

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

A entrevista clínica no contexto do risco de suicídio

Júlia Camarotti Rodrigues

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Tavares

Brasília, 2009

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

A entrevista clínica no contexto do risco de suicídio

Júlia Camarotti Rodrigues

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.
Orientador: Prof. Dr. Marcelo Tavares

Brasília, 2009

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura
PsiCC/PCL/IP/UnB

A entrevista clínica no contexto do risco de suicídio

Júlia Camarotti Rodrigues

Banca examinadora

Brasília, 31 de agosto de 2009

Prof. Dr. Marcelo Tavares (Presidente)
PsiCC/PCL/IP/UnB

Profa. Dra. Maria das Graças de Oliveira (Membro Externo)
Faculdade de Medicina/UnB

Profa. Dra. Vera Lúcia Decnop Coelho (Membro Titular)
Instituto de Psicologia/UnB

Prof. Dra. Daniela Yglesias de Castro Prieto (Suplente)
Curso de Psicologia, IESB

Não desespereis com a espécie humana. Com o tempo, o barro converte-se em mármore.

Pitágoras

Agradecimentos

Para ser fiel ao meu coração, eu precisaria escrever os meus agradecimentos ao longo da mesma quantidade de páginas contidas nesta dissertação. Diante da impossibilidade de ser tão precisa, procurarei ser breve, elegendo alguns representantes que poderão honrar as inúmeras contribuições que recebi ao longo desta empreitada.

Agradeço profundamente o apoio da família, principalmente: do meu marido (um grande parceiro de caminhada e catalisador do meu crescimento); da minha filha (que me torna uma mãe cada dia mais realizada); da minha mãe (que é um exemplo de profissional e de ser humano); do meu pai (que sempre me incentiva nos caminhos do conhecimento); do meu irmão e de sua esposa (que representam a chama do companheirismo); dos meus sogros e cunhados (que promovem sempre o acolhimento e a união); da “vózinha” (que tem o dom de mostrar o belo manifestado no mundo); e da prima (que é uma doce guerreira).

Agradeço à família Nova Acrópole, que me mostra a força de um Ideal e o caminho dos mistérios.

Agradeço aos amigos pelos momentos de alegria, de apoio e de abraços revigorantes.

Agradeço a toda a equipe PSIU, por mostrar os caminhos da clínica, da pesquisa e da amizade; aos pesquisadores André, Juliane, Laís, Raquel e tantos outros que viabilizaram esse processo de pesquisa; à Beatriz por ser uma grande parceira e amiga em todos os momentos; e ao chefe, supervisor, orientador e amigo Marcelo, por verdadeiramente contribuir para meu aprendizado.

Agradeço ao Departamento de Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília pelos recursos disponibilizados e o incentivo à pesquisa.

Agradeço ao parceiro Hospital São Vicente de Paula, representado pelas profissionais Dione e Jussane, por ter viabilizado a realização dos procedimentos deste estudo.

Agradeço especialmente aos participantes da pesquisa, que generosamente compartilharam suas histórias de vida, contribuindo para a instrumentalização do processo de ajuda a pessoas em situações semelhantes.

Sumário

Lista de Tabelas	ix
Lista de Anexos	x
Resumo	xi
Abstract.....	xi
Apresentação	xiii
Capítulo 1 – O contexto do risco de suicídio.....	1
Comportamentos suicidas.....	7
Transtornos mentais.....	14
Eventos de vida.....	19
Precipitadores	24
Estado mental e afetivo.....	24
Fatores protetivos	30
Psicodinâmica.....	32
Fatores de risco sócio-demográficos	34
A avaliação no contexto do risco.....	42
Conclusão do capítulo 1	45
Capítulo 2 – A entrevista clínica na avaliação do risco de suicídio	47
A entrevista clínica e a avaliação do risco de suicídio	49

História e Avaliação de Risco e Tentativa de Suicídio (HeARTS).....	56
Aplicação da HeARTS	57
Estrutura da HeARTS	63
Conclusão do capítulo 2	75
Capítulo 3 – Objetivos e método	78
Capítulo 4 – Relatos de casos clínicos	83
Narrativa 1 – Carlos.....	84
Narrativa 2 – Clara	91
Narrativa 3 – Célio	98
Narrativa 4 – Clóvis.....	105
Narrativa 5 – Cleide.....	115
Dados adicionais sobre Carlos e Clara	124
Informações relevantes sobre a coleta de dados.....	126
Comentários finais sobre o capítulo 4	127
Capítulo 5 – Discussão e conclusão	129
Referências bibliográficas	154

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Elementos relacionados ao risco de suicídio.....	6
Tabela 2 – Elementos relacionados ao risco de suicídio no caso 1 (Carlos).....	163
Tabela 3 – Elementos relacionados ao risco de suicídio no caso 2 (Clara).....	164
Tabela 4 – Elementos relacionados ao risco de suicídio no caso 3 (Célio).....	165
Tabela 5 – Elementos relacionados ao risco de suicídio no caso 4 (Clóvis).....	166
Tabela 6 – Elementos relacionados ao risco de suicídio no caso 5 (Cleide).....	167

Lista de Anexos

Anexo A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	162
Anexo B – Tabelas dos elementos relacionados ao risco de suicídio identificados nos casos.....	163

Resumo

A avaliação do risco de suicídio é uma prática fundamental para a prevenção e o manejo da crise suicida, mas também um grande desafio por precisar contemplar a complexa interação entre os múltiplos elementos que participam do processo. Esses elementos são aqui classificados em comportamentos suicidas, transtornos mentais, eventos de vida, precipitadores, estados mentais e afetivos, fatores protetivos, psicodinâmica e fatores sócio-demográficos. Quarenta sujeitos foram avaliados por meio de uma entrevista semi-estruturada intitulada História e Avaliação de Risco de Tentativas de Suicídio (HeARTS). Cinco histórias clínicas foram selecionadas dessa amostra buscando uma diversidade clínica, com a intenção de verificar a utilidade e relevância dessa entrevista (estrutura e conteúdo) para a compreensão de diferentes contextos de risco. Informações clínicas produzidas pela entrevista foram analisadas. É possível afirmar que a HeARTS: a) produziu informações relevantes na constituição de histórias clínicas de comportamento suicida; b) facilitou a compreensão dos casos e a elaboração do julgamento clínico complexo; c) mostrou-se uma abordagem abrangente e flexível de um conjunto de elementos de maneira sistemática e contextualizada; d) favoreceu o acesso cuidadoso e compreensivo ao mundo interno, ajudando a transpor as resistências significativas; e) contribuiu para o estabelecimento de aliança terapêutica e o planejamento interventivo adequado. A partir das reflexões, foram feitas algumas sugestões de estudos e aprimoramento da entrevista com vias à sua disponibilização aos profissionais da saúde.

Palavras chaves: suicídio; fatores de risco; fatores de proteção; entrevista clínica; entrevista semi-estruturada; avaliação psicológica

Abstract

The assessment of suicide risk is a fundamental practice in the prevention and management of suicidal crises, but also a great challenge for it contemplates the complex interaction between the multiple elements that participate in the process. These elements are here classified as suicidal behaviors, mental disorders, life events, precipitators, mental and affective states, protective factors, psychodynamics and social-demographic factors. Forty subjects were assessed using a semi-structured interview entitled History and Assessment of Risk for Suicide Attempts (HeARTS). Five clinical histories were selected from this pool on the basis of their clinical diversity, with the intent to evaluate the usefulness and clinical relevance of the interview (structure and content) for the comprehension of different contexts for suicide risk. Case histories derived from these interviews were analyzed. It is possible to state that the HeARTS: a) produced relevant information for the constitution of clinical histories of suicidal behavior; b) facilitated case comprehension and elaboration of complex clinical judgment; c) presented itself as a broad and flexible approach to a set of complex elements in a systematic and contextualized manner; d) allowed a careful yet comprehensive access to the inner world, helping to overcome significant resistances; e) contributed to the establishment of therapeutical alliance and of adequate intervention plans. From these considerations, some suggestions were made of studies and improvement of the interview before it can be made available for use by health professionals.

Key words: suicide; risk factors; protection factors; clinical interview; semi-structured interview; psychological assessment

Apresentação

O presente trabalho tem a finalidade de verificar a utilidade e a relevância da entrevista semi-estruturada *História e Avaliação de Risco de Tentativa de Suicídio* (HeARTS) na produção de histórias clínicas significativas para a compreensão de diferentes contextos de risco de suicídio. O percurso em busca desse objetivo será apresentado e discutido ao longo de cinco capítulos.

No primeiro capítulo – O contexto do risco de suicídio – é feita uma revisão da literatura acerca do contexto do risco e uma sistematização dos elementos que o compõem, observando-se sua implicação para compreensão da crise suicida.

