2.1 Vergonha 2.2.2 Decepção 2.2.3 Tristeza 2.2.4 Alívio

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Em **2.1 Logo após o ato** refere-se às emoções nomeadas pelos participantes no momento imediato em que foram socorridos. Foram relatados distintos tipos de experiência; alguns buscaram por socorro de forma ativa, outros foram encontrados e levados até o hospital por pessoas de sua rede de apoio e outros levados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com diferentes emoções associadas a cada um dos contextos. Assim, três elementos de análise compõem esta subcategoria: *2.1.1. Medo*, *2.1.2. Ambivalência*, *2.1.3. Sem lembranças*.

O *Medo* foi a emoção predominante naqueles sujeitos que estavam sozinhos no momento da tentativa de suicídio e que acabaram por buscar socorro de forma ativa. Para este grupo de participantes, o medo surgiu associado ao desconforto físico e à tomada de consciência sobre os danos causados pelo ato. Seja de forma implícita, como em P1, ou

nomeado, como em P5, a emoção de medo foi referida como impulsionadora do movimento de pedir ajuda:

“Pedi ajuda pra minha mãe, fui até a casa dela. [...] Eu não conseguia falar, porque como eu tava muito queimada, eu não conseguia falar, mas ela já me viu, já viu como eu tava, e... aí eles correram, ela ficou me sacudindo, ela chamou minha irmã mais velha que também mora ali próximo e a minha irmã mais velha foi lá dentro da minha casa e viu o que eu tinha tomado.” (P1)

“quando eu acordei, porque eu fiquei desacordado, quando eu acordei e vi que tava sangrando eu pedi ajuda da minha ex mulher. [...] a hora que eu abri os olhos eu tava muito assustado, muito apavorado, muito, muito nervoso assim.” (P5)

Chama atenção o apontamento do *Medo* no instante em que o sujeito se depara com a possibilidade da morte, sendo que, a princípio, é ele próprio quem teria buscado este desfecho. O medo da morte pode, aqui, ser compreendido como análogo a angústia de castração, ou seja, a ameaça de um perigo iminente que reproduz um medo antigo de ser separado de algo que é valioso para o sujeito (CREMASCO; BRUNHARI, 2009; GONÇALVES, 2001). Assim, pode-se pensar que no momento em que o sujeito se apercebe em risco de morte, entra em contato, de forma inconsciente, com coisas que lhes são caras, culminando no pedido de ajuda. Buscar tornar consciente este processo talvez possa auxiliar para evitar a repetição do ato.

Já a *Ambivalência*, o segundo elemento de análise, aparece de forma mais acentuada naqueles casos em que os sujeitos, com a função mental de consciência preservada, foram levados ao hospital pelo SAMU ou por pessoas da sua rede de apoio. Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) afirmam que esta ambivalência diz respeito à contradição que o gesto suicida traz em sua constituição. Ao mesmo tempo em que o sujeito atenta contra a sua vida é comum que haja um desejo de ser salvo, como é possível observar nos trechos a seguir:

“... lembro que tinham pessoas na minha volta, me perguntando onde eu estava, quer dizer, de onde eu era [...] mas o sentimento não foi bom, eu não sou muito de... de querer que as pessoas é, que fiquem preocupadas comigo, [...] ainda mais que eu tava vindo pro hospital, meio que contra a minha vontade. Não vou dizer ‘ah, foi totalmente contra a minha vontade’ né, mas se eu conseguisse decidir eu não teria vindo.” (P3)

“... a mulher falando por que eu fiz isso, só ecos, muitos ecos [...] Frustração, de ser socorrido e eu não pedi socorro, não pedi ajuda, não pedi nada. Eu me senti frustrado de não poder caminhar, eu só cambaleava, eu não conseguia nem ficar em pé por causa dos remédios, então eu senti um pouco inválido e bem irritado, irritado, ódio não, irritado acho que é o nome.” (P6)

A contradição vista nas falas, característica da ambivalência, remete à dimensão do sujeito inconsciente. Conforme sustentado por Freud, em *Mais-além do princípio do prazer* (1920), o ser humano é habitado por um jogo de forças conjuntas e opostas, chamadas de

pulsão de vida e pulsão de morte, que se manifestam de um modo quase que incompreensível (LINDENMEYER; MARANHÃO, 2015). Um dos manuais da OMS (2000), voltado para profissionais de saúde, alerta que o desejo de viver e o desejo de morrer batalham numa gangorra nos sujeitos em crise suicida. Talvez seja possível substituir “desejo de morrer” por urgência em acabar com a dor que naquele momento está associada à vida e concomitante um desejo intenso de viver de outra maneira ou viver uma outra vida. Para Fukumitsu (2014) explorar o conteúdo da ambivalência é uma importante potência durante o tratamento em saúde mental.

O terceiro elemento de análise, *Sem lembranças*, diz respeito àqueles que não conseguem acessar a memória dos fatos nem das emoções pelas quais foram atravessados no momento em que foram socorridos. Os participantes foram levados ao hospital em estado de obnubilação ou coma, em decorrência do abuso das drogas, seja o álcool associado à maconha e aos medicamentos como em P2 ou somente os medicamentos como em P4:

“**eu não lembro nada do que passou** desde então, aí no outro dia quando eu acordei que eu fui ver e saber das coisas.” (P2)

“acordei com... é, policiais falando bem alto no meu quarto e... nesse momento eu percebi que eu tinha sido socorrida, mas daí **eu só tive a consciência real quando acordei**, era mais ou menos umas 4 da manhã, daí do dia seguinte né, no hospital, eu tava amarrada [...] **a minha mãe disse que me amarraram porque eu tava muito agitada quando cheguei lá no hospital.**” (P4)

No decorrer dos relatos apresentados na subcategoria **2.1 Logo após o ato**, observou-se uma dificuldade dos participantes em nomear a emoção pela qual foram tomados neste primeiro momento – quando percebe que foi socorrido. Para Peter Sifneos (1991), psicanalista de orientação freudiana e criador do termo alexitimia, tal dificuldade pode estar relacionada a uma incapacidade de simbolizar e a um padrão de raciocínio concreto e objetivo, voltado para a realidade externa (como citado em CARNEIRO; YOSHIDA, 2009; FREIRE, 2010). Nesse sentido, pode-se pensar no trabalho com as emoções como um importante recurso clínico de alternativa ao movimento de compulsão à repetição. Ao compreender a passagem ao ato como forma de descarga daquilo que não consegue ser nomeado, fortalecer a capacidade simbólica auxiliaria o sujeito a expressar seus afetos por outra via, que não a via da autoagressão.

A subcategoria **2.2 No hospital** trata das emoções nomeadas pelos participantes durante o período em que permaneceram hospitalizados. O tempo de internação variou entre um e cinco dias e é possível perceber a expressão de diferentes formas de emoção a depender

da fase em que se encontravam dentro do processo de recuperação. Quatro elementos de análise formam esta subcategoria, são eles: 2.2.1 *Vergonha*, 2.2.2 *Decepção*, 2.2.3 *Tristeza* e 2.2.4 *Alívio*.

Em relação à emoção de *Vergonha*, a fala dos participantes aponta para uma preocupação com o julgamento de um outro significativo. Esta emoção surge nos relatos, principalmente, relacionada ao primeiro período da hospitalização, quando o sujeito é atendido e aguarda para receber a visita dos seus familiares. P1 diz sobre o medo de ter seu sofrimento desvalorizado uma vez que o ato não culminou em morte, já P2 demonstra dificuldade em perceber a sua demanda por cuidado e entende que o outro está lhe prestando um favor, o qual não se considera digno em receber:

“Eu fiquei com vergonha na verdade, **fiquei com vergonha e medo da minha família**. [O que era esse medo?] De eles falarem né, que eu queria chamar atenção só, alguma coisa assim. Por eles acharem que, verem que eu não tava com perigo de vida né, não tava com risco, então de eles falarem ‘**ah, só fez isso pra chamar atenção**’.” (P1)

“**Vergonha**. Vergonha foi o que eu senti, de ver meu primo ali e tudo, sabe, eu tentei acabar com uma coisa só que, por me achar um peso pros outros né, mas ver meu primo ali por minha causa sabe, **ele não tinha obrigação**, é... **eu achei pior ter que olhar pra ele**, fiquei com vergonha.” (P2)

As falas citadas vão ao encontro do exposto por Barbosa, Macedo e Silveira (2011) de que, em geral, o sofrimento psíquico em nossa sociedade ainda é carregado de estigma. Assim, a vergonha, produto do estigma, é um dos componentes que faz com que os pensamentos de morte e as tentativas de suicídio sejam escondidos ou camuflados, dificultando ainda mais o acesso ao sujeito que sofre e o fornecimento de ajuda ou suporte especializado (BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011; VIDAL; GONTIJO, 2013).

O segundo elemento de análise, *Decepção*, refere-se a uma primeira emoção de fracasso, após o sujeito constatar que não corria risco de morte. Embora tenham sido ditas por diferentes participantes, as falas aqui apresentadas remetem à emoção de *Ambivalência*, apresentada na subcategoria **2.1 Logo após o ato**. No relato de P4 a *Decepção* também aparece associada à *Vergonha*, discutida no elemento de análise anterior:

“**Decepção e vergonha né**. Decepção por não ter conseguido o que eu queria e vergonha por ter feito aquilo né, tipo, ter colocado pessoas naquela situação.” (P4)

“Eu tava sentada na cama, que foi a primeira lembrança que eu tenho eu acho, e aí ele perguntou [o médico], ele olhou pra mim e falou assim ‘tu sabia que isso quase deu certo né, ou melhor, isso quase deu errado’, e aí eu lembro de eu ter falado pra ele ‘**pois é, eu queria que tivesse dado errado**’, e é mais ou menos isso quando a gente, quando eu me toquei, **eu falei tipo ‘putz, saca, não deu**’.” (P10)

Um desafio para os profissionais de saúde, em relação à emoção de *Decepção*, refere-se ao risco de que frente ao fracasso de uma tentativa de suicídio, outra possa vir a ocorrer (MACEDO; WERLANG, 2007; OGNEBENE, 2017). Nesse sentido, é importante que ao escutar o sujeito, o profissional suporte e permita que seja falado sobre o pensamento de morte que se mantém presente. Tal recomendação vai de encontro ao relato da experiência prática (TORO et al., 2013) de que os profissionais da psicologia apresentavam sentimentos de impotência e frustração por não conseguir livrar o paciente da sua dor e eliminar esse "desejo de partir".

No que se refere à *Tristeza*, esta emoção aparece em um segundo momento da hospitalização, quando a recuperação do corpo físico está em via de ser concluída. Os relatos apontam uma apatia e desânimo, conforme ilustrado nos trechos a seguir:

“Só tristeza, só tinha... tava triste por mim mesma”. (P1)

“Eu dormi, fiquei meio sonolento, e eu... sei lá, eu não me sentia, não me sentia bem, não só por ainda estar com o efeito dos remédios, mas também por estar, sei lá, **eu tava me sentindo ainda frustrado, desanimado**, não frustrado por não ter... por ter tentado e não conseguido, **mas frustrado com a vida em si, sabe**”. (P3)

A hipótese de que aja uma espécie de processo ou fases na expressão das emoções partiu da observação de que P3, na subcategoria **Logo após o ato**, teve a *Ambivalência* enquanto emoção predominante. Já P1, no início da hospitalização, salientou a emoção de *Vergonha*. Pode-se supor que a *Tristeza* surge como emoção a partir do momento em que o sujeito volta a integrar a sua história de vida, somada ao evento da tentativa de suicídio. É como se fosse o momento de “digerir” tudo o que aconteceu e buscar energia psíquica para retornar ao seu dia-a-dia. De acordo com Mendes, Viana e Bara (2014), é possível afirmar que a *Tristeza* tende a ser um componente importante, e talvez indispensável, para o processo de elaboração psíquica e construção de novas referências – o que não significa que o sujeito necessite passar sozinho por essa etapa, sendo categórica a importância de suporte.

A emoção de *Alívio* foi referida pelos participantes que conseguiram, já durante a hospitalização, falar de forma aberta sobre a tentativa de suicídio e o percurso de sofrimento associado ao ato. Seja com a equipe de saúde, como em P8, ou com uma figura familiar, como em P9, fica evidente a diferença na expressão destes sujeitos quando comparado com o conteúdo dos elementos de análise anteriores:

“Amparada, me senti importante pra alguém, mesmo que fossem médicos que nunca tinham me visto na frente, por mais que eu fosse uma pessoa desconhecida **eu era**

importante pra alguém e minha vida era importante. [...] Eu fui feliz aquele... aquela noite, por mais que tivesse acontecido tudo aquilo que aconteceu comigo **eu me vi assim aliviada de falar** daquela história tantas vezes, pra tantas pessoas diferentes.” (P8)

“... **aproveitei e falei pra minha mãe**, eu falei tudo que eu... não tinha falado pra ela e tal, de todas as tentativas anteriores e tal, de que... pra ter uma ideia ela nem sabia que eu bebia, então tipo eu aproveitei e já... já sei lá, chutei o pau da barraca e falei tudo, inclusive eu briguei com ela um pouco, mas depois a gente fez as pazes. **Mas eu me senti assim bem, me senti tipo... como se fosse uma, uma nova oportunidade** pra começar tudo do zero sabe.” (P9)

Estas falas retomam a importância de um acompanhamento em saúde mental durante a internação hospitalar que possibilite este espaço de escuta, o qual se mostrou significativo para os participantes. A situação de crise pode ser potencializadora da capacidade criativa dos sujeitos e quando amparada por um profissional capacitado, tem-se a oportunidade de, já nesse primeiro momento, vincular o paciente à continuidade do seu tratamento (GUTIERREZ, 2014; VIDAL; GONTIJO, 2013).

Em **2.3 No hospital** foi possível observar as emoções pelas quais os sujeitos foram atravessados no momento em que se encontraram sob a tutela da instituição e no processo de transição para voltar às suas vidas. Em todos os elementos de análise salientou-se a necessidade de que o hospital seja não apenas um local para recuperação do dano causado ao corpo, mas que forneça suporte, contenção psíquica e condições para que o sujeito possa historicizar a tentativa de suicídio de forma integrada à sua história de vida.

