

Reflexões sobre a atuação do psicólogo junto aos pacientes com tentativa de suicídio

Reflections on the role of the psychologists regarding suicide attempt patients

Maria Antônia Darozo Bandeira¹

RESUMO

Introdução: atualmente, as tentativas de suicídio são consideradas um problema de saúde pública por seu índice crescente. A maior parte dos serviços de saúde não conta com ações para avaliar e prevenir a reincidência dos casos de tentativa de suicídio.

Objetivo: refletir sobre a atuação do psicólogo junto aos pacientes com tentativa de suicídio.

Metodologia: esta pesquisa consistiu-se em um estudo bibliográfico, qualitativo, exploratório e descritivo. Para uma melhor compreensão do tema foram abordados alguns aspectos históricos do suicídio, conceituou-se e diferenciou-se a tentativa de suicídio e o suicídio consumado descrevendo os fatores de risco relacionados. Em seguida, contextualizou-se o atendimento emergencial no contexto hospitalar e a atuação do psicólogo junto aos pacientes com tentativa de suicídio após a alta hospitalar.

Resultados: o atendimento emergencial médico hospitalar em casos de tentativa de suicídio geralmente não aborda os seus determinantes de sofrimento psicológico permanecendo o paciente sob o risco de novas tentativas de suicídio, assim, cabe ao psicólogo hospitalar explorar os diversos fatores que levaram o paciente a considerar a tentativa de suicídio e propor o tratamento mais adequado para o caso.

Considerações finais: concluiu-se que a avaliação e o tratamento psicológico de médio e longo prazo junto a esses pacientes possibilitam a identificação e o tratamento dos determinantes de sofrimento psicológico, reduz a reincidência das tentativas e auxilia os pacientes no desenvolvimento de outras formas de enfrentamento e solução de problemas.

Descritores: Suicídio. Tentativa de suicídio. Saúde Pública. Psicologia Clínica.

ABSTRACT

Introduction: Currently, suicide attempts are considered a public health problem by its increasing rate. Most health services do not have actions to evaluate and prevent the recurrence of suicide attempts.

Objective: to reflect on the role of the psychologists with suicide attempt patients.

Methodology: this research consisted of a bibliographic, qualitative, exploratory and descriptive study. For a better understanding of the subject, some historical aspects of suicide were approached, conceptualized and differentiated suicide attempt and consummate suicide describing the related risk factors. Next, the emergency care in the hospital context was contextualized and the psychologist's performance with the patients with attempted suicide after hospital discharge.

Results: emergency medical hospital care in cases of suicide attempt usually does not address its determinants of psychological distress while remaining at risk of further suicide attempts, so it is up to the hospital psychologist to explore the various factors that led the patient to consider the suicide attempt and propose the most appropriate treatment for the case.

Final considerations: it was concluded that the evaluation and the medium and long-term psychological treatment with these patients allows the identification and treatment of the determinants of psychological distress, reduces the recurrence of the attempts and assists the patients in the development of other forms of coping and solution of problems.

Descriptors: Attempted suicide. Suicide. Public Health. Clinical Psychology.

¹ Psicóloga. Docente do Curso de Psicologia do Centro Universitário UnirG. Especialista em Saúde Pública pelo Instituto Brasileiro de Pesquisa e Extensão – IBPEX. Centro Universitário UnirG/Fundação UnirG. Gurupi – TO, Brasil. E-mail: mariaantonia19822011@hotmail.com

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:
Maria Antônia Darozo Bandeira.
Avenida Espírito Santo, 1185,
Centro, CEP 77403-100, Gurupi – TO.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um tema que desperta muitos questionamentos desde os tempos mais remotos da vida humana. Em diversas épocas e países a abordagem do suicídio variou desde sua extrema repressão e condenação até a tolerância e a

exaltação. A partir do século XX, o suicídio passou a ser estudado pelas doutrinas da psiquiatria, sociologia e psicologia.

Atualmente são registradas 1 milhão de mortes por suicídio em todo o mundo a cada ano, correspondendo a praticamente metade de todas as mortes por causas externas. Considerando estes dados, estima-se que as taxas de tentativas de

suicídio sejam 10 a 40 vezes mais elevadas que as de suicídio.¹

No contexto hospitalar deve ocorrer a avaliação e a conduta do psicólogo hospitalar junto aos pacientes com tentativa de suicídio. No entanto, o atendimento emergencial médico hospitalar nesses casos geralmente não aborda os seus determinantes de sofrimento psicológico permanecendo o paciente sob o risco de novas tentativas de suicídio, assim, justifica-se a importância desta pesquisa no campo de conhecimentos e práticas da Psicologia.