No capítulo seguinte – A entrevista clínica na avaliação do risco de suicídio – são discutidas características da entrevista clínica no contexto da avaliação e, em seguida, é apresentada a entrevista semi-estruturada HeARTS, detalhando-se a sua estrutura e o seu processo.

O terceiro capítulo – Objetivos e métodos – apresenta os procedimentos utilizados neste estudo para alcançar o objetivo de avaliar o potencial e as limitações da HeARTS na produção de histórias clínicas relevantes para a compreensão do contexto da crise suicida, para a construção do julgamento clínico e para o manejo da situação de risco.

No quarto capítulo – Relatos de casos clínicos – são apresentados relatos e reflexões clínicas de cinco casos de pessoas entrevistadas pela HeARTS com tentativas de suicídio recente, destacando-se dados adicionais relevantes para a discussão acerca do processo da entrevista.

No quinto capítulo – Discussão e conclusão – é realizada uma reflexão acerca da utilidade, da relevância e das limitações da entrevista na produção de histórias clínicas significativas para compreensão de diferentes contextos de risco de suicídio. São apontadas as principais características observadas, algumas sugestões de aprimoramento da HeARTS e propostas de novos estudos.

Capítulo 1 – O contexto do risco de suicídio

É próprio do tempo de crise o questionamento dos fundamentos. Própria também do tempo de crise é a sensação de que algo vai morrer, se romper e se diluir. Não menos típica é a impressão de libertação, de alívio e de arrancada feliz para uma solução mais integradora de todos os elementos da vida.

Leonardo Boff

São muitos os esforços para explicar por que as pessoas tomam a decisão de pôr fim às próprias vidas. Muitas vezes, essa compreensão parece inalcançável. A avaliação do risco de suicídio é um grande desafio no contexto da saúde pública. Trata-se de uma prática fundamental para a prevenção e o manejo da crise suicida. Os profissionais da área da saúde possuem grande responsabilidade e deveriam ser proficientes nessa prática. Eles estão em posição privilegiada para identificar sinais de alerta e, conseqüentemente, pessoas em risco suicida, já que muitos de seus pacientes cogitam essa possibilidade em algum momento de suas vidas. No entanto, esses profissionais não possuem uma rotina de avaliação básica de fatores de risco e de proteção, nem mesmo de simples verificação de tentativas de suicídio anteriores (Hahn & Marks, 1996 e Kutcher & Chehil, 2007).

Muitos indivíduos sob risco podem não expressar espontaneamente seus pensamentos ou planos autolesivos para seus médicos e demais profissionais de saúde, até porque raramente são indagados a esse respeito durante os atendimentos. As barreiras que interferem nessa comunicação e na detecção do risco são culturais, sociais e psicológicas, e podem ser impostas pelos pacientes ou mesmo pelos profissionais. As barreiras mais comuns são: 1) tabu e estigma social do suicídio – que contribuem para o isolamento e o silêncio; 2) falhas em procurar ou receber ajuda – que levam a sentimentos de frustração, desesperança e falta de confiança; 3) receio por parte do paciente de que o relato de

sentimentos e a ideação suicida interferirão na qualidade dos serviços que está recebendo – infelizmente muitas vezes consubstanciadas por atitudes de profissionais de saúde – e 4) falta de conhecimento e atenção sobre o suicídio por parte dos profissionais de saúde (Shea, 2002 e Kutcher & Chehil, 2007).

Ainda assim, uma tentativa de suicídio muitas vezes é um evento que leva a um primeiro contato do paciente com um profissional que o ajude. Aproximadamente metade das pessoas que cometem suicídio tem contato com um profissional de saúde por queixas físicas ou emocionais no mês anterior à sua morte (OMS, 2000 e Kutcher & Chehil, 2007). Diferentes níveis e locais de atenção à saúde são importantes contextos para a prática de avaliação de risco de suicídio. Os profissionais de atenção primária estão em contato mais direto com a população e essa proximidade lhes confere uma posição privilegiada para identificar situações de risco e fornecer o devido apoio. Já as Emergências dos Hospitais Gerais são exemplos de atenção no nível terciário, muitas vezes associadas a situações traumáticas, em que convergem indivíduos em crise suicida de todas as idades e origens sociais, econômicas e étnicas. Portanto, profissionais de saúde de todas as especialidades e níveis de atuação devem estar aptos a avaliar o risco de auto-extermínio. Essa é uma habilidade fundamental para detectar, diagnosticar e tratar transtornos mentais associados, além de ajudar a prevenir futuros eventos nocivos (OMS, 2000 e Mitchell, Garand, Dean, Panzak & Taylor, 2005).

A prática de uma avaliação profunda não é tarefa simples, principalmente quando o assunto é suicídio. Trata-se de um fenômeno multicausal, que compreende fatores internos e externos. O ato suicida resulta de uma complexa interação entre fatores – ambientais,

culturais, sociais, relacionais, biológicos e psicológicos – que se relacionam e se potencializam ao longo da vida da pessoa. Assim, cada suicídio apresenta constelações de fatores de risco e dinâmicas específicas, o que exige uma avaliação compreensiva de cada caso. Não é possível uma generalização única do valor preditivo de cada fator isolado, fora do contexto (OMS, 2000, Mitchell & cols, 2005 e Santos, 2007).

Nenhum fator de proteção ou de risco pode, de maneira independente, determinar ou evitar o evento suicida. Além disso, nem todos os fatores são igualmente consistentes em valor preditivo. Portanto, é importante pensar sobre os fatores de forma sistêmica e observá-los no contexto da experiência do paciente (OMS, 2000 e Kutcher & Chehil, 2007). A identificação dos elementos que podem aumentar ou reduzir o nível de risco de suicídio dos pacientes contribui, segundo Kutcher e Chehil (2007), para:

estabelecer uma estimativa do risco de suicídio geral para um paciente específico, e isto por sua vez pode auxiliar no desenvolvimento de planos de tratamento que proporcione a maior segurança possível e objetive intervir nos fatores identificados e modificáveis comportamentais, psicossociais, ambientais e de personalidade (p. 05).

O conhecimento acerca dos fatores relacionados ao risco de suicídio vem se expandindo nos últimos anos, apesar de ainda ser escasso. Os modelos desenvolvidos até agora para avaliar esses fatores e prever o suicídio possuem grandes limitações. Não existe um padrão entre as medidas empíricas e análises dos constructos ou das variáveis relacionados ao suicídio, o que pode dificultar a avaliação do risco, os registros dos fatores e a compreensão das abordagens diagnósticas ou interventivas (Hasley & cols, 2008).

Apesar disso, a literatura e a prática clínica já apontam uma série de fatores relevantes que contribui para a composição de perfis de risco, instrumentaliza a prática de avaliação e sinaliza intervenções necessárias.

Os fatores de risco e proteção ajudam a identificar pessoas que têm possibilidades maiores ou menores de consumir o suicídio num futuro próximo e oferecem indícios para a investigação da etiologia do fenômeno. Na saúde pública, sua identificação pode favorecer a formação de bases para programas preventivos e medidas interventivas na coletividade; e na clínica, é útil para a elaboração de uma estratégia de intervenção ou tratamento. O clínico deve saber avaliar a ocorrência e a interação dos fatores de risco e proteção para estimar a probabilidade de que uma tentativa ocorra no futuro (Fremouw, Perczel & Ellis, 1990 e Meleiro, 1997). No entanto, é importante considerar que o impacto desses fatores pode variar conforme características individuais e culturais, como, por exemplo, aspectos geracionais (idade), de gênero, psicopatológicos e genéticos (Corrêa & Barrero, 2006).

A técnica de investigação desses fatores mais comumente utilizada tem sido o método retrospectivo – ou autópsia psicológica. Esse é um método por meio do qual são levantados dados acerca das variáveis clínicas, demográficas e sociais em casos de suicídios consumados, possibilitando o desenvolvimento de modelos de predição baseados em um conjunto de fatores estatisticamente relacionados ao suicídio. Estudos de autópsia psicológica na população em geral têm mostrado diversos fatores que elevam o risco de suicídio, incluindo comportamentos suicidas anteriores, idade, sexo, condições socioeconômicas, nível cultural, transtornos psicopatológicos do eixo diagnóstico I e II,

comorbidades, temperamento, uso de substâncias, impulsividade e/ou agressão, estressores psicossociais, história familiar de psicopatologia e comportamento suicida ao longo da vida (Werlang, 2000a, Werlang, 2000b, Allen & cols, 2005 e Cassel, Peterson, Dowding & Morrisson, 2005).

