



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

LUCIANE MARIA DACOL MOLIM

**ESTRATÉGIAS PARA O MANEJO DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM
SERVIÇOS DE EMERGÊNCIAS MÓVEIS NA GRANDE FLORIANÓPOLIS**

Palhoça
2009

LUCIANE MARIA DACOL MOLIM

**ESTRATÉGIAS PARA O MANEJO DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM
SERVIÇOS DE EMERGÊNCIAS MÓVEIS NA GRANDE FLORIANÓPOLIS**

Projeto de pesquisa apresentado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II do Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Psicólogo.

Orientador (a): Prof^a. Maria do Rosário Stotz, Dr^a.

Palhoça
2009

LUCIANE MARIA DACOL MOLIM

**ESTRATÉGIAS PARA O MANEJO DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM
SERVIÇOS DE EMERGÊNCIAS MÓVEIS NA GRANDE FLORIANÓPOLIS**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do Título de Psicólogo e aprovado em sua forma final pelo Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça, 23 de junho de 2009

Prof^a. Orientadora Maria do Rosário Stotz

Prof^a. Tânia Vanessa Nöthen Mascarello
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof^a. Gabriela Luiza Campos
Universidade do Sul de Santa Catarina

A Carlos Roberto Molim meu amor, companheiro de longas jornadas, pelo ser humano maravilhoso que é.

A Gabriela Dacol Molim, fonte de vida e inspiração para seguir.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Inácio e Beth, pela forma como me ensinaram a compreender o que vale a pena nesta vida. Ao meu irmão André, minha cunhada Fabiana e meu sobrinho Cauã, com muito amor. Às minhas tias Dinha, Cida, Margareth, Regina e Iracema (in memoriam), esta última, pela força de aguentar até o último os embates da vida. Ao meu primo Javier, com muito carinho. À minha avó Hermínia, pelas orações e por seu amor.

À professora Maria do Rosário Stotz, além de orientadora, incentivadora me fazendo acreditar que eu conseguiria tanto concluir este, quanto prestar atendimento psicológico no Projeto Time da Mente, meu muito obrigada, por tudo que fizeste por mim.

À professora Tânia Vanessa Nöthen Mascarello, que na Clínica de Psicologia nos mostra que são dois os fatores fundamentais: o amor à clínica e técnica. A soma desses fatores traz bons resultados.

À professora Gabriela Luiza Campos, que se dedica com empenho para nos ensinar, lá no Posto de Saúde, como atender aos pacientes de forma a aliviar o sofrimento psíquico e reintegrar o sujeito à sociedade.

À professora Regina Ingrid Bragagnolo, pela contribuição para a construção metodológica do trabalho, nos ensinando com muita paciência.

Aos profissionais das emergências médicas que tão gentilmente se dispuseram a participar da pesquisa, sem os quais esta não seria possível.

Às amigas do Projeto Time da Mente, foram tantos os momentos de encontro, de trabalho, de conquistas, de risos e de lágrimas.

Às amigas Moema Pinheiro Nolasco, poucos conhecem a grandiosidade desta pessoa, alguns são incapazes de suportar tanta sensibilidade; Rosemari Adão, pelo incentivo; Fabiane Chaves, amiga que me incentivou neste percurso, Lilian Cipriano Kautnick, pelo apoio recebido e Vera Ferraz por nos alegrar.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Frequência das ocorrências	45
Tabela 2: Ocorrências.....	47
Tabela 3: Causas apontadas que levam a tentativa de suicídio	51
Tabela 4: Forma de registrar	58
Tabela 5: Ter recebido treinamento.....	60
Tabela 6: Acesso ao manual de prevenção ao suicídio.....	61
Tabela 7: Se sentir preparado para o atendimento.....	61
Tabela 8: Procedimentos.....	65
Tabela 9: Encaminhamento dado	69
Tabela 10: Encaminhamento necessário.....	73

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Apoio Psicossocial

CFP – Conselho Federal de Psicologia

ESF - Estratégias de Saúde da Família.

OMS – Organização Mundial da Saúde

PSM – Programa de Saúde Mental

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgências

TIME DA MENTE – Projeto de Extensão de Psicologia da UNISUL

UNISUL – Universidade do Sul de Santa Catarina

RESUMO

O presente trabalho de pesquisa articula a temática suicídio e tentativa de suicídio com a saúde mental. Para referenciar a temática foram trabalhados, dentre outros, os temas: evolução histórica da saúde-doença, causas do suicídio, luto e melancolia. O objetivo geral da pesquisa é: Investigar quais são as mais frequentes estratégias utilizadas para o manejo de tentativas de suicídio realizadas por profissionais que atuam nos serviços de emergência móvel da grande Florianópolis. A pesquisa classifica-se como exploratória e descritiva, tendo como delineamento estudo de caso. A coleta de dados foi realizada com oito entrevistados, sendo dois profissionais de cada um dos principais serviços de atendimento a emergências móveis da grande Florianópolis. Os dados coletados foram apresentados em categorias e, posteriormente, analisados estabelecendo-se a correlação com o referencial teórico do presente trabalho de pesquisa, através de análise de categorias. Os principais resultados encontrados são: os principais serviços de emergência móvel identificados foram o SAMU, o Corpo de Bombeiros e sua Divisão de Busca e Salvamento e emergências móveis privadas. Como maior ocorrência caracterizada como tentativa de suicídio aparece a ingestão de substâncias. Dentre as causas apontadas as que obtiveram maior frequência foram a depressão e conflitos familiares. O manejo físico é o principal procedimento adotado pelos profissionais e o encaminhamento dado, na maioria dos casos, é para o hospital geral, algumas vezes, quando necessário, para hospitais psiquiátricos. Quanto a possível encaminhamento posterior os profissionais relatam não ter conhecimento.

Palavras-chave: Tentativa de suicídio. Suicídio. Manejo. Emergências móveis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 TEMA	9
1.2 PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA	10
1.3 PROBLEMA	18
1.4 OBJETIVOS	18
1.4.1 Objetivo Geral.....	18
1.4.2 Objetivos Específicos	18
2 MARCO TEÓRICO	19
2.1 A HISTÓRIA DA SAÚDE-DOENÇA.....	19
2.2 DEFINIÇÃO DE SUICÍDIO E TENTATIVA DE SUICÍDIO.....	22
2.2.1 Causas Multifatoriais	27
2.2.1.1 Transtornos Mentais	28
2.2.1.2 Fatores Psicológicos	30
2.2.1.3 Fatores Sociodemográficos	31
2.2.1.4 Condições Clínicas Incapacitantes.....	31
2.3 EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO	33
2.4 PREVENÇÃO DO SUICÍDIO	35
3 MÉTODO	38
3.1 TIPO DE PESQUISA	38
3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA	39
3.3 SITUAÇÃO E AMBIENTE	40
3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	41
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	42
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	44
4.1 OBJETIVO ESPECÍFICO 2: VERIFICAR QUAIS OCORRÊNCIAS SÃO CARACTERIZADAS COMO TENTATIVA DE SUICÍDIO PELOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA MÓVEL	44
4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO 3: LISTAR OS PROCEDIMENTOS UTILIZADOS PELOS PROFISSIONAIS PARA ATENDIMENTO À PESSOAS QUE TENTARAM SUICÍDIO.	60
4.3 OBJETIVO ESPECÍFICO 4: VERIFICAR SE EXISTE ENCAMINHAMENTO PARA ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS QUE FORAM SOCORRIDAS APÓS TENTATIVAS DE SUICÍDIO.....	69
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	82
ANEXOS	90
Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	91
Anexo B - Consentimento para fotografias, vídeos e gravações.....	92

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo caracteriza-se como um projeto para o trabalho de conclusão do curso (TCC) do Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL. Esta pesquisa está diretamente vinculada ao Núcleo Orientado em Psicologia da Saúde, juntamente com o estágio curricular e com o *Projeto Time da Mente*, que atua com estagiários de Psicologia na atenção básica, especificamente, na Saúde Mental. O projeto *Time da Mente* realiza atendimentos individuais ou em grupo, bem como presta suporte às famílias de pacientes atendidos pelo *Programa de Saúde Mental*, trabalho este realizado no Centro de Saúde do Bairro Bela Vista, em São José. Neste programa, atendem-se pessoas com sofrimento psíquico, dentre essas várias com história de tentativa de suicídio, o que despertou o interesse de pesquisar sobre o suicídio e, mais especificamente, sobre o manejo do socorro às vítimas de tentativa de suicídio e o encaminhamento dado posteriormente.

Assim, a pesquisa tem como tema o atendimento das emergências móveis às tentativas de suicídio e é apresentada da seguinte forma: o primeiro capítulo consiste na introdução, tema, problemática e justificativa, objetivo geral e objetivo específico. O segundo capítulo compreende o marco teórico que embasa a pesquisa. No terceiro capítulo, trata-se do método e de toda a descrição do processo de coleta e análise de dados. No quarto capítulo foi realizada a análise dos dados respondendo cada objetivo específico da pesquisa. No quinto capítulo, por fim, são registradas as considerações finais.

1.1 TEMA

Tentativas de suicídio e serviços de emergências móveis.

1.2 PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA

O Ministério da Saúde, através da obra *Prevenção do Suicídio - Manual* dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental (2006) traz uma série de considerações relacionadas com a prevenção do suicídio e a respeito do número de suicídios na atualidade. Segundo este manual, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que em todo mundo, no ano de 2003, ocorreram 900 mil casos de suicídio. Esta publicação situa o Brasil entre os países com baixo índice de suicídio, com 3,9 a 4,5 para cada 100 mil habitantes entre os anos de 1994 a 2004. No entanto, em números absolutos o Brasil está entre os 10 países com maior quantidade de suicídios, por ser um país muito populoso, prova disso é que em 2004 ocorreram 7.987 casos de suicídio. O estudo indica elevada incidência de suicídios em alguns estados do Brasil, destacando, porém, que nem todos os casos são registrados.

Sendo o suicídio um tema complexo a ser entendido, é necessário levar em consideração a singularidade do sujeito que esteve envolvido tanto em tentativas como aqueles que se suicidaram. Diante destas considerações, Jamison (2002, p. 8) procura construir compreensão singular, social e patológica do ato suicida. Considera que a noção “de morte auto-infligida” modifica-se de acordo com a cultura ao longo da história. Sua narrativa situa na Grécia antiga uma visão dividida em duas concepções principais: para os estóicos e epicuristas, o indivíduo era livre para escolher de que forma desejava morrer. Para outros, em Tebas e Atenas, o suicídio não era considerado crime, mas também não era aceito. Quem colocava fim a sua própria vida não era digno dos ritos fúnebres e tinha ceifada a mão utilizada para executar o ato. Aristóteles associa o suicídio à covardia e ato contra o Estado. O cristianismo, por sua vez, era contra por não ser a vontade de Deus. (JAMISON, 2002)

Roudinesco e Plon (1997) confirmam esta divisão e relatam que em algumas sociedades antigas, assim como no Japão feudal, o suicídio era considerado um ato heróico. Já a visão cristã atribuía o ato a possessões demoníacas. Somente em meados do séc. XIX, o suicídio começa a ser visto como sintoma de uma doença social ou psicológica, passando a ter visibilidade no campo

científico e ser objeto de estudo de alguns ramos da ciência. (ROUDINESCO E PLON, 1997)

A percepção atual de que o suicídio pode ser entendido como um sintoma de doença social ou psicológica abriu caminhos para o início de uma nova compreensão do ato suicida, conduzindo a uma concepção mais ampla dos motivos que levam uma pessoa a tirar a própria vida. Foram considerados fatores tais como hereditariedade, doença mental grave, temperamento impulsivo ou violento, fatos da vida como conflitos amorosos, dificuldades econômicas ou profissionais, abusos de substâncias como álcool ou drogas, perdas, dentre outros. Pode-se observar que os motivos que levam uma pessoa a tirar a própria vida, em geral, são multifatoriais e abrigam uma complexidade difícil de ser decifrada; pois cada indivíduo traz consigo uma construção multifatorial própria. (JAMISON, 2002).

Desta forma como esclarece Jamison (2002), o suicídio é um tema que engloba vários fatores ou condições que dificultam a visualização clara e objetiva do motivo que conduz uma pessoa a dar fim a sua própria vida. Dando seqüência a este raciocínio, segundo o manual de Prevenção do Suicídio - Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental (BRASIL, 2006), os principais fatores que levam ao suicídio são: outras tentativas de suicídio e transtornos mentais. A publicação destaca que na sua quase totalidade os suicídios são praticados por pessoas acometidas por transtornos mentais. Quanto à história de tentativas de suicídio, ainda de acordo com a publicação, os registros oficiais são muito escassos e não são confiáveis, estima-se que para cada suicídio consumado, ocorreram dez tentativas.

Sobre tentativas de suicídio anteriores os autores Werlang e Botega citam que:

A tentativa de suicídio pode resultar em uma situação sem ponto de retorno. [...] alertam sobre o fato de que 20 a 50% das pessoas que acabam se matando, já haviam tentado o suicídio antes. Portanto, segundo os autores, a existência de uma tentativa de suicídio mostra a probabilidade de que um suicídio venha realmente a ocorrer (WERLANG e BOTEGA apud MACEDO e WERLANG, 2007, p. 93).

A curva ascendente que vêm apresentando os índices de suicídio no Brasil e em todo o mundo tem motivado muitos estudos sobre o tema. Podem-se destacar os estudos realizados pelo Ministério da Saúde, que inclusive publicou o

manual de prevenção ao suicídio. Da mesma forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem publicado periodicamente estudos e índices de suicídio no mundo, destacando que as taxas de suicídio aumentaram 60% nos últimos 45 anos, e que, atualmente, situa-se entre as três principais causas de morte de pessoas com idade entre 15 e 35 anos. (BRASIL, 2006).

No que diz respeito aos motivos que levam as pessoas a praticar o suicídio, os dados indicam que:

Um dos mais importantes fatores de risco para o suicídio são os transtornos mentais. Mais de 90% das pessoas que cometem tal ato têm um transtorno mental que propicia o suicídio. Deste modo, fica claro que o tratamento de tais transtornos é extremamente importante para a prevenção do suicídio. (BERTOLOTE e FLEISCHMANN apud PFÜTZENREUTER, 2006, p. 30).

Levando-se em consideração que o manual do Ministério da Saúde classifica a prevenção ao comportamento suicida como um problema de saúde pública, aqueles casos em que a pessoa que tenta suicídio e é socorrida ou impedida de levar o seu intento a termo, tornou-se o núcleo da problemática do trabalho. Este trabalho tem a intenção de investigar os encaminhamentos oferecidos e seu efeito, no sentido de possibilitar melhor prevenção. (BRASIL, 2006, p. 11). Dentro desta temática pode-se observar a importância de se compreender as concepções referentes ao que é ter saúde, para que, de alguma forma o profissional da psicologia possa trabalhar como agentes de saúde na perspectiva de minimizar esses índices tão elevados de tentativas de suicídio. Para isso faz-se necessário entender o que é a saúde e o quanto este conceito engloba aspectos gerais da vida humana.

A saúde como questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais, pois saúde e doença exprimem agora e sempre uma relação que perpassa o corpo individual e social, confrontando com as turbulências do ser humano enquanto ser total. Saúde e doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, porque as formas como a sociedade os experimenta, cristalizam e simbolizam as maneiras pelas quais ela enfrenta o medo da morte, e exorciza seus fantasmas. (MINAYO apud STROILI, 2007, p. 284).

Nas últimas décadas ocorreram grandes transformações na concepção do que se considera saúde e do que é doença, mais especificamente, uma alteração na forma de conceituar saúde mental. Não se trata apenas de um bem estar físico

pleno, nem de um bem estar psíquico pleno, mas, ter saúde significa que diante dos fatos da vida o indivíduo possui recursos para continuar vivendo de forma equilibrada. Entende-se por saúde mental:

[...] o bem estar psíquico e social que não pode prescindir do físico, que harmoniza o homem com seu meio ambiente físico e social. Não significa apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas assegura condições favoráveis à reatividade e elaboração de diferentes eventos, positivos ou negativos da vida do ser humano. (BRASIL apud STROILI, 2007, p. 279).

A partir desse conceito de saúde, pode-se perceber que a saúde engloba múltiplos aspectos e qualquer desequilíbrio pode provocar sofrimento psíquico, levando as pessoas a sofrerem perdas e implicações “de sofrer”, seja no âmbito social, familiar, profissional e físico.

Diante destas modificações porque passaram os conceitos de saúde e doença, surge a compreensão do atendimento ao indivíduo acometido de sofrimento psíquico pode ser realizado, muitas vezes, sem que o mesmo seja retirado de seu convívio social e familiar. Este tipo de atendimento tornou-se possível após a reestruturação da saúde mental, a partir da Reforma Psiquiátrica, reformulando os modelos de atenção à saúde mental, antes concentrada nos hospitais psiquiátricos. Nos dias de hoje os governos, sejam Federal, Estadual ou Municipal, unidos com várias entidades da sociedade civil, rompendo, ainda que lentamente, com uma forma superada de atendimento às pessoas portadoras de transtorno mental, para prestar um atendimento mais digno. De acordo com o Ministério da Saúde:

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, p. 6)

O movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, culminou com a aprovação, pelo Congresso Nacional, da Lei 10.216, de 2001, que, de acordo com sua ementa “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. A

referida Lei, define responsabilidades do Estado, dentre as quais a implementação de “política de saúde mental”, bem como estabelece regras para o tratamento, conforme se depreende dos artigos 3º e 4º, abaixo transcritos:

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º. (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Leis ordinárias de 2001)

Desta forma, teoricamente, o indivíduo passou a ser visto como um todo, nos seus aspectos físico e psíquico, assim, tanto a saúde como a doença devem se referir ao indivíduo, não a uma parte dele. A tentativa consiste em não mais separar saúde física da saúde mental. A implementação de novas diretrizes na saúde, principalmente na atenção básica, contribuem para o tratamento de indivíduos com sofrimento psíquico dentro desta perspectiva, cada vez mais incluídos na sua comunidade, por meio dos Centros de Saúde próximos de onde moram. (CAMPOS et al, 2006).

Com esta ótica o Ministério da Saúde passou a desenvolver programas de saúde, a exemplo do que ocorre com a Saúde da Família,

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (...) As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Dessa nova postura adotada em relação ao atendimento de pessoas acometidas por sofrimento psíquico, surge o atendimento dos transtornos mentais pelo SUS, como ocorre no Programa de Saúde Mental (PSM). O tema deste

trabalho surgiu a partir do estágio da pesquisadora no Centro de Saúde da Bela Vista, localizado na cidade de São José, oferecido pelo trabalho conjunto entre UNISUL e este Posto de Saúde aos estudantes de Psicologia.

O PSM do Centro de Saúde do bairro Bela Vista, conta com o auxílio do Projeto de Extensão Time da Mente vinculado à Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL – unidade Pedra Branca. Este projeto realiza atendimentos às pessoas com sofrimento psíquico, bem como auxiliando suas famílias. Os atendimentos podem ocorrer de forma individual ou em grupos, prestando atendimento também às famílias.

O início deste programa data de 06/07/04. Hoje, existem um mil trezentos e vinte dois pacientes atendidos no programa de saúde mental do Centro de Saúde. (Registro de Prontuários do Programa de Saúde Mental do Centro de Saúde da Bela Vista, São José, 2004).

