

FAMILIARE INSTITUTO SISTÊMICO

**ATENDIMENTO PSICOLÓGICO AO PACIENTE COM COMPORTAMENTO SUICIDA
NO CONTEXTO NA EMERGÊNCIA: CONTRIBUIÇÕES DA PERSPECTIVA
SISTÊMICA**

Juliana Macchiaverni

Orientadora: Profa. Dra. Maria Aparecida Crepaldi

FLORIANÓPOLIS/SC

2016



FAMILIARE INSTITUTO SISTÊMICO

**ATENDIMENTO PSICOLÓGICO AO PACIENTE COM COMPORTAMENTO SUICIDA
NO CONTEXTO NA EMERGÊNCIA: CONTRIBUIÇÕES DA PERSPECTIVA
SISTÊMICA**

Trabalho apresentado ao Familiare Instituto Sistêmico como requisito parcial para a conclusão do Curso de Especialização em Terapia Relacional Sistêmica.

Juliana Macchiaverni

Orientadora: Profa. Dra. Maria Aparecida Crepaldi

FLORIANÓPOLIS

2016

RESUMO

O comportamento suicida é um grave problema de saúde pública, sendo que ocorre, em média, o equivalente a uma morte por esta causa a cada 40 segundos. Para a sua prevenção, é necessária a implicação de diversos setores no planejamento e execução de ações. Os serviços de emergência recebem com frequência usuários que tentaram suicídio e que necessitam de atendimento integral a sua saúde. Ressalta-se que o apoio adequado após uma tentativa de suicídio encontra-se entre umas das principais estratégias de prevenção ao suicídio. Este trabalho tem como objetivo contribuir no que se diz respeito ao atendimento psicológico realizados com os pacientes hospitalizados, por tentativa de suicídio, em unidade de emergência, a partir da perspectiva sistêmica. Para tanto, foi realizado um estudo teórico, descritivo e qualitativo, em que foi descrito o atendimento psicológico no contexto da Unidade de Emergência de um Hospital Geral, a partir da experiência da autora deste trabalho, que atuou neste serviço. Foi apresentado o processo do atendimento psicológico, que é desenvolvido em três etapas, sendo elas: o suporte psicológico, avaliação do risco de suicídio e a articulação com a rede (preparação para a alta hospitalar). O presente trabalho buscou trazer contribuições para este campo de atuação da psicologia utilizando como referencial teórico a perspectiva sistêmica. A abordagem sistêmica apresentou-se como uma ferramenta possível que pode amparar o psicólogo em sua atuação a partir da compreensão contextualizada do comportamento suicida, refletindo em um atendimento integral e humanizado ao usuário e sua família.

Palavras-chave: Comportamento suicida; contexto hospitalar; epistemologia sistêmica.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	OBJETIVOS	6
	2.1 OBJETIVO GERAL.....	6
	2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
3	MÉTODO	7
4	A EPISTEMOLOGIA SISTÊMICA.....	8
5	O COMPORTAMENTO SUICIDA NO BRASIL.....	10
6	UM OLHAR SISTÊMICO PARA O COMPORTAMENTO SUICIDA.....	14
7	O PROCESSO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO À TENTATIVA DE SUICÍDIO NO CONTEXTO DA EMERGÊNCIA.....	18
	7.1 ATENDIMENTO PSICOLÓGICO.....	19
	7.1.1 Suporte Psicológico	20
	7.1.2 Avaliação do risco de suicídio	26
	7.1.3 Articulação com a rede de apoio - preparação para a alta hospitalar.....	31
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36

1 INTRODUÇÃO

O comportamento suicida é um fenômeno que acompanha a história da humanidade em diferentes culturas e gera impactos importantes nos indivíduos, na família e na sociedade. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2012, mais de 800 mil pessoas faleceram por suicídio, o que representa uma morte a cada 40 segundos, e ultrapassa os números somados de óbitos em decorrência de homicídio e guerra (World Health Organization [WHO], 2014). Por conta destes números alarmantes, a OMS estabeleceu como meta do Plano de Ação para Saúde Mental 2013-2020, a redução de 10% das taxas de suicídio no mundo (WHO, 2014).

O suicídio é, então, um grave problema de saúde pública e se faz necessário a implicação de setores diversos para planejar e executar ações de prevenção. No centro desses setores, encontram-se os serviços de saúde, que têm papel fundamental na atenção integral aos usuários, agindo tanto na promoção de saúde mental quanto na prevenção, tratamento e reabilitação de agravos relacionados ao comportamento suicida. No presente trabalho, será destacado o papel que compete aos serviços de urgência e emergência no acolhimento psicológico a pessoas que tentam suicídio. A esses serviços cabe a importante tarefa de fornecer os primeiros cuidados relacionados ao momento de crise do sujeito e de sua família. Nestes casos, a avaliação e o tratamento do quadro de saúde físico do paciente é imprescindível, realizando, por exemplo, medidas de descontaminação em casos de ingestão de substâncias tóxicas. Mas além do suporte às condições orgânicas do usuário, qual o papel dos profissionais neste ponto de atenção da rede?

Historicamente, os cuidados relacionados à saúde mental ficaram bastante distante dos hospitais gerais e entendia-se que estes cuidados eram particularidades apenas dos serviços especializados, que no caso, eram centrados nos hospitais psiquiátricos. A partir da década de 70, quando iniciou o Movimento Sanitário e a Reforma Psiquiátrica no Brasil, a saúde mental começa a ser repensada e, até hoje, busca-se efetuar transformações na estrutura dos atendimentos, visando a substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental. Esta substituição não compreende somente o deslocamento dos cuidados para outros espaços físicos, mas representa uma mudança complexa de paradigmas e de práticas (Zambenedetti, 2009).

Atualmente os prontos atendimentos de hospitais gerais são componentes da rede de atenção do SUS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, conforme previsto pela Portaria nº 3.088/ 2011 (Portaria nº 3.088, Ministério da Saúde, 2011), que instituiu a rede de atenção psicossocial. Dessa maneira, o usuário deve ser atendido de forma integral, sem a dissociação dos aspectos orgânicos e de saúde mental, e de modo que a comunicação ocorra, de forma articulada, com os outros pontos de atenção em saúde.

O momento logo após uma tentativa de suicídio caracteriza-se por uma situação de urgência em saúde, que envolve intenso sofrimento psíquico e gera impacto na dinâmica familiar do indivíduo, o que exigirá dos profissionais, que atuam nos serviços de emergência, manejo também dos aspectos relacionados a saúde mental do usuário e de sua família. Salienta-se, ainda, que as pessoas que tentam suicídio constituem-se um grupo de risco para um suicídio futuro (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014), ou seja, ainda que o usuário não corra risco de falecer em decorrência da tentativa que culminou a admissão hospitalar, o risco de morte pode permanecer dependendo de sua condição psicológica. Assim, durante o atendimento realizado nas unidades de emergência, é fundamental avaliar o risco de uma nova tentativa de suicídio e que intervenções sejam realizadas no sentido de diminuir este risco. As portas de atenção às urgências são, então, componentes de uma rede que deve atuar de forma integrada na prevenção do comportamento suicida.

Visto a relevância do tema para o campo da Psicologia, este trabalho se propõe a compreender o processo dos atendimentos psicológicos realizados com os pacientes hospitalizados, por tentativa de suicídio, em unidade de emergência, a partir da perspectiva sistêmica. Sua realização foi fomentada a partir da experiência profissional da autora neste contexto e a percepção de que as intervenções e cuidados com a pessoa com risco de suicídio precisam, necessariamente, ser estendidos aos sistemas significativos do sujeito, ou seja, sua rede familiar, extrafamiliar e ainda a rede institucional de serviços. Isto posto, supõe-se que a perspectiva sistêmica traz contribuições importantes no embasamento de intervenções, uma vez que compreende o indivíduo inserido em sistemas, que estão em constante transformação, e amplia o olhar a respeito da complexidade dos fenômenos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender o processo de atendimento psicológico aos pacientes hospitalizados por tentativa de suicídio em uma Unidade de Emergência, a partir da perspectiva sistêmica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o processo de atendimento psicológico ao paciente hospitalizado por tentativa de suicídio em uma Unidade de Emergência de um Hospital Geral.
- Identificar as contribuições da epistemologia sistêmica no contexto do atendimento ao paciente com comportamento suicida.

3 MÉTODO

O presente trabalho trata-se de um estudo teórico, descritivo e de abordagem qualitativa. Este tipo de pesquisa permite conhecer e aprofundar os conhecimentos a respeito de um determinado tema. Será realizado a partir de pesquisa bibliográfica em artigos científicos, que abordam o comportamento suicida, localizados em bancos de dados, tais como: Scielo (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e PePsic (Periódicos Eletrônicos de Psicologia), além de livros e publicações adotados ao longo do curso de Especialização em Terapia Relacional Sistêmica, no Instituto Familiare. As principais palavras-chaves utilizadas na busca dos artigos científicos foram: suicídio, tentativa de suicídio, família e sistêmica.

4 A EPISTEMOLOGIA SISTÊMICA

Para o pensamento sistêmico, o universo é formado por um emaranhado dinâmico de componentes que estão inter-relacionados. Os sistemas vivos que o compõem não podem ser compreendidos a partir da análise de suas partes, individualmente, como a ciência moderna pressupõe. As suas propriedades essenciais pertencem ao todo, sendo que nenhuma de suas partes as possui e, quando este sistema é dividido em elementos isolados, estas propriedades são comprometidas. As relações entre os elementos são fundamentais e é a partir da configuração ordenada destas que determinado organismo se caracteriza (Capra, 2006).

Três pressupostos principais subsidiam o pensamento sistêmico, sendo eles o da *complexidade*, da *instabilidade* e da *intersubjetividade*. A *complexidade* aponta que, para se estudar um fenômeno, é preciso levar em conta o seu contexto e ampliar o foco para as relações. Em contraponto ao enfoque linear, passou-se a reconhecer que um efeito não está relacionado a um determinado fator, não havendo assim uma relação causal simples. Traz ainda a noção de recursividade, que pode ser representada graficamente por uma espiral, e se refere a uma causalidade complexa, em que o produto é também produtor do próprio processo que o gera. O pensamento complexo permite aceitar a contradição, sem procurar negá-la ou reduzi-la. Já o pressuposto da *instabilidade* reconhece que o mundo está em um constante devir (processo de tornar-se), sendo indeterminado, imprevisível e incontrolável. Por fim, a *intersubjetividade* na constituição do conhecimento trata da impossibilidade do acesso a uma realidade objetiva, que seja independente do observador. O conhecimento científico é uma construção social e advém de múltiplas verdades, percebidas por diferentes observadores, permitindo e valorizando o processo de transdisciplinaridade (Vasconcellos, 2002).