Alguns dos fatores relacionados ao risco de suicídio são apontados como pontos-chave por estarem mais fortemente relacionados a suicídios consumados. Por esse motivo, são indispensáveis e devem ser sempre abordados em uma avaliação de risco. Eles serão aqui discutidos e, conforme Tabela 1 (p.6), didaticamente agrupados em: comportamentos suicidas; transtornos mentais; eventos de vida; precipitadores; estados mental e afetivo; fatores protetivos; psicodinâmica e fatores de risco sócio-demográficos. Os fatores relacionados ao perfil sócio-demográfico e ao contexto pessoal (como sexo, idade, genograma familiar, histórico de instrução e aspectos religiosos/culturais) são considerados secundários na determinação de risco, principalmente na crise suicida, mas podem complementar a avaliação e ajudar a contextualizar e a compor o perfil do risco (Hendin, Maltzberger, Lipschitz, Haas & Kyle, 2001).

Tabela 1 – Elementos relacionados ao risco de suicídio		
Comportamentos suicidas	História atual e progressa	<ul style="list-style-type: none"> - Tentativa de suicídio - Tentativas mascaradas e comportamentos de risco - Ideação e intencionalidade - Planejamento - Comunicação suicida - Conhecimento e acesso a métodos
Transtornos mentais	Histórico sintomatológico de transtornos do eixo I ou II e comorbidades	<ul style="list-style-type: none"> - Transtornos de humor - Transtornos de ansiedade - Transtornos psicóticos - Transtornos de personalidade - Abuso de álcool e outras substâncias - Outros transtornos - Ausência ou inadequação de tratamento
Eventos de vida	Ocorrências na história do indivíduo que contribuem para o desenvolvimento de vulnerabilidades	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes familiares de transtornos mentais e suicídio - História familiar conflituosa e caótica - Violência e abuso sexual, físico ou psicológico - Perdas - Problemas de saúde e tratamentos
Precipitadores	Eventos de vida situacionais desencadeadores da crise suicida	<ul style="list-style-type: none"> - Mudanças ou notícias recentes ou repentinas - Perdas recentes - Problemas na escola, no trabalho ou financeiros - Conflitos interpessoais - Violência
Estado mental e afetivo	Aspectos internos que interferem na capacidade de enfrentamento de situações de crise	<ul style="list-style-type: none"> - Incapacidade de mobilização de recursos, de socialização e de tomada de decisões importantes - Teste de realidade comprometido - Agressividade (hostilidade, pessimismo, negativismo e comportamento violento dirigido a si e a outros) - Impulsividade (incapacidade de autocontrole, atuações agressivas) - Afetos intoleráveis (raiva, abandono, culpa, desesperança, ansiedade, solidão, vazio, humilhação, vergonha, desespero) - Outros traços de personalidade (rigidez, dificuldade de expressão, baixa auto-estima)
Fatores protetivos	Circunstâncias de vida favoráveis que reduzem a vulnerabilidade e fortalecem a capacidade de enfrentamento (reduzem o risco)	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência ou redução de fatores de risco - Receio de tentativa de suicídio e suas consequências - Arrependimentos de comportamento suicida - Suporte social e familiar - Relações saudáveis constantes que favorecem a internalização de valores e suporte emocional adequado (ex: psicoterapia) - Abertura ou motivação para tratamento - Atividades sociais e condições favoráveis (ex: emprego, esporte, participação em grupos comunitários) - Senso de responsabilidade para com a família - Crenças espirituais consolidadas - Capacidade adaptativa, de teste de realidade e de resolução de problemas
Psicodinâmica	Dinâmica psicológica própria para lidar com pessoas e situações que geram a urgência subjetiva do suicídio	<ul style="list-style-type: none"> - Pensamentos e fantasias - Relações de objeto - Afetos - Impulsos - Mecanismos de defesa (fuga, cisão, projeção, negação, introjeção etc)
Contexto sócio-demográfico	Elementos sócio-demográficos que contextualizam e compõem o perfil de risco	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo - Identidade sexual - Idade - Genograma (relações familiares e sociais) - Instrução e trabalho - Região (cidade, país) e migração - Aspectos religiosos e culturais

Comportamentos suicidas

Comportamento suicida pode ser definido como uma ação pela qual um indivíduo se agride, independentemente do grau de letalidade, da intenção e da consciência da verdadeira motivação para o ato (Botega, Barros, Oliveira, Dalgarrondo & Marín-León, 2005). O comportamento suicida possui uma história e é parte de um processo contínuo que tem gradações na gravidade dos comportamentos, desde o desencantamento com a vida até o desejo de morte, ideação, tentativa de suicídio e suicídio (Wasserman, 2001 e Botega & cols, 2005).

Em uma avaliação do contexto de risco de suicídio, é fundamental levantar a história atual e pregressa dos comportamentos suicidas, incluindo ideações, atuações autodestrutivas e aspectos relacionados, como: desejo de morrer, de não viver e de tentar o suicídio, intencionalidade, natureza da ideação suicida, decisão, planejamento ou impulsividade, comunicação, letalidade do plano, escolha dos métodos e acesso a esses métodos. É importante também considerar a ocorrência, as características de tentativas anteriores e recentes e a letalidades das tentativas (Hahn & Marks, 1996, Meleiro, 1997, Joiner, Walker, Rudd & Jobes, 1999, Wasserman, 2001, Agebro, Nordentoft & Mortensen, 2002, Mitchell & cols, 2005, Blaauw, Kerkhof & Hayes, 2005 e Bisconer & Gross, 2007).

História de tentativas de suicídio

A história pregressa de tentativas de suicídio é um fator de risco importante. Ela expressa, de um modo agudo, a vivência de um sofrimento intenso, resultante de fenômenos psicossociais complexos. Pessoas com múltiplas tentativas anteriores possuem risco mais elevado de novas tentativas do que aquelas sem histórico de tentativa. Estima-se

que cerca de 50% das pessoas que morrem por suicídio possuem ao menos uma tentativa prévia. Aqueles que têm história de tentativa tendem a fazer uma investida mais letal da segunda vez, conseguindo muitas vezes cometer o suicídio ao longo dos três meses seguintes (Fremouw & cols, 1990, Werlang & Botega, 2004 e Kutcher & Chehil, 2007). As tentativas de suicídio são de 10 a 20 vezes mais prevalentes que os suicídios consumados. Elas são um sinal de alarme e representam o principal preditor de novas tentativas de suicídio, principalmente quando se tratam de tentativas sérias, com consequências adversas, intenção convicta, uso de métodos altamente letais e medidas tomadas para evitar a descoberta (Werlang & Botega, 2004, Botega & cols, 2005 e Kutcher & Chehil, 2007).

A distinção entre os termos suicídio e tentativa de suicídio demonstra a existência de grupos de pacientes com dados sociodemográficos, epidemiológicos e psicopatológicos bastante diferentes (Meleiro, 1997, Joiner & cols, 1999, Wasserman, 2001, Werlang & Botega, 2004 e Allen & cols, 2005). Diferenças clínicas importantes são verificadas entre três grupos de pessoas com histórico de comportamento suicidas – aquelas com ideação suicida, as que têm uma tentativa anterior ou outras com múltiplas tentativas. O grupo de pessoas com múltiplas tentativas apresenta um nível de risco continuamente mais elevado que os outros em decorrência da severidade, da cronicidade e dos tipos psicopatológicos (Joiner & cols, 1999). Em estudo com jovens adultos da população em geral, Allen e cols. (2005) verificaram que aqueles que haviam feito múltiplas tentativas diferiam daqueles sem tentativa prévia nos níveis de raiva, hostilidade, irritabilidade, disfunção e estresse interpessoal, ideação suicida, gravidade psicopatológica (principalmente relativa aos transtornos de humor), auto-avaliação e capacidade de resolução de problemas. Portanto,

como os fatores de risco também podem variar de acordo com a presença ou ausência de tentativas prévias, a identificação e caracterização desses subgrupos heterogêneos possuem implicações importantes para os trabalhos de pesquisa, prevenção e tratamento.

Uma tentativa de suicídio tem repercussões no meio social, e a reação de outras pessoas a esse evento, principalmente de familiares, amigos e profissionais de saúde, pode funcionar tanto como fator de risco, como fator de proteção. Após uma tentativa, é comum que a família reaja dando mais atenção àquele que tentou, criando nele a sensação de que tudo será melhor do que antes. Com as mudanças, todos podem deixar de perceber a importância de ajuda profissional especializada para superar a crise e trabalhar as questões que predis põem ao risco. Mas à medida que o tempo passa, as dinâmicas relacionais e os conflitos tendem a retornar aos padrões desarmônicos anteriores. Perceber-se nas mesmas condições que conduziram à tentativa suicida anterior pode gerar uma forte frustração que eleva muito o risco de uma nova tentativa (Tavares, Montenegro & Prieto, 2004). Esse é um dos motivos pelos quais as taxas de repetição das tentativas de suicídio são mais elevadas perto do terceiro mês após uma tentativa.