O programa Time da Mente compreende os cuidados com os sujeitos com alteração na saúde mental, pois não existe Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São José (SC), órgão responsável pelos cuidados das pessoas com sofrimento psíquico. Após este atendimento, quando os profissionais identificam algum transtorno mental, estas pessoas são encaminhadas para o PSM para que possam receber atendimento psiquiátrico e psicológico. O serviço oferecido difere do hospitalar e possibilita ao indivíduo a integração social e o atendimento da pessoa na própria comunidade, primando para que esta permaneça no convívio com a família.

Quanto aos tipos de transtorno atendidos no PSM da Bela Vista, o Projeto de Extensão Time da Mente relata:

(...) ao se fazer uma leitura mais generalizada da população atendida pelo PSM, deve-se levar em consideração uma frequência significativa de sujeitos com diagnósticos de: Transtornos de Humor, particularmente os Episódios Depressivos; quadros ansiosos (Transtornos neuróticos, transtornos ligados as stress, transtornos somatoformes), principalmente os transtornos de pânico; em homens os quadros devido ao uso de substâncias psicoativas, particularmente o álcool; e os quadros relacionados ao grupo da esquizofrenia, com um número mais significativo na população masculina. (CAMPOS e STOTZ, 2006, p 25).

Surge, assim, o interesse de pesquisar sobre os encaminhamentos realizados por outros profissionais que atendem este tipo de demanda. Vale

ressaltar, que fazer pesquisa se configura como uma das atribuições do psicólogo de acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP).

O manejo inicial das pessoas que tentam suicídio pode ser realizado por profissionais de emergências móveis, emergências dos hospitais gerais e profissionais de postos de saúde. Segundo o Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução CFM n.º 1.451, de 10/3/1995 “[...] emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” (BRASIL, 2006, p. 47). De acordo com o Ministério da Saúde, atendimento pré-hospitalar móvel de emergência, é:

[...] o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar ao sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2004, p. 22).

Conhecer os serviços de emergências móveis prestados pelos profissionais e suas práticas frente os casos de tentativa de suicídio torna-se fundamental para que os profissionais da saúde e também a população tenham informações sobre este serviço que está à disposição de qualquer indivíduo que necessite de auxílio num momento de risco à sua integridade física ou mental. É preciso saber quais as estratégias efetivamente implementadas pelos órgãos responsáveis pelo atendimento dos casos de suicídio tentado, e assim conhecer como são realizados os procedimentos no momento e qual acompanhamento é colocado à disposição do paciente, bem assim se o manejo – no momento do socorro e posteriormente – é realizado por profissionais habilitados.

Tendo como base os estudos que alertam para o risco eminente de uma pessoa que já tenha história de tentativa de suicídio vir a se matar (BRASIL, 2006), é relevante socialmente estudar as estratégias utilizadas pelas emergências móveis no atendimento e encaminhamento das vítimas de tentativas de suicídio. Conhecer as estratégias utilizadas pelas emergências móveis pode colaborar para definir melhorias na forma de intervenção a fim de aproximar os profissionais da psicologia desses profissionais de atendimento móvel para coibir uma nova tentativa e diminuir a reincidência de um possível ato suicida.

Através das leituras realizadas acerca do assunto constatou-se que existem vários trabalhos referentes ao suicídio, como por exemplo, as seguintes obras: O Suicídio: Estudo Sociológico (DURKHEIM, 1996); Quando a Noite Cai: entendendo o suicídio (JAMISON, 2002); Do Suicídio: Estudos Brasileiros (CASSORLA, 1991); e os artigos: Distúrbios psiquiátricos, tentativas de suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes atendidos em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, São Paulo, 1988-1993 (TEIXEIRA e LUIS, 1997); Tentativa de Suicídio: o Traumático Via Ato-Dor. (MACEDO e WERLANG, 2007); Trauma, Dor e Ato: o Olhar da Psicanálise Sobre uma Tentativa de Suicídio. (MACEDO e WERLANG, 2007); Suicídio: Investigação das Respostas de Policiais que Trabalham com Situações de Risco (CALAIS, BAPTISTA, INOCENTE, 2005); Alguns trabalhos realizados na conclusão de curso da psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina: O Mapa do Suicídio na Grande Florianópolis (PFUTZENREUTER, 2006); Aspectos Psicológicos a Serem Levados em Consideração no Tratamento de Sujeitos Envolvidos em Tentativas de Suicídio e Suicídio (COELHO, 2007); Ideação de Morte e Ideação Suicida em Pacientes Hospitalizados com Doenças Crônicas (GUTZ, Luiza, 2007).

No entanto, não foram encontradas pesquisas que tratem especificamente das estratégias de atendimento em tentativas de suicídio, adotadas por profissionais de emergências móveis que acolhem esta demanda.

Levando em consideração o acima apresentado, cabem outras considerações sobre a temática tentativa de suicídio e suicídio, pois, como já foi citado, é alto o número dessas ocorrências, no Brasil e no mundo. Esses casos são atendidos muitas vezes por profissionais das emergências móveis, diante de uma demanda que exige deles um trabalho de grande importância. A cidade de Florianópolis é uma das cinco capitais brasileiras onde mais morrem pessoas em decorrência de suicídio no Brasil. (PFÜTZENREUTER, 2006).

Torna-se relevante o estudo referente às estratégias adotadas por profissionais de emergências móveis em casos de tentativa de suicídio, assim como, qual é o encaminhamento dado a essas pessoas, pois Werlang e Botega (2007) alertam que o risco de uma tentativa se repetir é alto. (WERLANG e BOTEGA, 2007) Cabe assim, indagar: quais são as mais frequentes estratégias utilizadas para o manejo de tentativas de suicídio realizadas e relatadas por profissionais que atuam nos serviços de emergência móvel da grande Florianópolis?

1.3 PROBLEMA

Quais são as mais freqüentes estratégias utilizadas para o manejo de tentativas de suicídio realizadas e relatadas por profissionais que atuam nos serviços de emergência móvel da grande Florianópolis?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Investigar quais são as mais freqüentes estratégias utilizadas para o manejo de tentativas de suicídio realizadas por profissionais que atuam nos serviços de emergência móvel da grande Florianópolis.

1.4.2 Objetivos Específicos

I - Identificar quais serviços de emergência móvel da grande Florianópolis atendem aos casos de tentativas de suicídio e suicídio.

II - Verificar quais ocorrências são caracterizadas como tentativa de suicídio, pelos serviços de emergência móvel.

III - Listar os procedimentos utilizados pelos profissionais para atendimento a pessoas que tentaram o suicídio.

IV – Verificar se existe encaminhamento para acompanhamento das pessoas que foram socorridas após tentativas de suicídio.

2 MARCO TEÓRICO

A seguir apresenta-se o marco teórico do presente estudo, que para a melhor compreensão está subdividido em: história da saúde-doença, definição de suicídio e tentativa de suicídio e epidemiologia do suicídio.

2.1 A HISTÓRIA DA SAÚDE-DOENÇA

A história da saúde e doença é abordada no presente estudo pois muitos casos de tentativa de suicídio e de suicídio são relacionados com doenças mentais, fator este verificado no decurso do estágio no qual se baseou esta pesquisa, pois, pacientes apresentando risco de suicídio, foram atendidos nos Centros de Saúde, inclusive, no Centro de Saúde da Bela Vista. Esta associação entre tentativa de suicídio e transtornos mentais também é destacada no manual de Prevenção do Suicídio - Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental (BRASIL, 2006) citado anteriormente neste trabalho e, por sua relevância, será melhor detalhada em parágrafos posteriores.

Buscando compreender a inter-relação entre saúde, doença e suicídio, acredita-se ser necessário acompanhar os processos de saúde e doença em nível de desenvolvimento conceitual. De acordo com a cartilha Direito à Saúde de Kujawa; Both; Brutscher (2003), o conceito de saúde-doença modificou-se ao longo dos tempos, sempre observando a organização vigente, ou seja, em consonância com a ordem social, econômica, política e ideológica (KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER, 2003).

Kahhale (2003) compreende que: “saúde e doença expressam enfrentamentos dos homens às diversas situações ambientais e sócio culturais ao longo dos tempos”. Para esta autora, na antiguidade, conceitualmente não havia separação entre saúde e doença, pois o ser humano era compreendido a partir da religião e era comandado por ela. (KAHHALE, 2003, p. 161).

Kujawa; Both; Brutscher (2003), de acordo com esta análise, salientam que a compreensão do fenômeno saúde-doença teve sua origem no período Feudal

(séculos V – XV). Nesse período, tanto a doença como a saúde tinham causas únicas, a vontade de Deus, ou seja, teocêntrica. Vale a pena recordar que não se fazia distinção entre doentes físicos e mentais. Nessa época da Idade Média, o único modelo de tratamento era a caridade. (KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER, 2003).

Para Kahhale (2003) só houve divisão conceitual entre corpo e mente e afastamento da religião a partir do desenvolvimento da ciência moderna. Gerando assim, noção de saúde, doença, intervenção e medicalização, Houve caracterização e classificação das doenças, onde as questões sociais e a construção de saúde ou de doença passaram a ser vistas como responsabilidade individual advindas do biológico. (KAHHALE, 2003, p. 162).

Segundo Kujawa; Both; Brutscher (2003), somente na Idade Moderna (séculos XV-XVIII) verificou-se a preocupação em produzir saúde através de políticas da saúde que evitassem epidemias. O crescimento populacional e a utilização de mão de obra de baixo custo garantiam o acúmulo de riquezas, objetivado pelos interesses capitalistas dominantes.

Na Revolução Industrial, ocorrida em meados do século XVIII, a saúde significava não só a capacidade de trabalhar, mas a possibilidade de estar empregado, de sobreviver e produzir que caracterizou este período. Mas a Revolução Industrial trouxe novos problemas sociais e outras formas de exploração, chamada de “mecanização da produção”. (KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER, 2003, p. 10).

Neste período, a forma de atuação do Estado se modificou, responsabilizando a sociedade pelas suas construções, inclusive de saúde e de doença. Karl Heinrich *Marx* (1818 – 1883) questionou este pensamento paradoxal da época e considerou a saúde como: “fruto de diversos fatores, inclusive das condições de ter trabalho, de moradia e de alimentação”. Assim, pressupõe que o Estado tinha de assumir o papel principal no que tange ao desenvolvimento da sociedade. (KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER, 2003, p.11).

Kahhale (2003) vê no período histórico correspondente ao século XIX o homem científica e emocionalmente dividido entre “corpo e espírito/mente” expressando a partir daí, doenças do corpo e doenças da mente. O controle da doença passa a ser buscado dentro do perfil capitalista. (KAHHALE, 2003)

Com o desenvolvimento da tecnologia, principalmente pós 2ª Grande Guerra Mundial (1939 – 1945), a saúde, em geral, é tida como um negócio lucrativo

pelos empresários a partir da exploração da doença. Hospitais de grande porte são construídos e a indústria farmacêutica adere ao capitalismo industrial desenvolvendo-se de forma muito acentuada, gerando lucros diretos e indiretos. Nesse período, o mundo toma consciência dos horrores das grandes guerras e cria em 1945, organizações internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU), e focada na área da saúde, a denominada Organização Mundial da Saúde (OMS). Nesta época, a saúde, teoricamente, passa a ser considerada como direito fundamental da humanidade pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, anunciada em 10 de dezembro de 1948. A visão da dicotomia saúde/doença é substituída pela noção de bem-estar do indivíduo e não mais como somente de ausência de doença. As políticas de saúde são discutidas passando de preocupações meramente físicas, biológicas, para algo mais abrangente, como questões de cunho psíquico e social do indivíduo. Observa-se a tendência de se reconhecer o ser humano não somente na sua concepção fisiológica e orgânica, mas também em sua essência psico-emocional. (KUJAWA; BOTH; BRUTSCHER, 2003).

René Dubos (apud KUJAWA, 2003), explicando o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde na década de 60, diz,

(...) sob o ponto de vista médico, o homem é, geralmente, mais um produto de seu ambiente do que de seus dotes genéticos. A saúde do povo é determinada não por sua raça, mas por suas condições de vida (...). Com efeito, os fatores sociais são de importância tão óbvia como causa e controle de doenças que muitos sociólogos, e até médicos, estão inclinados a acreditar que reformas políticas e sociais são a maneira mais acertada de melhorar a saúde das populações destituídas. (KUJAWA, 2003 p. 13)

Mas, de acordo com Kahhale (2003), este conceito de bem estar físico, mental e social é impossível, como mostra realidade dinâmica composta pela alternância entre opostos representados por bem estar, patologias, traumatismos, etc. Considera-se então que:

saúde é um reflexo das capacidades de tolerância, compensação e adaptação de cada indivíduo, dos grupos, da sociedade em geral frente às condições ambientais, sociais, políticas e culturais nas quais estão inseridos. (KAHHALE, 2003, p. 166)

O Manual de Prevenção do Suicídio revela a importância dada ao tema pela Organização Mundial da Saúde em se trabalhar o tema prevenção ao suicídio,

tanto que escolheu como tema do dia Mundial da Saúde Mental a prevenção ao suicídio. O aumento dos casos de suicídio o tornou um problema de saúde pública, de dimensão epidemiológica, considerando-se tanto o grande número de vidas perdidas, quanto os danos que causa à saúde de quem atenta contra a vida e mesmo dos que estão diretamente ligados a eles, como por exemplo, familiares e amigos. Portanto, é relevante qualificar as equipes de saúde diretamente ligadas às vítimas de tentativa de suicídio para que possam agir, preferencialmente, na prevenção e no suporte às pessoas com ideias suicidas. (Brasil, 2006)

Ballone (1999) destaca que “*o suicídio é um problema importante de saúde pública*”. O autor reforça a necessidade de estudos e trabalhos referentes ao tema suicídio e sua prevenção, pois este se tornou uma relevante questão de saúde pública.

2.2 DEFINIÇÃO DE SUICÍDIO E TENTATIVA DE SUICÍDIO

A definição de suicídio e de tentativa de suicídio encontra várias concepções, onde fica evidente a complexidade do tema e a dificuldade encontrada por diversos autores para definir suicídio e tentativa de suicídio, pois uma definição que englobe todos os aspectos intra e inter subjetivos que levam uma pessoa a atentar contra a própria vida não é tarefa nada fácil para os estudiosos deste fenômeno. (MELEIRO, TENG, WANG, 2004).

Buscando compreender o suicídio e seu significado Roudinesco e Plon (1997) definiram suicídio como ato de matar a si mesmo, caracterizado como doença ou patologia. Como doença possui um percurso histórico: nas sociedades antigas o suicídio era considerado ora como um ato heróico, ora não aceito pela era cristã, que o posicionou como ato contra Deus, ou, possessão demoníaca. Somente no final do século XIX foi interpretado como uma doença social ou psicológica tornando-se objeto de pesquisa científica. Os autores alegam que naquele período Durkheim vinculou suicídio a fenômeno social. (ROUDINESCO e PLON, 1997, p. 740-742).

Para sociologia, o suicídio, segundo Johnson (1995, p. 224), não é um ato apenas individualista como sugere o senso comum, mas também como

conseqüência de fatos sociais estudados por Durkheim. Fato social trata da influência externa ao nível de sistemas políticos e culturais atuando sobre os indivíduos e suas conseqüências. (JOHNSON, 1995, p. 108). Mas, como apontam Meleiro, Teng e Wang (2004), na definição de Durkheim falta a relação do suicídio com fatores subjetivos, como vontade de se matar, e também a possibilidade da pessoa perder a vontade de viver.

Na análise de Roudinesco e Plon (1997) essa abordagem não conclui a compreensão do suicídio dos aspectos psíquicos do ato suicida na dimensão do desejo de morte que o ato apresenta na dimensão psíquica. (ROUDINESCO E PLON, 1997, p. 740-742).

Para Durkheim (1996), o suicídio pode ser assim conceituado:

Chama-se suicídio todo caso de morte que resulte directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, acto que a própria vitima sabia dever produzir este resultado. sabedora de que devia produzir esse resultado. A tentativa de suicídio é o acto assim definido, mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado. (DURKEIM, 1996, p 10).

Segundo o conceito de Durkheim a pessoa que tenta o suicídio tem, necessariamente, uma antecipação do resultado do seu ato, mas nem sempre é assim que ocorre, pois há casos de suicídio ou de tentativa de suicídio em que o indivíduo não tem plena consciência do ato, nem do resultado. (MELEIRO, TENG, WANG, 2004).

Menninger, (1970 apud MELEIRO, TENG, WANG, 2004), também defende a idéia de que o suicida compreende toda complexidade do ato, pois teria a intenção de morrer, a intenção de matar e seria vítima e algoz do próprio ato.

Entretanto, com relação a esta conceituação percebe-se certa contradição, já que há casos em que o suicídio é praticado por esquizofrênicos, motivado por vozes ou visões que o levam a cometer o ato. Será que teriam eles a intenção de se matar e a compreensão da complexidade do ato? (MELEIRO, TENG e WANG, 2004).

Conforme Deshaies (1947 apud MELEIRO, TENG e WANG, 2004, p. 15) conceitua-se como "Suicídio a morte intencional de si mesmo". Neste conceito deve-se observar: 1) se a forma utilizada para praticar o ato permite a sua interrupção, antes de concretizado; 2) atitudes usadas pelo sujeito que deixam a possibilidade de

outras pessoas agirem na intenção do socorro; e, 3) quando o sujeito deixa a possibilidade de tal atendimento, pode-se supor que a vontade de se matar era pequena, mas não é possível mensurar o quanto de intenção consiste em cada ato. Essas definições atrelam o ato suicida à vontade do sujeito, mostrando a relação o autor dá ênfase à consciência do ato.

No entanto, estas conceituações não abrangem conceitos de suicídio relacionados a desejos inconscientes, deixando de fora a relação que existe entre alguns atos suicidas e os transtornos mentais. Além disso, as definições acima citadas não consideram que as crianças que comentem o suicídio não compreendem que a morte é um caminho sem volta, pois somente entre os dez e doze anos é que a criança entende que a morte é o fim. (MELEIRO, TENG e WANG, 2004).

De acordo com Freud (apud HOLMES, 1994) os suicídios poderiam ser vistos como assassinato mascarado, desta forma o suicida não estaria querendo se agredir, mas sim agredir o outro, um outro que representaria um objeto perdido, com o qual se 'identificou'. Para Freud as pessoas que se vêm sem o objeto amado incorporam inconscientemente o objeto como fazendo parte de si. Mas, quando internaliza o objeto, o sentimento é ambíguo, amor e ódio. Nestes casos, o suicídio seria uma agressão voltada para o objeto e não voltada para a pessoa. Assim, segundo Freud (apud HOLMES, 1994, p. 203), "o suicídio foi o ato final da raiva internalizada", desta forma, o suicídio estaria relacionado à depressão/melancolia.