Assim, a epistemologia sistêmica possibilita um novo olhar para ciência, contribuindo para uma mudança paradigmática, que passa da simplicidade para complexidade, da estabilidade para instabilidade e da objetividade para intersubjetividade (Vasconcellos, 2002). Reconhece, deste modo, que a investigação de um determinado fenômeno será sempre limitada e aproximada, não tendo a pretensão de ser definitiva (Capra, 2006).

No campo da Psicologia, ressalta-se que o pensamento sistêmico contribui para a mudança de foco do *intrapésiquico* para o *interpessoal*, o que gera mudanças importantes na concepção dos problemas humanos e na abordagem psicoterápica (Osório, 2002). Mas pensar sistemicamente não é negar os fenômenos intrapésiquicos, e sim buscar compreendê-los a

partir de uma rede complexa de relações interpessoais (Gomes, Bolze, Bueno, & Crepaldi, 2014). Partindo dos pressupostos fundamentais da teoria sistêmica, entende-se que nenhum comportamento causa, de forma linear, outro, porém, que cada um, ou parte dele, encontra-se interligado de maneira circular a diversos outros (Papp, 1992). As características dos sistemas influenciarão as ações do sujeito, mas estas características são também determinadas pelas próprias ações passadas deste indivíduo. Dessa forma, a vida psíquica de um sujeito não é um processo exclusivamente interno, ela é governada por sua interação com seu ambiente familiar e social (Minuchin, 1990).

Pensando sistemicamente, um membro da família não é visto como “*possuindo* certas características inatas, e sim *manifestando* comportamento em relação ao comportamento de outros” (Papp, 1992, pg 23). Assim, um sintoma, ou a presença de um transtorno mental de um determinado sujeito, é compreendido como sinal de uma perturbação no sistema em que se criou, como exemplo, a família (Osório, 2002). E em relação ao comportamento suicida não seria diferente. Por tanto, a perspectiva sistêmica traz contribuições para a compreensão do fenômeno de forma complexa e contextualizada, além de subsídios para a prática dos profissionais de saúde que trabalham no atendimento de situações em que ocorre a tentativa de suicídio.

5 O COMPORTAMENTO SUICIDA NO BRASIL

Antes de abordarmos dados epidemiológicos a respeito do suicídio no Brasil, é importante contextualizar que a estimativa deles é uma problemática, especialmente devido as subnotificações. Nem sempre uma morte ocorrida por conta de suicídio é assim registrada, tanto por falhas nos sistemas de registros, como por situações em que não houve comprovação da intencionalidade do comportamento (como pode acontecer, por exemplo, em situações de acidentes de trânsito ou intoxicação por drogas de abuso). Além destas circunstâncias, há ainda fatores sociais, financeiros, securitários e religiosos, que influenciam no registro, ou não, fiel das informações. Imagina-se que os números reais sejam mais altos dos que aqueles que compõem os bancos de dados (Bertolote, 2012).

De acordo com informações provenientes da OMS, o Brasil possui taxa de 5,0 mortes por suicídio a cada 100.000 habitantes, encontrando-se na posição 63º em uma relação de 90 países listados. No topo, está a República da Coreia, seguida pela Lituânia, com taxas de 32,6 e 30,5 respectivamente (Waiselfisz, 2014). Apesar do Brasil apresentar taxas relativamente baixas de suicídio, por se tratar de um país extenso, quando se analisa o número absoluto de mortes por esta causa, pode-se perceber de forma mais concreta a magnitude do problema no país: em 2012, foram mais de 11.800 suicídios, o equivalente a 30 por dia. Avaliando então os números absolutos de suicídio entre os países, vemos o Brasil saltar para a oitava posição (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014).

Estudos realizados por Lovisi, Santos, Legay, Abelha e Valencia (2009) sobre as taxas de mortalidade por suicídio no Brasil, durante o período de 1980 a 2006, apontaram que 77,3% dos suicídios foram cometidos por homens, ou seja, para cada duas mulheres que falecem por suicídio, 7 homens vão a óbito por esta mesma causa. Em contraponto a prevalência de tentativa de suicídio é maior entre as mulheres (Almeida, Guedes, Nogueira, França, & Silva, 2009; Botega et al., 2009; Botega, 2015; Ficher, & Vansan, 2008; Sá et al., 2010). Logo, embora as mulheres sejam mais propensas a tentar o suicídio, os homens falecem mais por esta razão. Um dos fatores que influencia nessa estatística é o fato de homens utilizarem métodos mais letais em suas tentativas, como enforcamento e uso de arma de fogo (Botega, 2015; Lovisi et al., 2009).

As taxas de suicídio também variam consideravelmente de acordo com a região do Brasil. No ano de 2012 (último ano com dados disponíveis até o momento) Santa Catarina foi

o segundo estado com as taxas mais elevadas (8,6 mortes a cada 100.000 habitantes), atrás apenas do Rio Grande do Sul (10,9); já o estado do Rio de Janeiro apresentou o menor coeficiente (2,9). Entre as capitais brasileiras, Florianópolis apareceu na 1ª posição entre aquelas com maiores taxas médias de suicídio, com 9,5 mortes. Cabe destacar que em 2012 Florianópolis apresentou um surto de suicídios, tendo quase que duplicado os números em relação ao ano anterior (Waiselfisz, 2014), porém não foram encontrados estudos na área que tenham avaliado os fatores que influenciaram na variação destas taxas.

Em relação aos dados de incidências das tentativas de suicídio, estes são escassos e pouco confiáveis. No Brasil, por meio da Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014¹, a tentativa de suicídio foi incluída na lista nacional de doenças, agravos e eventos de saúde pública que possuem notificação compulsória. Pela referida portaria ficou definido que, para as tentativas de suicídio, a notificação compulsória deve ser imediata, ou seja, realizada em até 24 horas a partir do conhecimento da ocorrência, pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente (Portaria nº 1.271, 2014). Contudo, os serviços estão em processo de adaptação para atender a esta portaria, o que pode contribuir, ainda, para as subnotificações dos casos.

Além disso, cabe mencionar que, mesmo quando os serviços de saúde estiverem alinhados com a proposta da Portaria nº 1.271 (2014), o número de notificações realizadas possivelmente não representará de forma fiel a estatística das tentativas de suicídio no país. Isso porque há muitas situações em que as pessoas não são socorridas por nenhum tipo de serviço assistencial após o episódio.

Visando quantificar esses números, um estudo foi realizado por Botega e colaboradores (2009), no município de Campinas, com uma amostra de 515 indivíduos. Desta amostra, 16 pessoas relataram já ter tentado suicídio, sendo que onze destas não chegaram a ser atendidas por nenhum serviço médico hospitalar. Ou seja, aproximadamente apenas uma a cada três pessoas que tentaram suicídio foi atendida em um serviço de saúde. São vários fatores que podem influenciar na busca ou não pelo atendimento, entre eles a crença no potencial risco de morte, a facilidade ao acesso, a confiança no sistema de saúde e ainda o estigma existente em relação à tentativa de suicídio (Botega et al., 2009). Estes fatores, provavelmente, contribuem para a escassez de dados estatísticos a respeito das tentativas de

¹ Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

suicídio, mas estima-se que o número supere o de suicídios de 10 a 20 vezes (Kutcher, & Chehil, 2007).

A pesquisa realizada por Botega et al. (2009) também identificou que a cada 100 habitantes, 17 já haviam pensado seriamente em pôr fim a vida, 5 planejaram o ato e 3 tentaram efetivamente. Estes dados evidenciam que a problemática do suicídio envolve uma gama de comportamentos que merecem atenção, visto que reflete uma situação de extremo sofrimento. O comportamento suicida é um processo que se desenvolve em estágios, geralmente iniciando com os pensamentos de morte, a imaginação da ideia suicida, o planejamento de métodos, até a ação autodestrutiva concreta (Ministério da Saúde, 2006).

Comumente, a pessoa com ideação suicida apresenta certa distorção da percepção da realidade, além de uma avaliação pessimista de si e de tudo a seu redor. Há ainda três pensamentos frequentes em seu funcionamento mental: que o que está vivendo e sentindo é intolerável (não irá suportar), inescapável (sem saída) e interminável (sem fim). A maioria das pessoas, quando saudáveis, possuem recursos para vislumbrar alternativas ou, mesmo que, naquele momento, não tenha como modificar a situação, é capaz de tolerar o sofrimento e não interpretam uma circunstância como devastadora o suficiente para justificar o ato suicida (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014). Werlang, Macedo e Krüger (2004) colocam que atos suicidas se relacionam com um processo que gera sofrimento psíquico, entendido como sem solução, e que envolve instabilidade familiar, sentimento de angústia, distanciamento dos relacionamentos sociais e fracasso nas tentativas de resolução de problemas.

A OMS também indica três outras características comuns ao estado mental de pessoas que apresentam comportamento suicida: ambivalência, rigidez de pensamento e impulsividade. A *ambivalência* se refere ao desejo concomitante de morrer e de se manter vivo. Há uma coexistência de atitudes e ideias antagônicas, sendo que a pessoa pode desejar morrer, mas também, ser resgatada e salva (Bertolote, Mello-Santos, & Botega, 2010). O suicídio é pensado como forma de matar a dor que está sentindo, todavia possui o desejo de viver sem esta dor. A *rigidez de pensamento* refere-se a um estado perceptivo constricto (estreitamento afetivo e intelectual), que se reflete na inflexibilidade de sentimentos e ações, em que a pessoa percebe a morte como a única saída para seus problemas e sua dor, e está incapaz de pensar em outras maneiras de enfrentá-los (Werlang, Macedo, & Krüger, 2004). Já a *impulsividade* está presente na execução do ato suicida, visto que, geralmente, mesmo que previamente planejada, a tentativa é motivada por algum evento negativo recente (como situações de conflitos ou perda de emprego) e este impulso suicida costuma ser transitório,

tendo duração de minutos ou horas. Dessa maneira, o acolhimento à pessoa em situação de crise pode interromper o impulso de cometer suicídio (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014).

Os eventos negativos recentes, que podem desencadear um comportamento suicida, são chamados de *fatores precipitantes* e são aqueles que funcionam como um “gatilho”, sendo importantes para predizer o risco imediato de um ato suicida (Wenzel, Brown, & Beck, 2010). É relevante fazer-se a distinção deles com os *fatores predisponentes*, que são aqueles elementos da história passada da vida da pessoa, que contribuem para vulnerabilidade e criam o terreno para o comportamento suicida (como possuir transtorno mental ou história de abuso na infância) (Bertolote et al., 2010). O conhecimento destes fatores é fundamental para avaliação do risco do comportamento suicida e serão descritos mais adiante, no item 7.1.2, em que a avaliação de risco de suicídio será abordada. Cassorla (1991) afirma que geralmente o que denominamos de “causa” nada mais é que o elo final de uma cadeia de fatores. É a interação complexa de um conjunto de aspectos ambientais, genéticos, biológicos, psicológicos e sociais que pode resultar no comportamento suicida, sendo ele assim, multidimensional (OMS, 2000).