Tentativas mascaradas e comportamentos de risco

Muitas situações que se apresentam como “acidentais” podem ser tentativas de suicídio mascaradas, conscientes ou inconscientes. Acidentes de trânsito, quedas de locais altos ou ingestão errônea de medicamentos são exemplos de situações que podem ser motivadas pelo desejo de morrer. Existem também comportamentos autodestrutivos que não chegam a configurar critério diagnóstico para transtornos mentais, como envolvimento em brigas corporais, atividades sexuais inseguras ou até consumo esporádico de cigarro,

maconha ou álcool, mas que estão associados com o aumento do risco de ideação ou tentativa de suicídio, principalmente entre os jovens (King & cols, 2001 e Werlang & Botega, 2004).

Ideação e intencionalidade

Ideação e intencionalidade suicida são fatores que podem estar presentes de maneira relacionada ou independente em um contexto de risco. A ideação suicida é um indício tanto para o sofrimento atual como para riscos futuros (Allen & cols, 2005). Ela se refere, segundo Kutcher e Chehil (2007), a pensamentos, fantasias, rumações e preocupações sobre a morte, auto-lesão ou morte auto-infligida, que podem ser carregados de diferentes graus de intenção de morte. Segundo Joiner e cols. (1999), a intensidade e a duração da ideação indicam maior risco que sua frequência.

A intencionalidade suicida é a decisão consciente de acabar com a vida e se refere à expectativa e ao compromisso de matar-se. Pode ser identificada pelo grau de lucidez dos processos de planejamento, preparação e objetivação da ação autodestrutiva. A força da intenção pode ser refletida na crença subjetiva de letalidade do método escolhido, mesmo que não corresponda à letalidade objetiva do método (Werlang & Botega, 2004 e Kutcher & Chehil, 2007). Existem graus diferentes de consciência e certeza no comportamento suicida, que geralmente é marcado pela ambivalência. Esse fato torna muito complexa a tarefa de avaliar a intencionalidade. Portanto, conforme afirmam Werlang e Botega (2004), é preciso estar atento às várias possibilidades que podem levar a uma ação autodestrutiva concreta, procurando identificar aqueles indivíduos “cansados de viver, sem parecer cômicos do que estão fugindo, ou pessoas que acham a morte atraente, por ser um modo de

escapar da dor, do sofrimento, ou, ainda, indivíduos que estão usando a ação auto-infligida instrumentalmente para resolver problemas de vida” (p. 124-125).

Planejamento

Os sintomas suicidas relacionados ao planejamento – senso de coragem para tentar, plano específico, preparação, viabilidade e oportunidade de implementar o método e a duração e intensidade dos planos – merecem, segundo Joiner e cols. (1999), maior ênfase na avaliação de risco que a ideação e intencionalidade. Quanto mais detalhado, especificado, viável e letal o plano suicida, maior o risco de morte. Alguns aspectos do plano suicida sugerem risco imediato, como: alta letalidade e acessibilidade ao método escolhido, ocasião e local do evento que diminuam as chances de socorro, passos adotados para executar o plano (preparação de método, data e local) e preparação individual para a morte (distribuição de bens, reconciliação com pessoas, confecção de testamento, bilhetes ou cartas e delegação de cuidados de filhos ou animais de estimação) (Fremouw & cols, 1990 e Kutcher & Chehil, 2007). Quando a pessoa toma a decisão de morrer, todo o caos pode ser repentinamente substituído por uma fase temporária de tranquilidade, pois há uma solução aparente para os conflitos internos. Esse é um momento especialmente perigoso, pois costuma enganar as pessoas ao redor, fazendo-as despreocuparem-se com medidas de vigilância.

Comunicação suicida

A comunicação suicida é, ao mesmo tempo, um sinal de alerta para uma tentativa futura e oportunidade tanto de alívio das tensões quanto de intervenção. A expressão da intenção de morrer pode ocorrer de maneira direta ou indireta e inclui expressões de

desesperança e intolerância à dor física e/ou emocional (afetos intoleráveis). A comunicação pode ocorrer de maneira não-verbal, como por meio da aquisição de armas ou de objetos que possam configurar métodos de suicídio, ou ainda da distribuição de bens e pagamento de dívidas. É importante ficar alerta a esses indícios sobre a intenção suicida, pois muitas vezes eles precedem uma tentativa letal (Wasserman, 2001 e Meleiro, 1997).

Conversas ou relatos escritos da vivência suicida podem exercer função protetiva pelo potencial de reduzir impulsividade, confusão mental e problemas de regulação emocional. A maneira como outras pessoas interpretam e respondem a uma comunicação suicida pode funcionar como uma forma de proteção ou de elevação do risco de suicídio daquele que comunica. É importante que as pessoas próximas e os profissionais de saúde saibam reconhecer a comunicação suicida e levem-na a sério, como uma ameaça real. Caso contrário, a experiência pode se tornar ainda mais difícil e estressora para o indivíduo. Pessoas de referência que apresentam postura empática e promovem ações de suporte facilitam a confiança e a melhora do bem-estar da pessoa em sofrimento (Joiner & cols, 1999, Sterian, 2001 e Wasserman, 2001).

Acesso a métodos

O uso de um método para o suicídio está intimamente relacionado à sua disponibilidade, aceitação cultural, letalidade e à fantasia de morte. A letalidade do método e sua disponibilidade são fatores determinantes do resultado (êxito ou não da tentativa). No Brasil, o método mais utilizado em suicídios consumados, em todas as idades, é o enforcamento (para ambos os sexos), seguido por arma de fogo e ingestão de pesticida (para os homens). Entre as mulheres, essa ordem se inverte, sendo o uso de pesticida mais

comum que o de arma de fogo. As mulheres também apresentam maior proporção, em relação aos homens, de morte por auto-intoxicação com medicamentos (anticonvulsivantes, sedativos, antiparkinsonianos e psicotrópicos), por precipitação de locais elevados e por lesões causadas por fogo ou calor (Ministério da Saúde, 2006). A população, em geral, desconhece o grau de letalidade das drogas (medicamentosas ou não). No entanto, algumas profissões proporcionam ao profissional o conhecimento desses efeitos colaterais, como é o caso dos médicos, enfermeiros, químicos, farmacêuticos e agricultores. O acesso a essas informações potencializam o efeito letal desses métodos. Outras profissões que também favorecem o risco de suicídio são aquelas que possibilitam o acesso a armas de fogo, como é o caso de policias, militares e vigilantes (Meleiro, 1997 e Tavares & cols, 2004).

O controle de acesso a meios letais é um fator de proteção importante em um momento de crise. Trata-se de um conjunto de medidas de repercussão social imediata que pode ser implementado coletivamente, dificultando a tentativa de suicídio. A regulamentação do comércio, armazenamento e uso de medicamentos e produtos tóxicos de uso agrícola ou domésticos, o controle de posse e acesso a armas de fogo e a instalação de barreiras em lugares elevados potencialmente perigosos são exemplos de medidas que dificultam a atuação de uma crise suicida, dando tempo para que o contexto interno e externo que conduziu a pessoa a essa crise se modifique e a vida continue com novas oportunidades de crescimento (Tavares, Diniz & Camarotti, 2007).

O controle de acesso a meios é uma das estratégias mais eficazes, de menor custo e de impacto mais efetivo na diminuição de taxas de suicídio em curto prazo. Barreiras de

acesso a determinados métodos provocam, comprovadamente, redução sensível em todas as outras formas de tentativa. São vários os motivos que levam a mudanças tão importantes nos índices globais de suicídio. Primeiramente, o auge da crise pode passar, amenizando a impulsividade. Assim, a pessoa perde o ímpeto de atentar contra si e tende a não recorrer a outros métodos. Mesmo nos casos em que a intencionalidade persiste, a dificuldade de encontrar um método mais letal faz com que a pessoa recorra a outros meios menos nocivos, com mais chances de socorro e menores taxas de fatalidade. Por último, novas condições são criadas para modificar o problema que levou ao desejo de morrer, inclusive a possibilidade de apoio ou tratamento (Tavares, Diniz & Camarotti, 2007).

Transtornos mentais

Os transtornos mentais são dos mais importantes fatores associados ao suicídio. O histórico sintomatológico de transtornos do eixo I ou II é um importante indicador de risco, principalmente quando relacionado a sintomas de depressão maior, de ansiedade, de abuso de álcool e outras substâncias psicoativas, de transtornos psicóticos e de personalidade. É comum nos casos de suicídio a presença de comorbidades, como alcoolismo e depressão ou transtornos de personalidade associados aos transtornos do eixo I. Pessoas diagnosticadas com um transtorno mental, que tenham história de internação psiquiátrica, apresentam risco de suicídio particularmente maior (Fremouw & cols, 1990, Reifman & Windle, 1995, Hahn & Marks, 1996, Meleiro, 1997, Joiner & cols, 1999, OMS, 2000, Wasserman, 2001, Agebro & cols, 2002, Beevers & Miller, 2004, Werlan & Botega, 2004,

Botega & cols, 2005, Mitchell & cols, 2005, Blaauw & cols, 2005, Bisconer & Gross, 2007 e Kutcher & Chehil, 2007).