Ainda, em relação à proposta geral da Categoria 2. **Emoções associadas à tentativa de suicídio** aponta-se, para a complexidade envolvida nos estudos sobre emoção, onde os autores salientam dificuldades e divergências na definição do construto (ALEXANDROFF, 2012; FREIRE, 2010; PIRES, 2016). Nos relatos dos participantes foi possível observar que, em alguns momentos, emoção e sentimento aparecem como sinônimos. Na compreensão psicanalítica, trata-se de conceitos diferentes, em que sentimento se refere à tradução social do afeto, ou seja, a forma como o afeto é partilhado pelas pessoas em uma dada cultura. Assim, o sentimento seria coletivo, enquanto a emoção é algo do sujeito (CORRÊA, 2005; RAVANELLO; DUNKER; BEIVIDAS, 2017). Esta pesquisa demonstrou que logo após o ato e o processo de hospitalização são momentos distintos que demandam por diferentes estratégias de acolhimento. O medo e a ambivalência como emoções no momento logo após a tentativa de suicídio sustentam a hipótese do significado do ato como pedido de ajuda. Já as emoções de vergonha, decepção, tristeza e alívio reforçam a importância do suporte

psicológico durante o período de internação hospitalar para auxiliar o sujeito a nomear aquilo que lhe afeta e dar um sentido através da simbolização pela palavra.

5.4 CATEGORIA 3: FATORES DE RISCO

A terceira categoria de análise refere-se aos fatores de risco associados à tentativa de suicídio e compõe a busca por responder três dos objetivos específicos desta pesquisa: Identificar os eventos desencadeadores associados pelo paciente à tentativa de suicídio por ele realizada; Identificar os fatores de risco anteriores à tentativa de suicídio e Identificar os fatores de risco posteriores à tentativa de suicídio. A hipótese inicial era de que os eventos desencadeadores dariam origem a uma categoria a parte, no entanto, a partir das falas dos participantes percebeu-se que tais eventos aparecem de forma interligada aos fatores de risco. Assim, a categoria foi dividida em quatro subcategorias: **3.1 Sintomas psíquicos anteriores a tentativa de suicídio**, **3.2 Desencadeadores**, **3.3 Concepções da existência** e **3.4 Nova tentativa de suicídio**, conforme demonstrado no Quadro 5.

Quadro 5 – Categoria 3: Fatores de risco.

3. Fatores de risco	3.1 Sintomas psíquicos anteriores a tentativa de suicídio	3.1.1 Humor deprimido 3.1.2 Isolamento 3.1.3 Vazio 3.1.4 Ansiedade
	3.2 Desencadeadores	3.2.1 Perdas 3.2.2 Conflitos
	3.3 Concepções da existência	3.3.1 Ausência de sentido 3.3.2 Incoerência entre o ideal de vida e a condição atual 3.3.3 Morte como descanso
	3.4 Nova tentativa de suicídio	3.4.1 Esgotamento dos familiares 3.4.2 Lidar com a repercussão do ato 3.4.3 Frustração das expectativas

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Na subcategoria **3.1 Sintomas psíquicos anteriores a tentativa de suicídio** trata-se dos sintomas apontados pelos participantes como predominantes nos meses ou semanas anteriores à passagem ao ato. Optou-se por trazer os sintomas no lugar de nomear enquanto transtorno mental, uma vez que as entrevistas não tiveram um caráter diagnóstico. As informações sobre o histórico de saúde mental eram imprecisas e o viés deste trabalho está em

compreender a dinâmica a partir dos significados atribuídos pelos participantes. Além disso, o conceito de sintoma é fundamental dentro da compreensão psicanalítica. Desta forma, foi possível agrupar os sintomas em quatro elementos de análise: 3.1.1 *Humor deprimido*, 3.1.2 *Isolamento*, 3.1.3 *Vazio*, 3.1.4 *Ansiedade*.

Humor deprimido foi um sintoma presente na fala de todos os participantes, variando em duração e intensidade; foram, geralmente, utilizadas palavras como “apatia”, “desânimo” e “tristeza” para nomear o ambiente que antecedeu a tentativa de suicídio. Optou-se pelo termo “*Humor deprimido*” como sinônimo de uma tristeza persistente, que causa prejuízo significativo para o sujeito; atenta-se para o cuidado em não banalizar o termo “Depressão”. Os trechos a seguir foram escolhidos para ilustrar:

“**Infeliz, não merecedor de nada**, não me via fazendo alguma coisa na minha vida, não me via tendo sucesso, sucesso é uma coisa subjetiva né, mas sucesso em geral, na vida profissional, comigo mesmo, é... a vida pessoal né e nada me agradava, eu tinha essa visão negativa de tudo, sabe. Poderia cair um anjo na minha frente que eu ia ver de uma forma negativa.” (P2)

“... é tudo, **tua cabeça fica escura, tu só consegue pensar coisa ruim**”. (P10)

A associação entre o comportamento suicida e sintomas depressivos é consistente na literatura (ASSUMPÇÃO; OLIVEIRA; SOUZA, 2018; BRAGA; DELL’AGLIO, 2013; SILVA et al., 2006). Os achados desta pesquisa se mostram em consonância com a teoria psicanalítica no sentido de que não existe uma depressão no singular, o que se encontra são estados depressivos, tema abordado por Freud em Luto e Melancolia (1915). Diante da perda real ou simbólica do objeto, algo inominável do sujeito também se perde em decorrência da identificação narcísica (FERREIRA; GONÇALVES; MENDES, 2014; MACEDO; WERLANG, 2007). O *Humor deprimido*, para que não se transforme em ato, demanda por ser escutado a partir da relação do sujeito com o seu desejo.

No que se refere ao *Isolamento*, os relatos apontam para um distanciamento de pessoas significativas e uma dificuldade em buscar ajuda, ou até mesmo um comportamento de afastar a ajuda, diante do sofrimento psíquico. O sofrimento aparece relacionado a problemas de vida e/ou em decorrência de outros sintomas como *Humor deprimido* e *Ansiedade*. Para alguns dos participantes, o isolamento foi algo visto como característico desde a infância, conforme a fala de P2, enquanto outros não se reconhecem no comportamento atual, como é possível observar em P5:

“Eu reclamo que não tenho uma coisa, mas quando alguém me dá alguma coisa eu falo ‘poxa, você não pode me dar, porque eu tenho que conseguir sozinho’, sabe, **eu não aceitava ajuda**, de pessoas, de quem eu amava, de quem me ama, e... e, através disso, **acabava me isolando**, sabe. E no meu... e em me isolar, cara, é complicado

explicar, **em me isolar, eu... sei lá, eu me privava das coisas** boas da vida e meio que olhava só pra mim e ignorava todo mundo e isso ia me fazendo mal”. (P2)

“... eu comecei a **me isolar bastante**, eu sou uma pessoa que eu gosto de brincar muito e o pessoal do trabalho começou a notar que eu comecei a ficar muito reservado, muito na minha, muito quieto, e... ou eu tava triste, ou não me passava nada na cabeça, não conseguia sentir nada, não conseguia sentir afeto, não conseguia sentir nada, como se meu corpo tivesse, minha mente tivesse parada assim”. (P5)

Este estudo corrobora a literatura ao constatar o isolamento social enquanto fator de risco para tentativas de suicídio, seja o isolamento provocado pelo sujeito mesmo com a disponibilidade de pessoas significativas ou quando os vínculos estão rompidos (PEREIRA et al., 2018; PINTO; ASSIS; PIRES, 2012; SCHLOSSER; ROSA; MORE, 2014). Em um estudo realizado com famílias de pessoas que cometeram suicídio (COSTA; SPIES, 2014), os autores apontam que o silêncio e o isolamento são sinais de pensamentos suicidas, mas para os familiares parece ser difícil compreender estes sinais. Tatit e Rosa (2013) chamam a atenção para a importância de não patologizar o isolamento; as autoras entendem o isolamento como produto de uma cadeia composta por rupturas com as suas famílias e dificuldade em fazer vínculos. Resstel (2015) considera o isolamento, assim como o desamparo e o individualismo, como características da contemporaneidade, onde o outro representaria mais uma ameaça do que uma segurança.

O terceiro elemento de análise trata do *Vazio*, apontado pelos participantes como um dos sintomas predecessores à tentativa de suicídio. O *Vazio* é descrito como aquilo que não tem nome, algo pelo qual o sujeito é tomado e não consegue compreender a natureza, recorrendo ao corpo como forma de expressão, como demonstrado nos relatos que se seguem:

“... é uma, é uma sensação de impotência, sentia uma agonia, uma angústia, **é uma coisa que não conseguia, não tem nome, não tem... é um vazio sabe**, eu não tenho, é... não dá pra explicar isso em, com palavras assim [...] não tem como realmente explicar, sabe, não tem, não há uma palavra que expresse, que tipo, que consiga definir 100% daquilo, 100% do sentimento que, que **passa, não só pela cabeça, parece que passa pelo corpo inteiro, sente isso no coração**, você pensa, você... é, como se você tivesse preso dentro de você, de si mesmo, entendeu?... É uma coisa... é muito ruim”. (P3)

“... **eu tinha tudo materialmente, mas eu tinha um vazio enorme emocionalmente assim**. Eu me sentia extremamente triste, sem ninguém, não achava assim respaldo em ninguém na minha família, nos meus amigos e eu me sentia sozinha, sabe. **Eu sentia o mundo caindo das minhas costas** e eu não sabendo como lidar”. (P8)

Considerações sobre o vazio aparecem de forma breve e não aprofundada nos estudos que discutem fatores de risco associados ao comportamento suicida (ASSUMPCÃO;

OLIVEIRA; SOUZA, 2018; BENINCASA; REZENDE, 2006; TORO et al., 2013). Brum (2004) em seu artigo “Patologias do vazio: um desafio à prática clínica contemporânea”, refere que muitos dos pacientes “chegam buscando muito mais do que serem compreendidos; buscam existir, serem olhados, encontrados” (p. 49), o que é demonstrado através das falas dos participantes deste estudo. A autora defende que o amparo é a força mais potente contra o vazio.

A *Ansiedade*, que é inerente ao sujeito enquanto parte integrante das pulsões de autoconservação e fundamental quando em grau moderado, foi experienciada pelos participantes em grau excessivo e com prejuízo em termos de sofrimento psíquico. As falas ilustram uma ansiedade elevada, presente na maior parte do tempo, difícil de controlar e com perturbação do sono; P4 relata, ainda, a presença de sintomas fisiológicos:

“Angústia, **eu acho que era angústia**, é... **fisicamente um enjôo**, e sei lá, psicologicamente falando, de **deitar pra dormir e não parar de pensar naquilo**, ficar pensando o tempo todo, o tempo todo. Os breves momentos que eu dormia, que era 10 minutos, eu sonhava com isso também”. (P4)

“Ansioso, eu **não conseguia dormir**, **ficava muito ansioso**, muito ansioso, eu não conseguia dormir e eu **tinha muito pesadelo**, muito pesadelo, acabava que toda hora eu acordava, toda hora”. (P5)

Os estudos atribuem maior ênfase aos Transtornos de Humor do que aos sintomas de ansiedade, no que se refere aos fatores de risco para o comportamento suicida (MOREIRA; BASTOS, 2015; PRIETO; TAVARES, 2005; SANTOS et al., 2016). Entretanto, os resultados desta pesquisa sugerem que a ansiedade elevada pode gerar um esgotamento do sujeito, que atenta contra a própria vida, dentre outros fatores, por não vislumbrar outro meio de cessar o sintoma. Ainda, embora Botega (2015) recomende que durante uma crise suicida deva-se utilizar psicofármacos para diminuir a ansiedade e garantir a noite de sono, os estudos não se aprofundam sobre o tema. Pelegrini (2003) problematiza a questão envolvendo a medicalização do viver, em que se prescrevem psicotrópicos para dormir e psicotrópicos para acordar. Tal debate demonstra a relevância de serem discutidos os sintomas de ansiedade e as alterações de sono nas pesquisas sobre a temática do suicídio.

A partir dos elementos de análise apresentados em **3.1 Sintomas psíquicos anteriores à tentativa de suicídio** foi possível discutir os principais sinais de sofrimento manifestados pelos participantes. Cabe frisar que diferentes sintomas se fizeram presentes em uma mesma narrativa e a divisão se deu como uma forma didática de ilustração dos dados ao leitor. A fala de P9 demonstra esta interligação:

“... não tinha vontade de estudar nenhuma, nem de ir na aula e tal e aí... **eu sentia muita tristeza**, muita... era **cada dia uma coisa diferente sabe**, tipo um dia era

tristeza, outro dia era, eu **sentia tipo um vazio**, no outro era... sentia... uma coisa diferente, tipo uma, **uma ansiedade**, sei lá.” (P9)

Salienta-se a importância de não trabalhar o sintoma de forma dissociada dos modos de produção de subjetividade na atualidade. Deve-se levar em consideração a maneira como o sujeito opera com as mudanças sociais, em tempos de redes que se configuram através da internet, tensões políticas, guerras e conflitos armados, misoginia, homofobia, racismo e intolerância de diversos tipos (FERREIRA, GONÇALVES; MENDES, 2014; TAVARES, 2010).

A subcategoria **3.2 Desencadeadores** refere-se aos eventos apontados pelos participantes como significativos e temporalmente próximos à tentativa de suicídio, também nomeados pela literatura como fatores de risco precipitantes ou estressores associados ao risco de comportamentos suicidas (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEAGA, 2010; MAIA et al., 2017). Dois elementos de análise emergiram a partir das entrevistas realizadas: *3.2.1 Perdas*, *3.2.2 Conflitos*.

No que concerne a *Perdas*, a perda real e/ou simbólica aparece nos relatos como um desencadeador significativo para a tentativa de suicídio. Nos exemplos, P1 refere que perder a guarda da sua filha e não ter esperança de recuperá-la foi o fator precipitante, associado à demissão recente do emprego; já P5 fala sobre a morte do seu pai e o fim do seu relacionamento conjugal:

“É... **a perda da guarda da minha filha**, aí, pela falta de emprego, **o desemprego**, eu não estava conseguindo trabalho também.” (P1)

“... **pelo fato de ter perdido o meu pai**, pelo... que era a única pessoa que eu achava que me entendia, **o fim do meu casamento** foi uma coisa que me afetou bastante, porque é difícil eu me abrir com uma pessoa e eu me abri com tudo e, e... falei sobre esse tratamento que eu faço, o tratamento hormonal e ela foi a primeira a me apoiar e ela me deixou justamente por causa disso.” (P5)

A perda referida pelos participantes pode ser caracterizada como um processo inerente ao luto, sendo que este não se limita apenas às situações de morte, mas engloba o enfrentamento de sucessivas perdas de difícil elaboração ao longo do ciclo de vida (CAVALCANTI, SAMCZUK; BONFIM, 2013; SOUZA; PONTES, 2016). Entretanto, aqui, é como se o processo do luto, natural e necessário para a elaboração da perda (FREUD, 1915), não tivesse encontrado contenção e transbordasse na forma da passagem ao ato. Nesse sentido, Pinheiro, Quintella e Verztman (2010) apresentam uma interessante distinção

discursiva, em que na depressão o sujeito diz "eu já fui algo ou alguém e hoje não sou mais", diferente do "eu não sou nada" ou "eu não sou nem nunca fui nada", presente na fala do sujeito tomado pela melancolia. Assim, a tentativa de suicídio diante de um quadro melancólico comunica algo diferente da tentativa de suicídio de um sujeito em estado depressivo.