6 UM OLHAR SISTÊMICO PARA O COMPORTAMENTO SUICIDA

A família exerce importante papel no ciclo de vida dos sujeitos, sendo o contexto primário do desenvolvimento humano. De acordo com Minuchin (1990) a família é uma unidade social que possui duas funções primordiais: fornecer proteção psicossocial de seus membros (objetivo interno) e de acomodação a uma cultura e a transmissão desta (objetivo externo). É um sistema sócio cultural aberto, autorregulado por regras e em constante transformação. Para o autor, o conjunto invisível de exigências funcionais que rege a forma como os membros daquele determinado sistema se relacionam, constitui sua estrutura familiar. Além disso, Carter e McGoldrick (1995) afirmam que família abrange todo o sistema emocional de, pelo menos, três gerações.

No decorrer do seu desenvolvimento, a família passa por diversas fases que exigem reestruturação. O sistema se adapta às circunstâncias modificadas, procurando a manutenção e o crescimento psicossocial de cada membro (Minuchin, 1990). De acordo com Carter e McGoldrick (1995), o estresse familiar é constituído por fatores *verticais* e *horizontais*. Os estressores *verticais* são gerados por padrões de relacionamento e funcionamento que são transmitidos de geração para geração e abrangem mitos, expectativas e rótulos, com as quais os indivíduos crescem. Já os *horizontais* estão relacionados àquelas mudanças e transições ao longo do ciclo de vida conforme se avança no tempo, incluindo tanto os estresses desenvolvimentais previsíveis (como a saída de casa de filhos jovens), quanto aqueles imprevisíveis (como uma morte prematura).

Os momentos de maior estresse na família acontecem nos pontos de transição de um estágio para outro e que estão relacionados com a expansão, contração ou um realinhamento do sistema de relacionamentos. Exemplo disso seriam situações como nascimento e adoecimento, que exigem um movimento centrípeto da família, ou seja, exigem o estreitamento das fronteiras com as relações externas e aproximação das relações intrafamiliares; ou a inicialização da vida escolar, que requer movimento centrífugo, isto é, que foque na individualidade e que enfatize a troca com o ambiente extrafamiliar (Carter, & McGoldrick, 1995). Afim de manter seu equilíbrio, o sistema constantemente se adapta reorganizando-se. Em alguns momentos, porém, a forma encontrada para se equilibrar envolve um sintoma que é considerado como inaceitável pela própria família ou pela sociedade, ou gera sofrimento importante. O quanto o sintoma é ou não funcional irá depender das circunstâncias, época e local. O sintoma também pode servir a diferentes

funções, em momentos diversos e para diferentes relações (Papp, 1992). Quando a família responde com rigidez aos eventos estressores, ocorrem padrões disfuncionais (Minuchin, 1990).

Na família, diferentemente de outros sistemas, a forma de inclusão de novos membros ocorre somente pelo nascimento/adoção ou casamento; sendo que a saída, ocorre apenas pela morte. Em outras organizações, como amizades ou trabalho, o sujeito pode se retirar caso não haja reciprocidade nas relações ou não seja do seu agrado. Assim, se não é encontrada uma forma de funcionamento dentro da família, as pressões nos membros podem fomentar quadros psicopatológicos (Carter, & McGoldrick, 1995). A família precisa, então, se modificar frente aos estressores, sendo capaz de atender às novas circunstâncias, sem perder a continuidade, que serve de referência para seus membros (Minuchin, 1990).

O sistema familiar é composto por subsistemas, sendo estes os próprios membros individualmente, díades (como mãe-filho, marido-mulher) ou grupos, que se formam por sexo, idade, interesse, etc. As regras que definem quem participa e como participa de um subsistema formam as fronteiras. A principal função delas é de proteger a diferenciação do sistema, sendo a sua nitidez um parâmetro importante para avaliar o funcionamento das relações familiares. As fronteiras podem se organizar de maneiras diversas, em algum ponto ao longo de um *continuum*, no qual em um extremo estão as difusas (emaranhadas) e no outro as fortemente rígidas (desligadas). Quando se encontram difusas, a família tende a viver em torno de si mesma, com intensa comunicação e preocupação entre seus membros, podendo sobrecarregar o sistema. Já quando estão rígidas, a comunicação entre os subsistemas fica prejudicada, dificultando a execução de tarefas de proteção da família. No centro desses extremos estão as fronteiras nítidas, que permitem que os membros executem suas funções sem intensa interferência e possibilita o contato entre outros subsistemas. Para um bom funcionamento, os subsistemas devem apresentar suas fronteiras definidas nitidamente, sem cruzamento entre elas, sendo que as situações dos extremos (emaranhadas ou desligadas), geralmente acarretam problemas (Minuchin, 1990).

Em todas as culturas, a família deve fornecer a seus membros a noção de individualidade. A identidade humana se constitui a partir de dois elementos: o sentimento de pertencimento e o de sentir-se separado (Minuchin, 1990). Assim, a aquisição da noção de si mesmo, como ser singular, único e contínuo, ocorre a partir do momento em que o sujeito vai construindo limites entre seu “eu” e os “outros”, diferenciando a si mesmo e o sistema a qual

pertence (Krüger, & Werlang, 2010). A organização dos subsistemas de uma família fornece precioso treinamento no processo de sustentação do “eu” diferenciado (Minuchin, 1990).

Krüger e Werlang (2010), em estudo com famílias de pessoas que haviam tentado suicídio, identificaram histórias que indicavam que os limites entre o “eu” e o “outro” haviam perdido sua plasticidade, trazendo barreiras no movimento de diferenciação. As possibilidades de interação em contextos diversos eram identificadas pela família como uma ameaça à integridade do sistema, sendo as oportunidades de inserir novidades em suas narrativas, uma violação da lealdade familiar. Apego excessivo e isolamento, constituíam base na formação destas famílias como sistema. O apego excessivo, que impõe exclusividade, demanda lealdade e traz uma sobrecarga adicional a todas relações. O isolamento, como um refúgio que serve como limitador das intensas trocas, fomenta também sentimentos de insuficiência. As autoras ainda avaliaram que as famílias se encontravam com a capacidade de apoio ao desenvolvimento de uma identidade autônoma limitada, possivelmente por perceberem as novas oportunidades de recriar suas histórias como ameaçadoras ao sistema, impedindo a transformação. O sofrimento se apresenta e limita novas trocas, surgindo o comportamento suicida como alternativa (Krüger, & Werlang, 2010).

Nos sistemas familiares que apoiam o processo de autonomia, as crenças permitem a vinculação com outros. A interação com sistemas diversos amplia o repertório de alternativas no enfrentamento das situações de crises, flexibilizando padrões relacionais e colaborando no desenvolvimento de capacidades para a mudança. O sentimento de competência é reforçado na família, confirmando tanto a necessidade de intimidade quanto o desejo de pertencer, o que proporciona aos membros do sistema familiar satisfação e segurança e torna possível, assim, a abertura para novas formas de ser si mesmo e, ainda, de ser família (Krüger, & Werlang, 2010).

Um maior risco de comportamento suicida está então relacionado com uma dinâmica familiar que não possibilita o desenvolvimento de uma identidade saudável, geralmente caracterizada por modelos de comunicação ineficientes, rigidez nos padrões interativos, manejo pobre de conflitos e apego emocional incipiente (Henry, Stephenson, Hanson, & Herggett, 1993 *apud* Werlang, Macedo, & Krüger, 2004). Um sujeito que não encontra apoio, segurança e estabilidade familiar, que o instrumentalize para o enfrentamento de crises, e ainda que forneça contenção a possíveis impulsos destrutivos, pode apresentar maior risco de suicídio. Com isso, pode-se pensar que o comportamento suicida não é a manifestação somente de um problema individual, e sim resultado também de dificuldades familiares

(Werlang, Macedo, & Krüger, 2004). No entanto, a presença da instabilidade familiar, do distanciamento das relações sociais e do fracasso nas tentativas de resolução de problemas nas famílias, nem sempre terá como resultado o comportamento suicida de seus membros (Krüger, & Werlang, 2010). É preciso, deste modo, considerar outros fatores que influenciam na presença deste fenômeno complexo. Mais adiante, no item 7.1.2, serão abordados alguns destes fatores.

7 O PROCESSO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO À TENTATIVA DE SUICÍDIO NO CONTEXTO DA EMERGÊNCIA

O atendimento psicológico a pacientes que estão em uma Unidade de Emergência por tentativa suicídio possui características particulares, que exigirão do profissional, em certo grau, manejo diferente daquelas situações com que se depara com um paciente que apresenta outros comportamentos suicidas durante um processo de psicoterapia ambulatorial, como por exemplo, em que o sujeito pode apresentar ideação suicida oscilante, sem que tenha realizado nenhuma ação que o colocasse em risco. Sabe-se ainda, que cada instituição de saúde tem sua identidade e constrói maneiras próprias de trabalho. No presente trabalho, será apresentado como ocorre o processo de atendimento psicológico na Unidade de Emergência de um Hospital Escola, a partir da experiência profissional da autora no referido serviço. Será feito um breve relato das características gerais da Unidade e, em seguida, se discorrerá a respeito das possíveis intervenções e manejo nos atendimentos a pacientes que tentaram suicídio e estão hospitalizados.

A referida Unidade de Emergência recebe com frequência pacientes que tentaram suicídio. A maior parte das tentativas são em decorrência de intoxicação exógena (por ingestão de medicamentos, substâncias psicoativas, venenos ou agrotóxicos, por exemplo). Em 2014 foram realizados em média 2,5 atendimentos por semana a este tipo de ocorrência. Salienta-se, ainda, que a partir da experiência obtida na prática dos profissionais psicólogos que trabalham no setor, pôde-se verificar que em menor proporção também foram atendidos pacientes que tentaram suicídio por outros métodos e não somente pela ingestão de substâncias tóxicas. Dentre eles, pode-se mencionar ferimento de arma branca ou de fogo, queimaduras e afogamento.

São levantadas algumas hipóteses sobre a maior prevalência de atendimento às tentativas de suicídio por intoxicação exógena. Estudos mostram que este é o principal método utilizado nas tentativas de suicídio no Brasil, sendo responsável por 70% dos casos. Já nas situações de suicídio propriamente dito, a intoxicação exógena (junto ao ferimento por arma de fogo) aparece em segundo lugar entre os principais meios utilizados (ambos com 15%), sendo o enforcamento responsável por 55% das mortes (Santos, Legay, & Lovisi, 2013). Cabe mencionar que a Unidade de Emergência onde foi realizado este estudo não é referência para situações de trauma, visto que não possui serviço de ortopedia, não recebendo, por exemplo, tentativas de suicídio por precipitação de altura ou acidente automobilísticos.