Transtornos de humor

A maioria das pessoas que cometem suicídio – cerca de 90% – apresenta um transtorno mental diagnosticável, sendo os transtornos de humor os mais comuns (comprovados em mais de um terço dos casos). Todo paciente depressivo deve ter o risco de suicídio monitorado de maneira constante, principalmente durante o período inicial do tratamento, mesmo que apresente melhora. A melhora inicial na energia ou os efeitos adversos comportamentais de algumas medicações podem aumentar o risco de comportamentos autolesivos (OMS, 2000, Beevers & Miller, 2004, Werlang & Botega, 2004 e Kutcher & Chehil, 2007).

A depressão é um preditor particularmente significativo entre os idosos e adolescentes, embora se mostre relativamente fraco em amostras de delinquentes juvenis masculinos (OMS, 2000, Reifman & Windle, 1995). Em um episódio depressivo típico, a pessoa normalmente sofre de humor deprimido (tristeza), perda de interesse ou prazer por atividades e redução de energia. Esse estado é marcado pelo aumento de pensamentos negativos e pela intensificação da autocrítica, o que contribui para o comportamento suicida. Nos processos cognitivos relacionados à depressão, os pacientes muitas vezes mantêm o suicídio como a única possível solução para situações extremas de desespero ou desesperança (Reifman & Windle, 1995 e Beck, Brown, Berchick, Stewart & Steer 1990).

O suicídio também é frequente entre pessoas acometidas por outros transtornos de humor. No caso do transtorno bipolar, de 10% a 15% das pessoas morrem por suicídio e

quase 60% relatam ideação suicida. Os estados depressivos e de mudança de humor estão mais associados à ideação suicida e ao suicídio consumado do que os estados maníacos em pacientes bipolares (Allen & cols, 2005 e Kutcher & Chehil, 2007). As melhoras súbitas do humor depressivo também devem ser vistas com cautela, pois podem estar relacionadas à tomada de uma importante decisão: o suicídio. Essa decisão resolve a ambivalência e o estresse vivenciados em episódios de depressão ou de ansiedade agudos, levando a “melhoras” repentinas que indicam um risco imediato de suicídio, e que, portanto, devem ser avaliadas e acompanhadas de maneira cuidadosa (Fremouw & cols, 1990 e Meleiro, 1997).

Transtornos de ansiedade

Comportamentos suicidas são comuns em pessoas com transtorno de ansiedade, que está presente em até 20% dos casos de suicídio (OMS, 2000 e Kutcher & Chehil, 2007). O risco é ainda maior quando há comorbidade com depressão, abuso de álcool e outras substâncias ou transtorno de personalidade. Os problemas ansiosos mais frequentemente associados ao suicídio são o transtorno do pânico e o transtorno obsessivo-compulsivo. A presença de ataques de pânico ou outros sintomas graves de ansiedade, independente de um diagnóstico configurado, está associada à elevação do risco imediato de suicídio. Transtornos somatoformes e alimentares, especialmente anorexia nervosa e bulimia, também estão relacionados ao aumento da frequência de comportamentos suicidas (Valença & cols, 1998, OMS, 2000, Kutcher & Chehil, 2007 e Prieto, 2007).

Transtornos psicóticos

Os sintomas psicóticos estão presentes em mais de 10% dos suicídios. O suicídio é a maior causa de morte prematura entre os esquizofrênicos, acometendo 10% dos casos. Cerca da metade dos pacientes diagnosticados com esquizofrenia podem tentar o suicídio em algum período da doença, apesar de ser mais comum nos primeiros anos. O risco aumenta nos períodos imediatamente posteriores à alta de uma internação ou logo após a recuperação de recaídas. Isso acontece devido à melhora do juízo crítico e da avaliação do impacto da doença sobre a própria capacidade de funcionar e de se relacionar. A vulnerabilidade é maior principalmente em homens jovens, solteiros, desempregados, com boa percepção, bom funcionamento pré-mórbido e que apresentem depressão pós-psicótica ou idéias paranóides, com desconfiança e delírios (OMS, 2000 e Kutcher & Chehil, 2007).

Transtornos de personalidade

A presença de transtornos de personalidade, principalmente do tipo anti-social ou *borderline*, está relacionada a pelo menos 5% dos suicídios consumados (Kutcher & Chehil, 2007). Dentre os indivíduos jovens que se matam, essa proporção é ainda maior, chegando a mais de 50% aqueles que possuem algum transtorno de personalidade (OMS, 2000). Comportamentos autolesivos ou de automutilação, observados no transtorno de personalidade *borderline*, e traços de impulsividade ou de agressividade, característicos de transtornos de personalidade histriônica e narcisista, apontam para um padrão de auto-agressão e intolerância à frustração que leva a atitudes drásticas diante de situações que mobilizam grande tensão. Essa automutilação, ou agressão deliberada ao corpo sem intenção suicida consciente, inclui comportamentos como o de queimar-se, cortar-se,

arranhar-se, furar-se ou interferir em feridas em processo de cicatrização (OMS, 2000 e Andover, Pepper, Ryabchenko, Orrico & Gibb, 2005).

Uso de álcool e outras substâncias

O uso, abuso ou dependência de álcool e outras substâncias, como benzodiazepínicos, leva a uma reação de desinibição que facilita a hostilidade e os impulsos suicidas (Fremouw & cols, 1990 e Meleiro, 1997). O consumo de álcool está relacionado a até 50% das mortes por suicídio. Cerca de 15% dos indivíduos diagnosticados com transtornos associados ao uso de álcool cometem suicídio, principalmente durante os estágios mais avançados da doença – quando os efeitos crônicos impactam significativamente a vida física e social do usuário. Alguns fatores estão associados ao maior risco de suicídio entre os alcoolistas, como, por exemplo, início precoce do alcoolismo, alto nível de dependência e consumo, humor depressivo, saúde física precária e ocorrência de estressores familiares e sociais (como separações, perdas, problemas no trabalho e desemprego) (OMS, 2000 e Kutcher & Chehil, 2007).

Muitas pessoas se apresentam sob efeito do álcool no momento do ato suicida. O uso ou abuso de álcool ou outras substâncias psicoativas pode comprometer o julgamento e acentuar a impulsividade, levando ao ato suicida. Portanto, a ocorrência e o modo como o uso dessas substâncias altera os afetos da pessoa devem ser avaliados (OMS, 2000 e Mitchell, 2005). O consumo de álcool restringe a atenção do usuário a estímulos imediatamente salientes – um estado chamado de “miopia alcoólica”. Uma consequência da “miopia alcoólica” é que, quando o indivíduo está diante da possibilidade de um comportamento de risco, sua percepção de fatores de proteção ou inibidores pode ser

bloqueada, enquanto fatores de risco ou instigadores vêm à tona. Além disso, a “miopia alcoólica” pode intensificar um estado emocional específico. Quando alguém com características de disforia combina o uso de álcool com uma atividade de lazer prazerosa, por exemplo, afetos positivos dominam, e o álcool ajuda na redução de tensão. No entanto, o consumo de álcool dissociado de uma atividade apenas amplifica as aflições e o estresse pessoal. A correlação entre consumo de álcool e comportamento suicida pode refletir o fato de ambos serem considerados comportamentos de fuga da consciência de si e de seus problemas (Reifman & Windle, 1995).

Eventos de vida

A história do indivíduo contém fatores predisponentes não-imediatos que possibilitam a compreensão da motivação ou das razões psicológicas para o suicídio (Werlang & Botega, 2004). História familiar de transtorno mental ou suicídio aumenta o risco de maneira importante, seja por fatores genéticos, por estressores familiares, por modelo de comportamento ou por disfunções relacionais. Segundo Agebro e cols. (2002), jovens que cometem suicídio frequentemente possuem história familiar de transtorno mental, de comportamento suicida ou de experiências disfuncionais, como divórcio conflituoso, negligência ou adversidade socioeconômica. Há um aumento significativo do risco nos casos de pessoas com histórico de violência, como violência urbana ou doméstica, assédio moral (*bullying*), abuso físico, psicológico ou sexual. Os efeitos das situações de violência para o risco suicida se aplicam tanto para a vítima quanto para o

agressor (Fremouw & cols, 1990, King & cols, 2001, Agebro & cols, 2002 e Tavares & cols, 2004).