A respeito de melancolia, Násio (1997, p. 183) cita que: "A melancolia {...} é uma inibição psíquica acompanhada de um empobrecimento pulsional; daí a dor". (NASIO, 1997). Roudinesco e Plon (1997, p. 505) reconhecem melancolia como assim outras áreas do saber também o fizeram: "*tristeza profunda, um estado depressivo capaz de conduzir ao suicídio*". ROUDINESCO E PLON (1997, p. 505)

Sandra Edler (2008) pontua o aumento do aparecimento da depressão nos consultórios de psicanálise na atualidade. Essa autora busca compreender a depressão a partir de Freud através de seu texto Luto e Melancolia. Segundo Freud (1974) "*o luto de modo geral é a reação da perda de um ente querido*", ou de um objeto e ainda de um ideal. No entanto as alterações psíquicas causadas pela perda no processo de luto, usualmente, cessam com o passar do tempo, deixando o ego livre para recomeçar. No processo do luto a elaboração da dor ocorre a nível consciente. Pela descrição de Freud (1974) essa mesma perda pode produzir

melancolia, de forma inconsciente, caracterizando patologia. Na melancolia o “*objeto amado*”, alvo do investimento libidinal, não existe mais, mas continua a existir como objeto perdido, através da “*identificação do eu*” com o objeto perdido. Ou seja: a identificação narcísica vincula o eu ao objeto. Impossibilitando, assim, a substituição deste objeto por outro representante. Desta forma o processo da melancolia torna-se “*uma perda objetal retirada da consciência*” e transformada em uma “*inibição melancólica*” com “*empobrecimento do ego*”. Para Freud (1974), o investimento libidinal dirigido para o objeto amado perdido, desloca-se para o próprio ego e este se torna alvo da dor da perda, como perda de si mesmo, gerando insuportável baixa-estima. Diante destas constatações Freud (1974), conclui que existe na estruturação psíquica do melancólico uma escolha “*objetal narcísica*” que diante da perda, trata de si como objeto abandonado e se mantém através de constante recriminação de si como culpado desta perda. (Freud, 1974, volume XIV)

Sandra Edler (2008) através de Freud (1974) relaciona melancolia ao suicídio dizendo que “*o eu só pode se condenar à morte se puder tratar a si mesmo como objeto*” responsável pela dor, alvo agora de ódio, finalizando pela destruição do eu. Pela regressão da libido, este quadro caracteriza a “*morte do desejo*” como perda maior e insuportável. SANDRA EDLER (2008, p.36) Lacan associa tristeza em alguns casos à “*estado de alma*”, estrutural, originária do inconsciente, como forma de “*retorno no real*” próprio da psicose. LACAN (1999, p. 44-45.-televisão)

Para Lacan (1999) o suicídio caracteriza autodestruição masoquista a nível pulsional. Voltado contra si, “*para além do princípio do prazer*”, o melancólico, busca a morte como alívio. Pois, de acordo com Freud, “*o recurso fundamental da evolução libidinal é voltar ao repouso*”. LACAN (1999, p. 252-225.)

O suicídio é conceituado pela Associação de Psiquiatria Americana como “*morte auto-infligida, porém requer que a mesma seja acompanhada de evidência, tanto explícita quanto implícita, de que a pessoa pretendia morrer*”. (JACOBS e Cols., 2003, apud MELEIRO, TENG e WANG, 2004. p. 15)

Meleiro, Teng e Wang, destacam, ainda, a definição que consideram a mais correta,

A definição mais aceita hoje para o suicídio consumado é caracterizada como uma morte causada por lesão, envenenamento ou sufocação, com evidência explícita ou implícita de que tenha sido auto-infligida e de que havia intenção de morrer. (ROSENBER e cols., 1988, p. 15, apud MELEIRO, TENG, WANG, 2004)

As tentativas de suicídio representam uma força motivadora para o suicídio, mas que aparentemente não obteve o resultado esperado pelo sujeito, que era a morte. A tentativa de suicídio é uma atitude que aumenta o risco para o suicídio consumado, está relacionada com implicações biopsicossociais, ou seja, esta pessoa pode estar sofrendo de problemas da ordem biológica, psicológica ou social, ou ambas, visto que os fatores de risco são multifatoriais. Tentativa de suicídio abrange auto-agressões mais brandas, que não necessitam cuidados médicos até aquelas mais violentas que precisam de intervenção hospitalar. (MELEIRO, TENG, WANG, 2004)

Fazer uma compreensão acerca da gravidade da tentativa de suicídio é complexo, pois compreende atos voltados contra si que não chegam ao intento, abrangendo desde atitudes que às vezes são utilizadas por uma necessidade de chamar atenção, até alguns comportamentos que escondem a verdadeira intenção, compreendendo aqueles em que a tentativa necessitou de cuidados médicos hospitalares. (MELEIRO, TENG, WANG, 2004).

Discorrendo sobre tentativa de suicídio, os autores relatam,

Cassorla (1998) escreveu sobre o gesto suicida, esclarecendo que este termo implica que o risco de vida é nulo, e o componente manipulativo, predominante, mas refere não usá-lo porque, segundo sua compreensão, poderia inibir por parte do profissional a investigação de desejos de morte mesmo que inaparentes. (CASSORLA, 1998, apud MELEIRO, TENG, WANG, 2004, p 22)

Ou seja, mesmo que o ato aparentemente tenha por intenção apenas chamar a atenção, o profissional não deve, em momento algum, desprezar uma análise mais aprofundada do caso, eis que o “desejo de morte” pode estar camuflado (MELEIRO, TENG, WANG, 2004).

Devido à diferença na compreensão do que seria então a tentativa de suicídio Kreitman e Cols. (1970 apud MELEIRO, TENG, WANG, 2004, p 22) “(...) sugeriram a utilização do termo tentativa de suicídio independentemente da intencionalidade suicida”.

De acordo com Jamison (2002), a tentativa de suicídio compreende não só aquelas atitudes que traz explícita intencionalidade de morrer, mas engloba aquelas atitudes que aparentemente não indicam nenhuma intencionalidade direta.

A autora relata alguns comportamentos que estão também, de alguma forma, relacionadas com tentativas encobertas, dentre elas as de alto risco seriam alguns esportes radicais, como salto de avião em queda livre, dirigir embriagado, mexer com bichos peçonhentos, e alguns comportamentos de risco mais afastado, como por exemplo, comer compulsivamente, fumar, uso abusivo de bebidas alcoólicas, e outros. Segundo Shneidman (apud JAMISON, 2002, p. 25) estas mortes seriam definidas como aquelas “nas quais o morto representou um papel velado, parcial, lactente e inconsciente em apressar a própria morte”.

Os sujeitos que tentaram o suicídio e não obtiveram êxito, permanecem sob um risco iminente de reincidir no ato até que o concretizem com sucesso, “Até 12% dos sobreviventes acabam se suicidando, um risco trinta e oito vezes maior que a população em geral e superior a qualquer transtorno psiquiátrico.” (TEJEDOR e Cols.,1999; HARRIS e BARRACLOUGH,1997, apud MELEIRO, TENG, WANG, 2004, p 125).

No que diz respeito às tentativas de suicídio há que se fazer um registro. Conforme se verifica nas diversas fontes consultadas, os dados são escassos e pouco confiáveis. Percebe-se, ainda uma divergência quanto aos números apresentados. Ora afirma-se que o número de tentativas de suicídio pode ser dez vezes superior ao número de suicídios (BRASIL, 2006, p. 11), ora afirma-se que, em alguns lugares do mundo, podem superar em quarenta vezes o número de suicídios (OMS, 2001, p. 4). Wang, Santos e Berlote (2004), por sua vez, afirmam que o número de tentativas é de dez a vinte vezes maior que o de suicídios. De qualquer forma, embora os números sejam divergentes, há um aspecto coincidente entre eles, pois todos indicam que o número de tentativas de suicídio é muito superior ao número de suicídios levados a cabo.

2.2.1 Causas Multifatoriais

Para compreensão dos objetivos deste trabalho passa-se a uma descrição dos principais fatores que levam um indivíduo a tentar o suicídio, de acordo com o manual de prevenção ao suicídio do Ministério da Saúde. São eles:

transtornos mentais, fatores sociodemográficos, fatores psicológicos e condições clínicas incapacitantes.

2.2.1.1 Transtornos Mentais

Meleiro, Teng e Wang (2004) relatam a importância dos transtornos mentais como fator de risco para o suicídio. Embora não seja uma *conditio sine qua non*, “(...) mais de 90% dos suicídios apresentam algum transtorno psiquiátrico associado (...)” (Barracough e cols., 1974; Henriksson e cols., 1993 apud MELEIRO; TENG; WANG, 2004, p. 117).

Segundo Dalgarrondo (2000, p. 22), Psicopatologia é a ciência que estuda os transtornos mentais suas causas e manifestações. (DALGARRONDO, 2000). O Manual Diagnóstico E Estatístico de transtorno Mental - DSM IV admite que não existe uma definição precisa de Transtorno Mental. O DSM-IV registra os transtornos mentais como:

(...) síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que ocorrem num indivíduo e estão associados com sofrimento (p.ex. sintoma doloroso) ou incapacitação (p.ex. prejuízo em uma ou mais áreas importantes do funcionamento) ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda importante da liberdade. (DSM-IV-TR, 2002, p. 27-28).

Bear, Connors e Paradiso (2001, p.676) explicam esta questão a partir de Freud, da seguinte forma: “O transtorno mental resulta de um conflito de elementos conscientes e inconscientes da psique”. A forma de lidar com este transtorno para a Psicanálise, como afirmam estes autores, seria através da elaboração terapêutica deste conflito a partir do inconsciente. Dando continuidade às considerações a respeito de transtornos mentais relembra também a teoria Skinniana, Behaviorista que atribui ao meio externo respostas comportamentais atuando como reforços positivos ou negativos. (BEAR; CONNORS; PARADISO, 2001).

As principais causas de tentativas de suicídio, segundo Brasil (2006), são os transtornos mentais, dentre eles o transtorno de humor (depressão onde está concentrado o maior risco), transtorno afetivo bipolar, transtornos mentais de

comportamento devido ao uso de drogas, transtornos de personalidade, esquizofrenia e transtorno de ansiedade. (BRASIL, 2006).

O transtorno de humor, principalmente a depressão, é considerado pelo Manual de Prevenção (2006) como um fator relevante, pois quinze por cento das pessoas com depressão grave se suicidam. O paciente com diagnóstico de depressão, quando tratado no início da doença, responde satisfatoriamente, evitando o agravamento da mesma. No transtorno afetivo bipolar a pessoa oscila em episódios maníacos e depressivos ou mistos, e o risco de suicídio fica mais presente nas fases depressivas. (BRASIL, 2006).

Durante o Simpósio sobre o suicídio realizado em Miami, em 1999, foram apresentados dados relativos a um grupo de pacientes com risco de suicídio,

O grupo de pacientes bipolares com risco mais elevado de suicídio são homens jovens, que estão em fase inicial da doença, especialmente aqueles que tenham feito uma tentativa prévia de suicídio, que abusam do álcool ou que saíram de alta hospitalar recente. O risco está também elevado nos pacientes que estão na fase deprimida do transtorno bipolar, que têm estados mistos ou têm mania psicótica. (Jamison e Simpson apud Ballone, 1999, p 2-3)

A esquizofrenia é considerada um fator de risco porque dez por cento das pessoas acometidas por esquizofrenia cometem suicídio. Sendo assim, é relevante o tratamento multidisciplinar como fator de prevenção, ou seja, tratamento farmacológico associado à psicoterapia. (BRASIL, 2006).

A dependência de álcool, normalmente associada a alguns transtornos mentais, é outro importante fator que pode levar indivíduos a cometer o suicídio. Segundo o manual de prevenção ao suicídio, mais de onze por cento da população brasileira é dependente de álcool, o que torna este fator de grande importância devido a sua abrangência. O alcoolismo potencializa o risco suicida, visto que o abuso no uso de álcool aumenta a impulsividade do usuário (BRASIL, 2006).

Outros fatores relacionados a transtornos mentais que são motivadores de tentativa de suicídio são os transtornos de personalidade, devido a grande instabilidade emocional vivida pelos portadores deste tipo de sofrimento psíquico, e os transtornos de ansiedade. (BRASIL, 2006)

2.2.1.2 Fatores Psicológicos

Relacionados com manifestações psicológicas estão as perdas recentes, conflitos familiares, reações a datas importantes, relacionadas segundo o manual como fatores que estão ligados ao suicídio. Na esfera psicológica a intenção suicida perpassa por diferentes estágios, o primeiro diz respeito à imaginação do ato, seguido pelo planejamento real ou imaginário, culminando em alguns casos com o ato suicida. Mas, devido aos múltiplos fatores que envolvem o suicídio nem sempre ocorre a etapa de planejamento. (BRASIL, 2006).

Esta afirmativa, de que nem todas as pessoas que cometem suicídio passam pelas etapas acima, diz respeito aos estados subjetivos que envolvem o risco de suicídio. Três estados diretamente relacionados com as pessoas sobre risco de suicídio são identificados: i) a ambivalência, por conter em si um duplo desejo de chegar à morte sem perder a vida, esta duplicidade evidência a dor psíquica como insuportável, no qual o apoio psicológico é indicado como prevenção, pois diminui o risco; ii) a impulsividade, mudança do impulso muitas vezes proveniente de fatos que marcaram negativamente a vida da pessoa; e, iii) rigidez/constricção, este estado cognitivo está relacionado percepção do suicida que vê a morte como única saída possível, como única solução para o problema. O Manual de Prevenção ao suicídio frisa a importância dos profissionais da saúde estarem atentos aos sinais e os sentimentos que são emitidos pelas pessoas em risco de suicídio que devem ser ouvidos e levados à sério, nunca subestimando as ameaças feitas pelos indivíduos que apresentam este tipo de sofrimento (BRASIL, 2006).

Para Bowlby (1973, apud HOLMES, 1994, p. 203) pessoas que na infância sofreram perdas significativas, como a perda dos pais, estariam mais propensas ao risco de depressão e suicídio. O sofrimento ficaria encoberto e no momento que revivenciassem outras perdas apareceria a dor e a raiva reprimidas'.

2.2.1.3 Fatores Sociodemográficos

Quanto ao gênero, o maior número de suicídios ocorre na população masculina, já no que diz respeito à faixa etária, a maioria das ocorrências está situada na faixa acima dos sessenta e cinco anos, porém, o maior crescimento tem sido observado na faixa entre quinze e trinta e cinco anos de idade (BRASIL, 2006).

Em relação ao fator idade constatou-se que o cada ano vêm aumentando os casos de jovens que cometem o suicídio. O aumento foi identificado na idade entre quinze e vinte e quatro anos, mas mesmo com o aumento desses números, os índices de maior incidência ficam entre os idosos, compreendendo as pessoas acima de sessenta e cinco anos. (WANG, SANTOS, BERLOTE, 2004).

Segundo a cartilha do Ministério da Saúde (2006), também são citados como fatores sociodemográficos potencialmente motivadores do ato suicida a situação econômica difícil e o isolamento social.

Quinet (2002) destaca que embora a aceleração do conhecimento tenha trazido benefícios, não se pode negar que com ela cresceu a competitividade e um sentimento de vazio, pois, ao que parece, a sociedade atual vive mais ansiosa, onde as ambições cresceram imprimindo um novo ritmo à vida, elevando os índices de frustração. Os laços sociais não estão mais relacionados com o outro na atualidade, mas aos bens de consumo, aumentando também o número de deprimidos. Quinet (2002, p. 90) assim contextualiza:

Sob todas essas causas, essas máscaras, jaz a tristeza em que se irradiam o sol negro da melancolia, as trevas da apatia, mortificação da vida e o túmulo da abulia, a tristeza sobre a qual nos fala o melancólico, é situada como dor do existir... (QUINET, 2002, p 90)

2.2.1.4 Condições Clínicas Incapacitantes

As condições clínicas incapacitantes são outro importante fator de motivação para o ato suicida. Neste grupo estão as doenças que causam dor

crônica, incapacitação física, lesões desfigurantes, epilepsia, lesão medular, dentre outras (BRASIL, 2006).

Meleiro e Teng (1994) citam estudo de doenças físicas e sua relação com o suicídio:

Em um estudo de revisão sistemática e metanálise que incluiu 235 estudos, avaliando 63 transtornos físicos, Harris e Barraclough (1994), detectaram risco significativamente aumentado de suicídio para HIV/AIDS, doença de huntington, neoplasias malignas, esclerose múltipla, doença ulcerosa péptica, insuficiência renal dialítica, lesão da medula espinhal e lupus eritematoso sistêmico. (Harris e Barraclough, 1994, apud Meleiro e Teng, p. 121-122)

Com relação às amputações, cirurgias cardíacas como por exemplo colocação de válvulas, doenças do aparelho digestivo como cirrose e doenças intestinais, doença de Parkinson ou esclerose sistêmica os dados do estudo foram insuficientes para se chegar a um parecer conclusivo da relação entre o suicídio e essas patologias. (Harris e Barraclough, 1994, apud Meleiro e Teng, p. 121-122)

Podem-se citar doenças que estão relacionadas com o aumento do risco de suicídio e que têm uma relação direta com a incidência de transtornos mentais, a associação entre a doença e o transtorno mental potencializa o risco. Os pesquisadores citam como exemplo: esclerose múltipla com depressão e ulcera péptica com alcoolismo. Com relação a epilepsia este estudo não incluiu por haver outros estudos já incluíram a epilepsia como um fator que pode aumentar o risco de tentativas de suicídio e suicídio em até seis vezes.(Ranfnsso e cols.,2001). (Harris e Barraclough, 1994, apud Meleiro e Teng, p. 121-122)

Quanto aos pacientes em fase terminal, o estudo mostra que:

Curiosamente, os pacientes com doenças físicas em estado terminal não apresentam com frequência ideação suicida e, quando apresentam, estão associados com quadros depressivos. (Chochinow e cols.,1995, apud, Meleiro e Teng, p. 123).

Os pesquisadores destacam, ainda, que nos casos de doenças físicas graves, o que pode acontecer são as formas camufladas de buscar a morte, que seriam, por exemplo, abandono do tratamento, negando-se a realizar as recomendações médicas bem como o abandono de medicação (Burton e cols.,1986).

Os autores concluem que, apesar do aumento do risco de suicídio em algumas patologias, estas estão correlacionadas com transtornos mentais, e que,

portanto, a associação entre doença física e transtorno mental pode ser o que desencadeia o suicídio. (Moscicki, 1997, apud Meleiro e Teng, p. 123)

2.3 EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO

De acordo com Wang, Santos e Berlote (2004), em relação aos estudos da Organização Mundial da Saúde para o ano de dois mil e vinte, estima-se que ocorrerá um número de suicídios por volta de 1,53 milhão. E em relação às tentativas de suicídio o número é de dez a vinte vezes maior.

Caso se confirmem as essas previsões, haverá um caso morte por suicídio a cada 20 segundos e uma tentativa a cada dois segundos. (WANG, SANTOS e BERLOTE, 2004 apud BELOTE e FLEISHMAN 2002)

Desde a criação da OMS, em 1950, este órgão registra e avalia os índices relacionados com o suicídio, mas foi somente em meados de 1998 que esses dados foram estudados com maior rigor e abrangeram 105 países, avaliando os parâmetros sexo e idade (WANG, SANTOS, BERLOTE, 2004).

Estes estudos revelam que uma grande parte dos países informa os casos de óbito por suicídio desde 1950. O Brasil, porém, começou a informar somente a partir de 1980, e os dados mais atualizados do Brasil dizem respeito ao ano de 2000. Os dados dão conta de que em números absolutos o Brasil está em nono lugar, mas, em números relativos, onde se calcula a quantidade de suicídios a cada cem mil habitantes, o Brasil está classificado em 71º lugar. (WANG, SANTOS, BERLOTE, 2004)

De acordo com esses autores a média mundial é de 16 suicídios a cada 100.000 habitantes. Já no Brasil esta média é de 3,5 casos por 100.000 habitantes. No que se refere ao gênero, os estudos revelam que os homens se suicidam mais que as mulheres, um dos únicos países em que esse dado se inverte e a China, esta diferença pode estar relacionada com as particularidades culturais. (WANG, SANTOS, BERLOTE, 2004, apud PHILLIPS e cols., 2002).