O tempo de permanência dos pacientes admitidos por tentativa de suicídio, no hospital, geralmente é curto, com média de 1 a 2 dias, refletindo assim no tipo de trabalho que pode ser desenvolvido ali pela área da Psicologia. Outra característica importante desta Unidade é a composição da equipe multiprofissional. Além de médicos (clínica médica geral e clínica cirúrgica geral), enfermeiros e técnicos de enfermagem, é formada por nutricionista, assistente social, farmacêutico e psicólogo. O profissional de psicologia fica lotado nesta Unidade de forma exclusiva e procura dar prioridade justamente aos atendimentos aos pacientes hospitalizados por tentativa de suicídio, possibilitando que a maior parte deles seja avaliada antes da alta hospitalar.

De maneira geral, os serviços de emergência são ambientes carregados de tensão, que geram estresse ao paciente, família e à própria equipe de saúde. Um conjunto de fatores como a alta demanda de atendimentos, pacientes em situações críticas e carências estruturais no serviço, podem levar os profissionais de saúde a se posicionarem de forma impessoal e com dificuldades em atuar de maneira humanizada. A abordagem ao paciente em situação de crise, no momento em que está sendo atendido em um serviço de emergência por uma tentativa de suicídio, irá influenciar substancialmente na aceitação para um tratamento posterior. À vista disso, um atendimento realizado com qualidade, prontidão e segurança, influencia na obtenção de bons resultados. O estabelecimento de um bom vínculo pode repercutir na percepção do sujeito em relação a qualidade do cuidado oferecido e na prevenção do comportamento suicida (Vidal, & Gontijo, 2013).

7.1 ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

Como já abordado, nos casos de hospitalização na Unidade de Emergência por tentativa de suicídio geralmente a permanência do paciente é curta, sendo comum que o psicólogo tenha apenas um único turno de trabalho para realizar as intervenções relacionadas àquele paciente. É importante que o profissional tenha clareza sobre quais ações são prioritárias neste momento e quais aspectos podem, e devem, ser abordados. O atendimento é então focado em três pilares, assim divididos didaticamente: suporte psicológico, avaliação do risco de suicídio e a articulação com a rede (preparação para a alta hospitalar). A seguir, estes três pilares serão desenvolvidos.

7.1.1 Suporte Psicológico

Os principais objetivos desta etapa são de estabelecer vínculo e oferecer apoio emocional ao paciente. No contexto do ambiente hospitalar, porém, particularmente nas unidades de emergência, é comum não haver um espaço físico que garanta privacidade e em que não ocorram interrupções, que são comuns devido à necessidade constante de realização de procedimentos médicos, de enfermagem, exames, etc. Também há a variável do tempo, visto que muitas vezes o paciente não permanecerá internado, inviabilizando um acompanhamento psicoterapêutico contínuo. O que ocorre, então, são intervenções psicoterápicas breves, focadas na situação emergencial. Essas características do trabalho vão exigir do psicólogo habilidades como rapidez de raciocínio, criatividade e flexibilidade.

Ao realizar o atendimento psicológico ao paciente que tentou suicídio, num primeiro momento, verifica-se se ele se encontra em condições físicas mínimas para tal, averiguando com a equipe médica e de enfermagem se está consciente, pode deambular e se não há necessidade de realizar exames ou procedimentos com urgência. Em seguida, planeja-se qual o local possível para realizar o atendimento, procurando priorizar a privacidade e conforto. Os atendimentos acontecem, preferencialmente, dentro de consultórios, localizados na própria unidade. O psicólogo também deve reservar tempo suficiente para realizar os procedimentos e encaminhamentos necessários, considerando que a intervenção não se resume a um único atendimento ao paciente, mas também atendimentos com sua rede de apoio, contatos com a equipe multiprofissional, com a rede de serviços, entre outros.

Sempre que possível, o primeiro contato acontece individualmente com o paciente e, caso esteja com acompanhante, é solicitado que este aguarde para que, em um segundo momento, ele participe do atendimento. Há situações em que o acolhimento aos familiares ocorre antes do contato com o paciente, como quando este se encontra em estado grave ou com nível de consciência rebaixado. Nestes casos, o paciente é comunicado posteriormente com quem foi realizado o contato prévio, o contexto e o conteúdo da conversa. Este é um exemplo de cuidado especialmente importante nas situações de atendimentos às tentativas de suicídio, já que pode contribuir para que a pessoa se sinta mais acolhida e segura, favorecendo a formação do vínculo.

A tentativa de suicídio reflete uma situação de crise, em que ocorre um desequilíbrio entre a percepção que o sujeito tem acerca da dificuldade que está enfrentando e seus recursos

para a solução desta, acompanhada por vivências de angústia e desamparo (Botega, Silveira, & Mauro, 2010). Botega (2015) refere que na crise suicida ocorre uma turbulência emocional, que provoca uma dor psíquica sentida como intolerável e em que o sujeito vê a morte como única forma de interrompê-la.

Jardim e Dimenstein (2007) falam sobre a importância da ética e do cuidado na atenção à pessoa em crise, que, além de palavras, envolve atitudes e a comunicação não verbal. É necessário enxergar a pessoa, com seu contexto e sua história, para então compreender sua situação inserida nesta totalidade. As autoras ainda contribuem afirmando que este momento deve ser visto como potencialidade e não como um diagnóstico com terapêutica previamente limitada. A crise, relacionada ao comportamento suicida, é um evento complexo, que pode gerar na família a crença de que o desejo de morte é uma ameaça à integridade do sistema, sendo que o sofrimento pode paralisar seus membros. Entretanto, esta mesma crise, também pode propiciar uma abertura do sistema para compartilhar experiências e inserir novidades em seus relatos (Krüger, & Werlang, 2010). Assim, a intervenção psicológica neste momento pode constituir-se em um espaço que favoreça esta abertura e que a crise possa se apresentar como uma oportunidade para mudanças.

Procurar estabelecer vínculo com o paciente é, portanto, um passo importante e, para isso, este precisa se sentir respeitado e perceber que não há, pelo profissional, um julgamento moral de sua situação emocional e tampouco, das condições que levaram àquela tentativa de suicídio (Botega, & Werlang, 2004). A vinculação, contrariamente ao que muitos imaginam, pode ser estabelecida naquele momento de crise, e é através do acolhimento e do cuidado ético que ela é favorecida (Jardim, & Dimenstein, 2007). Também é frequente que a pessoa ainda apresente efeitos da intoxicação, como sonolência, podendo estar pouco disponível para receber atendimento psicológico. Em muitos casos, porém, será nessas circunstâncias que ocorre o primeiro contato do paciente com um profissional de saúde mental e essa experiência pode ser decisiva no prognóstico de seu quadro e ainda na busca futura, ou não, de um acompanhamento ambulatorial.

Botega e Werlang (2004) afirmam que a psicoterapia com o paciente que tentou suicídio deve estar orientada para as situações sociais e pessoais mais emergentes daquele momento e que envolvam o risco de uma nova tentativa. Apontam, ainda, que deve ser diretiva, ao mesmo tempo em que flexível, bem como oferecer encorajamento e apoio. Os vínculos saudáveis do paciente devem ser reforçados, além do fortalecimento do sentimento de “pertença” do indivíduo a um grupo, como a família e a comunidade (Ministério da Saúde,

2006). Ademais, nas situações que envolvem crise, as intervenções focais que promovam alívio dos sintomas de angústia e ansiedade podem evitar sua cristalização, restaurando a capacidade psíquica e os recursos sociais do paciente para estabilizar a crise (Caiuby, & Andreoli, 2005).

Levando-se em consideração a tentativa de suicídio como um momento de crise, a psicoterapia breve e, sobretudo, a psicoterapia de apoio, se apresentam como técnicas que podem oferecer alicerces para as intervenções, com as devidas adaptações ao ambiente hospitalar e, sobretudo, à unidade de emergência. A psicoterapia de apoio, em especial, é comumente indicada para as situações de quadro agudos, como crises e descompensações (Botega, Figueiredo, & Giglio, 2012; Fiorini, 2004). Assim, considera-se relevante abordar aqui as principais contribuições destas técnicas, frisando-se a importância de o terapeuta ser flexível, avaliando continuamente o contexto, necessidades e recursos de cada paciente individualmente.

A terapêutica breve irá se organizar a partir da avaliação total da condição do paciente e identificar as capacidades que se encontram invadidas por conflitos e as que estão livres destes, para então elaborar estratégias de fortalecimento daquelas áreas do ego que se apresentam livres. A compreensão da estrutura psicodinâmica ocorre a partir dos determinantes atuais e busca conhecer, através do contexto de vida da pessoa, a estrutura transversal em que estes determinantes se atualizam (Fiorini, 2004). No caso do atendimento às pessoas que tentaram suicídio pode-se iniciar a abordagem, por exemplo, a partir dos fatores desencadeadores trazidos pelo próprio paciente (Ministério da Saúde, 2006), ainda que se saiba que o comportamento suicida envolva outros determinantes, relacionados a história de vida da pessoa e de sua relação com os seus diversos sistemas.

O papel do psicólogo no uso dessa técnica também apresenta algumas características específicas, destacando-se aqui seu papel ativo no processo, em que desempenhará intervenções diversas, não se limitando ao material que é fornecido pelo paciente. Por meio de esclarecimentos de aspectos básicos da situação do indivíduo, pode-se fortalecer sua capacidade de adaptação, de discernimento e ainda, em diferentes graus, proporcionar a ressignificação de experiências vividas. O terapeuta assume a função de ser um tranquilizador diretivo, estabelecendo um vínculo protetor e orientador, a partir de um clima de tolerância e que possa favorecer uma “experiência emocional corretiva” (Fiorini, 2004).

O principal objetivo da psicoterapia de apoio é promover um retorno a situação de homeostase anterior à crise em um nível aceitável e seguro de funcionamento, por meio da atenuação ou supressão da ansiedade e outros sintomas clínicos. Também pode contribuir para o estímulo de novos comportamentos a partir da relação terapêutica estabelecida, que futuramente pode levar à modificação de alguns padrões de comportamento (Fiorini, 2004).

Em virtude dos aspectos mencionados, a psicoterapia de apoio mostra-se como uma ferramenta que pode colaborar para a redução do risco de suicídio nas situações de crise, visto que é possível amenizar os sentimentos de desespero e desamparo, comumente presentes em pessoas com ideação suicida e também expandir o repertório de comportamentos do paciente, favorecendo novas formas de lidar com sua dor.

Botega et al. (2010) elencam alguns atributos importantes que deveriam estar presentes nos profissionais que realizarão assistência a uma pessoa com risco de suicídio. Entre eles destacam-se a empatia, espontaneidade e calma confiante. Os autores esclarecem que para isso é necessário que o terapeuta tolere a ambivalência dos sentimentos de seu paciente e ainda aqueles sentimentos que o atendimento pode gerar em si próprio, como raiva, desprezo, ansiedade ou passividade. Em relação à passividade, muitas vezes esta refere-se a um sentimento de impotência do terapeuta, que pode se identificar com aspectos do paciente e ficar “convencido” de que a situação não tem saída ou pensar “no lugar dele, eu também me mataria”. Dessa forma, o profissional deve estar sempre atento a este risco, sobretudo no contexto de uma unidade de emergência, visto que neste ele terá, muito provavelmente, uma visão limitada da história de vida daquela pessoa e especialmente de seus recursos. O paciente está em um momento de crise e a sua própria percepção a respeito dos seus problemas e de sua capacidade de lidar com eles está distorcida. Com isso exposto é fundamental que o psicólogo acredite, genuinamente, no potencial de mudança de seu paciente e de sua rede de apoio e que possa transmitir isso a ele.