Em *Conflitos*, os participantes referiram situações de tensão, vivências de discussões e violências verbais e/ou físicas, que antecederam a tentativa de suicídio. As principais fontes de conflito citadas foram a relação conjugal, seguida pela relação parental. As falas apontam para uma descompensação psíquica após o conflito:

“Eu estava bem... estava bem na medida do possível, né? E eu tive **uma discussão com uma pessoa**, e essa discussão gerou uma violência, eu **sofri uma violência e... e a partir daí eu realmente fiquei mal assim.**” (P7)

“... no dia da tentativa **foi quando eu explodi** sabe [...] Era cinco da tarde, eu tava conversando com o C. pelo whats, e **a gente já começou meio que discutir por ali**, aí começou a me dar ansiedade, aí eu comecei a chorar na minha sala de trabalho e comecei sabe, me dar às crises de ansiedade, tremor, começou a me faltar ar, começou a me dar aperto no peito...” (P8)

Os conflitos como fatores precipitantes e uma base de fragilidade nas relações interpessoais foram também apontados no estudo realizado com mulheres que tentaram suicídio ateando fogo no próprio corpo (MACIEL; CASTRO; LAWRENZ, 2014). Os autores sugerem que os conflitos e a vulnerabilidade psicológica denunciam uma vivência de agressão, desvalorização, abandono e falta de segurança. O ato suicida, nesses casos, seria uma busca por acabar com o conflito, que ao não encontrar outras formas de simbolização acaba por ser expresso no próprio corpo. Em um estudo de caso-controle realizado na Nova Zelândia, constatou-se que os participantes com comportamento suicida grave apresentaram taxas elevadas de problemas recentes com seus parceiros amorosos e foram significativamente mais propensos que os participantes de comparação a ter níveis limitados de interação social e apoio (BEAUTRAIS, 2002).

Os achados desta pesquisa em relação aos **3.2 Desencadeadores** corroboram o estudo de Prieto e Tavares (2005) de que os eventos mais comuns que antecedem uma tentativa de suicídio são relacionados a graves conflitos relacionais e a perdas interpessoais significativas. Em relação às intervenções preventivas, Abreu et al. (2010) salientam a importância do acolhimento e sensibilização dos profissionais para fornecer suporte e especial atenção aos sujeitos que vivenciaram perdas recentes, seja qual for a natureza da perda, ou que experenciam situações de conflito, principalmente nos casos que envolvem violência física e/ou verbal. Entretanto, atenta-se para o cuidado em não outorgar a tais eventos o status de

causas do comportamento suicida. Recorre-se a fala da participante P10 para lembrar sobre a multiplicidade de fatores envolvidos no ato:

“É teve o fato de eu pegar o meu namorado usando cocaína né, que é uma coisa que o meu pai usa e que me afeta bastante, não foi a primeira, não foi uma vez só, foram algumas vezes, então é uma coisa que eu já vinha brigando e lutando pra que parasse. Fora o problema financeiro né, que é a parte mais difícil é o problema financeiro, tu conseguir lidar com, com, criar alguém sem ter dinheiro [...] **não tem uma coisinha que faz, é todas as coisas junto, sozinhas as coisas não fazem nada.**” (P10)

A subcategoria **3.3 Concepções da existência** reúne o conteúdo sobre as concepções de vida e de morte que permearam a fala dos participantes. O ponto de partida é a impossibilidade de representação da morte para o inconsciente (FREUD, 1915). De acordo com Cassorla (2017) como não se tem memória sobre a morte e não se sabe o que ela é, o sujeito que tenta suicídio não estaria tomado por um desejo de morrer, mas sim por outra coisa. Assim, investigar quais os significados de viver e quais as fantasias a respeito da morte possibilita uma aproximação com o que de fato o sujeito deseja – a respeito da vida – quando diz que deseja morrer. Os resultados foram agrupados em três elementos de análise: *3.3.1 Ausência de sentido*, *3.3.2 Incoerência entre o ideal de vida e a condição atual*, *3.3.3 Morte como descanso*.

No que concerne ao elemento de análise *Ausência de sentido*, os participantes relataram falta de perspectiva e de planos para o futuro. P3 fala sobre o desejo de ter filhos e o pensamento de que isto não seria possível em função do término de seu relacionamento conjugal; a frustração do projeto de paternidade parece estar na base da falta de sentido na vida para este participante. Ao passo que P7 questiona-se sobre a razão de existir após sofrer uma agressão física e enfrentar cotidianamente os desafios de ser homem trans em uma sociedade transfóbica. As falas ilustram ainda um processo reflexivo e uma interrogação que retoma Albert Camus, em “O Mito de Sísifo” (1942/2016) sobre se a vida vale ou não vale a pena ser vivida:

“A falta de... uma perspectiva, a falta de... sei lá, de ver alguma coisa pro futuro, não que não tenha é... objetivos no futuro, eu tenho o trabalho que eu adoro, mas sei lá, **às vezes parece tudo tão, tão vago**, parece que não tem, é... como que eu posso dizer... **como se não tivesse propósito, não tem quê nem porquê**, não tem... te falta algo que te motive. Eu... O que me motivava antes, na família assim, era filhos, eu sempre quis ter filhos, mas hoje eu me julgo muito velho pra ter filhos.” (P3)

“... é como se tu refletisse realmente qual a tua função aqui, né. O que tu estarias fazendo, **se realmente vale a pena passar por isso tudo**. [Isso tudo?] É, tu viver,

né. Se vale realmente a pena viver. Ter de passar por tudo isso, **ter de se submeter a muitas coisas, então tu reflete se vale realmente a pena viver.**” (P7)

É possível observar que a tentativa de suicídio surge como forma de confrontar uma vida que está sofrida e que parece não ter propósito. O ato, nestes casos, pode ser visto como um pedido de ajuda realizado no momento em que o sujeito é capturado por um vazio existencial e não encontra sentido em continuar vivendo (TORO et al., 2013). Enquanto na psicopatologia a falta de sentido é associada tanto ao estabelecimento quanto à manutenção de um quadro depressivo (AQUINO; DARA; SIMEAO, 2016), em relação ao atendimento o imperativo seria o terapeuta sustentar a falta de sentido e acrescentar dúvidas onde existem certezas, para que o sujeito possa perspectivar possibilidades que o coloquem novamente em movimento (FUKUMITSU, 2014). Cabe acrescentar que, durante a crise, a prática clínica indica ser fundamental que o terapeuta tenha uma postura ativa e seja visto pelo paciente como um ponto de amparo.

No que se refere à *Incoerência entre o ideal de vida e a condição atual* as falas apontam para uma tristeza relacionada ao rumo atual da própria existência. P1 tentou suicídio depois de perder o emprego e a guarda da filha; P10 considera que “sobrevive” uma vez que enfrenta cotidianamente os desafios de sozinha prover o sustento das duas filhas, conforme exemplificado nos trechos a seguir:

“Viver... pra mim... é **tu ter um emprego, tu trabalhar, tu adquirir tuas coisas, criar os filhos** se tiver, e é isso, pra mim é isso.” (P1)

“Olha, é o **contrário de sobreviver**. Eu não quero... viver não é tu trabalhar só pra pagar conta, é... respirar. Viver é tu conseguir lidar com, com as coisas do, do teu dia assim, de uma maneira humana sabe. [...] eu tenho que acordar às cinco horas da manhã, porque eu trabalho às seis num trabalho que eu não gosto pra ter um dinheiro que não é suficiente pra sustentar uma família... isso é sobreviver, isso não é viver, **viver é tu ter tranquilidade pra conseguir botar um prato de comida na mesa, tu conseguir ter uma casa...**” (P10)

Em ambos os relatos a tentativa de suicídio pode ser vista como uma forma de denunciar, no sentido de colocar em evidência, as dificuldades que estas mulheres vivenciam em seu cotidiano. Resultado semelhante foi encontrado nos estudos realizados com idosos que haviam tentado suicídio, principalmente para aqueles cujos vínculos familiares estavam rompidos (MINAYO et al., 2012; SOUSA, et al., 2014). Supõe-se que a invisibilidade e o silenciamento destes sujeitos perante o meio social possam estar na base das tentativas de suicídio por eles realizadas.

No elemento de análise *Morte como descanso* foram reunidos os relatos dos participantes acerca de suas fantasias a respeito da morte. Descansar e ter paz foram os

principais vocábulos citados. A fala de P7 chama a atenção na medida em que expõe a fantasia de que a “mente” é algo separado do Eu e sugere que em alguns casos o sujeito não planeja matar a si mesmo, mas a esse suposto outro que o habita. A seguir os trechos selecionados ilustram a discussão:

“**Descanso...** Eu não vejo a morte como um final de... final de tudo, um final de... não vejo que eu vá morrer e vá, sabe, vamos dizer que você já cansou disso aqui, de tudo que você já sabe o que é viver, **a morte ainda é um ponto de exclamação, um ponto de interrogação**, desculpa, **é uma incógnita**, mas que parece ser melhor, parece ser... um... um alívio pra tudo assim.” (P3)

“... então eu acho que a pessoa que quer se matar, **ela não quer matar só o corpo, ela quer matar a mente principalmente**, a mente que simula os pensamentos.” (P6)

“Ter paz. Acho que a única forma que eu encontraria **um meio de ter paz**. Paz absoluta.” (P7)

Os resultados vão ao encontro do estudo realizado por Rendon-Quintero e Rodriguez-Gomez (2016) que propõem o conceito “ilusão de morrer” como uma espécie de convite à tentativa de suicídio. Além da morte como descanso e paz diante das emoções e vivências dolorosas, os autores encontraram também relatos sobre a fantasia de reencontrar um ente querido na base do comportamento suicida. Nas três situações apresentadas fica implícito uma ideia de continuidade da vida. Assim, o morrer surge como sinônimo do desejo por uma outra forma de viver, o que corrobora a impossibilidade de uma representação da morte.

A partir do exposto em **3.3 Concepções da existência** defende-se a importância de trabalhar junto ao sujeito com comportamento suicida quais os significados que ele atribui ao viver e ao morrer. Este estudo constatou que a ausência de sentido, a incoerência entre o ideal de vida e a condição atual e fantasias a respeito da morte como uma forma de descansar e ter paz são fatores de risco e estão relacionados de forma importante às tentativas de suicídio. Uma forma de neutralizar estes elementos seria proporcionar espaço de escuta, suportar a falta de sentido e questionar as fantasias a respeito da morte. Para Cassorla (2017) mesmo que aparentemente “morta”, há sempre uma vida latente, submersa, em busca de meios e condições para emergir.

A subcategoria **3.4 Nova tentativa de suicídio** diz respeito aos fatores de risco posteriores ao ato sobre o qual foi falado na pesquisa. Ou seja, fatores que podem vir a desencadear novamente um comportamento suicida. Investigou-se como foi o retorno dos participantes para casa após a alta hospitalar, o acolhimento que receberam de sua rede de

apoio, a reavaliação da dinâmica das relações significativas e planos de futuro. A subcategoria foi composta pelos seguintes elementos de análise: 3.4.1 *Esgotamento dos familiares*, 3.4.2 *Lidar com a repercussão do ato*, 3.4.3 *Frustração das expectativas*.

Sobre *Esgotamento dos familiares* trata da análise do acolhimento que o participante recebeu da família no retorno para casa, após a alta hospitalar. É possível observar que em alguns casos, a rede de apoio apresenta dificuldade em compreender a dinâmica do sujeito que tentou o suicídio, demonstra sobrecarga e não é capaz de fornecer o suporte necessário. P1 tem consultas médicas semanais para dilatação do esôfago em função dos efeitos da tentativa de suicídio; P8 morava com o companheiro que constantemente verbalizava esgotamento diante das suas crises de ansiedade e nos períodos de humor deprimido; a relação acabou após a tentativa de suicídio. Os relatos ilustram os resultados:

“**Nos primeiros dias foi bom, mas depois é...** porque como eu tenho que fazer essa dilatação uma vez por semana, aí ficam falando ‘ah agora tu fica... **a gente tem que estar se desdobrando, saindo de casa**’, da casa deles, do conforto deles, porque tem que ter um acompanhante né, ‘pra tá te levando no hospital, sendo que tu não precisava mais disso’, e... ‘**tu só fez isso pra chamar a atenção**’, ou ‘**tu fez isso pra incomodar mesmo**’, coisas assim.” (P1)

“... foi só pisar na nossa cidade natal, **ele me deixou na casa dos meus pais e... sumiu**, foi pra casa dos pais dele que é na cidade vizinha que eu morava né, não me chamou mais pra saber como é que eu tava, tipo ‘ah, agora você tá aí com teus pais, **eles que se virem com você**’.” (P8)

No contexto do comportamento suicida, não só o sujeito que realizou o ato, mas a sua rede de apoio também necessita de suporte e acolhimento (GUTIERREZ, 2014; VIDAL; GONTIJO, 2013). Kruger e Werlang (2010), em um estudo com famílias onde um de seus membros havia tentado suicídio, constataram que a crise emocional e o sentimento de insegurança reverberam por toda a rede de afinidades. O sofrimento pode paralisar a família e gerar crenças de ameaça à unidade familiar. As autoras ainda defendem que a tentativa de suicídio de um dos membros pode ser reflexo de uma dinâmica familiar onde há dificuldade de diferenciação entre o eu e o outro.