No Brasil os índices que mais crescem estão relacionados ao suicídio cometido por jovens, o que demonstra a necessidade de trabalho na prevenção do

suicídio direcionado a esta fatia da população. As medidas que poderiam ser tomadas são: a formação de grupos de debate com adolescentes e trabalhos sobre a temática do suicídio entre jovens, com pais e responsáveis e também com profissionais ligados a esses grupos, como por exemplo, os professores. (WANG, SANTOS, BERLOTE, 2004, apud CASSORLA,1987; TEIXEIRA e VILLAR LUIS, 1997; SANTOS e cols, 2002).

Os estudos comprovam que o número de suicídios cometidos por jovens vem aumentando em vários países, e que esse aumento é significativo em pessoas com menos de vinte cinco anos de idade. Esses dados mobilizaram muitos profissionais da área da saúde - médicos, pesquisadores e funcionários da saúde pública - o que fez aumentar os estudos. Entre os anos de 1960 e 1970, pesquisadores Britânicos estudaram os índices de suicídio de 18 países e constataram um aumento significativo entre os jovens, em todos esses países. (JAMISON , 2002)

Jamison (2002) destaca pesquisa realizada em Estocolmo, durante trinta anos, que comprova o aumento de casos de suicídio entre jovens,

Pesquisadores do Instituto Karolinska, em Estocolmo, rastream padrões de suicídio por um período de 30 anos, de 1952 a 1981, e descobriram que o risco de um homem de 21 anos de idade cometê-lo antes dos 25 anos havia aumentado em 260%. (JAMISON, 2002, p.37)

Este aumento pode estar atrelado a diversos fatores os dados estão sofrendo algumas alterações, pois algumas casos de mortes que antes não eram registrados como suicídio agora começaram a ser, a facilidade com que os jovens estão expostos as drogas, álcool, arma de fogo. (JAMISON, 2002)

No que diz respeito às tentativas de suicídio, estudos mostram que dentre as pessoas que atentam contra a própria vida entre dez a vinte por cento irão realmente concretizar o ato. (JAMISON, 2002) “Os limites entre pensamento, ação e gesto fatal são mais tênues, incertos e perigosos do que qualquer um de nós gostaria de acreditar...” JAMISON 2002.

2.4 PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Segundo Albert Camus, filósofo francês (1942), apud José Manoel Bertolote (2004), o suicídio seria a questão realmente crucial a ser respondida pela filosofia. Avaliar se a vida vale ou não a pena ser vivida, para o filósofo, é fundamental, e todas as outras questões viriam em segundo plano diante de tão inquietante tema, conflito pertencente somente ao homem que é o único ser capaz de refletir e decidir sobre sua vida.

Na tradição cultural judaico-greco-romana, a morte voluntária, como era chamada, passou de tema de interesse primordialmente teológico, jurídico e filosófico a objeto de estudos sociológicos, cujo ápice encontra-se em Émile Durkheim(1897), até tornar-se um centro de interesse da medicina, mais particularmente da psiquiatria. (BERTOLOTE, 2004, p. 193)

Nos dias atuais devido à epidemiologia do suicídio, muitos profissionais de diversas áreas, inclusive da psicologia, estudam o tema. Mas, como citado anteriormente, as causas da tentativa e do suicídio são multifatoriais, podendo ser: vulnerabilidade de temperamento, doenças associadas, faixas etárias de maior risco, fatores genéticos que podem predispor, perdas significativas ao longo da vida, entre tantos outros fatores. Os tratamentos inadequados que acabam desconsiderando a seriedade do problema podem ter conseqüências indesejáveis. O tratamento interdisciplinar, que envolva o paciente em que a família também se envolva pode minimizar os riscos de suicídio. (Jamison, 2002)

Uma grande parte das pessoas que cometem o suicídio demonstram alguns sinais da intenção de matar-se, seja para a família, amigos, médicos, para estes é possível alguma intervenção. A dificuldade maior está entre aqueles que não emitem nenhum sinal, para os quais qualquer atitude preventiva é mais remota. (Jamison, 2002)

A franqueza ao relatar os pensamentos, os planos referentes à tentativa de suicídio, no momento do atendimento é importante para colher dados da história clínica do paciente. O profissional deve ser claro e objetivo ao tratar do assunto. Mas, além disto, deve estar atento a até que ponto vai a falta de esperança na vida, a gravidade da psicopatologia, bem como se o paciente é usuário de drogas e álcool. Outro fator a ser considerado relaciona-se a perdas significativas, por

exemplo morte de alguém querido ou problemas profissionais. Quanto à prevenção propriamente dita, é importante a real situação para que essa pessoa possa ter atendimento médico, psicológico, acompanhamento de amigos ou família, ou seja, análise da rede social. Todos esses fatores são importantes para uma correta avaliação do risco de suicídio, e uma possível prevenção. (Jamison, 2002)

Segundo Jamison (2002), o tratamento deve, tanto quanto possível, manter o paciente em meio social. Porém, mesmo diante da controvérsia quanto à internação, em alguns casos é a única forma de cuidar e proteger o paciente, colocando-o sobre os cuidados intensivos de pessoas devidamente treinadas e capacitadas com vigilância 24 horas até que o quadro se amenize.

Tratamento medicamentoso adequado, vínculo terapêutico e psicoterapia podem ser um diferencial entre escolher viver ou morrer. No entanto, muitas vezes os médicos não encaminham para a psicoterapia devido tanto a divergências entre psiquiatras e psicólogos, quanto a dificuldade de planos de saúde que cubram tratamento psicoterápico. Apesar das discordâncias entre psicólogos e psiquiatras, acima de tudo deve estar a proteção à vida da pessoa que está sob seus cuidados. Trata-se de uma questão ética que psicólogos ao verificarem a necessidade de tratamento medicamentoso encaminhem estes aos psiquiatras, e estes, por sua vez, constatando a necessidade de psicoterapia associada, encaminhem os pacientes ao necessário tratamento psicológico. (Jamison, 2002)

Informação ao paciente parece ser também um ponto relevante para prevenção. Neste sentido é importante que o paciente e seus familiares estejam informados sobre medicação e possíveis reações que devem ser controladas para não expor ainda mais o paciente em risco, como por exemplo: ansiedade grave, agitação, inquietação e delírios. Todos esses sintomas devem ser comunicados ao médico responsável pelo tratamento. Pode-se constatar que o diálogo aberto e sincero diminui a escalada da doença. (Jamison, 2002)

Quanto ao tratamento psicoterápico das vítimas de tentativa de suicídio é necessário que estas tenham confiança no terapeuta. O foco do trabalho se apresenta a partir da demanda e pode ser mudado durante o tratamento. Neste caso, houve-se a queixa, trabalha-se a questão dos preconceitos ligados ao tema e

as perguntas relativas às ideações suicidas devem ser feitas de forma clara, onde o terapeuta demonstra respeito e cuidado com o paciente, para que ele possa entender esta atitude como prevenção e zelo. É importante manter rede de apoio, trabalhar também a família e, havendo necessidade de medicação, encaminhar ao psiquiatra. (COELHO, 2007)

3 MÉTODO

Este capítulo do trabalho refere-se ao método que foi utilizado na pesquisa e está subdividido da seguinte maneira: tipo de pesquisa, participantes da pesquisa, instrumentos de coleta de dados e análise dos dados.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Este trabalho de pesquisa, realizado no campo da Psicologia, utiliza os métodos qualitativo e quantitativo, pois se buscou verificar:

- a) quais ocorrências são caracterizadas pelos profissionais de emergências móveis como tentativas de suicídio;
- b) quais as mais freqüentes estratégias utilizadas pelos profissionais de emergências móveis para o manejo de tentativas de suicídio; e
- c) quais os possíveis encaminhamentos dados em casos de tentativa de suicídio atendidos por profissionais de emergências móveis.

A análise qualitativa foi usada no presente trabalho, pois se pretendeu saber como é a realidade dos profissionais frente à tentativa de suicídio. Segundo Michel (2005, p. 33) “[...] na pesquisa qualitativa o pesquisador participa, compreende e interpreta”. Ainda de acordo com a autora,

[...] a pesquisa qualitativa fundamenta-se na discussão da ligação e correlação de dados interpessoais, na co-participação das situações dos informantes, analisados a partir da significação que estes dão aos seus atos. Na pesquisa qualitativa, a verdade não se comprova numericamente ou estatisticamente, mas convence na forma de experimentação empírica, a partir de análise feita de forma detalhada, abrangente, consistente e coerente, assim como na argumentação lógica das idéias, pois os fatos em Ciências Sociais são significados sociais, e sua interpretação não pode ficar reduzida a quantificações frias e descontextualizadas da realidade. (MICHEL 2005, p. 33).

O método quantitativo foi utilizado, por outro lado, para identificação das mais freqüentes estratégias de manejo realizadas pelos profissionais das emergências móveis e seus encaminhamentos, de acordo com os dados coletados

na amostra. Na pesquisa quantitativa, segundo Michel (2005, p. 33), “[...] os resultados são obtidos e comprovados pelo número de vezes em que o fenômeno ocorre ou com a exatidão em que ocorre”.

No que diz respeito aos objetivos gerais da pesquisa, segundo Gil (2008, p. 41) as pesquisas podem ser classificadas em três grupos: exploratórias, descritivas e explicativas.

A presente pesquisa classifica-se em exploratória e descritiva. Exploratória porque é abrangente e aborda diversas características do fato estudado, tornando mais explícito o problema, entrevistando profissionais que atuam na prestação de socorro a pessoas que tentaram suicídio e analisando os dados. Descritiva porque utilizou análise de conteúdo avaliando as entrevistas e descrevendo os dados coletados (GIL, 2008). Para Michel (2005, p. 36) “a pesquisa descritiva [...] procura conhecer e comparar as várias situações que envolvem o comportamento humano, individual, ou em grupos sociais ou organizacionais, nos seus aspectos social, econômico e cultural.” Sendo assim, de acordo com as características do tema, a pesquisa exploratória e descritiva atende ao objetivo do presente trabalho.

Quanto ao delineamento, esta pesquisa é um estudo de caso, cuja o caso são as unidades de emergências móveis da grande Florianópolis. Segundo Gil (2002), estudo de caso diz respeito a um estudo aprofundado relacionados a poucos objetos, possibilitando um maior detalhamento do objeto pesquisado.

De igual modo, esta pesquisa se caracteriza por um estudo de campo, pois os dados serão coletados em campo. De acordo com Gil (2002), no estudo de campo busca o aprofundamento das questões apresentadas, focalizando uma determinada comunidade.

3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA.

Foi realizado levantamento para verificar quais são as emergências móveis da Grande Florianópolis que atendem à tentativas de suicídio. Depois de realizada uma pré-coleta, foram identificados, na Grande Florianópolis, os seguintes serviços de emergências móveis que realizam atendimento a vítimas de tentativa de

suicídio: Serviço de Atendimento Móvel de Urgências - SAMU, Corpo de Bombeiros, Segunda Companhia do Primeiro Batalhão de Bombeiros Militar – GBS, e duas empresas particulares de que prestam serviço de atendimento de emergências médicas. Foram realizadas oito entrevistas, conforme tabela abaixo.

Nome	Sexo	Idade	Profissão	Local de trabalho	Já atendeu vítimas de tentativa de suicídio e de suicídio?
Sujeito 1	F	32 anos	Enfermeira.	Emergência móvel privada.	Sim.
Sujeito 2	M	51 anos	Bombeiro militar aposentado – trabalha como socorrista.	Emergência móvel privada.	Sim.
Sujeito 3	M	31 anos	Bombeiro militar.	Corpo de Bombeiros.	Sim.
Sujeito 4	F	35 anos	Enfermeira.	SAMU	Sim.
Sujeito 5	M	27 anos	Bombeiro militar.	Corpo de Bombeiros.	Sim.
Sujeito 6	M	38 anos	Bombeiro militar.	Corpo de Bombeiros - Busca e Salvamento	Sim.
Sujeito 7	M	44 anos	Bombeiro militar.	Corpo de Bombeiros - Busca e Salvamento	Sim.
Sujeito 8	M	34 anos	Socorrista	SAMU	SIM

Como pode ser verificado na tabela, foram entrevistados dois profissionais de cada instituição.

3.3 SITUAÇÃO E AMBIENTE

Entende-se por amostra uma parcela extraída de um conjunto universal, com a finalidade de ser avaliada (RICHARDSON e colaboradores, 1999). Da população identificada, foram entrevistados os primeiros profissionais que se

disponibilizaram a responder a entrevista, sendo que os entrevistados são desconhecidos da pesquisadora.

Após a identificação dos profissionais, as entrevistas foram realizadas em uma sala dos postos de atendimento das emergências móveis, conforme a disponibilidade dos mesmos. Durante a realização de quatro entrevistas, havia uma outra pessoa na sala além da entrevistadora e do entrevistado, devido ao fato de não ter outra sala específica para a realização da entrevista, sendo este o local de trabalho dos mesmos. Durante três entrevistas ocorreram interrupções de ruídos advindos de telefones ou rádios transmissores dos entrevistados, devido ao fato de eles não poderem desligar estes equipamentos, pois recebem chamadas de emergências.

Para a realização de uma das entrevistas com profissionais do SAMU a pesquisadora necessitou ir três vezes ao local e os profissionais estavam sempre em atividades de socorro, não se encontrando no local nenhuma das ambulâncias. Em uma quarta visita foi possível conversar com um dos socorristas, no entanto, mesmo ele demonstrando bastante disponibilidade em responder, e se interessando pelo tema, este foi chamado pelo telefone diversas vezes, e devido ao seu trabalho solicitou que respondesse a entrevista via e-mail, então foi enviada a entrevista por email. Ocorre que o socorrista não devolveu a pesquisa com as respostas, por este motivo foi realizada outra entrevista com socorrista do SAMU.

Durante a coleta de dados foi tentado contato via telefone por diversas vezes com uma outra emergência móvel privada, onde a pesquisadora explicou sobre o tema da pesquisa e solicitou a possibilidade de realizar com dois profissionais desta emergência. Após estas tentativas, a pesquisadora esteve no local com intuito de encontrar algum responsável que pudesse explicar melhor a pesquisa, no entanto, a informação recebida foi que a responsável não se encontrava no local. Foi disponibilizado pela empresa o número do telefone celular da profissional responsável pela clínica, mas ao tentar contato diversas vezes a pesquisadora não obteve retorno.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Segundo Michel (2005), os instrumentos de coleta de dados são técnicas imprescindíveis para a realização de uma pesquisa, visando obter os dados a serem analisados de acordo com a teoria. Para o autor, é necessário seguir critérios rigorosos, para não falsear a realidade e comprometer a pesquisa. Nesta pesquisa foram utilizadas como técnica de coleta de dados, entrevistas individuais semi-estruturadas, pois estas possibilitam uma análise não só do conteúdo, mas também possibilita ao entrevistador observar a forma como respondem as perguntas, ou seja, o comportamento não verbal do entrevistado.

A entrevista semi-estruturada, segundo Michel (2005), é um tipo de entrevista em que há maior flexibilidade para o entrevistado responder às questões, que seguem um roteiro previamente estabelecido, de acordo com os dados que se busca compreender.

Para realização das entrevistas foram contatados os responsáveis por serviços de atendimento de emergências móveis da grande Florianópolis, que atendam tentativas de suicídio, e foi solicitado permissão para a realização das entrevistas semi-estruturadas. Posteriormente foi realizado contato com os sujeitos da pesquisa, solicitando sua disponibilidade para participar da mesma, quando foram explicados os objetivos desta, bem como fato de que a participação é voluntária e que a identificação seria sigilosa. Foi, ainda, esclarecido que o entrevistado poderia desistir da entrevista, caso sentisse algum constrangimento em responder às perguntas e que sua identidade seria mantida em sigilo. Tudo isto foi apresentado no Termo de Consentimento, inclusive o consentimento para gravação em áudio, relatando a utilização das entrevistas para fins científicos.

Cada entrevista continha perguntas formuladas com clareza, para possibilitar uma compreensão por parte do entrevistado, contendo perguntas referentes ao manejo das estratégias de atendimento nas tentativas de suicídio e seus encaminhamentos.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A entrevista continha um roteiro previamente estabelecido contendo categorias a *priori* como “estratégias utilizadas pelos profissionais”, “causas das

tentativas de suicídio” e outras categorias foram elaboradas *a posteriori*, de acordo com as respostas dos profissionais. Sendo que este roteiro respeitou os objetivos da pesquisa. A análise dos dados, por sua vez, foi pautada e relacionada com a teoria.

A categorização consiste na organização dos dados de forma que o pesquisador consiga tomar decisões e tirar conclusões a partir deles. Isso requer a construção de um conjunto de categorias descritivas, que podem ser fundamentadas no referencial teórico da pesquisa. Nem sempre, porém essas categorias podem ser definidas de imediato (...) (LUDKE, ANDRÉ, 1986, p. 134)

A análise dos dados ocorreu logo após a transcrição das entrevistas, visto que estas foram gravadas em áudio, com a permissão dos participantes. A partir da transcrição foi realizada a análise de conteúdo. Por fim, foi efetuada a categorização dos dados coletados de acordo com as categorias estabelecidas respondendo os objetivos específicos por meio das respostas das entrevistas. Os dados são apresentados em tabelas

Quanto à análise de conteúdo, segundo Minayo,

(...) podemos citar duas funções na aplicação da técnica. Uma refere-se a verificação de Hipóteses e questões, ou seja, através da análise de conteúdo podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas no trabalho de investigação de (hipóteses). A outra função diz respeito à descoberta do que está por trás do conteúdo manifesto, indo além das aparências do que está sendo comunicado. (MINAYO, 1994, p. 74)

A parte fundamental da análise dos dados é a de organizar o material coletado possibilitando a compreensão dos mesmos de forma diretamente relacionada com o problema de pesquisa a ser investigado. (GIL,1999).

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para melhor compreensão e conforto do leitor os resultados estão apresentados em forma de tabelas. A análise foi realizada a partir das questões das entrevistas, que foram elaboradas com vistas a responder a cada objetivo específico. Assim, serão apresentadas as tabelas com a categorização das informações e logo a seguir a análise.

Cabe ressaltar que o primeiro dos objetivos específicos (*identificar quais serviços de emergência móvel da grande Florianópolis atendem aos casos de tentativas de suicídio e suicídio*), dada a sua característica que o coloca como antecedente da pesquisa propriamente dita, foi respondido por meio de contatos telefônicos com serviços de emergências móveis públicas e privadas. Os critérios adotados para a seleção desses serviços foi: conhecimento público e facilidade de acesso para a população. Para viabilizar a pesquisa era necessário fazer contato prévio com as instituições para que estas manifestassem a concordância com a participação na pesquisa. Dentre os serviços identificados foi possível realizar a pesquisa com o SAMU, o Corpo de Bombeiros, a Segunda Companhia do Primeiro Batalhão de Bombeiros Militar – GBS e uma emergência móvel privada.

Desta forma, este capítulo de apresentação e análise de dados está dividido da seguinte maneira: 4.1) apresentação e análise das informações que respondem ao objetivo específico dois; 4.2) apresentação das informações e análise das categorias referentes ao objetivo específico três e 4.3) apresentação das informações e análises das mesmas, referentes à resposta do objetivo específico quatro. Optou-se por utilizar uma sigla referente a cada instituição na qual cada participante trabalha, conforme descrição a seguir:

EP: EMERGÊNCIA PRIVADA
CB: CORPO DE BOMBEIROS
BS: BOMBEIRO MILITAR DA DIVISÃO DE BUSCA E SALVAMENTO
SA: SAMU

4.1 OBJETIVO ESPECÍFICO 2: VERIFICAR QUAIS OCORRÊNCIAS SÃO CARACTERIZADAS COMO TENTATIVA DE SUICÍDIO PELOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA MÓVEL

Pergunta: Qual é a frequência com que vocês são chamados para prestar atendimento a vítimas de tentativa de suicídio e suicídio?