Não raro, pacientes com pensamentos de morte não falam espontaneamente a respeito de suas intenções suicidas. Portanto, o questionamento diretivo por parte do profissional muitas vezes se faz necessário. Ao contrário do que muitos imaginam, essa atitude pode ser sentida pelo paciente como uma manifestação de apoio e de interesse, além de encorajá-lo a falar sobre suas dificuldades, ideias suicidas e planos, e possibilitar a reflexão de outras estratégias para a resolução de problemas (Kutcher, & Chehil, 2007). Lembrando que a ambivalência geralmente está presente no comportamento suicida, cabe também ao psicólogo explorar as razões que o indivíduo identifica para desejar manter-se vivo e reforçar esses

aspectos, contribuindo para a redução do risco de suicídio. Ao final do atendimento, é importante que o sujeito possa vislumbrar um ponto de esperança para sair da crise, algo em que possa se agarrar, mesmo que temporariamente, até se fortalecer minimamente e poder seguir para uma próxima etapa. Um “ponto” alcançável, evitando-se metas demasiadamente ambiciosas (Botega et al., 2010).

É imprescindível que o cuidado também seja ampliado para a família e outras pessoas significativas da rede do paciente. Os membros desta rede costumam ser importantes informantes quanto à história atual e pregressa do indivíduo, o que contribui para um atendimento e avaliação mais alinhados. Para além de contribuir com informações, é preciso ter em mente que as famílias também necessitam de apoio para poder se reconstruir como um sistema de suporte e proteção para seus membros. O impacto desta crise reverbera de forma ampla e insere uma nova história no sistema, que traz a ameaça de rompimento. Os membros podem incrementar a narrativa de suas histórias com experiências que mantenham o significado problemático e, nesse processo, apresentar dificuldades em perceber o problema como sendo apenas uma das partes de suas vidas e em identificar outras partes saudáveis, com potencial para movimentar-se de forma criativa e permitir a autonomia e a continuidade do sistema (Krüger, & Werlang, 2010). O atendimento psicológico neste momento de crise constitui-se em um espaço privilegiado para possibilitar a inserção de “novidades” nas narrativas do sistema familiar.

Para Anderson e Goolishian (1998) o espaço terapêutico proporciona oportunidades para que novas e diferentes versões da história do sujeito sejam desenvolvidas, oferecendo meios alternativos para lidar com as dificuldades. Os autores abordam, ainda, a atitude e postura do terapeuta neste processo, que deve envolver uma curiosidade genuína, através de ações que expressem a necessidade de conhecer mais sobre a situação do paciente e não de imprimir opiniões a respeito do que deve ser mudado. A posição de não-saber do terapeuta abre um espaço conversacional livre e o processo torna-se colaborativo.

É importante considerarmos que as famílias poderão apresentar sentimentos e comportamentos muito diversos frente à crise suicida, conforme sua história pregressa, sua estrutura e dinâmica familiar. Para exemplificar, pode-se pensar que em um sistema que possui limite extremo de desligamento, que tolera amplas variações de seus membros, apenas um alto nível de estresse individual pode ativar os sistemas de apoio. Já no limite extremo de emaranhamento, o estresse de um membro individual reverbera rapidamente no sistema. Assim, uma família emaranhada pode responder com excessiva intensidade a situações fora

do habitual, sendo que a família desligada tende a não responder quando a movimentação é necessária (Minuchin, 1990). As pressões no sistema familiar decorrentes da crise suicida requerem transformações nas relações e posições dos membros dentro da família para garantir sua continuidade. Caso a família consiga responder a essas pressões, as mudanças na estrutura familiar contribuirão para mudanças também nos comportamentos e processos psíquicos internos de todo o sistema (Minuchin, 1990). Uma mudança em qualquer uma de suas partes provocará mudança nas outras partes, que irão se regular procurando a manutenção de um equilíbrio (Papp, 1992).

Com frequência a crise suicida de um indivíduo provoca nos membros de sua rede de apoio reações e sentimentos ambivalentes, entre os mais comuns encontram-se: preocupação, banalização, culpa, superproteção, raiva, disponibilidade, frustração, cansaço e hostilidade. No atendimento à rede é importante acolher e normatizar os sentimentos expressados, além de procurar reorganizá-los de forma realista. É comum que os familiares se sintam desconfortáveis diante da situação e não saibam como agir ou o que dizer (Botega, 2015). Podem apresentar ideias distorcidas e equivocadas a respeito do comportamento suicida, que também costumam estar presentes no senso comum, como acreditar que a pessoa está “apenas querendo chamar atenção” ou que “quem quer se matar, se mata mesmo” (Ministério da Saúde, 2006). Uma melhor compreensão a respeito de como a pessoa, que vê o suicídio como alternativa para findar sua dor, pode estar se sentindo, favorece à adoção de atitudes que cooperem para sua melhora.

Até o momento, foi visto que no atendimento realizado ao paciente que tentou suicídio há ações importantes a serem tomadas no que diz respeito ao apoio psicológico a ser oferecido, tanto ao próprio paciente, quanto aos seus familiares e/ou pessoas significativas. Além desse suporte, é fundamental a avaliação do risco de uma nova tentativa de suicídio, realizada principalmente a partir do reconhecimento dos fatores de risco e de proteção relacionados ao comportamento suicida e que auxiliarão na elaboração de estratégias para sua prevenção. Este será então o tema abordado no tópico seguinte. No atendimento às situações de tentativa de suicídio, a qualidade do espaço do atendimento que irá permitir uma boa avaliação clínica e ainda o vínculo terapêutico, que por si, é um fator importante na prevenção de novas tentativas (Botega, 2015).

7.1.2 Avaliação do risco de suicídio

Levando em consideração a gravidade do comportamento suicida na sociedade atual, é importante detectar aqueles indivíduos que apresentam maior ou menor risco de suicídio e assim estabelecer mecanismos de prevenção e tratamento. Para se realizar esta avaliação de risco é preciso, portanto, identificar quais fatores que contribuem para aumentar (denominados fatores de risco) ou diminuir (fatores de proteção) a incidência do comportamento suicida. Nenhum desses fatores é determinante, ou seja, não pode independentemente de outros aspectos ocasionar, ou ainda evitar, o evento suicida. Assim, estes nunca devem ser vistos de forma isolada e, sim, agregados no contexto da experiência do indivíduo (Kutcher, & Chehil, 2007). Ainda, convém destacar, que o risco é sempre estimado, ninguém é capaz de prever com exatidão quem irá se matar, até mesmo porque o risco pode mudar rapidamente (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014).

Os fatores de risco envolvem o conjunto de fatores precipitantes e predisponentes. Bertolote (2012) traz que muitos pesquisadores têm se dedicado a conhecer esses aspectos, sendo possível encontrar uma vasta literatura a respeito do tema e uma lista extensa deles, mas que alguns destes estudos deixaram de controlar variáveis importantes, tendo seus resultados enviesados. À vista disso, serão destacados aqui aqueles mais relevantes e que têm se apresentado como consenso na literatura.

Como já mencionado, os fatores precipitantes são aqueles estressores recentes, ou seja, eventos proximais em relação ao ato suicida. Como exemplo pode-se citar: perda recente de pessoas próximas, separação conjugal, rejeição por parte de pessoa significativa, perda do emprego ou queda da situação financeira, conflitos familiares ou estressores avaliados pelo indivíduo como socialmente humilhante (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014; Bertolote, 2012; Botega, 2015; Kutcher, & Chehil, 2007). Datas comemorativas, como exemplo datas festivas ou aquela em que um ente querido faleceu, também podem ser gatilho para o comportamento suicida (Botega, & Werlang, 2004). Outro fator importante é a facilidade de acesso a métodos potencialmente fatais, sendo então a restrição deste acesso uma importante forma de prevenção (Bertolote, 2012; Botega, 2015).

Já dentre os fatores predisponentes, aqueles distais ao ato suicida, encontram-se: faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 65 anos, estar desempregado ou aposentado, não estar em um relacionamento conjugal (solteiros, separados ou viúvos), histórico de abuso físico na

infância ou adolescência e histórico de suicídio na família, principalmente de parentes próximos (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014; Bertolote, 2012). Em relação a este último, pode estar relacionado a mecanismos psicológicos de identificação e aprendizagem, bem como pela predisposição genética para transtornos mentais (Botega, & Werlang, 2004).

Destaca-se, ainda, que os dois principais fatores de risco para o suicídio são a presença de transtorno mental e história pregressa de tentativa de suicídio (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014). Dados da Organização Mundial da Saúde revelam uma prevalência total de transtornos mentais de 80 a 100% em casos de suicídios (OMS, 2000). Aqueles mais comuns são: transtornos do humor, de personalidade, por uso de substâncias psicoativas e esquizofrenia (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014; Bertolote, 2012). A presença de comorbidades é um fator que potencializa o risco, como exemplo, a pessoa que apresenta episódio depressivo e faz uso abusivo de álcool ou que apresente um transtorno de personalidade somado a outro transtorno mental (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014).

Em relação ao histórico de tentativa de suicídio prévia, Botega (2015) aponta que este pode ser considerado o principal fator de risco para o suicídio, sendo o fator preditivo isolado mais relevante. Owens, Horrocks e House (2002) identificaram que o risco de suicídio entre os sujeitos que já tinham feito alguma tentativa é, pelo menos, cem vezes maior do que o risco encontrado na população em geral. Além disso, estima-se que cerca de 50% das pessoas que falecem por suicídio, já haviam tentado previamente (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014). Esses dados evidenciam a importância de os casos de tentativas de suicídio serem atendidos com seriedade. O apoio adequado após um episódio de tentativa é uma estratégia de prevenção para o suicídio que apresenta forte evidência de sua efetividade (Bertolote, 2012; Botega et al., 2010; Botega, 2015).

Em virtude dos fatos mencionados, durante o atendimento ao paciente que tentou suicídio, é fundamental investigar história de comportamentos suicidas passados, obtendo-se informações sobre os tipos de comportamentos, a frequência e o grau de letalidade (Kutcher, & Chehil, 2007). Em relação à tentativa atual, cabe verificar qual foi o método utilizado, a crença da pessoa sobre sua letalidade, se envolvia possibilidade de resgate a tempo e se a pessoa solicitou ajuda, visto que estes aspectos podem dar indicativos em relação a intenção e o desejo suicida (Borges, 2009; Kutcher, & Chehil, 2007). É possível imaginar que uma pessoa que tenha utilizado um método que acreditava ser de baixa mortalidade, e/ou que solicitou auxílio, apresente um predomínio do desejo de vida sobre o desejo de morte.