No que se refere a *Lidar com a repercussão do ato*, os relatos apontam que voltar para casa e enfrentar as dificuldades da realidade – que existiam anteriormente – acrescidas às repercussões da tentativa de suicídio, pode ser um fator de risco para a repetição do comportamento suicida. O lidar com a culpa fica implícito na fala de P2 e é nomeado por P10. Ainda, aparece a dificuldade em falar sobre o ato com as pessoas da sua rede de apoio, o que pode gerar um tabu sobre o tema e inseri-lo na dinâmica dos não-ditos, conforme observa-se nos trechos a seguir:

“Eu me senti envergonhado também, e... sem força, sem, **sem vontade né de continuar fazendo as coisas**, porque eu pensava ‘ah, eu já tentei fazer isso, cheguei no ponto que eu cheguei né, **o quê que me impede de fazer de novo?**’, sabe, mais ou menos pensando dessa forma.” (P2)

“... a gente não entra muito nesse assunto. É... porque pra mim é muito difícil conversar sobre isso, porque **eu me sinto culpada né**, de ter feito e... pro meu namorado foi muito difícil, porque ele chegou no hospital e como eu tava dopada e eu contei isso que eu te contei aqui, como aconteceu, todo mundo botou a culpa nele e não era culpa dele [...] então assim, **caiu um peso, uma coisa sobre ele que não tinha necessidade né, por culpa minha, então isso é muito difícil pra gente lidar assim, a gente não conversa muito sobre.**” (P10)

O lidar com a repercussão do ato retoma a importância de compreender o retorno para casa como um momento crítico dentro da crise suicida, em que o sujeito necessita de suporte e principalmente de um espaço para falar sobre suas emoções e sentimentos e assim elaborar a tentativa de suicídio.

O elemento de análise *Frustração das expectativas* diz respeito aos planos de futuro dos participantes, que por vezes se apresentam de forma idealizada. Uma vez que a frustração das expectativas se mostra relacionada à ausência de sentido, a perdas e ao humor deprimido, preocupa o conteúdo das falas que apontam para a representação de uma vida que começaria “do zero” ou que almeja um “futuro brilhante”, em um período que ainda é de reorganização interna e externa:

“... são os meus objetivos, que é **me formar na faculdade**, que é **ter um futuro aí brilhante pela frente**, que é **me desenvolver no mercado de trabalho** e são isso, as pessoas que eu amo, meus objetivos que eu tenho trilhados e o meu futuro em si.” (P8)

“... **tentar dessa vez fazer tudo certo sabe**, voltar pra uma casa nova e tal, começar a academia, cuidar mais de mim e tal, e... como eu falei assim, tipo como se fosse tipo uma nova... **começar do zero, certo, dessa vez certo.**” (P9)

Para Rendon-Quintero e Rodriguez-Gomez (2016) a idealização torna os sujeitos mais suscetíveis a frustrações e rupturas que aumentariam o risco de um comportamento suicida quando outros elementos como raiva, solidão e impulsividade confluírem. A frustração enquanto fator de risco para comportamentos tanto auto (dirigidos a si mesmo) quanto heteroagressivos (dirigidos ao mundo externo) também foi citada por Valle e Kovács (2014).

Em **3.4 Nova tentativa de suicídio** é possível observar que além dos fatores de risco citados nas subcategorias anteriores, outros se acrescentam quando o sujeito já possui uma história de tentativa(s) de suicídio. Sugere-se que o cuidado seja intensificado e que os

profissionais estejam atentos ao período crítico do retorno para casa, após a alta hospitalar. Evidencia-se ainda a importância de fornecer suporte também aos familiares no sentido de amenizar a sobrecarga gerada pelo contato com o ambiente de ameaça e agressividade que se desenvolve no entorno do comportamento suicida.

Assim, a categoria **3. Fatores de risco** englobou os fatores predisponentes, precipitantes e posteriores ao comportamento suicida, nomeados pelos próprios sujeitos após a tentativa de suicídio. Destaca-se o humor deprimido, o vazio, o isolamento e a ansiedade como sintomas psíquicos predisponentes e sinais aos quais os profissionais precisam estar atentos. Perdas e conflitos surgem como os principais desencadeadores/ precipitantes do ato. Além disso, observou-se que as concepções de existência afetam diretamente a construção do pensamento de morte e que após uma tentativa de suicídio outros fatores de risco podem se fazer presentes no cotidiano do sujeito, aumentando o risco de uma nova passagem ao ato.

5.5 CATEGORIA 4: FATORES DE PROTEÇÃO POSTERIORES A TENTATIVA DE SUICÍDIO

A quarta e última categoria de análise diz respeito aos Fatores de proteção posteriores a tentativa de suicídio. Dentre os objetivos específicos, inicialmente, esperava-se identificar os fatores de proteção anteriores e posteriores ao ato, entretanto, uma vez que a história pregressa dos participantes culminou na tentativa de suicídio, não foi possível encontrar nos seus relatos fatores de proteção anteriores. É como se o passado estivesse “contaminado” pelo sofrimento psíquico que teve o seu desfecho na tentativa de suicídio. Já os fatores de proteção posteriores tratam dos elementos que dão suporte para que o sujeito não busque a tentativa de suicídio novamente. A categoria foi composta por duas subcategorias: **4.1 Vínculos afetivos** e **4.2 Novas estratégias de enfrentamento**, conforme ilustrado no Quadro 6.

Quadro 6 – Categoria 4. Fatores de proteção posteriores a tentativa de suicídio.

4. Fatores de proteção posteriores a tentativa de suicídio	4.1 Vínculos afetivos	4.1.1 Percepção do suporte familiar 4.1.2 Sentir-se acolhido(a) 4.1.3 Amigos 4.1.4 Filhos
	4.2 Novas estratégias de enfrentamento	4.2.1 Acompanhamento em saúde mental 4.2.2 Outras formas de comunicar o sofrimento 4.2.3 Releitura da realidade

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A subcategoria **4.1 Vínculos afetivos** refere-se à importância das relações enquanto fator de proteção para a tentativa de suicídio. Se o isolamento e o sentir-se sozinho predominam nas falas dos participantes enquanto fatores de risco, aqui se salienta o contraponto. Os vínculos afetivos são caracterizados como fatores de proteção extrínsecos, atributos do contexto em que o sujeito está inserido, e que fornecem apoio e podem auxiliar em situações difíceis. Entretanto, sujeito e contexto estão em constante dialética, ou seja, a forma como o sujeito estabelece as suas relações com o outro também constrói, modela e modifica sua visão de mundo e seus modos de ser (CASADORE; HASHIMOTO, 2012; PEREIRA et al., 2018). Assim, quatro elementos de análise integram a subcategoria, de acordo com a natureza do vínculo estabelecido: *4.1.1 Percepção do suporte familiar*, *4.1.2 Sentir-se acolhido*, *4.1.3 Amigos*, *4.1.4 Filhos*.

Em *Percepção do suporte familiar* os relatos apontam para a importância do cuidado prestado pelos familiares no retorno do sujeito para casa. É possível perceber uma mudança na relação antes e após a tentativa de suicídio. As falas demonstram que os participantes se surpreenderam em perceber que poderiam contar com seus familiares, pedir e receber ajuda:

“O meu primo... **ele foi muito atencioso comigo**, ele **cuidou bastante**, tipo até demais eu achava né, porque era uma coisa que ele não tinha obrigação, mas ele ajudou muito assim, ele fazia questão de me dar os remédios, por mais que eu falava ‘não, pode deixar esses remédios comigo, eu não vou tomar tudo’, aí ele falou ‘não, eu vou te dar o remédio’”. (P2)

“**O acolhimento da minha mãe foi essencial assim** sabe, ela falou até pro psiquiatra que era pra eu ir mesmo viajar, que ela queria que eu fosse no mesmo dia até viajar, era pra eu ir viajar, que ela ia cuidar de mim, que ela ia ficar comigo vinte e quatro horas por dia se fosse preciso, que ela ia fazer coisas que eu gostava de fazer, que ela ia me acompanhar e realmente ela me ajudou bastante esses dias que eu fiquei lá.” (P8)

Não deixar o sujeito sozinho no período inicial após uma tentativa de suicídio é uma das medidas de segurança recomendadas pela literatura, da mesma maneira que limitar o acesso aos medicamentos e outros meios que ofereçam perigo como armas e materiais tóxicos (CONTE et al., 2012; SANTOS, LEGAY; LOVISI, 2013). Os resultados reforçam que o suporte tanto emocional quanto instrumental dos familiares funciona como fator protetivo, uma vez que os participantes reconheceram o cuidado como propulsor para sair da situação de crise em que se encontravam.

O segundo elemento de análise *Sentir-se acolhido* diz respeito a encontrar apoio, compreensão e acolhimento nas relações interpessoais. É sentir, de uma forma geral, que não

está sozinho para lidar com as dificuldades. Para P1 ter o apoio de um outro significativo aparece como fator de proteção fundamental; já P8 entende que ter amparo lhe fez superar o vazio existencial e reencontrar um sentido para a sua vida, conforme é possível observar nos relatos:

“... a pessoa que quer cometer o suicídio, eu acho que ela vai em frente e só se tiver um bom apoio de alguém ou uma pessoa que dê bastante atenção a ela... falar que tá ali com ela, pro que der e vier, mas pra ela não fazer isso. Eu acho que **tem que ter um apoio de alguém**, de uma outra pessoa, **sendo da família ou não**, eu acho que se tu tiver, eu acho que a pessoa muda de... muda de opinião, mas senão, não.” (P1)

“... agora que eu tive o respaldo, que eu to tendo acompanhamento, que eu to tomando a medicação correta pro meu caso, me fez pensar de formas diferentes, **todo o apoio que eu tive também me fez... encontrar um sentido na vida** e hoje morrer... eu nem penso mais na verdade.” (P8)

Enquanto *Percepção de suporte familiar* engloba cuidado, presença e vigilância do ponto de vista prático, o *Sentir-se acolhido* trata da necessidade do sujeito de um sentimento de pertencer, de ser aceito e validado na relação com seus pares. Em estudo realizado com três diferentes grupos: 1- participantes que já haviam tentado suicídio, 2- participantes com histórico de ideação suicida e 3- que nunca apresentaram ideação suicida, a qualidade das relações estabelecidas apresentou diferença significativa entre o grupo sem ideação suicida e os demais (Pereira et al., 2018). Os autores sugerem que as relações podem prevenir que o suicídio seja visto como uma opção para a solução dos problemas. Para Botega et al. (2006), uma vez que o comportamento suicida apresenta estreita relação com sentimentos de solidão e desesperança, o sentimento de possuir forte ligação, seja a uma comunidade, a um grupo religioso ou étnico, a uma família ou a algumas instituições protege o indivíduo do suicídio.

No que se refere a *Amigos*, os participantes fizeram alusão à importância de vínculos afetivos extrafamiliares. Atenta-se para o fato de que uma nova rede de amigos se constituiu após a tentativa de suicídio, a partir de um movimento de disposição para construir outras relações. Assim, P8 que apontou para o fim do seu relacionamento amoroso como um dos desencadeadores do ato, buscou de forma ativa estabelecer contato com amigos. P9 mudou-se da república onde sentia que as relações eram frágeis e procurou estar mais próximo das figuras de amizade, tal como ilustrado nos trechos:

“São pessoas de Lages, eu até to indo um final de semana sim outro não pra Lages, porque **eu criei muitas amizades lá depois que eu terminei meu relacionamento**, são pessoas que eram amigas em comum dos meus amigos da minha cidade natal que eu acabei conhecendo e **são pessoas que tão sendo maravilhosas pra mim sabe**, então quando eu estou lá eu meio que... esqueço dos problemas, esqueço de tudo sabe.” (P8)

“... o pessoal lá da república que eu morava na época, eles não tinham nenhum pouco de empatia assim sabe, eles... era tipo, ‘ah, você tá com um problema, mas

esse problema é seu, sabe?, não tinha... já o pessoal aqui do meu curso, meus amigos, eles são bem mais... se põem no lugar do outro e tal, eles... **ajudam sempre que eu preciso de ajuda**, tão sempre perto, é... **sempre eu posso conversar com eles e tal.**" (P9)

A capacidade de estabelecer ou manter vínculos de amizade sugere um enriquecimento dos recursos psíquicos do sujeito, uma vez que tal relação demanda disposição para suportar a alteridade e a comunicação íntima com um outro diferente. A amizade exige sempre alguma forma de reciprocidade e liberdade, que vincula o sujeito de um modo distinto daquele das relações amorosas e familiares (LEJARRAGA, 2010). Na pesquisa conduzida por Machado, Soares e Mastine (2014) com pessoas que haviam tentado suicídio, os participantes fizeram menção à ausência de amigos e a não confiar em ninguém. Supõe-se que dificuldades nas relações interpessoais impossibilitam o sujeito de fazer novas amizades, o que amplia o isolamento e a solidão, fatores diretamente ligados ao comportamento suicida. Os mesmos autores reforçam que o ser humano necessita ter vínculos de amizade e relações significativas do ponto de vista interacional.

O elemento de análise *Filhos* foi citado como motivação para viver pelos três participantes que possuíam este tipo de vínculo. Ter filhos, com destaque para crianças, é consenso na literatura enquanto fator de proteção contra o risco de morte por suicídio (BOTEGA et al., 2006; MINAYO, 2007). As falas ilustram os resultados encontrados:

"[Tu consegue pensar hoje em que coisas ou pessoas que te motivam para viver?] **Meus filhos, e... só, só eles.** Eu olho pra eles, pros meus filhos e acho que não, não vai valer a pena, não vale a pena eu tirar a minha vida e deixar eles... desistir, eu vou estar desistindo deles né, então... eu acho que me faz pensar diferente agora, por causa deles." (P1)

"Ah... **as minhas filhas...** que depois que eu fiquei sabendo que foi a mais velha que fez toda a função lá, de me ajudar e tal, eu comecei a pensar no quê que eu tava fazendo na cabeça dessas crianças né, do jeito que eu tava antes. [...] eu quero que elas tenham um apoio, que elas tenham uma base. **O que me dá mais força é... é mais as meninas mesmo.** Eu não quero que elas passem o que eu passei, não quero que elas sofram o que eu sofri." (P10)

Chama a atenção o fato de que P1, P6 e P10 verbalizaram que anterior à tentativa de suicídio pensavam que seria melhor para as crianças se eles viessem a morrer, dado que não se sentiam capazes de oferecer o suporte material e emocional que julgavam ser necessário. Todos mencionaram questões relacionadas aos filhos também entre os desencadeadores para o ato; P1 por ter perdido a guarda na justiça, P6 após receber uma intimação judicial sobre o

pagamento da pensão alimentícia e P10 em decorrência das dificuldades de sozinha cuidar das crianças, trabalhar e prover o sustento familiar.