Esta pesquisa teve como objetivo refletir sobre a atuação do psicólogo junto aos pacientes com tentativa de suicídio a partir de um estudo bibliográfico, qualitativo, exploratório e descritivo. Para tanto, foram retomados alguns aspectos históricos do suicídio, conceituou-se e diferenciou-se a tentativa de suicídio e o suicídio consumado descrevendo os fatores de risco relacionados. Em seguida, contextualizou-se o atendimento emergencial no contexto hospitalar e a atuação do psicólogo junto aos pacientes com tentativa de suicídio após a alta hospitalar.

METODOLOGIA

Para consolidar esta pesquisa foi utilizado o estudo bibliográfico, qualitativo, exploratório e descritivo sobre a atuação do psicólogo junto aos pacientes com tentativa de suicídio. A pesquisa bibliográfica baseou-se em materiais já elaborados, especialmente livros e artigos científicos.² O enfoque qualitativo é derivado das ciências sociais e humanas e busca a concepção dos fenômenos sociais, criação ou formulação de conceitos de determinados grupos.³

Deve-se ressaltar a importância de utilizar os métodos descritivo e exploratório no desenvolvimento de projetos de pesquisa pois, segundo Marconi e Lakatos⁴, o método exploratório estabelece critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma pesquisa e visa oferecer informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipóteses possibilitando um estudo mais profundo, já que o mesmo visa explorar todas as informações necessárias, através de questionamentos, entrevistas, para que a pesquisa que foi realizada fosse mais precisa.

Oliveira³ acrescenta que a pesquisa descritiva visa descrever de forma objetiva e detalhada as particularidades de uma determinada população ou de um determinado fenômeno, através de comportamentos, opiniões, para obter maior compreensão desses fatores.

Quanto aos meios de busca, o estudo bibliográfico incluiu livros clássicos sobre o suicídio, teses e dissertações, periódicos nacionais e materiais digitais das bases de dados de acesso gratuito como Organização Mundial de Saúde,

Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO - Scientific Electronic Library Online, PePSIC - Portal de Periódicos Eletrônicos em Psicologia, LILACS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online, Manuais de Prevenção, Google Acadêmico, Trabalhos de Conclusão de Curso, Monografias, Revistas científicas periódicas, incluindo materiais em português e inglês, com os seguintes descritores: suicídio, tentativa de suicídio e tratamento psicológico.

Em relação aos critérios de exclusão, o estudo bibliográfico exclui os materiais que não atendem aos critérios de inclusão citados anteriormente e/ou que não se relacionem ao tema suicídio.

Conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, esta pesquisa não necessitou ser submetida ao comitê de ética em pesquisa, pois não envolveu o contato direto com seres humanos.

DESENVOLVIMENTO

Considerações históricas sobre o suicídio

O suicídio é um tema que desperta muitos questionamentos desde os tempos mais remotos da vida humana. Em diversas épocas e países, em vários momentos do desenvolvimento das sociedades como na Antiguidade, nas civilizações greco-romanas, nas correntes monoteístas cristãs, judaicas e islâmicas, na Idade Média, durante o Renascimento e Iluminismo, no movimento romântico dos séculos XVII e XVIII, Revoluções Francesa e Industrial até a chegada do século XX a abordagem do suicídio variou desde sua extrema repressão e condenação até a tolerância quando considerado ato de coragem, heroísmo e liberdade.⁵

Dentro de alguns contextos históricos e socioeconômicos o suicídio era severamente proibido e condenado. Na Antiguidade e Idade Média os escravos e soldados eram proibidos de cometer o suicídio, severamente punidos, privados dos rituais fúnebres, tinham seus bens confiscados e sua família era marginalizada.⁶

Conforme Kurcgant e Wang⁷, considerando-se as correntes filosóficas do estoicismo e epicurismo, o suicídio era amplamente tolerado e exaltado, assim como durante o movimento do romantismo.

A partir do século XX, o tema do suicídio passou a ser abordado dentro de três correntes doutrinárias principais, que são: doutrina psiquiátrica (representada por Hipócrates e Esquirol), doutrina sociológica (representada por Durkheim) e doutrina psicológica (representada por Freud). Segundo a doutrina psiquiátrica, o suicídio decorre de alterações psiquiátricas; para a doutrina sociológica, o suicídio é determinado por fatores sociais e, de

acordo com a doutrina psicológica, o suicídio resulta de fatores pessoais e motivações conscientes ou inconscientes.⁶

Definições de suicídio e tentativa de suicídio

Etimologicamente, a palavra suicídio deriva do latim e significa: *su*="si próprio" e *caedere*="ação de matar", é a ação na qual o indivíduo tem o propósito de matar a si mesmo. Os atos suicidas são comportamentos potencialmente autolesivos acompanhados pela evidência de que a pessoa pretendia se matar. Entre os atos suicidas mais importantes estão a tentativa de suicídio e suicídio consumado.⁸

Há muitas definições para o suicídio e a tentativa de suicídio. O sociólogo francês Émile Durkheim⁹ foi um dos principais estudiosos sobre o tema e definiu o suicídio e a tentativa de suicídio como todo caso de morte resultante direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo realizado pela própria vítima, sendo a tentativa o ato que falha em resultar em morte.