Um estilo de vida mais estável, sem mudanças bruscas nos aspectos afetivos, sociais, familiares ou econômicos, pode proporcionar o desenvolvimento de bases psicológicas que capacitam a pessoa para lidar com situações de crise, reduzindo o risco de comportamento suicida. Mudanças frequentes em aspectos importantes da vida podem comprometer a capacidade de enfrentamento, principalmente quando ocorrem nos períodos iniciais de desenvolvimento – correspondentes à infância e à adolescência (Fremouw & cols, 1990). A repetição e duração de eventos de vida que proporcionam grande estresse, como crises severas, traumas, doenças agudas, abusos, agressões, perdas e separações, podem tornar a pessoa mais suscetível ou vulnerável, com prejuízo à capacidade de enfrentamento dos eventos negativos futuros. As vulnerabilidades possuem aspectos psicológicos, neurológicos e genéticos que sofrem influência de ambientes psicossociais e podem ser desencadeadas ou agravadas por situações crônicas ou agudas de estresse.

Para explicar a complexa interação de estressores, vulnerabilidades e respostas sociais no processo suicida, Wasserman (2001) desenvolveu um modelo de estresse-vulnerabilidade. Esse modelo expressa a teoria da autora de que qualquer pessoa diante de uma situação de estresse pode ter suas capacidades cognitivas e de ação comprometidas, de tal maneira que não consiga lançar mão de estratégias de enfrentamento. Se for uma pessoa mais vulnerável, terá menos tolerância ao estresse e tendência a irritabilidade, agressividade e hostilidade. As respostas tenderão a ser mais rígidas e não adaptadas, e a capacidade de encontrar soluções criativas e construtivas será mais restrita. Assim, o

suicídio pode se visto como a única saída possível para uma sobrecarga de ansiedade, angústia, tristeza ou desespero.

Abuso

O conhecimento da história de abuso constitui, de acordo com Read, Agar, Barker-Collo, Davies & Moskuwitz (2001), um grande peso para a avaliação de risco e para o planejamento terapêutico. Os autores apontam a relação significativa do abuso infantil, principalmente do tipo sexual, com crises suicidas passadas e atuais em adultos, incluindo crises com tentativas e ideação suicida grave. Eles consideram que o abuso sexual infantil chega a ser um fator preditivo mais significativo do que o diagnóstico de depressão para uma crise suicida atual, devendo ser incluído como fator que determina a necessidade de avaliação e que compõe a equação utilizada para estimar o risco.

Os relatos de abuso na infância são muito mais frequentes entre os pacientes psiquiátricos do que na população em geral. Pacientes com história de abuso na infância desenvolvem sintomas e necessitam de tratamento mais precocemente que os demais e apresentam histórico de maior quantidade e duração de internações psiquiátricas. Além disso, estão mais suscetíveis a atuações agressivas contra si e contra outros e a repetição de situações de abuso e outras situações de risco. Diversas formas de abuso na infância estão relacionadas ao desenvolvimento e à severidade de transtornos mentais na vida adulta, muitos deles relacionados a crises suicidas, como: depressão, abuso de substâncias, esquizofrenias, além de transtornos de ansiedade, dissociativos, alimentares, de personalidade e de estresse pós-traumático (Rosenberg & Krugman, 1991, Vandeven &

Newberger, 1994, Knutson, 1995, Margolin & Gordis, 2000, Read e cols, 2001 e Cicchetti & Toth, 2005).

Perdas

A vivência de perdas reais ou imaginárias, de diversas naturezas – como a morte de um ente querido, divórcio e perdas econômicas ou de um emprego – é um estressor que pode desencadear ou intensificar a vivência de uma crise psicológica e suicida. O luto é um período de alto risco, especialmente se o objeto perdido for uma pessoa próxima que cometeu suicídio. O suicídio afeta, significativamente, pelo menos seis outras pessoas, que, impactadas pela perda extremamente estressora, ficam mais suscetíveis a considerá-lo como uma alternativa a seus problemas. O termo “suicídio contagioso” tem sido utilizado para descrever uma série de suicídios, nos quais uma morte influencia outras, provavelmente por meio de identificação ou modelo (Meleiro, 1997 e Tavares & cols, 2007). Segundo Moura (2007), o luto por suicídio intensifica a vivência dos sintomas típicos desse processo quando comparado com o luto por outros tipos de morte – acidental ou natural. As pessoas se veem forçadas a dar sentido ao que se sucedeu e, nesse processo, surgem sentimentos intensos e muitas vezes contraditórios, como raiva, culpa, vergonha, impotência, rejeição e traição, que abrem portas para novas dificuldades. Por esse motivo, tende a ser uma vivência mais estressora e dolorosa para o enlutado.

Problemas de saúde e tratamentos

Conhecer a história clínica, médica e psicológica do indivíduo pode proporcionar indícios importantes de estressores ou de vulnerabilidades que elevam o risco de suicídio. Esses indícios incluem principalmente mudanças (início ou agravamento) na condição da

saúde física ou mental, tratamento de transtornos mentais, início ou cessação de medicações psicotrópicas e alta recente de internação psiquiátrica (Meleiro, 1997, Mitchell & cols, 2005 e Bisconer & Gross, 2007).

Doenças físicas, principalmente aquelas que levam a comprometimentos funcionais ou cognitivos, degeneração, dor, desfiguração, dependência de terceiros e que possuem mau prognóstico, estão associadas a riscos mais altos de suicídio. As principais dessas doenças relacionam-se aos diagnósticos de: 1) doenças crônicas (diabetes, esclerose múltipla, condições crônicas renais, hepáticas, gastrointestinais, insuficiências cardíacas ou pulmonares, doenças nos ossos ou articulações com dor crônica e doenças sexuais), 2) doenças neurológicas (epilepsia, trauma medular e acidente vascular cerebral), 3) tumores malignos e 4) contaminação pelo HIV (Fremouw & cols, 1990, OMS, 2000, Werlang & Botega, 2004 e Kutcher & Chehil, 2007).

Essas condições médicas devem ser avaliadas considerando-se os significados e as consequências pessoais, a correlação com sintomas e transtornos psiquiátricos, a capacidade de enfrentamento da pessoa, a presença de estressores psicossociais e a história prévia de comportamento suicida. Conhecer as medicações utilizadas pode alertar o terapeuta para a presença de problemas físicos ou psiquiátricos que o paciente desconheça ou tenha omitido, além de ser uma forma de avaliar o acesso a um método de suicídio importante e potencialmente letal, que é a ingestão de medicamentos. A presença de grande quantidade de remédios ou de determinados medicamentos eleva o risco de suicídio, principalmente quando são administrados pelo paciente ou se encontram em local de fácil acesso (Fremouw & cols, 1990 e Kutcher & Chehil, 2007).

Precipitadores

O suicídio possui relação direta com a ocorrência de estressores precipitadores relativamente recentes. São eventos de vida mais situacionais e recentes que desencadeiam a crise suicida. São situações ou sintomas agudos que levam a perturbações internas difíceis de serem manejadas, como mudanças ou notícias repentinas, conflitos interpessoais e perdas. Podem fazer parte de crises vitais (parte do desenvolvimento) ou crises acidentais (inesperadas), que são diretamente relacionadas ao início da crise suicida. Incluem perdas recentes (mortes, relações, trabalho, mudança geográfica etc), problemas de saúde, legais e de trabalho ou desemprego, conflitos familiares, término de relacionamentos amorosos e situações de violência. O poder do estressor e da vulnerabilidade do sujeito potencializa o risco. Em uma avaliação, a história de reação a essas situações estressoras apontam a capacidade e as alternativas de enfrentamento, bem como para as vulnerabilidades desenvolvidas ao longo da vida (Maltzberger, 1996, Meleiro, 1997, Joiner & cols, 1999, Cunha, 2000b, Read & cols, 2001, Mitchell & cols, 2005, Bisconer & Gross, 2007 e Kutcher & Chehil, 2007).

Estado mental e afetivo

Traços individuais de personalidade e características do estado mental e afetivo podem ser fortes indícios de risco de suicídio. São aspectos internos que interferem na capacidade de enfrentamento em situações de crise e incluem a capacidade de mobilização de recursos, de socialização e de tomada de decisões importantes. O exame do estado

mental e afetivo envolve a verificação da capacidade de teste de realidade e das fantasias acerca da morte (relevância e natureza). Esse exame pode ser facilitado pela observação da aparência geral do paciente e de seu comportamento, incluindo atributos como atenção, orientação, memória, alucinações, processos cognitivos, auto-estima, humor, afeto, fala, olhar, contato visual, sono e apetite (Maltzberger, 1996, Cunha, 2000a, King & cols, 2001, Mitchell & cols, 2005 e Bisconer & Gross, 2007).