Consoante o apresentado nos elementos de análise, foi possível perceber em **4.1 Vínculos afetivos** que os seres humanos são sociais por natureza e necessitam estabelecer e manter laços afetivos positivos para fortalecer sua identidade, sentir-se seguros e amparados (DESOUSA; CERQUEIRA-SANTOS, 2011; LEJARRAGA, 2010). Dessa forma, a *Percepção do suporte familiar*, o *Sentir-se acolhido*, *Amigos* e *Filhos* foram os principais fatores de proteção relatados pelos participantes desta pesquisa como forças contrárias ao risco de uma nova tentativa de suicídio. No que se refere a *Filhos* sugere-se que, em uma situação clínica, seja investigado como o sujeito percebe a sua condição para desempenhar o papel materno ou paterno a fim de avaliar se tal relação ocupa o lugar de risco ou de proteção.

A subcategoria **4.2 Novas estratégias de enfrentamento** concerne a recursos que o sujeito desenvolveu após a tentativa de suicídio e que desempenham a função de fator de proteção para atenuar o risco de uma nova passagem ao ato. Para Pereira et al. (2018) diz respeito aos fatores intrínsecos, forças e habilidades desenvolvidas pelo sujeito que auxiliam no enfrentamento a situações de crise. As estratégias de enfrentamento são construídas na conjunção de fatores pessoais, exigências situacionais e recursos disponíveis (LAZARUS; FOLKMAN, 1984, citado em MATURANA; VALLE, 2014). Três elementos de análise compõem a subcategoria: *4.2.1 Acompanhamento em saúde mental*, *4.2.2 Outras formas de comunicar o sofrimento*, *4.2.3 Releitura da realidade*.

No que se refere ao *Acompanhamento em saúde mental*, a continuidade do cuidado com profissionais da psicologia e psiquiatria foi mencionada como importante suporte para lidar com a situação de crise, significar a tentativa de suicídio e fortemente relacionado ao desenvolvimento de novas estratégias de enfrentamento. Os relatos de P2 e P7 apontam para a potência do tratamento, especialmente nos casos em que persistem os pensamentos de morte e se mantém a dificuldade em compartilhar das emoções e sentimentos com pessoas da sua rede de apoio, como ilustram os trechos:

“... eu gosto de estar ali e conversar, **gosto de estar ali e pôr pra fora**, às vezes eu tenho vontade de... de parar com tudo isso... de largar, mas sei que isso vai me fazer bem, está me fazendo bem, acho que eu é que não estou vendo. Mas... é um momento ali que eu tenho pra, ao menos, **aliviar tudo aquilo que eu penso, tudo aquilo que eu sinto no decorrer da semana**, é um momento que eu tenho de pôr pra fora assim.” (P3)

“[Existem pessoas pra quem tu consegue expor os teus sentimentos?] Não... ninguém... é... eu vou **agora, estou indo né, nesse atendimento com a psicóloga da UFSC**, mas... **é muito difícil eu falar sobre o meu sentimento real.**” (P7)

Cabe lembrar que como critério de inclusão, todos os participantes da pesquisa estavam em acompanhamento com um profissional de saúde mental. Realidade que não é compartilhada por uma parcela importante dos sujeitos que tentam suicídio, seja em decorrência de barreiras da ordem das dificuldades de vinculação ou de resistências que impossibilitam manter o acompanhamento sem interrupções, seja a dificuldade estrutural de encontrar locais disponíveis na RAPS que ofereçam atendimento individual e com periodicidade. Ferreira e Gabarra (2014) realizaram um estudo de seguimento com 27 participantes após seis meses da última tentativa de suicídio, desses apenas três sujeitos deram continuidade ao acompanhamento em saúde mental, os demais citaram como motivos: não ver resultado no tratamento, dificuldade de acesso devido à indisponibilidade do serviço, dificuldade de se adequar aos horários do profissional, não buscaram por atendimento, iniciaram tratamento e receberam alta e dificuldade de acesso devido à distância entre seu local de moradia e o serviço disponível.

Em *Outras formas de comunicar o sofrimento* os participantes relataram um padrão anterior de comportamento introvertido, com dificuldade para comunicar de forma verbal as suas emoções e sentimentos. Durante o processo de significar a tentativa de suicídio, principalmente relacionado a um trabalho psicoterapêutico, a comunicação verbal e expressão das emoções e sentimentos foi uma habilidade desenvolvida, como é possível observar nos trechos destacados:

“Antes com qualquer um, **eu era bem fechado, eu não era o tipo de pessoa que contava problemas**, que, **muito menos o que sentia**, é... eu achava isso uma vergonha sabe, pra mim. Que eu tinha que ser sempre forte, que eu nunca podia chorar, eu lembro que **no dia que eu fui na psicóloga só naquele dia eu chorei umas quatro vezes** [...] Então eram coisas que já estavam comigo há muito tempo, esse sentimento que eu tinha que de alguma forma extravasar sabe, e... e, na época eu não conseguia, eu era muito fechado.” (P2)

“... **eu era muito fechada, mas eu mudei bastante**, hoje em dia eu to bem mais aberta a conversar sobre tudo, a não ter vergonha do que eu passei, mas sim ver isso como um recomeço.” (P8)

A tentativa de suicídio, na forma de passagem ao ato autoagressiva, pode ser vista como uma forma de comunicar o sofrimento quando os recursos simbólicos faltam (CREMASCO; BRUNHARI, 2009; LINS; RUDGE, 2012). Assim, o desenvolvimento ou restauração da capacidade de comunicar através da fala pode ser visto como um fator protetivo basilar dentro das estratégias de enfrentamento ao risco de repetição do ato. O

conteúdo que P2 traz como necessário “extravasar” pode ser simbolizado por meio da palavra para que o sofrimento não irrompa/transborde através do ato. Integrar a tentativa de suicídio à história de vida do sujeito também aparece como recurso necessário.

Por fim, o elemento de análise *Releitura da realidade* traz uma nova leitura do sujeito acerca do seu contexto e possibilidades, em oposição ao fator de risco *Incoerência entre o ideal de vida e a condição atual*, discutido na categoria 3. Os relatos de P4 e P5 demonstram que os desafios do cotidiano continuam; P4 trancou seu curso de graduação e voltou a estudar para prestar o vestibular novamente, algo que lhe parecia inconcebível antes da tentativa de suicídio; P5 percebe de outra forma a relação com as pessoas em seu entorno:

“... eu to estudando, mas daí é uma coisa que eu faço meu horário, tá sendo mais tranqüilo, eu tenho prazo, tenho prazo do vestibular, mas **eu não to naquela pira de ‘nossa, se eu não passar agora, acabou minha vida’**, sabe, eu to mais tranqüila.” (P4)

“... eu to me sentindo muito bem por ter, por tudo que aconteceu, pelos meus clientes, **pelas coisas que eu vi depois que eu voltei**, pelas pessoas que souberam o que aconteceu e o jeito que elas me acolheram e... e tudo mais e **eu vi o quanto eu era importante e que eu não tava sozinho aqui.**” (P5)

A mudança em relação à leitura da realidade pode estar relacionada com a atenuação dos sintomas de sofrimento psíquico anteriores à tentativa de suicídio, como o humor deprimido, o vazio, o isolamento e a ansiedade. A partir do exposto em **4.2 Novas estratégias de enfrentamento** aponta-se para a inter-relação entre os elementos, de forma a constituir fatores de proteção efetivos. É possível supor que o *Acompanhamento em saúde mental* esteja na base de *Outras formas de comunicar o sofrimento e Releitura da realidade* e que tais fatores são potencializados quando encontram vínculos afetivos positivos, como demonstrado na subcategoria 4.1.

Na literatura, em geral, os fatores de proteção são pouco mencionados, enquanto os de riscos são mais abordados (ARAÚJO; VIEIRA; COUTINHO, 2010). Nesta pesquisa, a partir da categoria **4. Fatores de proteção posteriores à tentativa de suicídio** foi possível observar que transcorrido o período de um mês, dois meses ou três meses do episódio, os participantes, uma vez que deram continuidade ao cuidado em saúde mental, visualizam em maior ou menor grau caminhos possíveis para sair da situação de crise. Salienta-se a relevância de que os fatores de proteção foram apontados pelos próprios sujeitos, ninguém melhor do que quem passou pela experiência para fornecer subsídios que auxiliem os profissionais e pessoas da rede de apoio a se aproximarem de formas efetivas de prover suporte e continência.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo respondeu a algumas das inquietações da pesquisadora, mas gerou inúmeros outros questionamentos e irá reverberar ao longo da trajetória pessoal, profissional e acadêmica. Os encontros com os participantes foram eventos singulares, marcados pela intensidade que falar sobre as atuações suscita, a sensação de por vezes estar diante de quadros limítrofes, o cuidado em estabelecer uma relação que não se tornasse fonte adicional de produção de sofrimento. Trabalhar com sujeitos em condição de vínculos fragilizados, onde predomina um ambiente de vazio existencial, coloca o pesquisador diante de suas próprias fragilidades, e não foram poucos os momentos de se questionar se realmente valia a pena, se realmente fazia sentido, até se perceber tomada pelo conteúdo dos relatos e relembrar de manter “um pé dentro e um pé fora” do campo de investigação.

A leitura por vezes é pesada, assim como o foi a escrita, algumas falas dos participantes ressoam e demandam um tempo para digerir. A experiência clínica, no projeto de Extensão conduzido concomitante a pesquisa, foi uma importante aliada durante a etapa de coleta e análise dos dados, bem como as supervisões e reuniões semanais. Arrisca-se dizer que é recomendado a um jovem pesquisador mergulhar em determinados temas apenas quando estiver amparado; sozinha não teria sido possível. A Psicanálise, por sua vez, é um campo de conhecimento rico e denso, com mais de 100 anos de sistematização, em que cada leitura suscita novos olhares e remete a impotência de constatar que é impossível apreender a total realidade dos fenômenos que investigamos; aproxima-se, mas não se captura por completo. Ao mesmo tempo, a ciência psicanalítica, enquanto ética, teoria e prática, fornece subsídios que vão ao encontro de uma ontologia não reducionista; única forma possível de compreender a complexa e multifacetada temática do suicídio.

A abordagem qualitativa mostrou-se adequada para responder aos objetivos propostos pela pesquisa. A entrevista semiestruturada enquanto instrumento possibilitou que o contato com os participantes não fosse permeado pela rigidez, mas ao mesmo tempo mantivesse o foco e o cuidado em não abrir para questões que não seriam possíveis de serem trabalhadas durante a coleta de dados. As perguntas de fechamento: “*Em sua opinião, por que as pessoas cometem suicídio?*” e “*O que você pensa que poderia ser feito para impedir que as pessoas cometam suicídio?*” se mostraram como interessante estratégia para amenizar o possível

desconforto referente ao fim do encontro. Convocou-se os participantes para ocuparem outra posição ao trazer algo do socialmente compartilhado e convidá-los a serem protagonistas sobre o pensar em meios de prevenção.

No que se refere aos resultados encontrados, a pesquisa aponta para um momento, anterior à tentativa de suicídio, em que a passagem ao ato é organizada enquanto possibilidade, mesmo nos casos que apresentam a impulsividade como componente. Para alguns dos participantes, o pensamento de morte é algo que acompanha a história de vida desde a infância; para outros, insurge durante uma situação de crise na idade adulta, mas apresentam em comum a expressão de sinais de sofrimento psíquico, inclusive na busca por suporte em dispositivos de saúde, de assistência social ou até mesmo jurídicos. Evidencia-se a importância de os profissionais estarem atentos e disponíveis para escutar o sintoma a fim de intervir – com o sujeito – e buscar novas possibilidades que ele, ao sentir-se sozinho, não consegue visualizar.

O domicílio foi o principal local de ocorrência das tentativas de suicídio e a ingestão excessiva de medicamentos o método mais utilizado – com predomínio dos psicotrópicos pertencentes ao participante. O contexto onde muitas vezes os medicamentos são dispensados de forma pouco responsável e a cultura de “renovar receita”, sem que o sujeito seja escutado pelos profissionais, é um real problema de saúde pública, subestimado em favor dos interesses da indústria farmacêutica e do capital. De modo semelhante, levantou-se a questão do abuso de álcool e outras drogas – que não pode ser analisado isoladamente, mas sim como componente social – enquanto estratégia de fuga da realidade, que muitas vezes é sentida como insuportável. Chega um momento em que as substâncias químicas se mostram insuficientes para mascarar o sofrimento e o sujeito recorre a “drogas” mais fortes para conseguir a sensação de “anestesia”, drogas estas que podem vir a causar a sua morte.

Em alguns casos os participantes estavam sozinhos em casa. Dentre os que estavam acompanhados, ou não se sentiram seguros para compartilhar seus medos e preocupações ou envolveram o outro na cena da passagem ao ato. A pesquisadora compreende a tentativa de suicídio como um gesto ao mesmo tempo auto e heteroagressivo, em que o sujeito visa atingir a si mesmo, mas também ao outro, embora, em geral, não o faça de forma consciente. Sobre as lesões com objeto cortante/perfurocortante, mesmo que se apresentem como de menor letalidade, do ponto de vista psíquico denunciam uma vivência de sofrimento significativa e que demanda por ser acolhida com o mesmo cuidado e atenção das tentativas de suicídio que utilizaram de métodos mais letais.

O momento logo após a tentativa de suicídio remete a distintos tipos de experiência. O medo, relacionado à tomada de consciência sobre os danos causados pelo ato, foi impulsionador do movimento de pedir ajuda. Para aqueles que foram encontrados e levados até o hospital predominou a expressão da ambivalência. Em ambas as situações, durante a hospitalização os participantes referiram serem tomados por emoções de vergonha, decepção, tristeza e alívio. Ficou evidente a dificuldade em nomear as emoções, o que demonstrou um padrão de pensamento voltado para a realidade externa. O suporte psicológico e a presença de uma equipe de saúde com condições de acolher as tentativas de suicídio, assim como acolhe outras formas de adoecimento do corpo, mostrou-se fundamental para reduzir os danos do evento, fortalecer a capacidade simbólica e possibilitar a expressão das emoções.