Tabela 1: Frequências das ocorrências

CATEGORIA	FREQÜÊNCIA DAS OCORRÊNCIAS
SUJEITO 1 – EP	Muito raro este tipo de ocorrência, quando atendemos, geralmente, é por intoxicação, por uso de medicação. [...]
SUJEITO 2 – EP	Aqui, infelizmente, não tive a oportunidade de atender, pois trabalhamos em forma de plantão dia sim, dia não, e a outra equipe já atendeu esse tipo de caso.
SUJEITO 3 – CB	Difícil te passar sem consultar os dados estatísticos [...] Coloca em Florianópolis da onde eu acompanho, pois a dificuldade de relatar, pois o preconceito é grande, mas dados bem caracterizado como o suicídio: uma vez por mês.
SUJEITO 4 – CB	Uma vez por mês. Ocorrências, a principio, vão em todas as chamadas. [...]
SUJEITO 5 – BS	É muito pouco. Durante o ano, quatro ou cinco vezes e, às vezes em um mês dá mais de uma e depois dá um tempo. Nosso maior atendimento são as tentativas nas Pontes Hercílio Luz e Colombo Sales que tem acesso de pedestre na passarela é onde da mais problema faz mais ou menos um mês teve uma tentativa na ponte Colombo Sales a pessoa estava lá na pista dos veículos, conseguimos convencer ele a não se suicidar.
SUJEITO 6 – BS	Isto é muito variável, mas varia de, a cada dois meses somos chamados para um atendimento para desse gênero ai.
SUJEITO 7 – SA	Agora está calmo, mas em 2007 todo dia tinha uma tentativa, alguém querendo se matar, tomando vários comprimidos, coisas mais leves, principalmente nas segundas-feiras. (...) Ontem uma colega minha foi num atendimento. [...]
SUJEITO 8 – SA	[...] atendimento é de um paciente por semana em média dois, três ou quatro pacientes mês nessas condições de tentativas.
FREQÜÊNCIA	8

Fonte: Elaborada pela autora, 2009.

Com relação à categoria *frequência das ocorrências* fica muito claro que, quanto aos oito sujeitos entrevistados, não há uma frequência que possa ser considerada como preponderante. Os profissionais relatam diversas frequências, por

exemplo, o **sujeito um** afirma que é muito raro esse tipo de atendimento: “(...) *Muito raro, este tipo de ocorrência (...)*”.

O **sujeito dois** informa que não atendeu nenhum caso de suicídio ou tentativa de suicídio neste serviço, especificamente (serviço particular de emergência móvel), mas que durante o período em que atuou como bombeiro atendeu vários casos. Já o **sujeito três**, fala da dificuldade de relatar já que existe muito preconceito, o que faz com que a verdade seja omitida, mas diz atender uma ocorrência por mês. O **sujeito cinco** diz que são poucos atendimentos, mais ou menos quatro ou cinco por ano, sendo que pode acontecer mais de um num mesmo mês.

Diante dessas informações, constata-se que não há uma frequência que possa ser estabelecida em relação às frequências das ocorrências. Isso confirma a informação do Ministério da Saúde (2006) para quem, de acordo com os estudos sobre as ocorrências de suicídio e tentativa de suicídio, não há números exatos e reais, pois devido a fatores como preconceito, que faz com que a família esconda a realidade; mensagens implícitas, que não deixam claro se tratar desse tipo de ocorrência; bem como, o fato de, em algumas situações, haver dúvida se foi ou não tentativa de suicídio, como por exemplo, no caso de alguém que se joga da ponte, que será registrado como afogamento, a não ser que haja uma testemunha que relate tratar-se de suicídio.

Pergunta: que ocorrências você considera como tentativa de suicídio?

Tabela 2: Ocorrências

CATEGORIA	OCORRÊNCIA CARACTERIZADA COMO TENTATIVA DE SUICÍDIO		
Subcategoria	Ingesta de substância	Outros	Danos físicos
SUJEITO 1 – EP	[...] uso de medicação controlada, ou mesmo outro medicamento que não seja controlado, tomado de forma exagerada, uma quantidade superior àquela que pode usar.	[...] várias outras formas.	
SUJEITO 2 – EP		Na minha visão tudo aquilo que faz com que a pessoa esteja incorrendo contra o seu próprio corpo ou de outrem pessoa.	
SUJEITO 3 – CB		É uma dificuldade muito grande de caracterizar isso, a não ser que isso esteja claro, explícito, é muito difícil. [...] O que é claro para nós é o não cometimento ou o cometimento a não ser que a vítima ainda esteja viva e consiga ser resgatada pelo corpo de bombeiro consegue ser convencida a desistir da sua intenção pelo bombeiro naquele momento, conseguimos evidenciar muito claramente a tentativa de suicídio. [...]	
SUJEITO 4 – CB	[...] ingestão de medicamento controlado [...]		Pulso cortado, enforcado. [...] Tem casos de as pessoas se jogar no rio (...) se jogar na frente de carro.

CATEGORIA	OCORRÊNCIA CARACTERIZADA COMO TENTATIVA DE SUICÍDIO		
Subcategoria	Ingesta de substância	Outros	Danos físicos
SUJEITO 5 – BS		Tentativa de suicídio onde a vítima está em local de difícil acesso principalmente próximo as sacadas pontes em local que ela caindo ou saindo daquele local ela vai ter dano né. [...] então o nosso atendimento as vítimas de tentativa de suicídio ele é mais demorado a pessoa está em cima de uma edificação um ponte ou numa torre naquele caso lá então o fato não está consumado ainda a gente está aguardando. [...]	
SUJEITO 6 – BS	Todas que podemos citar que limita a capacidade do ser humano, de fazer coisas que é incabíveis [...] mas quando extrapola o limite da capacidade humana.		
SUJEITO 7 – AS	A pessoa toma veneno, a gente foi atender um senhor que tomou veneno para matar rato, é ingerir, tomar vários comprimidos, tem gente que toma uma cartela de amoxicilina, um antibiótico, a gente sabe que não vai morrer, mas a pessoa acha, que às vezes a pessoa quer chamar atenção. [...]		(...) Um enforcamento. É qualquer coisa que a pessoa causa dano para ela sabendo o que está fazendo.

CATEGORIA	OCORRÊNCIA CARACTERIZADA COMO TENTATIVA DE SUICÍDIO		
Subcategoria	Ingesta de substância	Outros	Danos físicos
SUJEITO 8 – AS	[...] qualquer tentativa que ele faça. Eu acredito que é uma categorização de suicídio, seja medicamentosa [...]		Aquela em que o paciente deixa bem claro ou demonstra isso através da sua atitude ou da forma verbal de que não tem mais interesse em permanecer nesse mundo, que tem interesse em se matar. [...] Eu acredito que é uma categorização de suicídio, seja medicamentosa, ou por arma branca, ou se jogar até mesmo na BR, né, ou, de uma certa altura, qualquer uma dessas acredito se caracterizar. [...]
FREQÜÊNCIA	5	4	3

Fonte: Elaborada pela autora, 2009.

Quanto à categoria *ocorrências caracterizadas como tentativa de suicídio*, para uma melhor compreensão foi dividida nas subcategorias *ingesta de substância*, *outros* e *danos físicos*. A subcategoria *ingesta de substância* obteve freqüência cinco dos oito entrevistados. Possivelmente, isso pode ser explicado pela facilidade da população ao acesso de medicamentos, sejam controlados ou não. Um exemplo disso ocorre nos postos de saúde, devida a falta de psiquiatra e as consultas serem muito espaçadas, os pacientes acabam por levar medicamentos para casa para utilizarem durante um, dois ou até três meses. Isso facilita a ingestão dos mesmos num momento de desespero, levando ao risco de suicídio.

Pode-se observar com a fala do **sujeito quatro** que diz referindo-se ao que entende ser uma tentativa de suicídio: “(...) *ingestão de medicamento controlado*.” Observa-se que além do risco de ingestão de medicamento controlado, também o acesso a qualquer medicamento pode gerar um risco de suicídio, pois a facilidade de obter esses em farmácias, mesmo sem receita médica, possibilita a ingestão descontrolada. Este aspecto pode ser evidenciado com a fala do **sujeito um**: “(...) *uso de medicação controlada, ou mesmo outro medicamento que não seja*

controlado tomado de forma exagerada, uma quantidade superior àquela que pode usar.”

Com relação à subcategoria *outros*, que obteve frequência quatro, dentre oito entrevistados, fica evidente a complexidade de caracterizar a tentativa de suicídio, o que é demonstrado também na prática.

Pode-se verificar a dificuldade de definir tentativa de suicídio, conforme a fala do **sujeito três**: *“(...) É uma dificuldade muito grande de caracterizar isso, a não ser que isso esteja claro, explícito, é muito difícil. Às vezes a própria família encobre tais situações, pela vivência já observamos isso, pela vergonha”*. Meleiro, Teng e Wang (2004, pg. 22), com relação ao que é uma tentativa de suicídio, sugeriram a utilização do termo *tentativa de suicídio* independente da intencionalidade do ato suicida.

Na subcategoria *danos físicos*, a frequência apresentada foi três, dos oito entrevistados. O **sujeito sete**, quando relata o que caracteriza como tentativa de suicídio, diz: *“(...) um enforcamento. É qualquer coisa que a pessoa cause dano para ela, sabendo o que está fazendo.”* O comentário do **sujeito sete**, que afirma que o suicida tem plena consciência do ato e de suas conseqüências, no entanto, diverge da teoria, pois para Meleiro, Teng e Wang (2004), há tentativas em que a pessoa não sabe muito bem a dimensão do ato e de seu resultado. A mesma divergência pode ser observada na fala do **sujeito oito**: *“(...) aquela em que o paciente deixa bem claro, ou demonstra isso através de sua atitude, ou de forma verbal, de que não tem mais interesse em permanecer neste mundo, que tem interesse de se matar.”*

De acordo com Jamilson (2002), mesmo tendo muitos casos onde o indivíduo dá algum sinal de alerta que possa ser indicativo de risco de suicídio, talvez possibilitando aí uma intervenção, há os casos em que o indivíduo simplesmente não dá indicativos do que vai cometer, e para estes fica complicado, ou fica difícil a possibilidade de intervenção.

Os motivos que levam o sujeito a ir ao encontro da morte não são decifrados por nenhuma teoria, pois os autores são unânimes em dizer que os fatores são diversos. Mas, quanto à tentativa de suicídio Durkeim (1996, p. 10) assim a define: *“a tentativa de suicídio é o acto assim definido, mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado”*.

Pergunta: Informações adicionais.

Tabela 3: Causas apontadas que levam a tentativa de suicídio

CATEGORIA	CAUSAS APONTADAS PELOS PROFISSIONAIS COMO MOTIVADORAS DO SUICÍDIO E DA TENTATIVA DE SUICÍDIO				
Subcate- Goria	Depressão	Conflitos familiares	Fatores sócio-econômicos	Tentativas anteriores	Drogas e bebidas
SUJEITO 1 – EP	[...] tem pacientes deprimidos várias outras formas.				[...] Já tivemos caso de uma paciente usuária de droga que abusou no uso e quando chegamos no local o paciente já estava em óbito.
SUJEITO 2 – EP		[...] O marido motorista a mulher foi arrumar a roupa e viu fotos de mulheres [...] Ela jogou álcool no corpo e depois quando o marido chegou, ela ficou ameaçando atear fogo com um isqueiro, se ele não confessasse que ele tinha uma amante ela ia se queimar. No impulso, o fogo acendeu, ela mesmo correu para o chuveiro para apagar.			

CATEGORIA	CAUSAS APONTADAS PELOS PROFISSIONAIS COMO MOTIVADORAS DO SUICÍDIO E DA TENTATIVA DE SUICÍDIO				
Subcate- Goria	Depressão	Conflitos familiares	Fatores sócio- econômicos	Tentativas anteriores	Drogas e bebidas
SUJEITO 3 – CB				[...] aquela situação está daquele jeito por histórico de tentativa de suicídio [...]	
SUJEITO 4 – CB		[...] primeiro tem que ver se o problema é dela ou da família [...]	Olha, primeiro tem que ver se o problema [...] se é financeiro. [...] Não consegue pagar as contas, vai acumulando, uma hora ela vai fazer alguma coisa.		
SUJEITO 5 – BS	[...] mas com depressão [...] geralmente estão deprimidos [...]		Dificuldade social não ter casa para morar, não ter trabalho, o desemprego é um fator mencionado porque não tem trabalho, não consegue sustentar a família, ai tem as cobranças da esposa, da família em si, daí vai acumulando. [...] se eu não me engano ali foi problema de emprego, mais fator social.		Primeiro passo é ver o estado de consciência da vítima chega e vê se ele não está sobre efeito de droga ou efeito de bebida ou se está sem esses efeitos [...] ele estava sobre efeito de droga e bebida né. Aí nós tivemos que aguardar passar todo aquele efeito [...]

CATEGORIA	CAUSAS APONTADAS PELOS PROFISSIONAIS COMO MOTIVADORAS DO SUICÍDIO E DA TENTATIVA DE SUICÍDIO				
Subcate- Goria	Depressão	Conflitos familiares	Fatores sócio- econômicos	Tentativas anteriores	Drogas e bebidas
SUJEITO 6 – BS	[...] Na maior parte das vezes, no caso de todos os suicidas, o que dói é a alma.	Na dificuldade, ou no suicídio, alguma coisa não está bem, principalmente , partindo da estrutura familiar [...] quando esta base não está boa, toda a estrutura está abalada.	[...] maior parte querem que alguém dêem uma oportunidade de emprego, querem que dêem uma oportunidade de ouvir a verdade que ele tem a falar. - Relato de caso: [...] Ele dizia: olha, vocês bombeiro tem dinheiro, vocês têm uma família [...] Ele dizia que todo o dinheiro que ele tinha trabalhado duro não restou nada, não tinha um centavo no bolso, e o 13º que ele tinha para presentear a família, a mulher, só sobrou vinte reais para ele, e que devido a dificuldade financeira os filhos abandonaram ele, a esposa não quer mais saber dele porque ele não era digno de segurar uma família. [...] eu não tenho direito de ter um filho.		

CATEGORIA	CAUSAS APONTADAS PELOS PROFISSIONAIS COMO MOTIVADORAS DO SUICÍDIO E DA TENTATIVA DE SUICÍDIO				
Subcate- Goria	Depressão	Conflitos familiares	Fatores sócio- econômicos	Tentativas anteriores	Drogas e bebidas
SUJEITO 7 – AS		[...] Segunda-feira era dia do suicídio. Todo mundo tentando se matar, meninas brigando com namorado querendo se matar na segunda-feira.			
SUJEITO 8 – AS	Não tem mais interesse em manter a vida, que perdeu o estímulo pela vida, perdeu o desejo de estar aqui, de que não encontra mais motivo para estar vivo. [...] Eu não sabia que era tanto, não sei. Geralmente a esposa, ou esposo dizem, que ele já faz acompanhamento médico, ele toma medicamento, ele vem sendo avaliado periodicamente, ele vem sendo observado [...]			[...] normalmente é um paciente recorrente e é 2 ou 3 vezes que a gente atende, às vezes e isso.	
FREQÜÊNCI A	4	4	3	2	2

Fonte: Elaborada pela autora, 2009.

A categoria *causas*, está dividida, para melhor compreensão, nas subcategorias 1) *depressão*; 2) *conflitos familiares*; 3) *fatores socioeconômicos*; 4) *tentativas anteriores*; e 5) *drogas e bebidas*.

O fato dessa categoria apresentar cinco subcategorias nos mostra a pluralidade das causas de tentativas de suicídio e suicídio. Para Meleiro, Teng e Wang (2004), a tentativa de suicídio evidencia um risco a mais para o suicídio e está intrinsecamente relacionado a diversos fatores, sejam de ordem genética, psíquica e social, levando assim a uma gama de causas que envolvem o tema. Percebe-se que os profissionais estão cientes da complexidade do tema, quando relatam que a tentativa de suicídio depende de muitas coisas, que envolve a vida do sujeito.

A subcategoria *depressão* obteve frequência quatro. Pode-se analisar a fala do **sujeito seis**, que diz: “(...) *Na maior parte das vezes, no caso de todos os suicidas o que dói é a alma..*” A fala deste profissional nos mostra que eles têm a dimensão de que tentativa de suicídio em muitos casos revela um ato de sofrimento. Também o comentário feito pelo **sujeito oito** é exemplificativo da importância dessa causa como motivadora do suicídio. “(...) *Não tem mais interesse em manter a vida, que perdeu o estímulo pela vida, perdeu o desejo de estar aqui, de que não encontra mais motivo para estar vivo.*”

Na presente pesquisa, a *depressão* é um dos fatores que mais aparece como causa para o suicídio, confirmando a teoria, já que, para o Ministério da Saúde, a *depressão* está entre os transtornos mentais que carregam maior predisposição para o risco de suicídio. (BRASIL, 2006). Ressalte-se, no entanto, que não há unanimidade quanto a esta causa, pois alguns autores relatam que é na *mania* que o risco de suicídio aumenta.

A subcategoria *conflitos familiares* obteve frequência quatro. De fato, dentre as causas essa foi uma das mais citadas, como se verifica, por exemplo, no relato de caso trazido pelo **sujeito dois**, onde o motivo foi ciúmes: “(...) *O marido motorista a mulher foi arrumar a roupa e viu fotos de mulheres, ela achou que era uma amante, uma namorada. Ela jogou álcool no corpo e depois quando o marido chegou ela ficou ameaçando atear fogo com um isqueiro, se ele não confessasse que ele tinha uma amante ela ia se queimar*”. Os conflitos familiares como um dos fatores que associados a outros podem desencadear uma tentativa de suicídio. (BRASIL, 2006)

O **sujeito seis** revela a importância, sob sua ótica, da estrutura da família para possibilitar equilíbrio no sujeito, mantendo-o, assim, afastado do risco de suicídio: *“(...) Na dificuldade, ou no suicídio, alguma coisa não está bem, principalmente, partindo da estrutura familiar que é a base que sustenta qualquer fonte de vida, quando esta base não está boa, toda a estrutura está abalada.”*

Já na subcategoria *fatores socioeconômicos*, que apresentou frequência três, podemos analisar a fala do **sujeito cinco**: *“(...) Dificuldade social não ter casa para morar, não ter trabalho, o desemprego é um fator mencionado porque não tem trabalho, não consegue sustentar a família, aí tem as cobranças da esposa, da família em si, daí vai acumulando (...)”*

A dificuldade de trabalho, nesse momento, passa a ser motivador de suicídio. De acordo com BRASIL (2006), *a dificuldade financeiras, solidão, contém forças desencadeantes de cometer o suicídio*. Isto pode ser observado, também, com um relato trazido pelo **sujeito seis**: *“(...) Ele dizia: olha, vocês bombeiro tem dinheiro, vocês têm uma família, vocês têm um carro. (...) “Vocês têm uma história, vocês tem uma vida, e eu o que tenho para contar? Vocês querem ouvir o que eu tenho para contar? Olha amigo, vocês vão me ouvir agora”. Por bem nós nos calamos e ficamos ouvindo o que ele tinha para falar. (...) devido a dificuldade financeira os filhos abandonaram ele, a esposa não quer mais saber dele porque ele não era digno de segurar uma família. (...)o que resta da minha vida, o que eu gosto da minha vida é da minha família e dos meus filhos. Com a dificuldade que eu tenho eu digo para vocês que eu não tenho direito de ter um filho ou as pessoas que não tem dinheiro não podem ter filhos. Eu quero ser pai independente da situação que eu estou vivendo, fui pai e quero ser pai.”*

De acordo com Quinet (2002), pode-se perceber que a sociedade teve seus avanços na atualidade, mas também teve perdas onde as pessoas tornaram-se sós e passam a valer pelos bens que possuem e não pelo que realmente são. Muitas vezes desconsidera-se o potencial que faz parte da essência humana, aquilo que ela é, independente do que ela tem.