Outra definição sobre o suicídio foi dada pela Associação de Psiquiatria Americana (APA)¹⁰, que o definiu como a morte auto-infligida com evidência, tanto explícita quanto implícita, de que a pessoa pretendia morrer. Já a tentativa de suicídio consiste em um comportamento autolesivo com evolução não-fatal, acompanhado de evidência tanto explícita quanto implícita de que a pessoa pretendia morrer.

Conforme os autores Meleiro e Balhs⁸, a definição mais aceita para o suicídio consumado seria uma morte causada por lesão, envenenamento ou sufocação, com evidência explícita ou implícita de que tenha sido auto-infligida e de que havia a intenção de morrer.

A tentativa de suicídio é um ato intencional de autoagressão que não termina em morte, pode ser dividida em dois tipos – com ou sem lesão e caracteriza-se pela evidência de que a pessoa pretendia se matar.⁸

Ayd¹¹ define a tentativa de suicídio como qualquer ato com ameaça à vida que requer atenção médica e foi cometido com a intenção consciente de terminar com a própria vida. Representa uma ação potencialmente letal, mas não bem-sucedida. É fator de risco para suicídio completo e indicador de problemas de saúde biopsicossociais. Engloba atitudes e comportamentos variados, desde os atos mais simples de auto-agressão e que não necessitam de atenção médica até atitudes mais graves que requerem hospitalização.

Sobre o suicídio, Lopes⁵ o descreve como um ato voluntário e intencional de matar a si mesmo. É o assassinato de si mesmo. É o último e irreversível estágio da autodestruição. É a violência fatal contra si para pôr fim a uma dor maior que a vontade de viver. Outras vezes, é um golpe final em si mesmo para punir a outrem. O suicídio é o naufrágio da

esperança, a falência dos sonhos, o fim da linha, o fundo do poço, o desespero de não enxergar a luz da esperança no fim do túnel.

Não existe um perfil de personalidade específico para os pacientes com tentativa de suicídio, mas geralmente apresentam traços de impulsividade, ambivalência e rigidez cognitiva. Muitas vezes não apresentam ideação suicida evidente, utilizam-se da tentativa de suicídio para expressar sentimentos, modificar o comportamento das pessoas próximas ou o ambiente. São pessoas normais que não apresentam nenhum tipo de psicopatologia mais grave, podem apresentar quadros de depressão reativa, atritos interpessoais e familiares importantes ou estarem sob extremo estresse situacional.⁸

Como afirma Lopes⁵, a tentativa de suicídio é um grito de socorro que, muitas vezes, não é ouvido nem compreendido. Quem busca essa arma perigosa para chamar a atenção, um dia acaba se ferindo mortalmente sem que haja tempo para pedir socorro, ou mesmo para arrepender-se.

O suicídio representa uma solução para um grande problema ou crise que está causando constante aflição. Atualmente é visto como um comportamento humano complexo. O desejo de morrer está sempre relacionado com a falta ou a perda de esperança ou de perspectiva de futuro, desta forma o suicídio é uma ação ou efeito para resolver algo, colocando fim em uma situação insolúvel.¹²

Conforme Resmini¹³, o ato de suicidar – se é a consequência de um desequilíbrio psíquico. A tensão neural que envolve o indivíduo nos conflitos é de grande gravidade e o transforma a tal ponto que, tirar a própria vida é o único amparo. A pessoa que tira sua própria vida, inconscientemente, sempre deposita a culpa em outras pessoas, principalmente em suas famílias. O desenlace é a morte, o sucesso do suicídio consumado com frequência está caracterizado por planejar cuidadosamente e utilizar métodos que causam a morte. A maior parte das pessoas que comete o suicídio tem consigo o sentimento de culpa, desesperança, falta de valor e de serventia.