Sobre os fatores de risco anteriores ao ato, os principais sintomas apontados foram o humor deprimido, o isolamento, o vazio e a ansiedade. As histórias de vida expõem uma vivência de rupturas familiares e dificuldade de criar novos vínculos. Atenta-se para os episódios de insônia e a ansiedade elevada como condições que podem levar ao esgotamento do sujeito, que tenta o suicídio como forma de livrar-se do sintoma, de “fazer parar o pensamento” como ilustrado por uma das participantes. As perdas, sejam elas reais ou simbólicas, e as situações de conflito se apresentam como desencadeadores do comportamento suicida, ou seja, são vivências inerentemente complexas de serem suportadas, que se tornam impossíveis para o sujeito que se encontra fragilizado e dispõe de poucos recursos.

Investigar as concepções de existência (significado de vida e fantasias sobre a morte), embora pouco explorado pela literatura na temática do suicídio, mostrou-se fundamental para compreender os significados do ato. Os dados indicaram de forma consistente que o sujeito desconhece o que seja a morte e que se refere a ela com uma perspectiva de continuidade. Já a incoerência entre o ideal de vida e a condição atual denuncia histórias de invisibilidade e silenciamento de alguns sujeitos perante o meio social, principalmente quando falamos sobre mulheres, homossexuais, transexuais e minorias étnicas; assim como dificuldades de ordem financeira que muitas vezes impossibilitam ao sujeito o acesso a condições mínimas de vida.

Ainda no que se refere aos fatores de risco, o retorno para casa após a hospitalização aparece como um período crítico e um momento de risco para uma nova tentativa de suicídio. Os relatos sugerem que ao retornar para o seu ambiente, o sujeito, ainda fragilizado, precisa se

haver com as consequências do ato e geralmente responder aos questionamentos sobre o porquê de ter atentado contra a sua vida. Não é incomum que os familiares se sintam sobrecarregados e não tenham recursos para fornecer o cuidado necessário. Além disso, em alguns casos, o sujeito cria planos e renova a esperança de ter uma vida diferente, mas pode novamente entrar em contato com as frustrações intrínsecas ao viver ou com os limites de sua condição. Caso não disponha de recursos psíquicos e relacionais para lidar com a frustração, há o risco de uma repetição da tentativa de suicídio. Metade dos participantes desta pesquisa já havia realizado tentativas de suicídio anteriores.

Quanto aos fatores de proteção, não foi possível acessar na fala dos participantes fatores de proteção anteriores à tentativa de suicídio por eles realizada. Sugere-se que a narrativa esteja “contaminada” pela memória do sofrimento, de forma que nada em relação ao passado aparece como protetivo. Um exemplo é em relação ao ter filhos, este se mostrou um fator de proteção, no sentido de evitar a repetição da tentativa de suicídio. Entretanto, no momento anterior ao ato, quando os participantes se encontravam em intenso sofrimento psíquico, todos verbalizaram a crença de que em longo prazo seus filhos teriam a possibilidade de melhores condições sem a sua presença.

Outro dado relevante concerne à diferenciação, que surgiu nas entrevistas, entre percepção de suporte familiar e sentir-se acolhido. Embora ambos sejam mencionados como fatores de proteção, a percepção de suporte familiar que engloba o suporte instrumental, o cuidado com os medicamentos e as medidas de vigilância mostram-se insuficientes quando não são acompanhados pela existência de uma relação que convoque a um encontro efetivo do ponto de vista do vínculo. Para além do cuidado em lhe manter vivo, este estudo aponta que o sujeito deseja pertencer, ser aceito e validado na relação com seus pares.

A categoria novas estratégias de enfrentamento traz a questão da importância do acompanhamento em saúde mental. As contribuições da psicoterapia foram notadas ao desenvolver outras formas de comunicar o sofrimento e possibilitar uma releitura da realidade. Em algumas situações havia recursos disponíveis, mas o sujeito não conseguia visualizar; em outras foi possível pensar em medidas coletivas, como buscar meios de se fortalecer através da relação com os pares, quando as dificuldades estavam fortemente associadas a questões sociais. Reforça-se a importância de oferecer atendimento em saúde mental aos sujeitos em situação de sofrimento psíquico, como forma de contrapor o desamparo e o individualismo, que assombram a contemporaneidade. Questiona-se qual a função dos psicotrópicos, entendendo que o tipo de amparo que fornecem é muito semelhante

ao produzido pelas demais drogas. Com isso, não se defende que a psicoterapia seja a única forma possível de suporte, mas esta se configura como um importante recurso, principalmente no sentido de possibilitar reparação psíquica e restaurar a potência criativa do sujeito.

Quanto às limitações do estudo, gostaria de se ter alcançado um maior número de participantes a fim de buscar outros elementos, mas entende-se esta dificuldade como um limite inerente ao cuidado ético na condução das pesquisas que envolvem a temática do suicídio. Não se teve a pretensão de obter uma suposta saturação dos dados. A revisão da literatura já dava indícios de que seria difícil o acesso aos participantes, uma vez que poucos estudos trabalharam diretamente com os sujeitos que haviam tentado suicídio. Nesse sentido, a parceria com o hospital universitário foi fundamental, assim como a cuidadosa inserção da pesquisadora no cotidiano do campo. No que concerne ao instrumento utilizado para a caracterização dos participantes (ANEXO A), sugere-se inserir um campo que englobe gênero e orientação sexual a fim de contemplar um olhar que não seja heteronormativo.

Por fim, no mês e ano em que este trabalho é dado por concluído (março/2019), o município de Florianópolis instituiu por meio da Lei N.10.492 o Plano Municipal de Prevenção ao Suicídio. Assim, sugere-se estar atento aos desdobramentos das intervenções previstas e manter um olhar integrado às possibilidades de vida e condições básicas de subsistência da população (alimentação, emprego, saneamento, acesso a lazer, respeito às diversidades, saúde e educação públicas e de qualidade). Reitera-se a importância de compreender o suicídio não como fenômeno isolado, mas em interação com fatores sociais, políticos, econômicos e ambientais, em que para evitar a morte é necessário criar condições de vida.

Uma vez que concluído que as tentativas de suicídio não significam um desejo de morte, mas em geral, um desejo de pertencer, de encontrar possibilidades de existência e amparo, talvez estudos futuros possam explorar ao invés de formas de morrer, quais as formas de viver, de resistir perante as dificuldades. Ao exemplo do referido por uma das participantes, em meio a inúmeras situações de violência e violações de direitos, o sujeito clama por viver e não apenas sobreviver.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Kelly Piacheski de et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Revista Eletrônica De Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 195-200, 2010.
- ALEXANDROFF, Marlene Coelho. O Papel das emoções na constituição do sujeito. **Construção psicopedagógica**, São Paulo, v. 20, n. 20, p. 35-56, 2012.
- ASSUMPÇÃO, Gláucia Lopes Silva; OLIVEIRA, Luciele Aparecida de; SOUZA, Mayra Fernanda Silva de. Depressão e suicídio: uma correlação. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, Belo Horizonte, v. 3, n. 5, p. 312-333, 2018.
- AQUINO, Thiago Antônio Avellar de; DARA, Dany Monique Batista; SIMEAO, Shirley de Souza Silva. Depressão, percepção ontológica do tempo e sentido da vida. **Revista brasileira de terapias cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 35-41, 2016.
- ARAÚJO, Luciene da Costa; VIEIRA, Kay Francis Leal; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. **Psico-USF**, Itatiba, v. 15, n. 1, p. 47-57, 2010.
- AZEVEDO, Ana Karina Silva; DUTRA, Elza Maria do Socorro. Relação amorosa e tentativa de suicídio na adolescência: uma questão de (des)amor. **Revista da abordagem gestáltica**, Goiânia, v. 18, n. 1, p. 20-29, 2012.
- BASTOS, Rogério Lustosa. Suicídios, psicologia e vínculos: uma leitura psicossocial. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 67-92, 2009.
- BARBOSA, Deborah Rosária; SOUZA, Marilene Proença Rebello de. História da psicologia: contribuições da etnografia e da história oral. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 81-91, 2009.
- BARBOSA, Fabiana de Oliveira; MACEDO, Paula Costa Mosca; SILVEIRA, Rosa Maria Carvalho da. Depressão e o suicídio. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 233-243, 2011.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009. (Original publicado em 1977).
- BEAUTRAIS, Annette Louise. A case-control study of suicide and attempted suicide in older adults. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 32, n. 1, p.1-9, 2002.
- BENINCASA, Miria; REZENDE, Manuel Morgado. Percepção de fatores de risco e de proteção para acidentes de trânsito entre adolescentes. **Boletim de psicologia**, São Paulo, v. 56, n. 125, p. 241-256, 2006.
- BERGERET, Jean. **La violence et la vie: la face cachée de l'oedipe**. Paris: BSP, 1994.

BERTOLETE, José Manoel; MELLO-SANTOS, Carolina de; BOTEAGA, Neury José. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. S87-S95, 2010.

BERTOLETE, José Manoel. Suicídio: território do livre-arbítrio ou da doença mental? **Revista Simbio-Logias**, Botucatu, v. 6, n. 8, p. 122-128, 2013.

BOTEAGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014.

BOTEAGA, Neury José. **Crise Suicida: Avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEAGA, Neury José et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2632-2638, 2009.

BOTEAGA, Neury José et al. Prevenção do comportamento suicida. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, p. 213-220, 2006.

BRAGA, Luiza de Lima; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 6, n. 1, p. 2-14, 2013.

BRUM, Evanisa Helena Maio de. Patologias do vazio: um desafio à prática clínica contemporânea. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 48-53, 2004.

BRUNHARI, Marcos Vinicius; MORETTO, Maria Livia Tourinho. O ato suicida e o hospital: uma clínica possível? **A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 51-66, 2013.

BRUNHARI, Marcos Vinicius; DARRIBA, Vinicius Anciães. O suicídio como questão: melancolia e passagem ao ato. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 197-213, 2014.

CASSORLA, Roosevelt Moisés Smeke. **O que é suicídio**. São Paulo: Brasiliense, 1998.

CASSORLA, Roosevelt Moisés Smeke. **Suicídio: fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução**. São Paulo: Blucher, 2017.

CASSORLA, Roosevelt Moisés Smeke. Suicídio e autodestruição humana. In: WERLANG, Blanca Susana Guevara; BOTEAGA, Neury José. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves et al. Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2039-2052, 2012.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Estudo qualitativo sobre tentativas e ideações suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1655-1666, 2015.

CAVALCANTI, Andressa Katherine Santos; SAMCZUK, Milena Lieto; BONFIM, Tânia Elena. O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. **Psicólogo InFormação**, São Paulo, v. 17, n. 17, p. 87-105, 2013.

CHAVEZ-HERNANDEZ, Ana-María; LEENAARS, Antoon. Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. **Salud Mental**, México, v. 33, n. 4, p. 355-360, 2010.

CHRISTIANSEN, Erik; JENSEN, Børge Frank. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 41, n. 3, p. 257-265, 2007.

CONTE, Marta et al. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2017-2026, 2012.

CORREA, Carlos Pinto. O Afeto no tempo. **Estudos de psicanálise**, Belo Horizonte, n. 28, p. 61-67, 2005.

COSTA, André Luis Sales da; SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de. Narrativas de familiares sobre o suicídio de idosos em uma metrópole amazônica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1-10, 2017.

COSTA, Crístoper Batista da; SPIES, Pedro Canisio. Suicídio: a percepção familiar sobre aquele que deu fim à própria vida. **Revista Psicologia em Foco**, Frederico Westphalen, v. 6, n. 8, 78-95, 2014.

CREMASCO, Maria Virgínia; BRUNHARI, Marcos Vinícius. Da angústia ao suicídio. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 9, n. 3, p. 785-814, 2009.

CRESWELL, John. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução Luciana de Oliveira da Rocha. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DESOUSA, Diogo Araújo; CERQUEIRA-SANTOS, Elder. Relacionamentos de amizade íntima entre jovens adultos. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 53, p. 325-333, 2012.

DIVE. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC)**. 2017. Disponível em: <<http://www.dive.sc.gov.br>>. Acesso em: 15 janeiro 2019.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2011. (Original publicado em 1897).

DUTRA, Elza; ROEHE, Marcelo Vial. Suicídio de agricultores no Rio Grande do Norte: compreensão fenomenológica preliminar dos aspectos existenciais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 108-118, 2013.

EYNAN, Rahel et al. Is Research with Suicidal Participants a Risky Business? **Routledge International Handbook of Clinical Suicide Research**, v. 17, p. 215-226, 2014.

FERREIRA, Rayanne Cordeiro; GONÇALVES, Charlisson Mendes; MENDES, Patrícia Guedes. Depressão: do transtorno ao sintoma. **Psicologia.pt.**, 2014. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0828.pdf>>. Acesso em: 02 fevereiro 2019.

FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos et al. Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1993-2002, 2012.

FLEISCHMANN, Alexandra et al. Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in eight low- and middle-income countries. **Psychological Medicine**, v. 35, n.10, p. 1467–1474, 2005.

FONSECA, Diego de Lima et al. Apoio social, eventos estressantes e depressão em casos de tentativa de suicídio: um estudo de caso-controle realizado em um hospital de emergência do Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 217-228, 2010.

FREIRE, Luís. Alexitimia: dificuldade de expressão ou ausência de sentimento? Uma análise teórica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 15-24, 2010.

FREITAS, Ana Paula Araújo de; MARTINS-BORGES, Lucienne. Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. **Estudos de psicologia (Natal)**, Natal, v. 22, n. 1, p. 50-60, 2017.

FREITAS, Ana Paula Araújo de; MARTINS-BORGES, Lucienne. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. **Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 560-577, 2014.

FREUD, Sigmund. **A psicopatologia da vida cotidiana** (1901). In: _____. **Obras completas**, _____, v. 6, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. Luto e melancolia (1915). In: _____. **Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. Sobre a psicogênese de um caso de homossexualidade feminina (1920). In: _____. **Psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920-1923)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

FREUD, Sigmund. Introdução e conclusão de um debate sobre o suicídio (1910). In: _____. **Obras completas, Observações sobre um caso de neurose obsessiva [“O homem dos ratos”], uma recordação de infância de Leonardo da Vinci e outros textos (1909-1910)**, v. 9, São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

FREUD, Sigmund; BREUER, Joseph. Srta. Anna O. (1895). In: _____. **Obras completas: Estudos sobre a histeria (1893-1895)**, v. 2, São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

FUKUMITSU, Karina Okajima; KOVACS, Maria Júlia. Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. **Psico (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 47, n. 1, p. 03-12, 2016.

FUKUMITSU, Karina Okajima. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 270-275, 2014.

FURLAN, Reinaldo. A questão do método na psicologia. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 25-33, 2008.