A subcategoria *tentativas anteriores* obteve frequência dois. De acordo com a teoria citada, tentativas anteriores potencializam o risco de suicídio. No referencial teórico este fator é considerado mais relevante, porém, na pesquisa aparece com pouco frequência.

A categoria drogas e bebida alcoólica apresentou frequência um, revelada pelo **sujeito cinco** quando relata o caso do salvamento na torre: “(...) nesse caso da torre já foi mais uso de droga e bebida alcoólica e também era uma pessoa jovem (...)”. Este sujeito faz uma interligação entre usar drogas e bebida alcoólica e tentativa de suicídio. Segundo BRASIL (2006) o uso de álcool abrange mais de 11% da população mundial e isso necessita planejamento preventivo por parte dos profissionais da saúde, pois está entre as causas de aumento do risco de suicídio.

Pergunta: Quais as formas utilizadas por vocês para fazer o registro destas ocorrências?

Tabela 4: Forma de registrar

CATEGORIA	REGISTRO DAS OCORRÊNCIAS
SUJEITO 1 – EP	É feito ficha de atendimento e também quando o cliente liga fica um registro, as ligações são gravadas e no local as fichas são preenchidas. Dos adultos ficam guardadas por 5 anos e das crianças por 10 anos.
SUJEITO 2 – EP	Tanto no bombeiro como aqui, temos uma central de regulação feita pelo médico, ele vai dizer se o atendimento pode ser feito ou não. No bombeiro não fica longe disso, telefone e rádio, os técnicos atendem, só que não é regulado, é encaminhado uma viatura ao local, atendimento para averiguação (...) [...] Depende do início do atendimento, se tiver testemunha que prove que a pessoa se jogou do prédio ou da ponte. Agora, se encontramos a pessoa afogada não coloca-se no registro tentativa de suicídio. Quando não tem prova ou testemunha. Já encontramos carta, aí sim, mas se não encontramos nada, sem prova não podemos colocar nada, se encontrar em óbito.
SUJEITO 3 – CB	[...] Pessoa se joga do quinto andar, digamos que é tentativa de suicídio, a gente coloca no documento oficial como tentativa de suicídio. O protocolo é caso clinico. Talvez tenha viés de tentativa de suicídio, mas o protocolo é causa clinica.[...]
SUJEITO 4 – CB	Feito relatório na ambulância, ficha de ocorrência, preenchidas com dados da vítima, o que a gente viu na cena, na ocorrência, fica uma no quartel e outra no hospital.
SUJEITO 5 – BS	
SUJEITO 6 – BS	Sempre em papel, nós colocamos o relato no papel e fica registrado isso no papel e manda pro Copom. [...] Todas, se já houve suicídio nós colocamos claramente no relatório, e se foi uma tentativa também é relatado como tentativa.
SUJEITO 7 – AS	Ficha, número do paciente, idade, medicação que usa. Pois é, chega lá é tentativa, tomou comprimido, geralmente é o médico que preenche.
SUJEITO 8 – AS	As fichas de ocorrência ficam todas armazenadas na central, por ano, por dia. O familiar quando precisa lê tira uma cópia e a central tem vinte quatro horas para providenciar uma cópia, [...] Elas são armazenadas por cronograma de atendimento.
FREQÜÊNCIA	7

Fonte: Elaborada pela autora, 2009.

A categoria registro teve frequência sete, ou seja, dos oito entrevistados, sete relataram que os casos de suicídio são registrados como tal.

O **sujeito um** relata como são realizados os registros das ocorrências, de forma geral, não especificando como são realizados os registros nos casos de tentativa de suicídio, “(...) *É feito ficha de atendimento e também quando o cliente liga fica um registro, as ligações são gravadas e no local as fichas são preenchidas. Dos adultos ficam guardadas por 5 anos e das crianças por 10 anos.*” O **sujeito dois**, no entanto, deixa claro que somente é registrado como tentativa de suicídio, ou suicídio, se houver testemunha: “[...] *Depende do início do atendimento, se tiver testemunha que prove que a pessoa se jogou do prédio ou da ponte. Agora, se encontramos a pessoa afogada não coloca-se no registro tentativa de suicídio. Quando não tem prova ou testemunha. Já encontramos carta, aí sim, mas se não encontramos nada, sem prova não podemos colocar nada, se encontrar em óbito*”. A fala do **sujeito três** “[...] *Pessoa se joga do quinto andar, digamos que é tentativa de suicídio, a gente coloca no documento oficial como tentativa de suicídio. O protocolo é caso clínico. Talvez tenha viés de tentativa de suicídio, mas o protocolo é causa clínica.*[...]” confirma o que revela o **sujeito dois**. Por outro lado, a fala do **sujeito seis** mostra que “[...] *Todas, se já houve suicídio nós colocamos claramente no relatório, e se foi uma tentativa também é relatado como tentativa.*”

Essa contradição de dados, de informações quanto à forma de registrar, como foi possível verificar na pesquisa está devidamente ligada à complexidade do tema, como pode ser visto na fala do **sujeito três**, que fala da necessidade de uma investigação policial, pois, esta ocorrência pode ser um crime, somente a investigação policial vai descobrir o que realmente aconteceu.

Santos e Merlote (2004) afirmam que a incoerência nos dados de registro e também o fato de estes serem poucos e inconfiáveis trazem incoerência de informação. Isto também pode ser observado na presente pesquisa. Pode-se supor que o tema tentativa de suicídio e suicídio ainda está envolto por preconceitos, pois há informações incongruentes, o que pode ser vestígio de um preconceito que ainda está implícito no tema e juntamente com a complexidade, dificulta que os dados reais sejam contabilizados.

4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO 3: LISTAR OS PROCEDIMENTOS UTILIZADOS PELOS PROFISSIONAIS PARA ATENDIMENTO À PESSOAS QUE TENTARAM SUICÍDIO.

Pergunta: você recebeu treinamento específico para atendimento às vítimas de tentativa de suicídio?

Tabela 5: Ter recebido treinamento

CATEGORIA	TREINAMENTO ESPECÍFICO
SUJEITO 1 – EP	Nunca, nunca [referindo-se ao fato de nunca ter recebido treinamento específico]. O único contato [com material, não com pessoas] meu com tentativa de suicídio e suicídio foi na faculdade fora isso não recebi nenhum treinamento específico para atender vítimas.
SUJEITO 2 – EP	Treinamento específico não [...] Temos treinamento com abordar, como se aproximar, treinamento para abordar pessoas, com envolver a pessoa que tentou suicídio ou a pessoa que mantém alguém como refém, não é especificamente para tentativa de suicídio [...]
SUJEITO 3 – CB	Nenhum treinamento específico para questões saúde psicológicas. Cuidamos mais das funções vitais.
SUJEITO 4 – CB	Não, nosso treinamento é para depois do incidente, não necessariamente recebemos.
SUJEITO 5 – BS	Recebemos treinamento para socorro as vítimas de tentativas mais em edificações em área que a gente vai mobilizar esta vitima mas um treinamento psicológico para trabalhar com ela não recebemos [...]
SUJEITO 6 – BS	Não muito específico, mas alguma coisa relacionada ao assunto é o suficiente para que a gente sempre tenha êxito no trabalho.
SUJEITO 7 – SA	Não, o trabalho é mais médico.
SUJEITO 8 – SA	Especificamente para atender esse tipo de paciente não. Mas, o treinamento em geral já foi oferecido. Como se trata de atendimento avançado, com equipe médica e a enfermagem junto [...] Isso tudo é conduzido até a chegada no hospital, mas especificamente para atendimento, a esse tipo de paciente, não tivemos ainda no nosso treinamento.
FREQÜÊNCIA	8

Fonte: Elaborada pela autora, 2009.

Pergunta: Você já teve acesso ao Manual de Prevenção ao Suicídio, do Ministério da Saúde?

Tabela 6: Acesso ao manual de prevenção ao suicídio

CATEGORIA	TEVE ACESSO AO MANUAL DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
SUJEITO 1 – EP	Não.
SUJEITO 2 – EP	Não tive acesso, para mim é novidade.
SUJEITO 3 – CB	Sei da existência. Nunca folhei. Porque não temos curso específico.
SUJEITO 4 – CB	Não.
SUJEITO 5 – BS	Não.
SUJEITO 6 – BS	Isso ainda não tive.
SUJEITO 7 – SA	Não.
SUJEITO 8 – SA	Ainda não tomei conhecimento também, não sabia que já tinha sido feito esse manual e vamos tomar conhecimento.
FREQÜÊNCIA	8

Fonte: Elaborada pela autora, 2009.

Pergunta: Você sente que está suficiente preparado para atender a esses casos?

Tabela 7: Se sentir preparado para o atendimento

CATEGORIA	SENTE-SE SUFICIENTEMENTE PREPARADO PARA ATENDER AOS CASOS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO OU NÃO	
Subcate- goria	Sente-se preparado para atender os casos	Sente-se parcialmente preparado.
SUJEITO 1 – EP	Suficientemente preparada de certa forma sim. Meu grau de habilidade de executar aquilo que o médico manda, e também de orientar os cuidados com uma pessoa desse tipo sim. Não que eu seja uma expert no assunto.	

CATEGORIA	SENTE-SE SUFICIENTEMENTE PREPARADO PARA ATENDER AOS CASOS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO OU NÃO	
Subcategoria	Sente-se preparado para atender os casos	Sente-se parcialmente preparado.
SUJEITO 2 – EP	No que diz respeito à tentativa de suicídio sim, me sinto capacitado, eu tenho auto controle, me sinto capacitado, tenho domínio pelos que já fiz, pela minha experiência, tenho facilidade de me envolver com a vítima de entrar no mundo da vítima.	
SUJEITO 3 – CB		Não existe uma situação idêntica da outra, não é só quanto ao suicídio, nunca vamos sentir preparados, esse é a resposta técnica precisa [...] Eu me sinto preparado em parte sim só que eu não conheço o outro lado na mesma história, esse outro lado é que vai gerar expectativa no deslocamento esse outro lado é que vai gerar um feedback das ações. [...] depois você chega no local e começa a construir as informações, você pega uma teia de informações, é difícil dar uma resposta fechada sobre isso.
SUJEITO 4 – CB		Não sei, por que cada ocorrência é diferente da outra, e cada dia apreendemos uma coisa diferente. É isso, hoje vamos lá é diferente, cada um tem uma dor diferente, algumas coisas ficam de exemplo para atender as próximas.
SUJEITO 5 – BS	Eu me sinto, já pegamos tantos casos, assim tentativas de suicídio em tal local,você sabe a forma como vai atender a única duvida é como esta[...] O cenário é armado conforme a localização lá ,o que vamos fazer o que vamos a guarnição se posiciona no local, e vê a melhor forma possível para não causar nenhum dano para aquela vítima [...]	

CATEGORIA	SENTE-SE SUFICIENTEMENTE PREPARADO PARA ATENDER AOS CASOS DE TENTATIVA DE SUICÍDIO OU NÃO	
Subcategoria	Sente-se preparado para atender os casos	Sente-se parcialmente preparado.
SUJEITO 6 – BS	Muito preparado pra isso aí, porque ao longo da minha vida na carreira militar eu já enfrentei muito problema desse gênero e nós, além de termos um pouco do conhecimento, também vamos aprendendo com as pessoas que estão passando por esse problema e grande parte dos problemas que nós resolvemos é, uma circunstância ajuda a outra.	
SUJEITO 7 – SA	Me sinto. A gente atende caso clínico e procura conversar quando a pessoa né. [...] A gente não tem nenhum treinamento específico, mas gente tenta, a gente não ignora, a pessoa chora a gente dá um apoio.	
SUJEITO 8 – SA		Não, não. Absolutamente não. Cada paciente é um. Por mais que seja ingesta medicamentosa para tentativa, ou por algum tipo de vidro ou material cortante, faca, gilete, ou até mesmo se jogar de uma determinada altura. Isso é óbvio que a gente não tá preparado para isso. [...] Com o tempo a gente vai ganhando esse amadurecimento sim, vai apreendendo a se comportar diante de algum tipo de ocorrência mais estressante, a gente toma um pouco mais de calma, cautela da equipe. Mas, preparado, absolutamente.
FREQUÊNCIA	5	3

Fonte: Elaborada pela autora, 2009.

Quanto à categoria Ter Recebido Treinamento Específico, esta recebeu frequência oito, ou seja, nenhum dos profissionais entrevistados recebeu treinamento específico para atendimento de vítimas de tentativa de suicídio. Isto reflete também alguns indicativos encontrados na teoria, relativamente à prevenção do suicídio, onde se observa que não existe um padrão no que diz respeito ao

atendimento de vítimas de tentativa de suicídio. As dúvidas quanto a internar ou não e a controvérsia quanto à associação de psicologia e psiquiatria no tratamento desses indivíduos. (JAMISON, 2002)

Também na categoria que investiga se os profissionais tiveram acesso ao Manual de Prevenção ao Suicídio da Organização Mundial da Saúde, verificou-se frequência oito, ou seja, nenhum dos oito profissionais teve acesso ao referido manual.

As categorias *ter recebido treinamento específico* e *ter contato com o Manual de Prevenção ao Suicídio* deixam claro um possível déficit na preparação específica para atender tentativas de suicídio e de suicídio e isso pode ocasionar uma dificuldade dos profissionais perante esta demanda que envolve fatores tão complexos.

Quanto à categoria sente-se suficientemente preparado para atender aos casos de tentativa de suicídio, para melhor compreensão foi dividida nas subcategorias a) sente-se preparado para atender os casos; e b) sente-se parcialmente preparado. Observa-se que mesmo após responderem que não tiveram cursos específicos para socorro às vítimas de tentativa de suicídio, bem como não terem tido acesso ao Manual de Prevenção ao Suicídio, na subcategoria sente-se preparado para atender os casos, a frequência apresentada foi cinco. Esta segurança demonstrada, pode ser explicada pelo fato de os profissionais terem vários anos de experiência neste tipo de serviço e irem adaptando a prática conforme a demanda e utilizando a intervenção efetiva que possibilite a manutenção da vida. O que se observa nas falas, em vários momentos da pesquisa, é que essas pessoas tem uma inclinação a se superar para salvar vidas e mesmo aqueles que responderam que se sentem parcialmente preparados demonstraram que analisam isso criteriosamente após chegar ao local da ocorrência, como se verifica na fala do **sujeito três** “(...) *As estratégias de socorro quando você chega no local se depara com a cena você vai direcionar o atendimento.*”

Pode-se observar que realmente algo poderia ser apresentado, talvez como uma possibilidade de integrar os conhecimentos da psicologia nesta área com os conhecimentos que os profissionais das emergências móveis têm sobre o tema. Pode-se verificar que esses profissionais têm uma importância muito grande para a sociedade, pois estão diretamente ligados a salvar vidas humanas e merecem, portanto, um treinamento para trabalhar com o sofrimento humano.

Pergunta: Quais as mais freqüentes estratégias realizadas no socorro de vítimas de tentativas de suicídio e suicídio?

Tabela 8: Procedimento

CATEGORIA	PROCEDIMENTO	
Subcate- Goria	Estratégias de manejos físicos	Estratégias de manejo emocional
SUJEITO 1 – EP	[relato dos cuidados atribuídos a um atendimento a uma mulher que saltou de um prédio] Ela teve fratura na bacia, ficou paraplégica, daí colocamos um cuidador de higiene e conforto para fazer sondagem, curativos, cuidados com escoras, ela era obesa e vários outros problemas, [...]	
SUJEITO 2 – EP		<p>As estratégias de socorro quando você chega no local se depara com a cena você vai direcionar o atendimento.</p> <p>[...]Eu atendi duas vezes a mesma pessoa com tentativa de suicídio [...]</p> <p>A primeira vez andou na Beira mar por uns dois quilômetros pela contramão jogando encima dos carros, outra vez na marcenaria. Na marcenaria ameaçava furar a garganta com um espelho, aí conversamos, convencemos, aí conseguimos quebrar o espelho ela se cortou, mas não conseguiu levar o ato.</p> <p>[...] você tem que ganhar a confiança para se aproximar, fica mais fácil socorrer. Antes de eu me aposentar a noiva deixou o rapaz e ele foi para a ponte para se jogar na torre [...] Depois de uns sessenta minutos ele saiu sem precisarmos amarrar.</p>

CATEGORIA	PROCEDIMENTO	
Subcate- Goria	Estratégias de manejos físicos	Estratégias de manejo emocional
SUJEITO 3 – CB	<p>Difícilmente essa equipe vai observar estado psíquico dessa pessoa, ela trabalha com sinais vitais, manter sinais vitais, conduzir para o hospital [...]</p> <p>Ela está na sacada, você sobe dois andares e desce na corda, descer através de uma técnica, eu bombeiro, desço e consigo empurrar ela para dentro da sacada.</p>	<p>[...]dissimulando, conversando, convencendo, às vezes dissimulando, simulando uma situação através de uma surpresa tirar a pessoa da situação de risco. Surpresa que você diz é chegar até pegar. [...] uma situação padrão é manter contato, respeitar, criar uma afinidade uma empatia para que a gente possa colher mais informações. A primeira idéia é parar a tentativa para que a gente possa tirar da situação de risco, essa tentativa de tirar do local de risco pode ser feito de várias maneiras, entre elas o elemento surpresa é fundamental. Partimos do principio que ela tem a tentativa de tirar ela de risco, não vai ser com o consentimento dela nossa intervenção. [...]</p>
SUJEITO 4 – CB	<p>Um dos maiores casos é corte de pulso, ou enforcamento, e no caso do enforcamento não dá para fazer muita coisa, às vezes não dá tempo de chegar no local. Pulso cortado, fazemos atendimento normal, estabilizar a vítima, fazer os curativos e encaminhar ao hospital mais próximo.</p>	
SUJEITO 5 – BS		<p>[...] não quer a presença de ninguém próximo e a gente começa a conversar um pouco com ele pelo menos tocar em alguns assuntos para ter uma geral da vida dele da família, tentar tocar no nome do irmão ,falar sobre o filho daí o cara vai dizer eu não sou casado eu não tenho irmão conversando com ele tento buscar algo,que nem ali não tinha nem um parente próximo mais as vezes no local [...]</p>
SUJEITO 6 – BS	<p>Fazemos atendimento, damos suporte, suporte vital para ela estar bem encaminhada [...]</p>	

CATEGORIA	PROCEDIMENTO	
	Subcate- Goria	Estratégias de manejos físicos
SUJEITO 7 – SA	Tomou medicação fazemos lavagem gástrica, passa sonda, lavagem com soro, [...] fazemos uma lavagem, depende do tempo que ela ingeriu. Porque vamos supor que ele ingeriu ontem, mas se tomou uma hora atrás, no caso veneno colocamos passa sonda e encaminhamos, geralmente quem toma veneno vomita, já queimou tudo fazemos soro, oxigênio. Enforcamento, se está vivo é porque arreventou ou caiu, geralmente óbito. [...]	
SUJEITO 8 – SA	[...] quando a gente é acionado o deslocamento ocorre normalmente em código 1, porque o fato já ocorreu. A vítima já se jogou, já se cortou. Ela já tomou uma centena de cápsulas de comprimido e tal, com o objetivo de se matar, então, normalmente, a abordagem inicial é quando a vítima já praticou o ato e a gente toma as medidas para conduzir ao hospital, para o tratamento, para ficar em observação de forma cautelara. [...] Contenção das hemorragias, acesso venoso, oxigênio tudo a critério médico, é óbvio.	
FREQÜÊNCIA	6	3

Fonte: Elaborada pela autora, 2009.