Edwin Shneidman¹⁴ agrupou as principais características psicológicas dos pacientes com tentativa de suicídio: (1) o propósito comum do suicídio é encontrar uma solução; (2) o objetivo comum do suicídio é cessar a consciência; (3) o estímulo comum do suicídio é uma dor psicológica intolerável; (4) o estressor comum do suicídio são as necessidades psicológicas frustradas; (5) a emoção comum do suicídio é a desesperança/desamparo; (6) a atitude interna comum do suicídio é de ambivalência; (7) o estado cognitivo comum do suicídio é a constrição; (8) a ação comum do suicídio é de escape; (9) o ato interpessoal comum do suicídio é a comunicação de sua intenção; e (10) a consistência comum do suicídio é com o seu padrão de enfrentamento na

vida. O autor ainda afirma que se quisermos compreender e tratar os pacientes com tentativa de suicídio é necessário a realização de tratamento psicológico com o objetivo de diminuir o estresse ambiental, apoiando e ajudando o paciente a organizar suas preocupações.

A pessoa que decide pôr fim à própria vida não consegue controlar seus pensamentos tomados pelas ideias de morte, passa a arquitetar sua própria morte e, assim, planejar como esta será feita, deixando muitas vezes um bilhete de despedida. Estas pessoas não conseguem ver outra maneira de solucionar seus problemas, pois pensam rigorosamente e severamente interpretando as situações de forma dramática.⁸

Numa tentativa de suicídio o sentimento da pessoa é fazer com que outras pessoas tenham amor e compaixão pelas suas atitudes, o indivíduo que tenta o suicídio não quer nem viver e nem morrer, procura melhorar as situações instáveis da sua vida, mas acredita que não há mais solução para seus problemas, o que lhes resta é apenas uma atitude severa contra si mesmo.¹¹

As pessoas que cometem suicídio têm um sentimento obsessivo de desamparo, falta de esperança e de valor. Elas pensam que não importa se vivem ou morrem que ninguém sentirá falta delas. Pensam que seus amigos e familiares estarão melhores sem sua presença. Pensam que o suicídio é a única forma possível de escapar da dor emocional insuportável. Assim, quem tenta o suicídio não quer morrer, apenas quer sair de um sofrimento. No fim das contas, o suicídio não é uma questão que diz respeito ao morrer, mas, sim, ao viver.⁵

Possíveis classificações para os atos suicidas

Émile Durkheim⁹, em sua obra "O Suicídio" baseou-se na suposição de que o suicídio decorria de fatores sociais e não somente individuais. Durkheim distinguiu os seguintes subtipos de suicídio:

- Egoísta: decorre da desintegração social que traria aos indivíduos sentimentos de depressão, melancolia e desamparo moral;
- Altruísta: decorre de deveres e obrigações sociais impostos ao indivíduo, sendo mais frequente em sociedades primitivas (por exemplo, velhos, doentes e viúvas);
- Anômico: decorre de conflitos sociais internos em que as normas não existem ou perderam o sentido, as relações sociais tornam-se precárias e frustram as aspirações dos indivíduos (por exemplo, emigração e dificuldades econômicas).

Reinecke¹⁵ descreveu quatro subtipos de motivação para o comportamento suicida, são eles: suicídio desesperançado, suicídio psicótico, suicídio racional e suicídio histriônico/impulsivo. O suicídio desesperançado é motivado por sentimentos de

pessimismo, impotência e desesperança; o suicídio psicótico é motivado pela presença de alterações psiquiátricas como alucinações ou delírios de comando; o suicídio racional é característico de pessoas portadoras de doenças graves que são motivadas pelo alívio da doença ou pelo desejo de evitar a dor ou o sofrimento e; o suicídio histriônico/impulsivo é motivado pelo desejo de obter atenção, vingança ou manipulação.

O suicídio também foi classificado como crônico e focal. O suicídio crônico é aquele em que aos poucos, atos como dependência química ou não seguir regras alimentares dadas pelo médico (por exemplo, em diabéticos), levam ao suicídio sem a passagem ao ato propriamente dito nem consciência do risco de morte. O suicídio focal menciona casos de automutilação, doenças, ferimentos e acidentes propositalmente, envenenamento entre outros, podendo deixar sequelas ou não em casos não-fatais, ou até ter êxito letal.⁸

O suicídio também pode ser classificado de acordo com a sua motivação: por desespero, medo, pânico, sacrifício, vingança, chantagem, entre outros.⁸

Dados estatísticos e fatores relacionados ao suicídio

Atualmente são registradas 1 milhão de mortes por suicídio em todo o mundo a cada ano, correspondendo a praticamente metade de todas as mortes por causas externas. Considerando estes dados, estima-se que as taxas de tentativas de suicídio sejam 10 a 40 vezes mais elevadas que as de suicídio. A taxa mundial de suicídio é de 16 mortes para cada 100.000 habitantes, com variações conforme sexo, idade e país. É a 3ª causa de morte na população de 15 a 44 anos de idade e tende a atingir seu pico entre as pessoas com mais de 65 anos de idade.¹

De acordo com Meleiro e Teng¹⁶, comparado ao contexto mundial, o Brasil apresenta baixo índice de mortalidade por suicídio, variando de 3,9 a 4,5 mortes para cada 100.000 habitantes por ano. Entre os indivíduos do sexo masculino são 7,1 mortes para cada 100.000 habitantes e, para o sexo feminino, 1,9 mortes para cada 100.000 habitantes.