GASPARI, Vanessa Paola Povolo; BOTEGA, Neury José. Rede de apoio social e tentativa de suicídio. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 51, n. 4, p. 233-240, 2002.

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin. Como inquirir? As entrevistas. In: _____. **O inquérito: Teoria e prática**. Tradução: Conceição Lemos Pires. Oeiras: Celta, 1993.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

GOETHE, Johann Wolfgang. **Sofrimentos do jovem Werther**. São Paulo: Nova Alexandria, 1999. (Original publicado em 1774).

GONCALVES, Mônica de Oliveira. Morte e castração: um estudo psicanalítico sobre a doença terminal infantil. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 30-41, 2001.

GONDIM, Ana Paula Soares et al. Tentativas de suicídio por exposição a agentes tóxicos registradas em um Centro de Informação e Assistência Toxicológica em Fortaleza, Ceará, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 109-119, 2017.

GRAY, David. **Pesquisa no mundo real**. Tradução: Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Penso, 2012.

GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 262-269, 2014.

GUTIERREZ, Denise Machado Duran; SOUSA, Amandia Braga Lima; GRUBITS, Sonia. Suicidal ideation and attempted suicide in elderly people – subjective experiences. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1731-1740, 2015.

HERNANDEZ-SAMPIERI, Roberto; FERNANDEZ-COLLADO, Carlos; BAPTISTA-LUCIO, María del Pilar. **Metodologia de pesquisa**. Porto Alegre: Penso, 2013.

KRUGER, Liara Lopes; WERLANG, Blanca Susana Guevara. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. **Psico-USF**, Itatiba, v. 15, n. 1, p. 59-70, 2010.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. (Original publicado em 1982).

LAZARUS, Richard; Susan, FOLKMAN. Coping and Adaptation. In: GENTRY, Doyle. **Handbook of Behavioral Medicine**. New York: The Guilford Press, 282-325, 1984.

LASRADO, Reena et al. Structuring Roles and Gender Identities within Families Explaining Suicidal Behavior in South India. **Crisis**, v. 37, n. 3, p. 205-11, 2016.

LEJARRAGA, Ana Lila. A noção de amizade em Freud e Winnicott. **Natureza humana**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 1-20, 2010.

LINDENMEYER, Cristina. A inadmissível pulsão de morte. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 37, n. 69, p. 53-59, 2015.

LINS, Tatiana; RUDGE, Ana Maria. Ingresso do conceito de passagem ao ato na teoria psicanalítica. **Trivium**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 12-23, 2012.

LOUREIRO, Ines. (2010). Luz e sombras. Freud e o advento da Psicanálise. In: JACOVILELA, Ana; FERREIRA, Arthur Arruda Leal; PORTUGAL, Francisco Ferreira. (Org.). **História da psicologia: rumos e percursos**. Rio de Janeiro: Nau, 2010.

MACCHIAVERNI, Juliana; MARTINS-BORGES, Lucienne; OLIVEIRA, Lecila Duarte Barbosa. Instrumento para registro de atendimento psicológico a tentativas de suicídio. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 39, p. 129-148, 2013.

MACEDO, Mônica Medeiros Kother; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 86-106, 2007.

MACHADO, Fernanda Pâmela; SOARES, Marcos Hirata; MASTINE, Juliana Stuari. The social network of individuals after attempted suicide: the eco-map as a resource. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 159-166, 2014.

MACHADO, Gustavo da Silva; MARTINS-BORGES, Lucienne; NUNES, Maria Emilia Pereira. **Outro modo de tentar: significados atribuídos a um ambulatório de psicologia por pessoas que tentaram suicídio**. 2016. 107 f. Monografia (Especialização) - Curso de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, HU-UFSC, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

MACIEL, Karine Viana; CASTRO, Elisa Kern de; LAWRENZ, Priscila. Os motivos da escolha do fogo nas tentativas de suicídio realizadas por mulheres. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 195-206, 2014.

MAIA, Rodrigo da Silva et al. Comportamento suicida: reflexões para profissionais de saúde. **Revista brasileira de psicoterapia**, v. 19, n. 3, p. 33-42, 2017.

MARQUETTI, Fernanda Cristina; VILARUBIA, Geisy Vilarubia; MILEK, Glenda. Percurso suicida: observação e análise de alterações no cotidiano do indivíduo com tentativas de suicídio. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 25, n. 1, p. 18-26, 2014.

MARTINS-BORGES, Lucienne; MAYORCA, Daniela Sevegnani; LIVRAMENTO, Mariana da Silva. Atendimento psicológico em situações de violência conjugal. In: ZURBA, Magda do Canto (Org.). **Psicologia e saúde coletiva**. Florianópolis: Tribo da Ilha, 2012.

MATURANA, Ana Paula Pacheco Moraes; VALLE, Tânia Gracy Martins do. Estratégias de enfrentamento e situações estressoras de profissionais no ambiente hospitalar. **Psicologia hospitalar (São Paulo)**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 02-23, 2014.

MENDES, Elzilaine Domingues; VIANA, Terezinha de Camargo; BARA, Olivier. Melancolia e depressão: um estudo psicanalítico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 30, n. 4, p. 423-431, 2014.

MELLO, Sarah Elizabeth Lira de. Cultura autodestrutiva: o suicídio como um ato compartilhado. In: ESCUDEIRO, Aroldo (Org). **Sobre onipotência e impotência humana diante da morte**. Blumenau: 3 de Maio, 2017

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (2007). Suicídio no Brasil: mortalidade, tentativas, ideação e prevenção. In: NJAINE, Kathie; ASSIS, Simone Gonçalves; CONSTANTINO, Patricia. **Impactos da Violência na Saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1751-1762, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos; MANGAS, Raimunda Matilde do Nascimento. O comportamento suicida de idosos institucionalizados: histórias de vida. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 981-1002, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; MENEGHEL, Stela Nazareth; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Suicídio de homens idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2665-2674, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al . Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980-2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 300-309, 2012.

MISHARA, Brian; WEISSTUB, David Norman. The legal status of suicide: A global review. **International Journal of Law and Psychiatry**, v. 44, p. 54-74, 2016.

MOREIRA, Lenice Carrilho de Oliveira; BASTOS, Paulo Roberto Haidamus de Oliveira. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicologia Escolar e Educacional**, Maringá, v. 19, n. 3, p. 445-453, 2015.

MORETTO, Maria Livia Tourinho et al. O suicídio e a morte do narrador. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 159-164, 2017.

MULLER, Sonia de Alcântara; PEREIRA, Gerson; ZANON, Regina Basso. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 9, n. 2, p. 6-23, 2017.

NETTO, Nilson Berenchein. I. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Brasília: CFP, 2013.

OGNEBENE, Bruna Sanches. O suicídio no olhar da psicanálise. In: ZANLUQUI, Luzia Venâncio; SEI, Maíra Bonafé. (Org.). **Suicídio: já parou para pensar?** Londrina: UEL, 2017.

OLIVEIRA, Clarissa Tochetto de et al. Percepções de uma equipe de saúde mental sobre o comportamento suicida. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Juiz de fora, v. 9, n. 1, p. 78-89, 2016.

PELEGRINI, Marta Regueira Fonseca. O abuso de medicamentos psicotrópicos na contemporaneidade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 38-41, 2003.

PEREIRA, Anderson Siqueira et al. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3767-3777, 2018.

PINHEIRO, Maria Teresa da Silveira; QUINTELLA, Rogerio Robbe; VERZTMAN, Julio Sergio. Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. **Psicologia clínica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 147-168, 2010.

PINTO, Liana Wernersbach; ASSIS, Simone Gonçalves de; PIRES, Thiago de Oliveira. Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1963-1972, 2012.

PIRES, António Pazo. Psicoterapia psicanalítica focada nas emoções. **Tempo psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 114-134, 2016.

PRIETO, Daniela; TAVARES, Marcelo. Crise suicida – sofrimento narcísico e dificuldades nas relações de objeto. **Alter – Revista de Estudos Psicanalíticos**, v. 32, n. 1, p. 25-39, 2014.

RAMOS, Isadora Nunes Barbosa; FALCAO, Eliane Brígida Morais. Suicídio: um tema pouco conhecido na formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 507-516, 2011.

RAVANELLO, Tiago; DUNKER, Christian Ingo Lenz; BEIVIDAS, Waldir. Uma via indireta para a abordagem do afeto: libido, gozo, pulsão escópica. **Tempo psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, p. 9-36, 2017.

RENDON-QUINTERO, Eduardo; RODRIGUEZ-GOMEZ, Rodolfo. Vivencias y experiencias de individuos con ideación e intento suicida. **Revista colombiana de psiquiatria**, v. 45, n. 2, 92-100, 2016.

RESSTEL, Cizina Célia Fernandes Pereira. Desamparo psíquico. In: _____. **Desamparo psíquico nos filhos de dekasseguis no retorno ao Brasil**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 87-104, 2015.

RIBEIRO, Danilo Bertasso et al. Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, 2016.

ROCHA, Marcio Arthoni Souto da; BORIS, Georges Daniel Janja Bloc; MOREIRA, Virginia. A experiência suicida numa perspectiva humanista-fenomenológica. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 18, n. 1, p. 69-78, 2012.

ROSA, Miriam Debieux; DOMINGUES, Eliane. O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 180-188, 2010.

ROSA, Natalina Maria da et al. Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 3, p. 231-238, 2016.

SANTOS, Natália Amendola; RUDGE, Ana Maria. Dor na psicanálise - física ou psíquica?. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 450-468, 2014.

SANTOS, Simone Agadir; LEGAY, Letícia Fortes; LOVISI, Giovanni Marcos. Substâncias tóxicas e tentativas e suicídios: considerações sobre acesso e medidas restritivas. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 53-61, 2013.

SANTOS, Simone Agadir et al. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2064-2074, 2009.

SANTOS, Simone Agadir et al. Suicídios e tentativas de suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro: análise dos dados dos sistemas oficiais de informação em saúde, 2006-2008. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 376-387, 2013.

SANTOS, Walberto Silva dos et al. The influence of risk or protective factors for suicide ideation. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 17, n. 3, p. 515-526, 2016.

SCHLOSSER, Adriano; ROSA, Gabriel Fernandes Camargo; MORE, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 133-145, 2014.

SEHNEM, Scheila Beatriz; PALOSQUI, Vanusa. Características epidemiológicas do suicídio no estado de Santa Catarina. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 365-378, 2014.

SIFNEOS, Peter Emanuel. Affect, emotional conflict, and deficit: An overview. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 56, p. 116-122, 1991.

SKERRETT, Delaney Michael; KOLVES, Kairi; DE LEO, Diego. Factors related to suicide in LGBT populations: A psychological autopsy case-control study in Australia. **Crisis.**, v. 37, n. 5, p. 361-369, 2016.

SILVA, Nayra Karoline Neco da et al. Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 71-77, 2017.

SILVA, Viviane Franco da et al. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1835-1843, 2006.

SILVERMAN, Morton et al. Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 37, n.3, p. 248-263, 2007.

SMITH, Phillip; POINDEXTER, Erin; CUKROWICZ, Kelly. The effect of participating in suicide research: Does participating in a research protocol on suicide and psychiatric symptoms increase suicide ideation and attempts? **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 40, n. 4, p. 535-543, 2010.

SOUSA, Girliani Silva de et al. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 389-402, 2014.

SOUZA, Andressa Mayara Silva; PONTES, Suely Aires. As diversas faces da perda: o luto para a psicanálise. **Analytica**, São João del Rei, v. 5, n. 9, p. 69-85, 2016.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de. Narrativas indígenas sobre suicídio no Alto Rio Negro, Brasil: tecendo sentidos. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 145-159, 2016.

SOUZA, Viviane dos Santos et al. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 4, p. 294-300, 2011.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TATIT, Isabel; ROSA, Miriam Debieux. Pra não dizer que Freud e Lacan não falaram da solidão. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 5, n. 2, p. 136-146, 2013.

Tavares, Leandro Anselmo Todesqui. **A depressão como "mal-estar" contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

TORO, Giovana Vidotto Roman et al. O desejo de partir: um estudo a respeito da tentativa de suicídio. **Psicologia em Revista (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 407-421, 2013.

VALLE, Tatiana Gonçalves Ribeiro do; KOVACS, Maria Julia. Análise do conteúdo de sites que abordam o suicídio. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 64, n. 140, p. 33-47, 2014.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Dias. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 108-114, 2013.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Costa Dias Macedo; LIMA, Lúcia Abelha. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 175-187, 2013.

VIEIRA, Letícia Pereira; SANTANA, Vivian Tallita Pinheiro de; SUCHARA, Eliane Aparecida. Caracterização de tentativas de suicídios por substâncias exógenas. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 118-123, 2015.

WASELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil [Internet]. Brasília: Secretaria Nacional de Juventude, 2014. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil.pdf> Acesso em 25 setembro 2018.

WERLANG, Blanca Susana Guevara. Autópsia Psicológica, importante estratégia de avaliação retrospectiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1955-1957, 2012.

WERLANG, Blanca Susana Guevara. II. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Brasília: CFP, 2013.

WERLANG, Blanca Susana Guevara; ASNIS, Nelson. Perspectiva histórico-religiosa. In: WERLANG, Blanca Susana Guevara; BOTEGA, Neury José. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WERLANG, Blanca Susana Guevara; MACEDO, Monica Medeiros; KRUGER, Liara Lopes. Perspectiva psicológica. In: WERLANG, Blanca Susana Guevara; BOTEGA, Neury José. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WHO. World Health Organization. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: WHO, 2014.

ZANA, Augusta Rodrigues de Oliveira; KOVACS, Maria Julia. O Psicólogo e o atendimento a pacientes com ideação ou tentativa de suicídio. **Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 897-921, 2013.

ZATTI, Cleonice et al. A prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio, HPS – Porto Alegre/RS. **Diaphora**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 13-17, 2015.

ZIMERMAN, David. As atuações (Actings). In: _____. **Manual de técnica psicanalítica**. Porto Alegre, Artmed, 2004.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.

Roteiro semiestruturado de entrevista

Referente aos objetivos específicos b); d).

- b) Identificar os eventos desencadeadores associados pelo sujeito à tentativa de suicídio por ele realizada;
- d) Identificar os fatores de risco e os fatores de proteção anteriores à tentativa de suicídio.

Gostaria que você pensasse em como vinha se sentindo antes da tentativa de suicídio, nas semanas e meses anteriores ao ato.