Um bom funcionamento geral em atividades cotidianas – como cuidados domésticos, socialização e trabalho – relaciona-se a um risco menor de suicídio. Estados psicológicos de ambivalência, impulsividade e rigidez são comumente encontrados em pessoas com crise suicida e interferem nas capacidades de lidar com dores emocionais e psicológicas, de resolver problemas, de mobilizar recursos internos e externos e de identificar razões para viver. Uma maneira de acessar essas capacidades é utilizar instrumentos como a Escala de Avaliação Global de Funcionamento do DSM-IV ou buscar, por meio de entrevista, a história de respostas a situações estressoras (Fremow & cols, 1990, OMS, 2000, American Psychiatric Association, 2003 e Kutcher & Chehil, 2007). Uma história de enfrentamento com estratégias inadequadas em situações de crise, como uso de álcool e outras drogas, fugas, agressividade e comportamento suicida, aumenta o risco de atuações suicidas no futuro. Já uma história com estratégias efetivas de resolução de problemas, como a mobilização de recursos sociais ou de ajuda profissional adequada, sugere que a pessoa estará melhor equipada para enfrentar uma crise (Fremow & cols, 1990).

Estados de desorganização ou desorientação mental aumentam o risco de atos suicidas devido à inabilidade de considerar e controlar racionalmente as ações. Pensamentos desorganizados ou episódios psicóticos com alucinações de comando, por exemplo, revelam dificuldade de manter contato com a realidade e de controlar impulsos agressivos, tanto suicidas como homicidas (Fremouw & cols, 1990). A constrição cognitiva, ou seja, a noção de diminuição ou falta de opções vislumbradas pela pessoa é um elemento de risco importante, pois a morte pode parecer a única solução possível (Werlang & Botega, 2004).

Transtornos de humor relacionados a atitudes e padrões cognitivos disfuncionais e atributos de temperamento, como perfeccionismo, pessimismo, hostilidade, irritabilidade e apatia, são preditores importantes para suicídio posterior (Beevers & Miller, 2004, Allen & cols, 2005). Em estudo realizado com pacientes internados com depressão, Beevers e Miller (2004) verificaram que níveis maiores de perfeccionismo, bem como padrões cognitivos negativos estavam associados à maior desesperança e à ocorrência de ideação suicida seis meses depois da alta. Eventos de vida estressantes podem levar a atitudes disfuncionais e a padrões cognitivos nos quais as informações são processadas de maneira negativa e irrealista. Atitudes e pensamentos como esses produzem expectativas negativas acerca de si, das situações e do futuro, levando à desesperança e à exacerbação de outros sintomas depressivos, incluindo pensamentos suicidas (Beck, Brown, Berchick, Stewart & Steer, 1990 e Beevers & Miller, 2004).

Afetos intoleráveis

Perturbação ou dor emocional são termos que também descrevem a acumulação de dor psicológica em pacientes suicidas (Shneidman, 1993, Shneidman, 1998). A dor psicológica e emocional que atinge intensidade intolerável é uma variável importante, fortemente relacionada ao suicídio e, por isso, merece ser abordada em um item à parte. Trata-se de uma experiência interna de emoções negativas, como raiva, abandono, culpa, temor, desespero, medo, vergonha, humilhação, frustrações, desesperança, ansiedade, solidão, perda, vazio e luto, que geralmente é desencadeada e mantida pela não-satisfação de necessidades psicológicas (Hendin, 1991, Mokros, 1995, Ronningstam & Maltzberger 1998, Hendin & cols, 2001, Berlim & cols, 2003, Hendin, Maltzberger, Haas, Szanto & Rabinowicz, 2004 e Hendin, Maltzberger & Szanto, 2007).

Segundo Berlim e cols. (2003), essas experiências afetivas compõem o domínio da qualidade de vida psicológica, que se mostra tão ou mais importante para a avaliação do risco de suicídio que outros domínios, sejam eles físicos, interpessoais, de trabalho ou até psicopatológicos. Os estados afetivos são pontos cruciais para a compreensão do suicídio, pois pacientes suicidas apresentam um número significativamente maior de afetos intensos, além daqueles vivenciados pela depressão. Entre esses afetos, o sentimento de desespero é apontado como um dos mais fortes indicadores de risco de suicídio imediato.

Em estudo de autópsia psicológica com terapeutas que tratavam pessoas que se mataram, Hendin e cols. (2004) investigaram os pensamentos, sentimentos, e comportamentos dos pacientes imediatamente antes de suas mortes e compararam com grupo de pacientes que apresentavam depressão severa, mas sem ideação suicida. O grupo de pacientes suicidas apresentou, segundo a avaliação de seus terapeutas, um ou mais

afetos intoleráveis, dentre os quais, o desespero – estado de angústia acompanhado por uma necessidade imediata de alívio – foi o mais fortemente associado com a crise suicida aguda. Os terapeutas avaliaram que aqueles que se sentiam desesperados tinham a sensação de desintegração emocional, de que suas vidas estavam em colapso ou desmoronando, de que estavam perdendo o controle de suas emoções e vidas e de que sua angústia se tornava intolerável. O suicídio nesses casos parecia-lhes uma tentativa de retomar o controle de suas vidas e emoções, ou uma expressão de retaliação, acompanhada de intensa raiva, às pessoas que os tinham ferido ou abandonado.

Enquanto o desespero é o afeto mais associado à manifestação da crise suicida e um grande preditor de risco agudo, o risco a curto prazo – de seis meses a um ano – relaciona-se mais a sintomas graves de ansiedade, ataques de pânico, anedonia e abuso de álcool. Já a crise suicida crônica, com risco a médio ou longo prazos, relaciona-se principalmente ao sentimento de desesperança e à história de comportamento suicida – como ideação e tentativas (Werlang & Botega, 2004). A desesperança é um afeto que, independentemente do diagnóstico de depressão, se mostra um dos mais fortes fatores de risco preditivo de suicídio a médio e longo prazos. É um afeto que traz a negativa de que a situação possa mudar para melhor, sendo vivenciado como uma percepção pessimista do futuro. A intenção suicida é mais fortemente relacionada ao sentimento de desesperança do que ao grau de depressão entre aqueles que tentam o suicídio, apesar de muitas vezes serem estes sentimentos relacionados (Fremouw & cols, 1990, Hendin, 1991, Meleiro, 1997, Chapman, Specht & Cellucci 2005, Smith, Alloy & Abramson, 2006, Hendin e cols, 2007 e Kutcher & Chehil, 2007). No entanto, segundo Reifman e Windle (1995), essa é uma verdade apenas para a população adulta, pois entre os adolescentes essa proporção se inverte e a

desesperança não se mostra um preditor tão poderoso de comportamento suicida como a depressão.

Existe também um grupo de pessoas cuja crise não é nem aguda, nem crônica. A intenção suicida é contingenciada a determinada circunstância ou contexto futuro. São pessoas que podem não apresentar intenção suicida alguma no presente, porque, em parte, o desejo é encapsulado em um contexto futuro. A contingência da crise suicida com um ponto no futuro pode funcionar como defesa contra o suicídio iminente. Também pode representar a última tentativa de controle de um futuro incerto em que tudo mais pode falhar. O sentido da data-limite estabelecida pelo paciente para que as coisas mudem deve ser explorado, pois pode coincidir com períodos ou datas importantes, como aniversários, mortes etc (Gutheil & Schetky, 1998).

Impulsividade

A avaliação de sintomas de impulsividade, agressividade e perda da capacidade de autocontrole é fundamental para o julgamento do risco de suicídio (Joiner & cols, 1999 e Mitchell & cols, 2005). A alta correlação entre comportamento impulsivo/impulsivo-agressivo e comportamento suicida tem sido documentada epidemiologicamente, clinicamente e psicometricamente, lançando bases para a idéia de que tanto a agressividade voltada para si como aquela voltada para fora possuem alicerces comuns (Alan & cols, 1991, Turecki, 1999 e Prieto, 2007).

Alan e cols. (1991) avaliaram dois grupos de pacientes psiquiátricos internados – violentos e não-violentos. Ambos apresentaram similaridades e resultados positivos na correlação entre impulsividade, raiva, ansiedade, medo, desconfiança, rebeldia e risco de

suicídio, apesar das diferenças diagnósticas, da severidade de comportamento violento e das razões para internação. O grupo violento não apresentou correlação entre tristeza e risco de suicídio, enquanto o grupo não-violento demonstrou alta correlação entre essas variáveis. Os pesquisadores também verificaram um maior risco de suicídio entre adolescentes com transtornos de conduta severos e com poucos sintomas depressivos do que entre outros adolescentes com transtornos afetivos severos. Os comportamentos impulsivos e impulsivo-agressivos são um denominador comum entre grande parte dos sujeitos que cometem suicídio. Nesses casos, as defesas egóicas podem inibir a expressão de sintomas depressivos, tendendo a uma atuação do sentimento de tristeza por meio de atos de violência, sejam voltados para si ou para outros (Alan & cols, 1991 e Turecki, 1999).