Os autores Bertolote, Mello-Santos e Botega¹⁷, descrevem fatores predisponentes e fatores precipitantes relacionados ao suicídio. Os fatores predisponentes são aspectos remotos do desenvolvimento humano que formam o terreno no qual surgem os comportamentos suicidas (por exemplo, o diagnóstico de um transtorno de humor ou um histórico de suicídio na família) e, os fatores precipitantes são os estressores atuais que os desencadeiam (por exemplo, situações de perda e mudança de vida).

Entre os fatores predisponentes relacionados ao suicídio estão: sexo (masculino: suicídio; feminino: tentativas); idade (mais jovens: tentativa; mais idosos: suicídio); história familiar de

comportamentos suicidas, alcoolismo ou outros transtornos mentais; tentativa(s) prévia(s); presença de transtornos mentais; presença de doenças físicas; presença de desesperança; estado civil divorciado, viúvo ou solteiro; abuso físico, emocional ou sexual na infância; estar desempregado ou aposentado; isolamento social; pertencer a uma minoria étnica; pertencer a uma minoria sexual (homossexuais e transexuais); e baixo nível de inteligência. Como fatores precipitantes relacionados ao suicídio estão: separação conjugal; ruptura de relação amorosa; rejeição afetiva e/ou social; alta recente de hospitalização psiquiátrica; graves perturbações familiares; perda de emprego; modificação da situação econômica ou financeira; gravidez indesejada (principalmente para solteiras); vergonha; temor de ser descoberto (por algo socialmente indesejável).¹⁷

Os autores citados acima também apontam alguns fatores de proteção como sendo aqueles que podem diminuir o risco potencial de suicídio e são considerados alvos de intervenção junto aos pacientes com tentativa de suicídio. Entre estes fatores estão: a ausência de transtorno mental, a gravidez, o senso de responsabilidade para com a família, o suporte social positivo, a religiosidade, estar empregado, satisfação elevada com a vida, presença de criança na família, capacidade de resolução de problemas, capacidade de adaptação, teste de realidade intacto e relação terapêutica positiva.

A presença de transtornos mentais aumenta o risco de suicídio. Entre os diagnósticos mais frequentes estão os transtornos de humor, transtornos relacionados ao abuso de substâncias, transtornos de personalidade e esquizofrenia.¹²

A proporção dos casos de suicídio é de 3 por 1 entre homens e mulheres. Os homens cometem mais suicídio, pois escolhem métodos mais agressivos e letais, como enforcamento, afogamento e arma de fogo para efetuar o suicídio. As mulheres praticam com maior frequência a ingestão de medicamentos e pesticidas configurando apenas tentativas de suicídio menos letais. Entre os homens, os fatores precipitantes mais frequentes envolvem honra, dignidade e situação financeira. Entre as mulheres, os principais fatores que levam a este fato são perdas ou rompimentos afetivos e conjugais.¹⁸

Os autores citados acima também apontam que as tentativas de suicídio e o suicídio são subnotificados, nesse sentido, é necessário melhorar os registros de atendimento e diferenciar lesões acidentais de atos suicidas intencionais, assim, novas medidas poderão ser tomadas no sentido da prevenção da reincidência e da promoção da saúde mental.

O atendimento emergencial aos pacientes com tentativa de suicídio no contexto hospitalar

No contexto hospitalar, especialmente no pronto-socorro, local em que os pacientes com tentativa de suicídio são atendidos, deve ocorrer a avaliação e a conduta relacionada à saúde mental, ou seja, do médico psiquiatra e do psicólogo hospitalar.¹⁹ No entanto, o atendimento emergencial médico hospitalar em casos de tentativa de suicídio geralmente não aborda os seus determinantes de sofrimento psicológico permanecendo o paciente sob o risco de novas tentativas de suicídio.