É consideravelmente frequente o paciente relatar uma baixa intencionalidade suicida, referindo que sua vontade era de dormir ou de se distanciar de seus problemas, sendo que, de acordo com Botega, Rapeli e Cais (2012), apenas em torno de um quarto dos pacientes confirmam a intenção de morte. Alerta-se, entretanto, que a escolha de métodos “não letais” não significa que a situação mereça menos atenção, já que mostra que o sujeito está sofrendo e com dificuldades no enfrentamento e resolução de seus problemas (Bertolote, 2010). Além disso, a pessoa está colocando sua vida em risco e algo irreversível ou até fatal pode ocorrer, ainda que não seja seu intento.

Convém explicitar ainda que a identificação dos fatores de risco para o suicídio é estabelecida a partir da compilação de dados estatísticos de um grande número de casos de suicídio. É preciso então cuidado para a transposição dos mesmos para a avaliação de risco de uma situação clínica individual. Estes fatores apresentam valores preditivos distintos e relativos, sendo que, na prática clínica, aqueles vinculados à história de saúde mental, de vida e familiar do paciente possuem peso maior do que as características sociodemográficas (Botega, 2015).

Enquanto observar-se estudos diversos que abordam os fatores de risco, a literatura referente aos fatores de proteção para o comportamento suicida é escassa (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014). Até o momento, não há consenso a respeito destes fatores, visto que não foram adequadamente demonstrados como aspectos protetores consistentes. Em face a essa realidade, deve-se ter cuidado para que a presença destes não minimizem aqueles que identificam o risco de suicídio (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014; Kutcher, & Chehil, 2007).

De maneira geral pode-se pensar que circunstâncias e características que contribuem para uma boa saúde mental podem reduzir impactos negativos de situações de sofrimento emocional e, conseqüentemente, atuarem como fatores de proteção ao suicídio (Bertolote, 2010). Dentre estes fatores encontram-se: confiança em si mesmo, disposição para buscar ajuda quando necessário e para adquirir novos conhecimentos, habilidade para comunicação, sentimento de valor pessoal, rede de apoio positiva e religiosidade (Bertolote, 2012). Também é importante considerar a capacidade do sujeito em resolver problemas, avaliando respostas anteriores a situações estressoras, sua tolerância à dor psíquica e sua resiliência, ou seja, a capacidade do indivíduo de enfrentar problemas e sair destes transformado e fortalecido (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014; Botega, 2015; Grotberg, 2005).

Possivelmente um dos mais importantes fatores de proteção, citados por diversos autores refere-se à inserção do indivíduo na esfera social (Bertolote, 2010; Bertolote, 2012; Botega, 2015; Gaspari, 2002; Kutcher, & Chehil, 2007; Wenzel, 2010). Por esse motivo parece relevante compreender com mais profundidade este aspecto. Neste trabalho, a compreensão de rede pessoal está ancorada na definição trazida por Sluzki (1997), que coloca que a rede pessoal social de um sujeito é a soma de todas as pessoas que o indivíduo percebe como significativas. Desde seu nascimento o ser humano precisa de cuidados de outros a fim de garantir sua sobrevivência. Um recém-nascido precisa ser alimentado, limpo e receber atenção e afeto. As primeiras relações de apoio emergem das relações de apego da criança e da disponibilidade e capacidade dos adultos que estão ao seu redor de atender às suas necessidades (Mayer, 2002).

Pessoas que possuem uma avaliação positiva a respeito dos recursos disponíveis em suas relações de apoio podem estar mais capacitadas para se prevenir de eventos estressantes, buscando, por exemplo, informações para a resolução de um problema (Mayer, 2002). De acordo com Sluzki (1997), se o sujeito possui uma rede pessoal ativa, estável, sensível e confiante, essa o protege de adoecimentos, facilitando o acesso a serviços de saúde e pode acelerar processos de cura. Já a ausência de uma rede efetiva pode produzir sentimentos de solidão e de falta de sentido na vida (Mayer, 2002).

Gaspari (2002) realizou estudo com o objetivo de avaliar a rede pessoal social de pacientes que tentaram suicídio atendidas em um hospital geral. Neste estudo foi observado que a rede foi avaliada como frágil com uma maior frequência pelos pacientes que haviam tentado suicídio, quando comparado com outros indivíduos atendidos, no mesmo hospital, por outras razões (não relacionadas a comportamento suicida). Os pesquisadores identificaram ainda que os sujeitos que haviam tentado suicídio, além de perceberem que recebem menos apoio, sentem que não são necessários para oferecer apoio aos seus familiares e amigos (Gaspari, 2002). Desse modo, perguntar com quem o paciente pode contar e também se ele sente que é importante na vida de alguém, pode fornecer um panorama das relações do indivíduo que contribuirá na avaliação de risco e conseqüentemente no planejamento de intervenções e condutas (Botega, 2015).

Prever com precisão quem irá cometer suicídio não é possível, entretanto avalia-se o risco de suicídio individual que o paciente apresenta em um futuro próximo, de acordo com os fatores de risco e de proteção identificados (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014; Kutcher, & Chehil, 2007). Apesar de escalas já terem sido criadas com o objetivo de

mensurar o risco, a entrevista com o paciente tem se mostrado um meio fundamental para avaliação (Bertolote, 2010).

No processo de avaliação de risco não se pode deixar de examinar características do estado mental atual do paciente. A atenção estará voltada aos seguintes aspectos: ao seu estado geral (cuidado pessoal, postura), nível de consciência (desperto, torpor), orientação (auto e alo psíquica), sensopercepção (ilusões e alucinações), pensamento (curso, forma e conteúdo), linguagem, juízo de realidade (delírios, ideias obsessivas), afeto e humor, psicomotricidade (agitação psicomotora, estupor), volição, crítica do paciente em relação a seus sintomas e ainda se demonstra desejo em receber ajuda (Botega, & Dalgalarondo, 2012). Dentro dessa avaliação, destaca-se aqui a investigação em relação à volição, que inclui a verificação da existência de auto e heteroagressividade, de ideias suicidas e impulsividade.

É fundamental então que se verifique se o sujeito mantém ideação suicida e se possui planos de como executá-lo. Permanecer atento também ao grau de letalidade e a acessibilidade aos meios que ele pretende utilizar para pôr fim a própria vida, ou seja, se o indivíduo já está executando ações para concretizar o evento, além da intensidade e frequência dos pensamentos suicidas (Bertolote, 2010; Kutcher, & Chehil, 2007). Alguns pacientes, contudo, podem não manifestar suas intenções, mesmo quando questionados diretamente. Nesses casos, perguntar como ele se sente em relação ao seu futuro ou como imagina que será seu retorno para casa podem fazer com que ele exponha seus sentimentos, como por exemplo, descrevendo seu futuro de forma fatalista e sem esperança (Kutcher, & Chehil, 2007).

O conhecimento dos fatores aqui mencionados e uma comunicação que possibilita abertura e acolhimento ao paciente são os principais pilares para realizar uma avaliação eficiente (Wallauer, & Maliska, 2012). A obtenção das informações a respeito do paciente e seu entorno deve acontecer a partir de uma escuta destituída de julgamentos, considerando que a pessoa que acabou de tentar suicídio encontra-se vivenciando momentos difíceis em sua existência. Esse atendimento é fundamental, não só para acolher as emoções do paciente e de sua família, senão também para melhor direcionar o encaminhamento que será efetuado *a posteriori*, buscando garantir a continuidade da assistência para além do atendimento realizado na Unidade de Emergência. O tópico a seguir abordará então os principais aspectos relacionados com a preparação para a alta hospitalar.

7.1.3 Articulação com a rede - preparação para a alta hospitalar

Até este momento, pode-se observar que o atendimento psicológico realizado em uma Unidade de Emergência à pessoa que tentou suicídio visa oferecer os cuidados relacionados à saúde mental do sujeito, prestando suporte emocional e a avaliação do risco de novos comportamentos suicidas. Ao longo deste tópico será enfatizada a importância da articulação com a rede social do paciente que tenta suicídio para a preparação da alta hospitalar.

De acordo com Sluzki (1997) as redes sociais podem ser encontradas nos diversos sistemas relacionados à pessoa e contribuem para que o sujeito se reconheça e construa sua autoimagem. A rede é formada pela soma de todas as pessoas que o sujeito percebe como significativas e, dessa forma, sustenta o universo de relações do indivíduo. Sluzki (1997) descreve a rede em termos de sua estrutura, funcionalidade e atributos de seu vínculo. A estrutura refere-se em o que esta rede consiste, podendo ser avaliada, entre outros fatores, por seu tamanho, composição e homogeneidade (Sluzki, 1997). A funcionalidade direciona-se pelo tipo de intercâmbio que ocorre, sendo que os membros da rede podem contribuir auxiliando de maneiras diversas, tais como: oferecendo apoio material ou financeiro, orientando e fornecendo informações, auxiliando no cuidado com os filhos ou nas atividades domésticas e ainda dando suporte emocional (Dessen, & Braz, 2000). Já os atributos do vínculo são determinados por sua função, reciprocidade, frequência de contatos, multidimensionalidade e pela intensidade e história da relação (Sluzki, 1997). Nesse sentido, é relevante compreender como o paciente se insere nos diferentes espaços que fazem parte de sua vida e como ele interage e vivencia suas relações (Mângia, & Muramoto, 2007).

A seguir serão destacados aspectos relacionados a *rede pessoal significativa* do sujeito, ou seja aquela referente às relações pessoais que este percebe como significativas e diferenciadas das demais, como com alguns membros familiares, amigos, vizinhos, por exemplo; e em seguida será apresentada a *rede institucional*, ou seja, os serviços disponíveis que podem acolher suas demandas e que, neste estudo, serão focados nos serviços de saúde.

7.1.3.1 Rede Pessoal Significativa

Como já abordado no tópico 7.1.1, é fundamental que a rede pessoal do sujeito seja acionada e, primeiramente, precisa ser acolhida. Mas, levando em consideração que essa pode ser um importante fator de proteção, ainda é preciso que algumas orientações sejam

realizadas. Destaca-se aqui algumas dessas orientações, como a observação de alterações comportamentais no paciente e sinais de risco para novas tentativas, a restrição do acesso a medicamentos e outros meios potencialmente letais e o acompanhamento constante do paciente, evitando que permaneça sozinho. É fundamental que no momento da alta hospitalar, o indivíduo já esteja acompanhado. Intervenções neste sentido podem auxiliar numa reorganização do sistema para o restabelecimento de fatores que possam prevenir novas tentativas de suicídio e promover saúde mental (Silva, & Costa, 2010).