A categoria Procedimento refere-se ao objetivo específico três, que se destina a responder quais são os procedimentos adotados pelos profissionais de emergências móveis da Grande Florianópolis para atendimento a pessoas que tentaram o suicídio. Para melhor compreensão dos procedimentos adotados a categoria Procedimento foi dividida nas subcategorias *Estratégias de Manejo Físico* e *Estratégias de Manejo Emocional*. A pesquisa revela maior freqüência de manejo físico, sendo que seis dos oito entrevistados relatam os cuidados físicos que devem ser executados com as vítimas.

O manejo físico é destacado como principal fator a ser atendido pelos entrevistados, tendo em vista que o trabalho desenvolvido pelos serviços de emergência móvel é direcionado à manutenção da vida até o encaminhamento para o centro médico, isto pode ser observado, por exemplo, na fala do **sujeito três** quando este diz “... *difícilmente essa equipe vai observar estado psíquico dessa pessoa, ela vai trabalhar com sinais vitais, manter sinais vitais e conduzir para o hospital.*” O **sujeito oito** reforça os cuidados clínicos quando fala dos procedimentos realizados: “... *contenção das hemorragias, acesso venoso, oxigênio tudo a critério médico, é óbvio.*”

Pode-se perceber que as respostas confirmam a teoria quanto ao que é um atendimento pré-hospitalar móvel de emergência, conforme se verifica no conceito dado pelo Ministério da Saúde. Basicamente, serviços de emergência móvel são a realização de cuidados tomados pelos profissionais com a intenção de manter a vida *após ter ocorrido um agravo à saúde, de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas* (BRASIL, 2004, p. 22), é a realização de serviço pré-hospitalar que visa encaminhar as vítimas, mantendo suas vidas e encaminhando o mais rapidamente aos hospitais integrados à rede do Sistema Único de Saúde.

A subcategoria Estratégias de Manejo Emocional foi citada por três dos entrevistados que relataram utilizar essa técnica no atendimento. O manejo emocional fica evidente na fala do **sujeito três** “... *situação padrão é manter contato, respeitar, criar afinidade, uma empatia para que a gente possa colher mais informações*” e do **sujeito dois** “...*se for uma tentativa, se colocar no mundo dela*”, referindo-se à necessidade de se colocar no mundo da vítima para possibilitar a retirada da situação de risco, este mesmo entrevistado reforça esta perspectiva psicológica quando diz “[...] *alguém avisa, daí você tem que fazer o jogo dela, se for crise de ciúmes você tem que contar uma historinha para ela, você conta que isso também aconteceu com você, que você também foi traído, você tem que ganhar a confiança para se aproximar.*” Esta fala refere-se a chegada dos profissionais no local onde tem uma pessoa ameaçando se matar e como devem proceder para socorrê-la. A partir desses relatos pode-se perceber a importância dos cuidados destinados aos sujeitos em risco, os profissionais dizem que apesar de não ter um treinamento específico para socorro às vítimas talvez algumas dessas intervenções

tenham vindo da prática, de suas atuações diante de diversos casos de tentativa de suicídio.

Pode-se dizer que a função dos profissionais de emergências móveis é cuidar das vítimas, ou seja, dar um atendimento que tanto alcança o aspecto físico, quanto o emocional. Então, partindo do princípio de que os profissionais da saúde têm uma função de cuidar, zelar e auxiliar na diminuição do sofrimento humano, trabalhando na sua integralidade e, nesta condição, inserem-se os profissionais das emergências móveis, não há dúvida de que o manejo emocional é também um procedimento necessário no atendimento às vítimas de tentativa de suicídio, notadamente devido à fragilidade em que se encontram esses indivíduos.

4.3 OBJETIVO ESPECÍFICO 4: VERIFICAR SE EXISTE ENCAMINHAMENTO PARA ACOMPANHAMENTO DAS PESSOAS QUE FORAM SOCORRIDAS APÓS TENTATIVAS DE SUICÍDIO.

Pergunta: Qual é o encaminhamento dado após o socorro das vítimas de tentativa de suicídio?

Tabela 9: Encaminhamento dado

CATEGORIA	ENCAMINHAMENTO DADO	
Subcate- goria	Hospital geral	Hospital psiquiátrico
SUJEITO 1 – EP	Primeiro encaminhamento são as nossas bases de apoio, ou encaminhamos para os hospitais, particulares, exemplo Caridade (...)	(...) raramente para hospital psiquiátrico.
SUJEITO 2 – EP	Aqui não, o próprio médico acompanha, dá suporte. [...] mas o encaminhamento é Hospital de Caridade, efeito superior de medicação encaminhamos a qualquer outro hospital. No bombeiro o destino é hospitalar, [...] Atendemos se a pessoa estiver mal, mesmo que seja psiquiátrico, desde que não seja agressivo.	(...)casos psiquiátricos o bombeiro atende e leva para o Instituto São José ou Colônia, tem que entregar na área da Saúde. (...)

CATEGORIA	ENCAMINHAMENTO DADO	
Subcategoria	Hospital geral	Hospital psiquiátrico
SUJEITO 3 – CB	<p>Vítima viva se ela tentou encaminhamos para sistema público de saúde, esse encaminhamento não vai verificar questão psicológica, quem vai verificar é o médico que recebe ela, se a tentativa frustrada foi medicamento ou veneno, hospital de referência para drogaditos, HU.</p> <p>Se foi enforcamento tem dois hospitais de referência: Celso Ramos e Regional, dependendo da distância. Nossa equipe é manutenção de Sinais Vitais não é equipe de saúde. Trabalhamos tempo de deslocamento, traumatismo craniano, se jogou do quinto andar do prédio, referência Celso Ramos. Então, efetivada a tentativa o tratamento é clínico. Se a vítima fez a tentativa e o bombeiro conseguiu agir e conseguiu impedi-la, isso vai gerar um relatório e um histórico de órgão público nos bombeiros e encaminhamos para o hospital ela entre com a informação de tentativa de suicídio fornecida ao médico da emergência.</p>	
SUJEITO 4 – CB	<p>Nosso protocolo diz hospital mais próximo, mas no dia a dia os hospitais estão bem carregados, às vezes intercalamos, se for bem perto, hospital Celso Ramos, Florianópolis. Levamos para o mais próximo. Depende do caso, ingestão de medicamentos: Florianópolis. Se for trauma: Celso Ramos ou Regional. Então não tem certinho para onde levar, depende do caso e do local.</p> <p>[...]</p> <p>encaminhamos para o hospital e não temos mais contato com a vítima.</p>	

CATEGORIA	ENCAMINHAMENTO DADO	
Subcate- goria	Hospital geral	Hospital psiquiátrico
SUJEITO 5 – BS	O que nós fazemos geralmente é encaminhar para o hospital, daí para frente a gente não acompanha. [...] no geral mesmo quando o deu atendimento encaminha para o hospital e deixa lá [...] nem sempre é assim a grande maioria não tem amparo da família [...] ninguém e o hospital libera nem sei como fica a situação.	(...)desse caso da torre a própria família encaminhou para uma clínica lá em São José ele teve amparo da família (...)
SUJEITO 6 – BS	Na verdade, existe o bom senso da situação. Muitas vezes nós nos deparamos para uma conversação, para as pessoas que estão tentando suicídio. Dependendo da situação encaminhamos para o centro. Se caso já existiu uma lesão na pessoa que comprometa a vida humana, nós encaminhamos para o hospital mais próximo.	
SUJEITO 7 – SA	A gente encaminha, depende dos casos, para o hospital que tem vaga. O SAMU tem a central de regulação, eles é que vê qual hospital, qual unidade que serão aceito os pacientes.	Tem pacientes psiquiátricos que são encaminhados para o centro especializados quando não está grave, quando a gente atende, geralmente, tomou alguma coisa. Encaminhamos para o hospital e de lá é encaminhado além do hospital. Em caso de Surto vai para o IPQ.
SUJEITO 8 – SA	Não,não não. Normalmente, essas vítimas por já terem feito a ingesta, o corte, elas são sempre conduzidas a ambiente hospitalar, então, lá a gente não tem conhecimento se o hospital depois faz encaminhamento dessa vítima aos CAPS dos municípios.	
FREQÜÊNCIA	8	4

Fonte: Elaborada pela autora, 2009.

A categoria *Encaminhamento Dado* diz respeito ao objetivo quatro, que trata do encaminhamento dado pelos profissionais das emergências móveis após

atendimentos de pessoas que tentaram o suicídio. A categoria Encaminhamento foi dividida nas subcategorias *Hospitais Gerais* e *Hospitais Psiquiátricos*.

Quanto a subcategoria *Hospitais Gerais* obteve frequência oito, ou seja, todos os profissionais entrevistados responderam que o encaminhamento é para Hospitais Gerais. Isto se deve ao fato de que os pacientes necessitam de cuidados clínicos por apresentarem alguma lesão que necessita de intervenções médicas para cuidados físicos. A fala do **sujeito quatro** deixa claro esse aspecto: “...Nosso protocolo diz hospital mais próximo, mas no dia a dia os hospitais estão bem carregados, às vezes intercalamos...”. A fala do **sujeito cinco** também reforça esse encaminhamento como prioridade “O que nós fazemos é geralmente encaminhar para o hospital...”. O **sujeito oito** com sua fala explica o porquê do encaminhamento para o Hospital “... Normalmente essas vítimas por já terem feito a ingestão, o corte são sempre conduzidas a ambiente hospitalar...”.

Com a subcategoria encaminhamento para *Hospital Psiquiátrico* verifica-se que a frequência foi quatro e o encaminhamento que aparece é para o hospital Instituto São José ou Instituto de Psiquiatria. Isso pode ser observado na fala do **Sujeito dois** “... casos psiquiátricos, o bombeiro atende e leva para Instituto São José ou Colônia ,tem que entregar na área da Saúde...”. De acordo com Jamison (2002) é importante o paciente não ser retirado do seu meio social para ser tratado, mas mesmo gerando divergências de pensamento quanto à internação, há casos em que o paciente necessita de vigilância e cuidados 24 horas até o quadro se estabilizar.

Podemos observar que retirar o paciente do convívio social, talvez não seja o acompanhamento ideal, mas o que é possível, pois existe uma dificuldade de encaminhar esses pacientes para tratamentos gratuitos onde sejam atendidos por psiquiatras e psicólogos. Essa dificuldade pode ser observada nos postos de saúde onde existem poucos psiquiatras e menos ainda psicólogos para atender a população. No que diz respeito a outros possíveis encaminhamentos não dá para ter uma clareza se existe e como são encaminhados de acordo com a fala do **sujeito oito**: “(...) lá a gente não tem conhecimento se o hospital depois faz encaminhamentos dessa vítima aos CAPS dos municípios (...)”. Parece que, por algum motivo, ocorre a fragmentação dos cuidados nos atendimentos prestados, onde os profissionais cuidam do corpo e não sabem muito bem como ficam os

cuidados relativos ao aspecto psicológico. Assim, a totalidade do sujeito, a completude mente e corpo, mais uma vez parece estar separada.

Fica claro que não há um local preparado para receber a demanda de tentativa de suicídio e suicídio que realize os cuidados físicos e psíquicos associados. Pois parece que os serviços ainda estão um pouco fragmentados. Segundo Stotz, Campos et al, (2006), as transformações nas concepções da saúde tem a tentativa de não mais separar saúde física da saúde mental. Então, pode-se pensar que o encaminhamento para o hospital geral parece ser o mais indicado, desde que exista uma equipe multidisciplinar que atenda o sujeito na sua completude.

Pergunta: Qual o encaminhamento que julga necessário ser dado para esses casos?

Tabela 10: Encaminhamento necessário

CATEGORIA	ENCAMINHAMENTO QUE OS PROFISSIONAIS JULGAM NECESSÁRIO		
Subcate- goria	Tratamento psicológico ou psiquiátrico.	Outros	Tratamento orgânico
SUJEITO 1 – EP			Na realidade, por exemplo um intoxicação, vem para cá por medicamento e depois disso nada mais é feito. Esse atendimento é pré-hospitalar prestamos os primeiros socorros daí encaminhamos para os hospitais ou clínicas. Raramente fazemos os acompanhamentos.

CATEGORIA	ENCAMINHAMENTO QUE OS PROFISSIONAIS JULGAM NECESSÁRIO		
Subcategoria	Tratamento psicológico ou psiquiátrico.	Outros	Tratamento orgânico
SUJEITO 2 – EP	[...] então ela tem que ter acompanhamento de psicólogos e psiquiatras. Ninguém sabe o que pode ocorrer nas crises. Toda a pessoa que tem depressão ou problema psiquiátrico, ela precisa de pessoa da área da saúde, será isso a ocorrência o destino e o desfecho após o atendimento.		
SUJEITO 3 – CB	Entendo que deve ser feito encaminhamento psicoterápico e psiquiátrico, mas não sei como funciona.		
SUJEITO 4 – CB		(...) não vai ser dois ou três meses de tratamento que vai adiantar. Tem que ser desde a base para poder ter acompanhamento desde o início das contas, eu acredito que vai da pessoa, vai da fraqueza dela.	
SUJEITO 5 – BS		Eu acho que alguns hospitais tem assistentes sociais, deveria ser feito um trabalho de assistência social pois geralmente eles estão em situações precária [...] No caso da ponte ele mencionava muito eu trabalho meu dinheiro não dá para nada, meus filhos estão passando fome, minha mulher tá passando fome, eu não tenho casa boa para morar. Um monte de coisa vai acumulando e vai prejudicando [...]	

CATEGORIA	ENCAMINHAMENTO QUE OS PROFISSIONAIS JULGAM NECESSÁRIO		
Subcategoria	Tratamento psicológico ou psiquiátrico.	Outros	Tratamento orgânico
SUJEITO 6 – BS	(...)Essa vítima que está com esse problema, porque com certeza ela vai tentar novamente, tem que ser feito um tratamento psicológico com ela.	Eu tenho bem claro, assim como bombeiro, que todo mundo na condição humana tem, precisa ter, alguém para ouvir.	(...) Também, eu acho que é o certo, além do tratamento no hospital ele ser observado com muita cautela. (...)
SUJEITO 7 – SA	Teria que ter uma continuação depois do hospital psiquiátrico, acompanhamento psiquiátrico. E como eu te falei por mais que hoje seja tomar uma amoxicilina, tomar uma coisinha, amanhã pode ser chumbinho.		
SUJEITO 8 – SA	A forma de tratamento desses pacientes com tendências suicidas é sempre medicamentosa. Normalmente avaliados por um psiquiatra e o retorno ao ambiente, ao médico dela, reingressar ela ao ambiente familiar, buscar através de medicamentos torná-la mais tranqüila, algo que possa evitar essas crises, essas tentativas. Isso é o adequado, mas isso, acredito que vem sendo feito.		
FREQÜÊNCIA	5	3	2

Fonte: Elaborada pela autora, 2009.

A categoria encaminhamento que os profissionais julgam necessário, para melhor compreensão, foi dividida nas subcategorias A) *tratamento psicológico ou psiquiátrico*; b) *tratamento orgânico*; e c) *outros*. De acordo com as informações fornecidas pelos profissionais, a frequência obtida na subcategoria tratamento psicológico ou psiquiátrico foi cinco. Isso revela que há uma diferença entre o encaminhamento dado e aquele que os profissionais pesquisados entendem que deveria ser dado. Pode-se verificar a partir da fala do **sujeito sete**: “(...) *Teria que ter uma continuação depois do hospital psiquiátrico, acompanhamento psiquiátrico. E como eu te falei por mais que hoje seja tomar uma amoxicilina, tomar uma coisinha, amanhã pode ser chumbinho.*”

A fala do **sujeito três**: “(...) *Entendo que deve ser feito encaminhamento psicoterápico e psiquiátrico, mas não sei como funciona...*” além de demonstrar uma sensibilidade quanto estado em que se encontra a vítima de tentativa de suicídio, também demonstra um desconhecimento do encaminhamento que deveria ser dado.

Quanto a subcategoria outros, percebe-se, por meio da fala do **sujeito cinco** “(...) *Eu acho que alguns hospitais tem assistentes sociais, deveria ser feito um trabalho de assistência social pois geralmente eles estão em situações precária...*” a necessidade de um atendimento multidisciplinar, que envolva desde psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, profissionais de emergências móveis, cada um na sua área, podendo intervir com os seus saberes unidos numa mesma causa, que é aliviar o sofrimento e salvar vidas.

Durante a análise dos dados é facilmente percebido que existem poucas informações sobre a continuidade do tratamento das vítimas que tentaram o suicídio e sobreviveram. Sabendo que o tratamento seria importante para amenizar o sofrimento da vítima, prevenir novas tentativas e auxiliar a família nos cuidados com a vítima é preocupante perceber que não há uma preocupação com o tratamento psicológico das vítimas de tentativa de suicídio.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa refere-se ao manejo realizado pelos profissionais de emergências móveis da grande Florianópolis no atendimento às tentativas de suicídio.

A pesquisa teve como população alvo dois profissionais do SAMU, dois profissionais de uma empresa privada de atendimento móvel às emergências, dois profissionais do Corpo de Bombeiros e dois da Segunda Companhia do Primeiro Batalhão de Bombeiros Militar – GBS.

O objetivo central deste estudo é responder à seguinte questão: **quais são as mais freqüentes estratégias utilizadas para o manejo de tentativas de suicídio realizadas e relatadas por profissionais que atuam nos serviços de emergência móvel da grande Florianópolis?**

Para responder ao objetivo geral da pesquisa foram propostos quatro objetivos específicos, sendo o primeiro deles: **identificar quais serviços de emergência móvel da grande Florianópolis atendem aos casos de tentativas de suicídio e suicídio.**

Este objetivo foi respondido a partir de questionamento feito por meio de contato telefônico com os principais serviços de atendimento a emergências móveis para saber se o prestador de serviços atende a demanda de tentativa de suicídio e de suicídio. Dentre os serviços identificados foi possível realizar a pesquisa com o SAMU, o Corpo de Bombeiros, a Segunda Companhia do Primeiro Batalhão de Bombeiros Militar – GBS, e uma emergência móvel privada. A pesquisadora manteve contato ainda com outra empresa de emergência móvel privada que, no entanto, não foi receptiva à pesquisa, mesmo após vários contatos e visita no local.