O psicólogo como membro da equipe de saúde hospitalar tem um papel importante, pois busca contribuir para a avaliação e apoio psicológico aos pacientes com tentativa de suicídio, o atendimento e orientações aos familiares do paciente e a discussão dos casos com os membros da equipe de saúde.²⁰

Um aspecto interessante da tentativa de suicídio no contexto hospitalar é a indiferença dos profissionais de saúde diante do sofrimento emocional do paciente. A tentativa de suicídio é vista como uma agressão aos princípios da vida. Os profissionais de saúde, no percurso de sua formação, aprendem a trabalhar com situações adversas no contexto hospitalar, menos com a morte. Esta é uma questão complexa e bastante complicada que os profissionais deparam-se constantemente.¹⁷

De acordo com Angerami-Camon, Chiattoni e Meleti²⁰ a realidade de um pronto-socorro apresenta atendimento aos mais diversos casos: doenças crônicas descompensadas, politraumatismos, ferimentos, espancamento, atropelamento, etc. A tentativa de suicídio é apenas mais uma das muitas facetas da violência que atinge o hospital. Há também casos onde é difícil uma real apuração, pois o paciente chega ao hospital com certos tipos de lesão que, se o mesmo não descrever o que aconteceu, não é possível identificar se foi tentativa de suicídio ou não.

No hospital a equipe de saúde trata o organismo enfermo. A dor da alma não é considerada e o mergulho de desespero em que o paciente encontra-se atirado não é tido como verdadeiro. O primeiro passo da atuação do psicólogo junto ao paciente com tentativa de suicídio é desvendar o sofrimento emocional existente por trás da tentativa de suicídio, buscar a sua essência, o seu significado na condição humana.²⁰

Os autores Toro et al.¹⁹ descrevem que, ao tentar o suicídio, a pessoa não atinge somente a si mesma, mas também seus familiares e amigos mais próximos. Tal atitude atinge a todos que convivem com o paciente. A culpa sempre é apresentada à família, e esta, em meio à dor e ao desespero, fica a perguntar-se o porquê do acontecido. Cabe ao psicólogo dar suporte emocional aos familiares, sendo assim, deve fazer-se ouvida e orientada a família no sentido de que possa compreender e

colaborar durante o tratamento e a recuperação do paciente.

O psicólogo deve estar aberto para um atendimento que possa abarcar o sofrimento desses familiares, sem, contudo revestir-se de uma postura de crítica a possíveis falhas no relacionamento familiar, eventualmente detectadas no pronto-socorro.¹²

Segundo Meleiro, Scalco e Mello-Santos²¹, as condições clínicas para o atendimento psicológico ao paciente com tentativa de suicídio no contexto hospitalar requer uma recuperação. Se o paciente fez ingestão de medicamentos ou pesticidas, só haverá condições de um 1º atendimento psicológico após uma lavagem gástrica, ou, se por acaso, ele fez a utilização de uma arma de fogo, só haverá atendimento após uma recuperação cirúrgica.

Na maioria das vezes não se dispõe de um ambiente adequado para uma entrevista psicológica reservada e completa, porém, cabe ao psicólogo avaliar o risco de suicídio e os motivos que levaram o paciente a considerar o suicídio, utilizando-se de uma postura de não-julgamento e empatia. O psicólogo, no primeiro atendimento, fará com que o sistema emocional deste paciente com tentativa de suicídio venha se fortalecer para que assim o mesmo possa considerar outras alternativas para a resolução de seus problemas. A modalidade de atendimento psicológico no hospital baseia-se na psicoterapia breve e focal. É importante ressaltar que a atuação do psicólogo junto aos pacientes com tentativa de suicídio tem um foco na promoção da saúde mental e na prevenção de novas tentativas.¹⁷

Segundo Resmini¹³, ao considerar a possibilidade de alta hospitalar, a atitude do paciente em relação à sua tentativa de suicídio pode indicar ou não o risco de novas tentativas no futuro. Estar arrependido do ato ou feliz por ter sobrevivido indica menor risco de nova tentativa. Pacientes que se apresentam pouco colaborativos, com respostas vagas durante a avaliação psicológica e resistem em aceitar ajuda terapêutica podem precisar de medidas de maior restrição contra o impulso autodestrutivo. Nestes casos a hospitalização deve ser mantida até que o estado psicológico melhore e a ideação suicida diminua ou desapareça.

Os fatores para uma pessoa tirar sua própria vida são diversos, deste modo, durante a avaliação psicológica devem ser explorados. O psicólogo deverá explorar os diversos fatores que levaram o paciente a considerar a tentativa de suicídio e propor o tratamento mais adequado para o caso.¹⁷

Conforme os autores Toro et al.¹⁹, após a alta hospitalar do paciente com tentativa de suicídio o mesmo deverá ser encaminhado imediatamente para o tratamento psicológico de médio ou longo prazo.