7.1.3.2 Rede Institucional

A partir da avaliação de risco realizada é que será possível mapear as necessidades emergentes e então identificar quais serviços da rede institucional podem ser acionados para atendê-las, dando continuidade à atenção fornecida no momento de crise. Para isso é necessário que o profissional conheça a rede de serviços existentes no município do paciente. Dado o exposto, é relevante apresentar aqui uma breve explanação de como os serviços de saúde do SUS vêm se organizando atualmente, especialmente no que se refere aos cuidados de saúde mental.

O SUS é um sistema de saúde nacional, criado pela Constituição Federal de 1988, que coloca a saúde “como direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988). Assim, toda população em território brasileiro tem direito a um atendimento público na área da saúde. Devido à grande extensão do território nacional, são realizados recortes em “regiões de saúde” para viabilizar a coordenação e o planejamento das ações. Os serviços de saúde devem então se organizar em “redes de atenção” regionalizadas que garantam a integralidade da assistência (Ministério da Saúde, 2009). De acordo com a Organização Mundial de Saúde os serviços integrados devem proporcionar o “cuidado certo” no “lugar certo” (WHO, 2008).

A atenção à saúde mental também seguirá a mesma lógica, buscando a redução de internações em hospitais psiquiátricos e a efetivação de um modelo de rede integrada em saúde (Zambenedetti, 2009). A formulação de uma nova política para área é amparada pela Lei 10.216/01, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Lei nº 10.216, 2001).

A política busca consolidar um sistema de atenção em saúde mental aberto, de base comunitária e territorial, ou seja, em que os cuidados sejam oferecidos na própria comunidade e com articulação com os recursos que esta disponibiliza (Lei nº 10.216, 2001). Dessa maneira é possível encontrar diferenças entre os componentes estruturais e relacionais da rede, de acordo com o município em que ela se encontra. Portanto, é necessário conhecer a realidade da região de moradia do paciente para se planejar os encaminhamentos a serem feitos. Nesse trabalho serão destacados brevemente os principais componentes da rede de saúde mental que atualmente encontram-se mais consolidados, em termos quantitativos, na região da Grande Florianópolis, município onde foi realizado o presente estudo.

Por sua proximidade com famílias e comunidades, a Atenção Primária é um importante recurso estratégico para atender as demandas relacionadas ao sofrimento psíquico (Ministério da Saúde, 2005). As Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm como responsabilidade um conjunto de ações em saúde, atuando na promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e, ainda, na manutenção da saúde da comunidade (Portaria nº 3.088, 2011). Atualmente a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o principal modelo de organização da Atenção Primária, e recebe suporte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Portaria nº154, 2008; Portaria nº 4.279, 2010). Os NASF's são constituídos por equipes multiprofissionais, que atuam em parceria com a ESF, a partir do compartilhamento de responsabilidades, qualificando e complementando o trabalho na Atenção Primária (Portaria nº 2.488, 2011²).

A Atenção Secundária oferece ações especializadas, com diferentes densidades tecnológicas, em unidades ambulatoriais ou hospitalares (Mendes, 2011). Na esfera da saúde mental os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos essenciais para a consolidação de um modelo de atenção substitutivo aos hospitais psiquiátricos, como preconizado pela Reforma Psiquiátrica (Ministério da Saúde, 2010). Nesses centros são oferecidos atendimentos às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. O CAPS é referência para os casos graves, geralmente que necessitam de cuidados mais intensivos, reinserção psicossocial e, ainda, situações em que as possibilidades oferecidas pela ESF e NASF são insuficientes (Ministério da Saúde, 2009; 2010).

² Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Os CAPS's promovem a assistência em regime de atenção integral, com o modelo de porta aberta, sendo que o acolhimento e cuidados relacionados às situações de crise, ou seja, na fase aguda de um transtorno mental, também podem ser realizados por este serviço. As principais atividades desenvolvidas incluem atendimentos em grupo, oficinas terapêuticas, atendimentos individuais, atendimento aos familiares, atividades que favoreçam o acesso ao trabalho e ao lazer, a integração na sociedade e ainda o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários (Ministério da Saúde, 2009; 2010). Existem diferentes modalidades de CAPS's, que se distinguem de acordo com o tipo de população atendida, capacidade de atendimento e pelo seu porte, sendo classificados como: CAPS I, II ou III; CAPS AD (álcool e outras drogas) ou CAPS AD III; e CAPS i (infantil) (Portaria nº 3.088, 2011). A equipe que presta assistência deve ser multiprofissional, havendo uma configuração mínima de composição que varia de acordo com a modalidade de CAPS, sendo sempre previsto médico, enfermeiro, profissionais de nível superior (entre psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou outro) e de nível médio (entre técnico de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional ou outro). Estes profissionais também realizam apoio matricial para a Atenção Primária (Ministério da Saúde, 2009).

A Atenção Terciária possui maior densidade tecnológica e geralmente é composta por grandes hospitais. Seus recursos são utilizados quando os outros níveis de atenção não são suficientes para atender determinada demanda. O hospital geral é elemento importante na reestruturação da assistência em saúde mental, fazendo parte tanto do componente da atenção a urgências e emergências, quanto da atenção hospitalar, devendo ter leitos especializados (Portaria nº 3.088, 2011). Porém, infelizmente, essa não é a realidade encontrada em muitos municípios do país. Como exemplo, na regional da Grande Florianópolis a atenção às urgências e internação hospitalar em saúde mental ainda se encontram centralizadas em hospitais psiquiátricos.

Com a rede de serviços de saúde mapeada, é possível avaliar qual deles podem ser acionados no momento da alta do paciente, a partir da avaliação de risco de suicídio realizada. Nas situações de menor risco, em que o paciente necessitará de acompanhamento e monitoramento por equipe multiprofissional e em saúde mental, é acionada a UBS (Unidade Básica de Saúde) de referência do paciente. Nos casos mais graves, que requerem acompanhamento intensivo, o CAPS se apresenta como o serviço de escolha. Já nas situações em que o risco de suicídio está elevado é importante uma avaliação psiquiátrica antes da alta hospitalar e a partir desta é que será avaliado os demais encaminhamentos. Convém lembrar

que a tentativa de suicídio é um sinal de que a pessoa está passando por uma dor psíquica e precisa de ajuda, assim todas as situações necessitam de um cuidado atento dos profissionais de saúde (Botega, Rapeli, et al., 2012).

Muitos avanços já ocorreram nos serviços prestados pelo SUS, mas ainda se encontra dificuldades na consolidação de uma rede de atenção à saúde que preste assistência contínua e integral, como previsto e almejado. Há uma intensa fragmentação desta rede, na qual existem serviços isolados, que não se comunicam entre si, refletindo diretamente no atendimento recebido pela população (Ministério da Saúde, 2010). Especialmente nas situações em que o paciente se encontra em crise, este reflexo tem importante impacto, visto que possivelmente o sujeito se apresenta com poucos recursos para driblar as barreiras que pode encontrar, não tendo sua demanda atendida. Assim, o psicólogo que presta a assistência na Unidade de Emergência aos pacientes que tentaram suicídio deve assumir um papel ativo, de articulador da rede e, para tal, canais de comunicação precisam ser construídos com o ponto da rede para o qual o paciente será encaminhado.

Sugere-se que a comunicação aconteça por meio de contato telefônico com o profissional que poderá ser referência na chegada do sujeito naquele serviço e que, se possível, já fique agendado uma data para este atendimento. Além disso, que um encaminhamento por escrito seja entregue ao paciente, descrevendo brevemente características do caso avaliado e indicando a urgência da situação, para que o serviço que irá recebê-lo possa se organizar, priorizando o atendimento de acordo com o risco apresentado. O contato telefônico também é indicado nas situações em que o paciente já realiza acompanhamento por um profissional, visto que assim é possível discutir o caso, oferecendo novos subsídios para a avaliação. Estas ações visam diminuir a fragmentação da atenção e oferecer o serviço certo no tempo certo, proporcionando assistência de melhor qualidade e humanizada, como preconizado pelo SUS (Portaria nº 4.279, 2010). Apenas é possível a composição de uma rede propriamente dita quando há articulação entre os diversos pontos que a compõe.

A partir de um olhar sistêmico, o psicólogo pode ampliar a compreensão dos fenômenos para planejar ações de prevenção e intervenções mais eficazes. O comportamento suicida é um fenômeno complexo, que não se resume a um problema individual, mas só faz sentido em um contexto amplo, que abrange desde os microssistemas do sujeito (como suas relações familiares), até os macrossistemas (com os valores e culturas de uma determinada sociedade). Levando isso em conta, o psicólogo assume o importante compromisso de ser um

micro gestor, que auxiliará na construção de uma teia, que será suporte para o paciente até que sua dor diminua e que possa vislumbrar alternativas para a superação de suas dificuldades.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou trazer contribuições da perspectiva sistêmica no que concerne ao atendimento psicológico à pessoa que tentou suicídio. Ressalta-se aqui a importância da área da psicologia no contexto das Unidades de Emergência, ambiente este que costuma ser lembrado pelas intervenções realizadas a pacientes gravemente enfermos, a partir das tecnologias duras, e centradas no modelo biologista. O atendimento à pessoa que tenta pôr fim a própria vida não é uma tarefa simples. O cuidado realizado com os aspectos de saúde mental a estes pacientes é de fundamental importância, visto que a necessidade de assistência à saúde nestes casos está associada, justamente, ao sofrimento psíquico. Considerando que o sujeito deve ser atendido em sua integralidade por uma equipe multiprofissional, o psicólogo se apresenta como o profissional que pode contribuir frente a este sofrimento e na reorganização dos sistemas diante da situação de crise.

A Unidade de Emergência reserva um contexto de intensa imprevisibilidade e instabilidade, o que requer do psicólogo a busca por referenciais teóricos que contemplem esta complexidade e o ajuste dos conhecimentos a realidade encontrada. A perspectiva sistêmica proporciona um olhar ampliado sobre os fenômenos, abarcando o contexto mais amplo do sujeito, incluindo sua família e outros pontos da rede que exercem influência mútua em suas relações. Assim, a abordagem sistêmica apresenta-se como recurso que pode amparar o psicólogo, teórico e tecnicamente, no atendimento integral e humanizado a pessoa com comportamento suicida. A compreensão de que a tentativa de suicídio se insere como parte da história familiar, e não apenas individual, amplia as possibilidades de intervenções e traz a necessidade de incluir os membros desta família também como protagonistas deste evento.

O psicólogo deve estar atento a como o sistema familiar costuma se organizar frente a situações estressoras e como está respondendo no momento atual. A experiência de crise vivida irá alterar a intensidade e qualidade dos vínculos, influenciando no risco de novos comportamentos suicidas. O psicólogo pode auxiliar a família a lidar de forma mais flexível, contribuindo na comunicação entre os membros e reforçando as capacidades e aspectos resilientes do sistema. A articulação com a rede institucional também pode fornecer apoio e

segurança a família e ampliar o repertório de ações no enfrentamento das situações de crise, fomentando formas mais saudáveis de relações.