1. Você lembra quando começaram os pensamentos de morte?
2. Você pediu ajuda para alguém?
3. Você buscou algum serviço de saúde?
4. Pensando em alguns dias antes da tentativa de suicídio, aconteceram eventos significativos para você? Se sim, pode me falar um pouco sobre eles?
5. O que você entende que te levou a pensar em suicídio?
6. Você consegue me dizer como você se sentia nesta época? [explorar a nomeação dos sentimentos].
7. Você fez ou faz uso de alguma substância química? [explorar remédios, álcool, cigarro e drogas ilícitas].

Referente ao objetivo específico a).

- a) Caracterizar a tentativa de suicídio que levou ao atendimento na Unidade de Urgência e Emergência do HU-UFSC.

Gostaria que você me contasse o que você lembra sobre o dia em que aconteceu a tentativa de suicídio.

8. Você lembra como estava se sentindo?
9. Você recorda o dia específico da semana e o horário em que aconteceu a tentativa de suicídio?
10. Onde você estava no momento da tentativa de suicídio? [explorar onde estava, se sozinho ou com alguém].
11. Você pediu ajuda a alguém?

12. Qual método você utilizou? [explorar o que levou a utilizar este método].

Referente ao objetivo específico c).

c) Identificar as emoções que emergiram após a tentativa de suicídio.

Irei fazer algumas perguntas que gostaria que você me respondesse com relação às emoções que sentiu no momento logo após a tentativa de suicídio. [explorar nos itens a emoção associadas aos eventos].

13. Você se lembrado momento em que percebeu que havia sido socorrido?

14. Pode dar um nome ao que você sentiu neste primeiro momento?

15. Em algum momento você sentiu que corria risco de morte? [explorar como foi e emoções associadas]

16. Como foi para você a experiência de estar no hospital?

17. Como foi seu acolhimento pelos profissionais de saúde?

18. Como foi seu acolhimento pelos seus familiares e amigos?

Referente aos objetivos específicos d); e).

d) Identificar os fatores de risco e os fatores de proteção anteriores à tentativa de suicídio;

e) Identificar os fatores de risco e os fatores de proteção posteriores à tentativa de suicídio.

Agora, gostaria que você me falasse sobre alguns aspectos da sua vida e das pessoas que são próximas a você.

19. Para você, o que significa viver?

20. E o que significa morrer?

21. Sobre o que você me disse nas perguntas anteriores. Você sempre pensou desta forma ou é algo que mudou após a tentativa de suicídio?

22. Você conhece pessoas que cometeram suicídio? E que realizaram tentativas? [explorar proximidade com estas pessoas].

23. Você tem crença em alguma religião? [explorar se pratica a religião, de que maneiras e com que frequência].

24. Quem são as pessoas que você considera mais próximas a você? Como é a sua relação com estas pessoas? [explorar amigos e família e se algo mudou nas relações após a tentativa de suicídio].
25. Em relação a sua rotina. Como é o seu dia? [explorar se trabalha/estuda e como se sente nestes espaços].
26. Você faz alguma atividade de lazer?

Referente ao objetivo específico e).

e) Identificar os fatores de risco e os fatores de proteção posteriores à tentativa de suicídio.

Estamos chegando à parte final da nossa entrevista. Gostaria que falássemos sobre como você está atualmente.

27. Como foi a chegada na sua casa após ter ficado no hospital? [explorar como sentiu a reação das pessoas].
28. Como você se sente atualmente?
29. Existem pessoas para quem você consegue expor seus sentimentos?
30. Você está fazendo acompanhamento com algum profissional de saúde? [explorar onde e como está se sentindo em relação ao acompanhamento].
31. Você fez ou faz acompanhamento específico com psicólogo? [explorar onde e como está se sentindo em relação ao acompanhamento].
32. Que coisas ou pessoas lhe motivam para viver?

Questões de fechamento.

- Em sua opinião, por que as pessoas cometem suicídio?
- O que você pensa que poderia ser feito para impedir que as pessoas cometam suicídio?
- Antes de encerrarmos a entrevista, tem algo que eu não tenha perguntado e que você gostaria de me dizer?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento para os participantes da pesquisa.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
(Em acordo com a Resolução CNS 466/2012)

Prezado(a)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **Significados da tentativa de suicídio para sujeitos atendidos na Emergência de um hospital geral**, que constitui a pesquisa de Mestrado da aluna Paola Nunes Goularte, tendo como orientadora a Profa. Dra. Lucienne Martins Borges. O **objetivo** da presente pesquisa é compreender os significados atribuídos à tentativa de suicídio (TS) por pessoas que foram atendidas em um hospital geral após TS. Caracteriza-se como um estudo descritivo e propõe-se a gerar novos conhecimentos que possam ser utilizados na prevenção do suicídio. Para tal, o procedimento da coleta de dados dar-se-á com a realização de entrevistas com pessoas que foram atendidas na Unidade de Emergência do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago após tentativa de suicídio. A entrevista será individual com cada participante e acontecerá em um único encontro, com duração de aproximadamente 90 minutos, com a possibilidade de ser agendado um segundo encontro, se julgado necessário pelo pesquisador e pelo participante. O roteiro das entrevistas aborda questões referentes à tentativa de suicídio, fatores de risco e fatores de proteção. A fim de não perder informações haverá gravação de áudio, para posterior transcrição literal. É importante frisar que as transcrições literais serão utilizadas apenas para fins científicos.

Não há despesas pessoais para o(a) participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira para quem participar da pesquisa. A participação ou a recusa não acarretará a você quaisquer prejuízos. Quanto aos riscos, há a possibilidade do(a) participante sentir-se mobilizado(a) emocionalmente. Caso sinta algum tipo de desconforto no decorrer da entrevista, e sinta-se incapacitado(a) de dar continuidade, a pesquisadora compromete-se a interromper a entrevista e oferecer suporte psicológico adequado. Não há outros riscos previsíveis.

É garantido total sigilo e privacidade da identidade dos(as) participantes, sendo que apenas as pesquisadoras terão acesso aos dados, os quais ficarão armazenados em local de acesso restrito às mesmas. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo, sem a sua permissão. Você tem total liberdade para desistir a qualquer momento de participar do estudo. Desta forma, neste documento serão disponibilizados meios de contato para que o participante retire seus dados da pesquisa.

Caso decida participar da pesquisa, você irá assinar este Termo de Consentimento em duas vias de igual teor, uma cópia será arquivada no Núcleo de Estudos sobre Psicologia, Migrações e Culturas (NEMPsiC) e outra cópia será fornecida a você.

A participação na pesquisa não prevê nenhum gasto, mas caso existam eventuais despesas decorrentes da sua participação, estas serão ressarcidas integralmente pela pesquisadora. Fica também garantido a indenização em caso de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Nome da pesquisadora assistente: **Paola Nunes Goularte – Psicóloga CRP 12/13428, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.**

Assinatura do pesquisador: _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____ fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações ou retirar minha participação, se assim desejar. Também sei que caso existam custos, estes serão absorvidos pela pesquisadora.

A pesquisadora, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução Nº 466/CNS, de 12 de dezembro de 2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes desta pesquisa.

Em caso de dúvidas poderei entrar em contato com a pesquisadora assistente Paola Nunes Goularte, com a pesquisadora responsável Lucienne Martins Borges ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC).

Paola Nunes Goularte e Lucienne Martins Borges pelo telefone (48) 3721-8571, email: nempsic@contato.ufsc.br. Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFH). Departamento de Psicologia. Núcleo de Estudos sobre Psicologia, Migrações e Culturas (NEMPsiC). Sala 8B, Campus Universitário. Trindade, Florianópolis, SC. CEP: 88040-500.

CEPSH-UFSC pelo telefone (48) 3721-6094, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br. Endereço: prédio Reitoria II, sala 902, Rua Desembargador Vítor Lima, nº 222. Trindade, Florianópolis, SC. CEP: 88.040-900.

Declaro que concordo em participar desta pesquisa da qual fui devidamente informado e esclarecido sobre os procedimentos nela envolvidos, assim como os riscos decorrentes de minha participação. Foi garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Nome	Assinatura do Participante	Data
------	----------------------------	------

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
------	---------------------------	------

ANEXO A – Instrumento para caracterização dos participantes.



Universidade Federal de Santa Catarina
Hospital Universitário
Serviço de Psicologia Emergência

REGISTRO DE ATENDIMENTO À TS

Data de entrada: / /	Hora de entrada:	Maca: Leito: SM: <input type="checkbox"/> RNM: <input type="checkbox"/> Isola.: <input type="checkbox"/> Outro:
Atendido inicialmente por:		<input type="checkbox"/> Psicólogo Plantonista <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Psicólogo do setor <input type="checkbox"/> Estagiário

Identificação

Nome:			Nº EMG/Nº Prontuário:		
Sexo: <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Masc	Data Nascimento: / /	Idade:	Ocupação:		
Situação Conjugal: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> união estável <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> IGN					
Escolaridade: <input type="checkbox"/> analfabeto <input type="checkbox"/> 1º grau incompleto <input type="checkbox"/> 1º grau completo <input type="checkbox"/> 2º grau incompleto <input type="checkbox"/> 2º grau completo <input type="checkbox"/> superior incompleto <input type="checkbox"/> superior completo <input type="checkbox"/> IGN					
Endereço:			Compl.	Bairro:	
Município:		Mora com:			
Familiar/pessoa de referência:		Telefones:			

Genograma

Rede de apoio: <input type="checkbox"/> Presente e disponível para auxiliar <input type="checkbox"/> Inexistente <input type="checkbox"/> Frágil

História do Evento

Data: / /	Dia da semana: <input type="checkbox"/> seg <input type="checkbox"/> ter <input type="checkbox"/> quar <input type="checkbox"/> quin <input type="checkbox"/> sex <input type="checkbox"/> sab <input type="checkbox"/> dom	Período: <input type="checkbox"/> manhã <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noite <input type="checkbox"/> madrugada
Data comemorativa importante: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Qual:	Local do evento: <input type="checkbox"/> residência do paciente <input type="checkbox"/> via pública <input type="checkbox"/> outro:	
Método: <input type="checkbox"/> Ingestão de medicamentos: Classes: (1)antidepressivo (2)estabilizador de humor (3)ansiolítico (4)antipsicótico (5)anticonvulsivante (6)analgésico (7)Outra Classe () Nome _____ Dosagem por cp _____ Qtde comprimidos _____ Classe () Nome _____ Dosagem por cp _____ Qtde comprimidos _____ Classe () Nome _____ Dosagem por cp _____ Qtde comprimidos _____ Classe () Nome _____ Dosagem por cp _____ Qtde comprimidos _____ Classe () Nome _____ Dosagem por cp _____ Qtde comprimidos _____ <input type="checkbox"/> Envenenamento Qual substância: _____ <input type="checkbox"/> Estrangulamento/Sufocação <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Intoxicação por monóxido de carbono <input type="checkbox"/> Objeto cortante ou penetrante <input type="checkbox"/> Objeto contundente <input type="checkbox"/> Outro método:		
Como teve acesso ao método: <input type="checkbox"/> Medicamentos pertenciam ao pcte <input type="checkbox"/> Medicamentos eram de outra pessoa <input type="checkbox"/> Outro: _____ Obs:		
Fez uso de bebida alcoólica: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Qual:		Fez uso de droga ilícita: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Qual:
Principal desencadeador alegado:		
Houve planejamento prévio: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Obs:		
Comunicou a alguém sobre intenção de TS: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Obs:		
Solicitou ajuda: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Obs:		Como foi encontrado?

Histórico de Saúde Mental

Possui alguma doença diagnosticada: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Qual:	Faz acompanhamento de rotina: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Local:	
Nos últimos 30 dias paciente procurou atendimento de saúde: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Foi atendido: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Especialidade: _____ Local: _____ Motivo alegado do atendimento: _____ Obs:		
No último ano foi atendido por profissional de saúde mental: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Qual: <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Outro: Procurou outro tipo de apoio psicossocial: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Qual: Obs:		
História de internação psiquiátrica: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN	Quantas:	Motivo(s):
Onde: Data última internação:		Método(s):
História de TS anteriores: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN	Quantas:	
Data primeira TS:	Data última TS:	

História de <u>tentativa de suicídio</u> de familiar ou de outra pessoa que pte traga como relevante: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Grau de relação / parentesco: <i>Obs:</i>			
História de <u>suicídio</u> de familiar ou de outra pessoa que pte traga como relevante: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Grau de relação / parentesco: <i>Obs:</i>			
Uso de bebida alcoólica: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN	Qual:	Frequência:	Há quanto tempo:
Uso de droga ilícita: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN	Qual:	Frequência:	Há quanto tempo:
Faz uso de medicamentos psicofármacos: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Quais:	Quem prescreve: <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Clínico Geral <input type="checkbox"/> Outro:		
	Nome do profissional: Tel:	Local: Há quanto tempo em tto:	
Atualmente faz tratamento psicoterápico: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN <i>Obs:</i>	Com qual profissional: <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Outro:		
	Nome do profissional: Tel:	Local: Há quanto tempo em tto:	

Síntese da Avaliação

Presença de pensamentos de morte: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN	Mantém ideação suicida: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN
Possui plano concreto: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Qual:	Fatores protetivos: <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes

Encaminhamentos

Avaliação psiquiátrica de urgência:	
<input type="checkbox"/> IPq Tel:3954-2089	<input type="checkbox"/> Solicitado parecer HU
Tel: _____	Realizado contato telefônico com: _____
<i>Obs:</i>	<input type="checkbox"/> CAPS _____ na data: ___ / ___ / ___
Ambulatorialna rede de saúde pública:	
<input type="checkbox"/> UBS _____	<input type="checkbox"/> CAPS _____
<input type="checkbox"/> Profissional que já o acompanhava? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Outro _____
Se sim quais: <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Médico de Família	<input type="checkbox"/> Outros: _____
Tel: _____	Realizado contato telefônico com: _____ na data: ___ / ___ / ___
<i>Obs:</i>	
Pcte/família opta por atdambulatorial particular:	
<input type="checkbox"/> Psicólogo	<input type="checkbox"/> Psiquiatra
<input type="checkbox"/> Profissional já o acompanhava? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Outro _____
Tel: _____	Realizado contato telefônico com: _____ na data: ___ / ___ / ___
<i>Obs:</i>	
<input type="checkbox"/> Realizado orientações (vigilância permanente e restrição do acesso a medicamentos ou meios letais) para _____	
<input type="checkbox"/> Outros: _____	
Alta hospitalar na data / /	