A atuação do psicólogo junto aos pacientes com tentativa de suicídio após a alta hospitalar

A atuação do psicólogo se faz necessária em dois momentos, em primeiro lugar quando uma pessoa expressa ideação suicida e, em segundo lugar, após a ocorrência da tentativa de suicídio. O psicólogo deverá proceder a uma entrevista para avaliar os fatores de risco relacionados ao suicídio, fatores de proteção contra o suicídio, podendo utilizar-se da aplicação de inventários e escalas como o Inventário Beck de Depressão, Escala Para Ideação Suicida e Escala Beck de Desesperança.¹⁵

Meleiro, Botega e Prates²² apontam que após a alta hospitalar, uma das opções de tratamento possíveis é a terapia cognitivo-comportamental de médio e longo prazo como forma de identificação e tratamento dos determinantes de sofrimento psicológico, redução na reincidência das tentativas e auxílio aos pacientes no desenvolvimento de outras formas de enfrentamento e solução de problemas. Em geral, os pacientes com tentativa de suicídio apresentam distorções cognitivas e falta de habilidades para a solução de problemas. O foco da terapia cognitivo-comportamental está na modificação dos padrões cognitivos e comportamentais disfuncionais, reconhecendo a importância dos fatores afetivos, comportamentais, sociais e ambientais do suicídio.

A atuação do psicólogo junto aos pacientes com tentativa de suicídio requer inicialmente o estabelecimento de uma aliança terapêutica e a formulação do plano de tratamento. É necessário que o psicólogo demonstre uma postura ativa e empática fazendo com que o paciente sinta-se compreendido e aceito.¹⁹

Conforme Wenzel, Brown e Beck²³, os principais objetivos do tratamento psicológico para pacientes suicidas são: recuperar o sentimento de esperança, identificar fatores de proteção, aliviar estressores ambientais e oferecer apoio. O terapeuta se torna um guia complementar para os recursos cognitivos do paciente, pois é comum entre estes a dificuldade em resolução de problemas, enfrentamento de situações do dia-a-dia e distorções cognitivas.

Pacientes com tentativa de suicídio sentem-se isolados e sem apoio, então, o psicólogo deve estar disponível, agendar quantos atendimentos forem necessários e fornecer números de telefone caso o paciente necessite a qualquer hora do dia ou da noite.¹⁵

De acordo com Meleiro, Botega e Prates²², no mesmo sentido, o psicólogo orienta familiares ou amigos do paciente para que ajudem durante o tratamento. O terapeuta pode instruir os familiares e amigos para acompanhar o paciente e remover objetos que possam ser utilizados para uma nova tentativa de suicídio. Se o impulso autodestrutivo for incontrolável ou o ambiente familiar conflituoso, a hospitalização deve ser considerada.

O paciente com tentativa de suicídio costuma pensar no suicídio como a única solução para os seus problemas. O psicólogo ajuda o paciente a

examinar outras alternativas possíveis, considerando que o suicídio não é o único e nem o melhor método para a solução dos problemas enfrentados.¹⁹

Wenzel, Brown e Beck²³ afirmam que entre outros objetivos da terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas estão: tratar o sentimento de pessimismo, reduzir a impulsividade, utilizar estratégias cognitivas e comportamentais para lidar com os problemas da vida, desenvolver relações interpessoais estáveis/apoiadoras e aprender formas mais adaptativas de comunicar as preocupações.

Algumas técnicas utilizadas na terapia cognitivo-comportamental para esses pacientes são: a reestruturação cognitiva, o treinamento em habilidades sociais e solução de problemas, a terapia conjugal/familiar e o tratamento da dependência química.¹⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa mostrou que o suicídio é um tema que desperta muitos questionamentos desde os tempos mais remotos da vida humana e que a partir do século XX, passou a ser estudado pelas doutrinas da psiquiatria, sociologia e psicologia.

A revisão de literatura demonstrou que há muitas definições para o suicídio e a tentativa de suicídio e que não existe um perfil de personalidade específico para os pacientes com tentativa de suicídio.

Atualmente são registradas 1 milhão de mortes por suicídio em todo o mundo a cada ano, correspondendo a praticamente metade de todas as mortes por causas externas. Uma série de fatores predisponentes, precipitantes e de proteção podem aumentar ou diminuir o risco de suicídio.

No contexto hospitalar deve ocorrer a avaliação e a conduta do psicólogo hospitalar junto aos pacientes com tentativa de suicídio. Após a alta hospitalar, uma das opções de tratamento possíveis é a terapia cognitivo-comportamental de médio e longo prazo.

A realização desta pesquisa torna-se de grande importância para os pacientes com tentativa de suicídio e seus familiares e amigos, pois propõe que uma das opções de tratamento possíveis é a terapia cognitivo-comportamental de médio e longo prazo como forma de identificação e tratamento dos determinantes de sofrimento psicológico, redução na reincidência das tentativas e auxílio aos pacientes no desenvolvimento de outras formas de enfrentamento e solução de problemas.