Apesar de aparentemente o contexto da Emergência poder parecer adverso, este mostrou um potencial importante na prevenção do comportamento suicida. Ainda que em um curto período de tempo e em um momento de crise, é possível reduzir o sofrimento emocional, fomentar perspectivas futuras e articular uma rede de cuidado, pessoal e institucional, que poderá oferecer suporte ao usuário. Aponta-se, porém, que no levantamento bibliográfico realizado foi encontrado poucos artigos que abordam o atendimento psicológico ao paciente que tentou suicídio no contexto de emergência e, tampouco, a sua família. Com isso ressalta-se a importância de novas pesquisas que avaliem a intervenção psicológica neste contexto e que possam respaldar a inserção do psicólogo nesses espaços. Acredita-se que este estudo possa contribuir para que os psicólogos de Unidades de Emergência e também profissionais de outros contextos, realizem atendimentos com maior resolutividade e sintam-se melhor preparados para fazê-lo. Espera-se ainda que contribua para que haja uma maior articulação da rede de saúde, favorecendo a integralidade da assistência.

REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Psiquiatria. (2014). *Suicídio: informando para prevenir*. Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília: CFM/ABP.

Almeida, S.A., Guedes, P.M.M., Nogueira, J.A., França U.M., & Silva, A.C.O. (2009). Investigação de risco para tentativa de suicídio em hospital de João Pessoa- PB. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(2), 383-389.

Anderson, H., & Goolishian, H. (1998). O cliente é o especialista: a abordagem terapêutica do não saber. In S. Mcnamee, & K.J. Gergen. *A terapia como construção social*. Porto Alegre: Artmed.

Bertolote, J.M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Editora Unesp.

Bertolote, J.M., Mello-Santos, C., & Botega, N.J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 32, 87-95.

Borges, E.S. (2009). Atendimento em sala de emergência. In E.S. Borges, *Psicologia clínica hospitalar: trauma e emergência* (pp. 139-166). São Paulo: Vetor.

Botega, N.J. (2015). *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.

Botega, N.J., & Dalgalarrodo, P. (2012). Avaliação do paciente. In J.N. Botega, *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (3 ed, pp. 165 – 189). Porto Alegre: Artmed.

Botega, N.J., Figueiredo, J.H., & Giglio, J.S. (2012). Tratamentos psicológicos: psicoterapia de apoio, relaxamento, medicação. Em J.N. Botega, *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (3 ed, pp. 527-541). Porto Alegre: Artmed.

Botega, N. J., Marín-León, L., Oliveira, H.B., Barros, M.B.A., Silva, V.F., & Dalgalarrodo, P. (2009). Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(12), 2632-2638.

Botega, N.J., Rapeli, C.B., & Cais, C.F. (2012). Comportamento Suicida. In J.N. Botega, *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (3 ed, pp. 335-355). Porto Alegre: Artmed.

Botega, N.J., Silveira, I.U., & Mauro, M.L. (2010). *Telefonemas na crise: percursos e desafios na prevenção do suicídio*. Rio de Janeiro: ABP Editora.

Botega, N.J., & Werlang, B.G. (2004). Avaliação e manejo do paciente. In B.G. Werlang, & N.J. Botega, *Comportamento suicida* (pp. 123-140). Porto Alegre: Artmed.

Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília.

- Caiuby, A.V.S., & Andreoli, P.B.A. (2005). Intervenções psicológicas em situações de crise na Unidade de Terapia Intensiva. Relato de Casos, *RBTI*, 17(1), 63-67.
- Capra, F. (2006). *A teia da vida: Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. São Paulo: Cultrix.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Cassorla, R.M.S. (1991). *Do suicídio: estudos brasileiros*. São Paulo: Papyrus.
- Dessen, M.A., & Braz, M.P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 221-231.
- Ficher, A.M.F.T., & Vansan, G.A. (2008). Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(3), 361-374.
- Fiorini, H.J. (2004). *Teoria e Técnica de psicoterapias*. (Ed. Ampl.) São Paulo: Martins Fontes.
- Gaspari, V.P.P. (2002). *Rede de apoio social e tentativa de suicídio*. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação Saúde Pública, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Gomes, L.B., Bolze, S.D.A., Bueno, R.K., & Crepaldi, M.A. (2014). As origens do pensamento sistêmico: das partes para o todo. *Pensando fam.*[online].18(2), 3-16.
- Grotberg, E.H. (2005). Introdução: novas tendências em resiliência. In A. Melillo, & E.N.S. Ojeda e colaboradores. *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*(pp. 15-22).Porto Alegre: Artmed.
- Jardim, K., & Dimenstein, M. (2007). Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em Revista, Belo Horizonte*, 13(1), 169-190.
- Krüger, L.L., & Werlang, B.S.G. (2010). A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *Psico-USF*,15(1), 59-70.
- Kutcher, S., & Chehil, S. (2007). *Manejo do Risco de Suicídio. Um manual para profissionais de saúde*. São Paulo: Lundbeck Brasil Ltda.
- Lei nº 10.216 de 04 de junho de 2001*. (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília.
- Lovisi, G.M., Santos, S.A., Legay, L., Abelha, L., & Valencia, E. (2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(Supl. 2), S86-S93.

Mângia, E.F., & Muramoto, M. (2007). Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 18(2), 54-62.

Mayer, L.R. (2002). *Rede de apoio social e representação mental das relações de apego de meninas vítimas de violência doméstica*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Mendes, E.V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Ministério da Saúde. (2009). *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. (2010). *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde e Unicamp (2006). *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, DAPE e Coordenação Geral de Saúde Mental. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS.

Minuchin, S. (1990). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas

OMS. Organização Mundial da Saúde. (2000). *Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais*. Tradução para o português: Juliano dos Santos Souza e Neury José Botega. Genebra: OMS.

Osório, L.C. (2002). Da psicanálise à teoria sistêmica... e mais além. In L.C. Osório, & M.E. Valle. *Terapia de Família: novas tendências*. Porto Alegre: Artmed. (pp. 53-73).

Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181, 193-197.

Papp, P. (1992). *O processo da mudança*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. (2008). Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília.

Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. (2010). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília.

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

Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília.

Portaria nº 1.271, de 24 de junho de 2014. (2014). Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília.

Sá, N.N.B., Oliveira, M.G.C., Mascarenhas, M.D.M., Yokota, R.T.C., Silva, M.M.A., & Malta, D.C. (2010). Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007. *Ver Méd Minas Gerais*, 20(2), 145-52.

Santos, S.A., Legay, L.F., & Lovisi, G.M. (2013). Substâncias tóxicas e tentativas e suicídios: considerações sobre acesso e medidas restritivas. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21(1), 53-61.

Silva, M.N.R.M.O., & Costa, I.I. (2010). A rede social na intervenção em crise nas tentativas de suicídio: elos imprescindíveis da atenção. *Revista Tempus Actas Saúde Coletiva*, 4(1), 19-29.

Sluzki, C.E (1977). *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Vasconcellos, M.J E. (2002). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. Campinas, SP: Papyrus.

Vidal, C.E.L., & Gontijo, E.D. (2013). Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cad. Saúde Colet.*, 21(2), 108-114.

Waiselfisz, J. J. (2014). *Mapa da Violência 2014*. Os jovens do Brasil. Ministério de Justiça, Governo Federal.

Wallauer, A., & Maliska, M.E. (2012). *Suicídio: um desafio para profissionais da saúde*. Florianópolis: Pandion.

Wenzel, A., Brown, G.K., & Beck, A.T. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas*. Tradução: Marcelo Figueiredo Duarte. Porto Alegre: Artmed.

Werlang, B.G., Macedo, M.M.K., & Kruger, L.L. (2004). Perspectiva Psicológica. In B.G. Werlang, N.J. Botega e organizadores. *Comportamento suicida* (pp. 75-91). Porto Alegre: Artmed.

WHO. World Health Organization. (2008). *Integrated health services: what and why?* Geneva: WHO, Technical Brief nº1.

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

Zambenedetti, G. (2009). Dispositivos de integração da rede assistencial em saúde mental: a experiência do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. *Saude Soc., São Paulo, 18(2)*, 334-345.

Parecer do Trabalho apresentado ao Familiar Instituto Sistêmico como requisito parcial para a conclusão do Curso de Especialização em Terapia Relacional Sistêmica.

Título: ATENDIMENTO PSICOLÓGICO AO PACIENTE COM COMPORTAMENTO SUICIDA NO CONTEXTO NA EMERGÊNCIA: CONTRIBUIÇÕES DA PERSPECTIVA SISTÊMICA

Aluna: Juliana Macchiaverni

Orientadora: Profa. Dra. Maria Aparecida Crepaldi

O tema mostra-se extremamente relevante para a área da Saúde e da Psicologia. Possui clareza, o texto encontra-se bem organizado, com boa estrutura, dentro das normas exigidas. A escrita é fluida, tornando a leitura agradável. Há pequenos erros de digitação e gramaticais que podem ser corrigidos com uma nova revisão.

O trabalho tem consistência teórica, utiliza autores clássicos, assim como pesquisas atuais sobre temática e norteia o leitor no contexto das Políticas Públicas do Sistema Único de Saúde no Brasil.

O método está coerente e adequado aos objetivos propostos. Assim como a articulação teórica realizada, alcança os objetivos do trabalho. A experiência da autora enriquece o texto e possibilita que o leitor compreenda o contexto estudado, suas possibilidades de intervenção e a necessidade de profissionais capacitados para atenderem essa demanda.

A apresentação da intervenção em etapas facilita a compreensão do leitor, mostra didaticamente os focos de cuidado que devem nortear a ação, incluindo a articulação com a rede institucional e pessoal da família atendida. Enfatiza o uso de condutas éticas de cuidado, destacando as características essenciais para os profissionais que atuam nesse contexto.

Nas considerações finais retoma os objetivos propostos e o caminho percorrido com reflexões sobre a integralidade do atendimento das famílias em situação de crise. As articulações da autora sobre compreensão da família em crise, desconstrói o estigma da “pessoa suicida” e abre possibilidades para o entendimento da saúde mental da família. Assim como, amplifica as intervenções no contexto hospitalar, indicando a necessidade de realizar prevenção nesse local, inclusive a prevenção de saúde mental e de suicídio.

Nesse sentido, o trabalho traz contribuições ricas para uma temática, principalmente para os profissionais que atuam em contextos de emergência. A compreensão Sistêmica de família com pessoas com comportamento suicida pode ser utilizada na capacitação dos profissionais da área da saúde, para o desenvolvimento de ferramentas para a intervenção multidisciplinar efetiva.

Sugere-se sua divulgação e publicação em revistas científicas. O conhecimento apresentado possui aplicação prática para intervenções com famílias em situação de crise, de forma que pode ser apresentado e discutido em aulas sobre a temática. O material pode ser utilizado como para futuras turmas de especialização em Terapia Relacional Sistêmica.

Parabenizo a autora e a orientadora pelo excelente trabalho e agradeço a possibilidade de leitura e aprendizado.

Letícia Macedo Gabarra