O segundo objetivo, **verificar quais ocorrências são caracterizadas como tentativa de suicídio, pelos serviços de emergência móvel**, foi respondido a partir da análise das categorias, que para melhor compreensão foram divididas da seguinte forma: I – qual é a frequência com que vocês são chamados para prestar atendimento a vítimas de tentativas de suicídio e de suicídio? Houve divergência entre as respostas colhidas, não sendo possível estabelecer uma frequência preponderante. As respostas apresentadas variam entre raramente, quatro ou cinco por ano, mensalmente, e até mesmo diariamente. Os dados encontrados na práxis

convergem com a teoria, pois os autores discutem a complexidade de se chegar aos números exatos de tentativas de suicídio e de suicídio visto que nem todos os casos são registrados. Vale destacar também o fato de que os serviços têm objetivos de atendimentos diversos, portanto atendem a outras demandas, também, o que influenciou nas respostas.

II – Que ocorrências você considera como tentativa de suicídio? Após a análise desta categoria foi pontuada como a maior frequência a ingestão de substância. Alguns profissionais relatam a dificuldade de caracterizar uma tentativa, motivos pelo qual a resposta “outros” apresentou a segunda maior frequência. Também foram relatados como tentativa de suicídio os danos físicos decorrentes de prováveis tentativas de suicídio, tais como pulso cortado, enforcamento, pessoa que joga na frente de carro em movimento, entre outros.

III – Como são realizados os registros das ocorrências? A pesquisa revela que nem sempre uma tentativa de suicídio, ou um suicídio, é registrado como tal, pois a caracterização de uma ocorrência como tentativa de suicídio ou suicídio depende de várias evidências que nem sempre estão presentes. As ocorrências devem ser investigadas pelo polícia, pois pode se tratar de homicídio. Deve-se registrar também que existe o preconceito no dizer que o seu familiar atentou contra sua vida, causador de grande sofrimento pelos familiares da vítima. Tudo isso confirma a teoria, quanto a pouca confiabilidade dos registros realizados.

IV – foram relatadas espontaneamente informações adicionais relativas às causas motivadoras de tentativa de suicídio e suicídio. Após analisada esta categoria pode-se afirmar que foram relatadas pelos profissionais cinco causas, nesta ordem de importância: 1) depressão e 2) conflitos familiares receberam a mesma frequência; 3) fatores econômicos e sociais; 4) tentativas anteriores e 5) drogas e bebida alcoólica. Isso confirma, na prática, que os fatores são múltiplos, evidencia também que a depressão, portanto, doença mental, é um dos principais fatores.

Quanto ao terceiro objetivo, **listar os procedimentos utilizados pelos profissionais para atendimento a pessoas que tentaram o suicídio**, para compreender quais os procedimentos adotados, primeiramente, fez-se questionamento relacionado a treinamento específico para atendimento destes casos, bem como, se os profissionais já tiveram contato com o Manual de Prevenção ao Suicídio do Ministério da Saúde. Os profissionais são unânimes ao

responder que não receberam treinamento específico e que não tiveram nenhum contato com o Manual de Prevenção ao Suicídio. Registre-se, no entanto, que o treinamento recebido por esses profissionais é geral, para salvar vidas, mantendo sinais vitais, independentemente do fator que levou a vítima a necessitar de socorro. Isto fica evidente nas respostas à questão que busca saber se os profissionais sentem-se suficientemente preparados para atender os casos de tentativas de suicídio e de suicídio, onde a maioria responde que sim, devido aos cursos recebidos, à experiência, às orientações recebidas de médicos e à sensibilidade demonstrada pelos profissionais. Quanto aos procedimentos adotados, propriamente ditos, estes ficaram divididos em manejos físicos, que obteve maior frequência, e manejo emocional, com menor frequência. Os profissionais justificam isso, enfatizando que o serviço dá ênfase aos cuidados físicos e menor enfoque no emocional, pois a função desses profissionais é realmente salvar vidas.

No que diz respeito ao quarto objetivo, **verificar se existe encaminhamento para acompanhamento das pessoas que foram socorridas após tentativas de suicídio**, pode-se afirmar que o objetivo foi respondido, todos os profissionais relatam que o hospital geral é o encaminhamento realizado por todos, sendo que o encaminhamento para hospital psiquiátrico é realizado raramente. Possivelmente este encaminhamento é realizado com maior frequência para hospital geral devido à dificuldade de se encontrar instituições que prestem atendimento físico e emocional.

Neste mesmo objetivo, surgiu na pesquisadora a dúvida de qual seria o encaminhamento que os profissionais julgam necessário ser dado às pessoas que atentam contra sua própria vida. A resposta obtida foi de que sempre que necessário deve ser feito o tratamento físico, e depois deveria ser dado encaminhamento para tratamento psicológico e psiquiátrico. Pode-se dizer que os profissionais, no seu dia a dia, sabem que os cuidados físicos são imprescindíveis para manter a vida, mas que os cuidados psicológicos podem evitar uma nova tentativa.

Diante das respostas colhidas para as questões formuladas a partir dos objetivos específicos, a questão central da pesquisa, **quais são as mais frequentes estratégias utilizadas para o manejo de tentativas de suicídio realizadas e relatadas por profissionais que atuam nos serviços de emergência móvel da grande Florianópolis?** pode ser respondida nos seguintes termos: inicialmente são realizados cuidados físicos, dentre os quais manutenção de sinais vitais,

estabilização da vítima, colocação de soro, lavagem gástrica se for ingesta de substância, e dependendo do que tomou e do tempo que faz que ingeriu, realização de curativos, sondagem se necessário, contenção de hemorragias, oxigenioterapia, de acordo com um dos profissionais entrevistados *“tudo a critério médico, é claro”*. Quanto aos cuidados emocionais, que, conforme a pesquisa são realizados com menor frequência, os mais utilizados são: conversar, dar apoio, conseguir a confiança da pessoa para poder se aproximar, colher informações da família nas conversas para descobrir algo que a motive, que mobilize ela a desistir. Um dos entrevistados diz: *“situação padrão é: manter contato, respeitar, criar uma afinidade, uma empatia para que a gente possa colher mais informações”*. Pode-se observar que como os próprios profissionais relatam a demanda de tentativa de suicídio e de suicídio é atendida como qualquer outra ocorrência, como por exemplo, acidentes domésticos, quedas, batidas de carro, paradas cardíacas e respiratórias, partos. Para todos estes atendimentos os profissionais recebem treinamentos mais gerais para cuidados físicos, com maior enfoque na manutenção da vida, pois esta parece ser, de fato, a função desses profissionais.

Pode-se destacar como facilidades encontradas para a realização dessa pesquisa a disponibilidade dos profissionais em responder as entrevistas, mostrando-se interessados pelo tema e colaborando com a pesquisa. Por outro lado, quanto a dificuldades, a falta de um ambiente mais apropriado e silencioso para a realização das entrevistas, foi sem dúvidas a maior dificuldade, especialmente por ter sido realizada no próprio ambiente de trabalho dos entrevistados, com telefone tocando, pessoas entrando e saindo, rádios de comunicação funcionando, visto que o serviço dos entrevistados é receber e dar atendimento às chamadas para atendimento emergencial.

Como foi verificado os profissionais das emergências móveis não recebem treinamento específico para atender a casos de tentativa de suicídio e de suicídio. Dessa realidade surge uma questão importante a ser respondida, se o profissional da psicologia poderia contribuir na formação dos profissionais de emergências móveis, trabalhando o aspecto psicológico do atendimento de casos de tentativa de suicídio.

Por outro lado, no atendimento dado às vítimas de tentativa de suicídio emerge outra questão relativa ao tratamento integrado, que seja capaz de atender corpo e mente. Talvez possa ser realizada uma outra pesquisa referente a possíveis

encaminhamentos que propiciem um cuidado com o ser humano integrado, como um todo, proporcionando uma integração entre os cuidados psíquicos e os físicos, pois parece ainda estar ocorrendo a fragmentação entre corpo e mente quanto aos cuidados. Sabe-se que os hospitais gerais atendem a demanda clínica. E a demanda psíquica? O paciente recebe um atendimento integrado? A mesma questão deve ser respondida quanto ao hospital psiquiátrico, que atende às demandas psíquicas, possui pessoal e estrutura para dar o atendimento clínico?

O psicólogo pode trabalhar intervindo na minimização do sofrimento das vítimas e seus familiares, identificando possíveis causas que levaram o paciente a cometer a tentativa de suicídio, trabalhando fatores intra e inter psíquicos. O psicólogo pode atuar também na capacitação dos profissionais das emergências móveis para que estes possam compreender e saber lidar de forma mais correta nas demandas que envolvem o sofrimento psíquico.

Por outro lado, evidencia-se uma carência de profissionais da psicologia nos serviços públicos de atendimento. Fica uma sugestão para as autoridades públicas responsáveis pelo planejamento e administração dos serviços públicos de atendimento da saúde para que incluam o profissional da psicologia na estrutura de atendimento ao público. Estes profissionais, especificamente no que diz respeito ao tema deste trabalho, pode atender às vítimas de tentativa de suicídio, bem como orientar os familiares, trabalhando na prevenção de novas tentativas. O papel do psicólogo nestas instituições é intervir de forma a identificar fatores emocionais que comprometam a saúde como um todo, proporcionando a integração social destas pessoas, pois muitos deles se escondem para se proteger. O psicólogo pode trabalhar no fortalecimento dos mecanismos de defesa dando suporte e acionando rede de apoio.

REFERÊNCIAS

BALLONE, G. J. **Resumo do Simpósio Sobre Suicídio, 1999** (J.Hopkins Hospital), in. PsiqWeb, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br, reinserido em 2005. Acesso em 3 de maio de 2009.

BASTO, Maria de Lourdes da Silva L.. **O atendimentos a sujeitos em crise nas situações de urgência e emergência psicológica nas instituições da rede de saúde pública**. 2008. 176 f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2008. Disponível em: <<http://inf.unisul.br/~psicologia/wp-content/uploads/2008/08/MariadeLourdesBasto.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2008.

BEAR, Mark F.; CONNORS Barry W.; PARADISO Michael A.. **Neurociências**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BERTOLETE, José Manoel. O suicídio e sua prevenção. In: MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva; TENG, Chei Tung; WANG, Yuan Pang. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004. Pg. 193-205.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Terminologia da Saúde**. Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf>. Acesso em 10 set. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Prevenção do Suicídio**. Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, 76 f., 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em: 28 set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **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. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf>> , Acesso em: 05 ago. 2008.

CALAIS, Sandra Leal; BAPTISTA, Makilim Nunes; INOCENTE, Nancy Julieta. Suicídio: Investigação das Respostas de Policiais que Trabalham dom Situações de

Risco. In: GUILHARDI, Hélio José et al. **Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a Variabilidade**. Santo André. ESETec Editores Associados, 2005. v 16. cap. 25, p. 272-278.

CASSORLA, Roosevelt Moises Smeke. **Do Suicídio: Estudos Brasileiros**. Campinas: Papirus, 1991.

COELHO, Cristina Borgert. **Aspectos Psicológicos a Serem Levados em Consideração no Tratamento de Sujeitos Envolvidos em Tentativas de Suicídio e Suicídio**. 2007. 80 f. Monografia (Graduação em Psicologia) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Atribuições profissionais do psicólogo no Brasil**. Disponível em: <http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/tr_prof_psicologo.pdf>. Acesso em: 29 set. 2008.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DSM-IV-TR™. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Trad. Cláudia Dornelles. 4ª ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DURKHEIM, Emile. **O Suicídio: Estudo Sociológico**. 6ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 1996.

EDLER, Sandra. **Luto e melancolia: à sombra do espetáculo / Sandra Edler**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008 – (Para ler Freud)

FATO SOCIAL. In: JOHNSON, Allan G. **Dicionário de Sociologia: Guia Prático da Linguagem Sociológica**. Tradução de Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995. p. 108

FREUD, Sigmund. **Luto e Melancolia**, volume XIV, tradução de Themira de Oliveira Brito e outros. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA. 1974. p. 275 -291

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUTZ, Luiza. **Ideação de Morte e Ideação Suicida em Pacientes Hospitalizados com Doenças Crônicas**. 2007. Monografia (Graduação em Psicologia) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

JAMISON, Kay R. **Quando a noite cai: entendendo o suicídio**. Rio de Janeiro: Gryphus, 2002.

KAHHALE, Edna Maria Peters. Psicologia na saúde mental: em busca de uma leitura crítica e de uma atuação compromissada. In: Ana Mercês Bahia Bock. (Org.). **A perspectiva sócio-histórica na formação em Psicologia**. 1ª ed. Petrópolis - RJ: Vozes, 2003, v. 1, p. 161-209.

KUJAWA, Henrique; BOTH, Valdevir; BRUTSCHER, Volmir. **Direito à Saúde**. Publicação: Fórum Sul da Saúde (PR, SC e RS) e Centro de Educação e Assessoramento Popular de Passo Fundo (CEAP) 84 f. Disponível em: <http://www.fss.org.br/arq_biblioteca/cartilha_saude_II_segunda_diagramacao.pdf>. Acesso em 15 ago. 2008.

LACAN, Jacques. Fantasia para além do princípio do prazer. In: _____ **O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente (1957-1958)**; texto estabelecido por Jacques-Alain Miller; [tradução de Vera Ribeiro; revisão de Marcus André Vieira] . – Rio de Janeiro : Jorge Zahar Ed., 1999. Pg. 241-257.

LACAN, Jacques. O primado do falo e a jovem homossexual. In: _____ **O Seminário, livro 4: A relação de objeto**; texto estabelecido por Jacques-Alain Miller; [tradução de Dulce Duque Estrada – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995. Pg. 95-111.

LACAN, Jacques. Televisão. Versão brasileira Antonio Quinet – Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed., 1993.

LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p 615-634.

MACEDO, Mônica Medeiros K.; WERLANG, Blanca Susana G.. Tentativa de suicídio: o traumático via ato-dor. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 185-194, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/ptp/v23n2/a09v23n2.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2008.

MACEDO, Mônica Medeiros K.; WERLANG, Blanca Susana G.. Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. X, n. 1, p. 89-106, jan./jun. 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvs->

psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982007000100006&lng=es&nrm=is>. Acesso em: 05 set. 2008.

MELANCOLIA. In. ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997. p. 505-507

MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva; TENG, Chei Tung; WANG, Yuan Pang. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

MICHEL, Maria Helena. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petropolis:Vozes. 2004

MINISTÉRIO DA SAÚDE; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**. Série A. normas e manuais técnicos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 126f. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual%20de%20Regulacao%20Medica%20das%20Urgencias.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>, acesso em 11 set. 2008.

NASIO, J.-D. O Livro da Dor e do Amor. Trad. Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed., 1997.
OMS - Organização Mundial da Saúde. **Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida (SUPRE-MISS)**. 2001. Disponível em:
<http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supre_miss_protocol_portuguese.pdf> acessado em: 5 out. 2008.

PFÜTZENREUTER, Gláucia Regina. **O mapa do suicídio na grande Florianópolis**. 2006. 146 f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2006. Disponível em: <<http://inf.unisul.br/~psicologia/wp-content/uploads/2008/07/GláuciaReginaP.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2008.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Leis ordinárias de 2001**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/_Quadro-2001.htm>. Acesso em: 28 ago. 2008.

QUINET, Antonio. **Extravios do Desejo**: depressão e melancolia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rios ambiciosos, 2002

STROILI, Maria Helena Melhado. Saúde mental na formação do psicólogo. **Educação temática digital**, Campinas, v. 8, n. 2, p. 278-294, jun. 2007. Disponível em: <<http://143.106.58.55/revista/viewarticle.php?id=384>>. Acesso em: 18 set. 2008.

SUICÍDIO. In. JOHNSON, Allan G. **Dicionário de Sociologia**: Guia Prático da Linguagem Sociológica. Tradução de Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995. p. 224

SUICÍDIO. In. ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997. p 740-742

TEIXEIRA, Ana Maria Fortaleza; LUIS, Margarita A. Villar. Distúrbios psiquiátricos, tentativas de suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes atendidos em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, São Paulo, 1988-1993. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 517-525, jul./set. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v13n3/0176.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2008.

APÊNDICE

Apêndice A - Roteiro de Entrevista

Este roteiro de entrevista tem o objetivo de coletar dados para realização do trabalho de conclusão do curso de psicologia da Universidade Unisul.

Dados.

.Idade

.Sexo

.Profissão

.Escolaridade

.Há quanto tempo trabalha nesse serviço.

1 - Qual é a frequência com que vocês são chamados para prestar atendimento a vítimas de tentativas de suicídio e suicídio?

2 - Você recebeu algum treinamento para atendimento a pessoas que tentam suicídio?

3 - Caso afirmativo: esse treinamento foi específico para esta finalidade?

4 - Que tipo de treinamento recebeu para executar o socorro nas tentativas de suicídio?

5 - Você sente que está suficientemente preparado para atender esses casos?

6 - Se a resposta for não, perguntar que outros treinamentos acredita serem necessários para atender esses casos?

7 - Você já teve acesso ao Manual de Prevenção ao Suicídio?

8 - Se a resposta for sim, perguntar como?

9 - Que ocorrências você considera como tentativa de suicídio?

10 - Quais as mais freqüentes estratégias realizadas no socorro aos sujeitos que tentaram o suicídio?

11 - Quais as formas utilizadas por vocês para fazer os registros dessas ocorrências?

12 - Vocês encaminham as vitimas para onde?

13 - É falado em algum momento sobre um encaminhamento além do hospitalar?

14 - Se a resposta for sim, qual é este encaminhamento?

15 - Qual encaminhamento que você julga necessário ser dado às pessoas que sobrevivem à tentativa de suicídio para prevenir outra tentativa?

16 – Tem algo que eu não lhe perguntei que você gostaria de falar?

Entrevista baseada no texto Suicídio: Investigação das respostas de policiais que trabalham com situações de risco (CALAIS, BAPTISTA, INOCENTE, 2005).

ANEXOS

Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa intitulada **ESTRATÉGIAS PARA O MANEJO DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIAS MÓVEIS NA GRANDE FLORIANÓPOLIS** e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos, bem como a minha identidade será preservada. Este trabalho de pesquisa, realizado no campo da Psicologia, utiliza os métodos qualitativo e quantitativo, pois o que se busca é verificar: a) quais as mais freqüentes estratégias utilizadas para o manejo de tentativas de suicídio; b) quais os possíveis encaminhamentos dados em casos de tentativa de suicídio atendidos por profissionais de emergências móveis; e c) qual a percepção dos profissionais frente a esta demanda.

Eu compreendo que neste estudo será realizada uma entrevista, com cerca de trinta e cinco minutos de duração, realizada uma única vez, com data e local a serem previamente agendados pela pesquisadora, com o meu consentimento anterior, portanto a pesquisa será realizada a partir de meus depoimentos. Fica claro que o material coletado e o resultados desta pesquisa poderão ser utilizados para publicações em aulas, eventos científicos, palestras e periódicos científicos. Declaro que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer impedimento ou prejuízo para mim.

Nome por extenso : _____

RG : _____

Local e Data: _____

Assinatura: _____

Pesquisadores responsáveis para contato:

Maria do Rosário Stotz
Telefone: 48 – 99196116

E-mail: mrosario@linhalivre.net

Luciane Maria Dacol Molim
Telefone: 48 – 99982131 / 48 – 3348 9859

E-mail: lucianemolim@gmail.com

Anexo B - Consentimento para fotografias, vídeos e gravações



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES

Eu _____
 permito que o grupo de pesquisadores relacionados abaixo obtenha fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins de pesquisa científica, médica e educacional.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Nome do sujeito de pesquisa: _____

RG: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

Equipe de pesquisadores:

Luciane Maria Dacol Molim - Fone: 99982131

Maria do Rosário Stotz - Fone: 99196116

Data e local: Florianópolis, _____ de _____ de 2009.

Adaptado de: Hospital de Clínicas de Porto Alegre/ UFGRS