Conforme a revisão de literatura, o suicídio e as tentativas de suicídio são considerados como um tabu e também são subnotificados. Nesse sentido, é importante a realização de ações de promoção e

prevenção do suicídio, como por exemplo a "Campanha Setembro Amarelo". Também é necessário melhorar os registros de atendimento e diferenciar lesões acidentais de atos suicidas intencionais para subsidiar ações de promoção e prevenção da saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Wang YP, Mello-Santos C, Bertolote JM. Epidemiologia do suicídio. In: Meleiro A MAS, Teng CT, Wang YP. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo:Segmento Farma; 2004. p. 97-108.
2. Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. São Paulo:Atlas; 2013.
3. Oliveira SL. Tratado de Metodologia Científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses. 2. ed. São Paulo:Pioneira; 2002.
4. Marconi MA, Lakatos EM. Metodologia científica: ciência e conhecimento científico, métodos científicos, teoria, hipóteses e variáveis e metodologia jurídica. 4. ed. São Paulo: Atlas;2005.
5. Lopes HD. Suicídio – causas, mitos e prevenção. São Paulo:Hagnos; 2007.
6. Araújo ES, Bicalho PPG. Suicídio: crime, pecado, estatística e punição. Revista de Psicologia da IMED [periódico da Internet]. 2012 [acesso em 2016 mai 2016]; 4(2):723-734. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/151>
7. Kurcgant D, Wang YP. Aspectos históricos do suicídio no Ocidente. In: Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo:Segmento Farma; 2004. p. 37-52.
8. Meleiro AMAS, Bahls SC. O comportamento suicida. In: Meleiro AMAS, Teng CT, Wang Y P. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo:Segmento Farma; 2004. p. 13-36.
9. Durkheim E. O Suicídio. Rio de Janeiro:Ed. Zahar; 1982.
10. Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y, Fawcett JA, Horton L, Meltzer H, Pfeffer CR, Simon RI. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors [periódico da Internet]. Nova York:APA Practice Guidelines; 2003 [acesso em 2016 mai 2016]. Disponível em: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf

11. Ayd JFJ. *Lexicon of psychiatry, neurology and the neurosciences*. Baltimore:Williams & Wilkins; 1995.
12. Kaplan HH, Sadock BJ. *Compêndio de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 9. ed. Porto Alegre:Artmed; 2007.
13. Resmini E. *Tentativa de suicídio – um prisma para compreensão da adolescência*. Rio de Janeiro:Editora Revinter; 2004.
14. Shneidman ES. *The suicidal mind*. Nova York: Oxford University Press;1996.
15. Reinecke MA. Suicídio e depressão. In. Dattilio FM, Freeman A. *Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise*. 2. ed. Porto Alegre:Artmed; 2004. p. 82-113.
16. Meleiro AMAS, Teng CT. Fatores de risco do suicídio. In. Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP. *Suicídio: estudos fundamentais*. São Paulo:Segmento Farma; 2004. p. 109-131.
17. Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev Bras Psiquiatr [Periódico da Internet]*. 2010 [acesso em 16 mai 2016];32(supl. II):587-595. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a05.pdf>
18. Prieto D, Tavares M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *J Bras Psiquiatr [Periódico da Internet]*. 2005 [acesso em 16 mai 2016];54(2):146-154. Disponível em: [http://www.ipub.ufrj.br/documentos/JBP\(2\)2005_10.pdf](http://www.ipub.ufrj.br/documentos/JBP(2)2005_10.pdf)
19. Toro GVR, Nucci NAG, Toledo TB, Oliveira AEG, Prebianchi HB. O desejo de partir: um estudo a respeito da tentativa de suicídio. *Psicologia em Revista [Periódico da Internet]*. 2013 [acesso em 16 mai 2016];19(3):407-421. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v19n3/v19n3a06.pdf>
20. Angeramil-Camon VA, Chiattoni HBC, Meleti MR. *A Psicologia no Hospital*. 2. ed. São Paulo:Pioneira Thomson Learning; 2003.
21. Meleiro AMAS, Scalco AZ, Mello-Santos C. Abordagem médica da tentativa de suicídio. In. Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP. *Suicídio: estudos fundamentais*. São Paulo:Segmento Farma; 2004. p.109-131.
22. Meleiro AMAS, Botega NJ, Prates JG. Manejo das situações ligadas ao suicídio. In. Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP. *Suicídio: estudos fundamentais*. São Paulo:Segmento Farma; 2004. p.175-192.
23. Wenzel A, Brown GK, Beck AT. *Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas*. Porto Alegre:Artmed; 2010.