Fatores protetivos

A presença de fatores de proteção pode diminuir o nível do risco de suicídio por meio do fortalecimento da capacidade de enfrentamento da pessoa. A natureza e a viabilidade dos recursos protetivos internos e externos devem ser observadas em uma avaliação, principalmente daqueles relativos aos sistemas de suporte social. A presença de pessoas significativas que possam oferecer condições de suporte, recursos e ajuda efetiva para o enfrentamento de uma crise reduz o risco de suicídio. Já ocorrências de isolamento social e de relações estressantes ou disfuncionais podem aumentar o nível de risco suicida (Fremouw & cols, 1990, Maltzberger, 1996, Joiner & cols, 1999, Wasserman, 2001,

Mitchell & cols, 2005, Allen & cols, 2005, Botega & cols, 2005, Bisconer & Gross, 2007 e Kutcher & Chehil, 2007).

Circunstâncias de vida favoráveis podem reduzir a vulnerabilidade e as situações de estresse, influenciando positivamente no bem-estar e na capacidade de enfrentamento. Mesmo conexões neuronais podem ser estabelecidas ou restabelecidas por meio de atividades e de relações saudáveis constantes, como é o caso da psicoterapia (Wasserman, 2001). Possuem funções protetivas tanto a ausência de fatores de risco importantes como a presença de fatores relacionados a atividades e condições ambientais, sociais e internas favoráveis: emprego, esporte, crianças em casa, senso de responsabilidade para com a família, gravidez, participação em grupos comunitários, políticos ou religiosos, crenças religiosas consolidadas, satisfação com a vida, teste de realidade preservado, capacidade adaptativa, capacidade de resolver problemas, apoio social e terapêutico positivo e história de vida que tenha propiciado a internalização de valores e suporte emocional adequado (Wasserman, 2001, Tavares & cols, 2004 e Kutcher & Chehil, 2007).

A preocupação com o efeito do suicídio sobre os membros da família constitui um fator de proteção imediato importante (Meleiro, 1997). Pessoas que cometem suicídio são geralmente solteiras, separadas ou viúvas, e vivem mais sozinhas do que o resto da população. Muitas vezes, são pessoas que apresentam menos características de autocontrole e menor habilidade para a resolução de problemas (Joiner & cols, 1999). O suporte social se refere ao processo interpessoal em que uma pessoa conforta outra emocionalmente, ajudando a discutir seus problemas, dando conselhos, provendo apoio material e serviços e fazendo com que o outro se sinta parte de uma rede social (Reifman

& Windle, 1995). O suporte social pode ter um efeito protetivo direto, mas pode, principalmente, amenizar os efeitos da desesperança ou da depressão no comportamento suicida. Relacionamentos de confiança e suporte familiar afetivo e social (principalmente dos pais) ajudam no crescimento sócio-emocional e no desenvolvimento da auto-estima e da sensação de bem-estar geral. Pertencer e compartilhar recursos de uma rede social ou comunidade evita atitudes egoístas e excessivamente auto-centradas, prevenindo comportamentos de risco, principalmente entre os jovens (Reifman & Windle, 1995 e King & cols, 2001).

Psicodinâmica

A visão psicodinâmica é aquela voltada para o mundo interior do paciente, para as forças que interagem criando a situação-conflito e que muitas vezes são desconhecidas pelo paciente. Para conhecer essa psicodinâmica, é preciso analisar sua visão de mundo e sua relação com trabalho, família, estudo, triunfos, fracassos, doenças, áreas afetiva, emocional e sexual (Ponciano, 1988). A natureza e os padrões das relações estabelecidas ao longo da vida são internalizados de tal maneira que o indivíduo desenvolve uma dinâmica psicológica própria para lidar com pessoas e situações. Uma série de fantasias, mecanismos de defesa, afetos e pensamentos interagem, interferindo na maneira da pessoa se relacionar e reagir, seja ela saudável ou não. O comportamento suicida é a urgência subjetiva mais radical, parte das tentativas de resolução de conflitos internos e externos, da busca de novos sentidos para uma situação insustentável, ou de um grito desesperado de ajuda. Compreende uma passagem ao ato de um indivíduo que se encontra impotente para

lidar com a realidade, mas detém o poder onipotente sobre a vida e a morte (Sterian, 2001 e Wasserman, 2001).

São muitos os motivos para querer matar ou para querer ser morto, e muitos mecanismos inconscientes podem estar relacionados. O ataque à própria vida pode ser uma tentativa de matar o objeto odiado com o qual o sujeito se identificou e que introjetou, voltando para si próprio o desejo de morte antes dirigido a outrem. Outra possibilidade pode ser a busca de reunião com um objeto amado que foi perdido (Litman, 1996 e Sterian, 2001). Independentemente do mecanismo, sempre parece existir um *self* que se submete ao assassino e que parece desejar se submeter. A pulsão de morte sobrepõe-se à pulsão de vida de tal maneira que o indivíduo se torna simultaneamente o objeto (aquele que é morto – vítima) e o sujeito (aquele que mata – assassino) dessa força destrutiva (Menninger, 1996, Sterian, 2001 e Litman, 1996).

Quando a pulsão de morte automatiza-se da pulsão de vida, ela tende a crescer e a atingir seu alvo, que é a redução completa das tensões – o estado do repouso absoluto do inorgânico, a morte. Para mudar o rumo do diálogo suicida entre essas forças mórbidas, impedindo a “vitória” da onipotência, um outro interlocutor – o terapeuta – entra em cena para ajudar a reescrever o enredo com final trágico (Sterian, 2001). O terapeuta pode unir-se às tendências auto-preservadoras inconscientes, que podem influenciar o comportamento quando há uma determinação consciente de morrer (Werlang & Botega, 2004).

Em uma avaliação psicodinâmica, diversos fatores psicológicos devem ser observados, identificando-se as interações que configuram o risco de suicídio. É importante

descobrir o grau de “suportabilidade” de alguma vivência para cada indivíduo, a circunstância de vida que motivou tal decisão, em que momento de sua história essa experiência se insere, o que ou quem pretende atingir com isso, qual o sentido que essa pessoa atribui ao seu ato, qual sua verdadeira determinação em conseguir efetuar esse auto-ataque (Sterian, 2001). Dessa maneira, é possível desvelar a lógica interna que pode tornar o comportamento suicida um mecanismo de solução de conflito.

Fatores de risco sócio-demográficos

Os fatores sócio-demográficos são variáveis úteis para identificar grupos que possam estar em maior risco de comportamento suicida. No entanto, possuem pouca utilidade prática na avaliação do risco de casos específicos. São informações insuficientes para determinar o risco atual de maneira isolada, pois dependem da interação específica e complexa que formam com outras variáveis. São secundários para a determinação do risco individual, mas contextualizam e complementam a avaliação, ajudando a compor o perfil de risco (Fremouw & cols, 1990). Esses fatores referem-se aos contextos pessoal, social e demográfico, e envolvem sexo, idade, geograma (estado civil, filhos etc), histórico de instrução e trabalho, região geográfica e migração e aspectos religiosos e culturais.

Sexo

Na maioria dos países, o suicídio entre os homens é pelo menos três vezes mais frequente do que entre as mulheres, embora tenha sido notada uma tendência de aumento da taxa de suicídio entre mulheres adultas. De maneira geral, na faixa de jovens entre 15 e 24 anos, o suicídio aumentou nas últimas décadas na proporção de 5 homens para 1

mulher, levando graficamente a uma curva bimodal para os homens, com picos na juventude e velhice, enquanto que, para as mulheres, um pico na meia-idade (Fremouw & cols, 1990, Meleiro, 1997, OMS, 2000, Werlang & Botega, 2004 e Kutcher & Chehil, 2007). Dentre os fatores que podem contribuir para os índices mais elevados nos homens, estão: menor propensão a procurar e aceitar ajuda para problemas emocionais ou psicológicos, presença de comportamentos mais impulsivos e violentos, tendência a menor inserção social e escolha de métodos mais letais. Em raros países, a exemplo da China, os suicídios das mulheres equivalem ou até ultrapassam os suicídios dos homens em quantidade (OMS, 2000, Werlang & Botega, 2004 e Kutcher & Chehil, 2007).

Apesar dos índices de suicídio entre os homens serem muito mais altos, as mulheres tentam suicídio três vezes mais do que eles. Elas utilizam métodos menos violentos e letais (Fremouw & cols, 1990, Meleiro, 1997, OMS, 2000 e Kutcher & Chehil, 2007). Ideação suicida também é mais comum e duradoura entre as mulheres (Botega & cols, 2005). Alguns fatores de risco estão mais associados a ideações, tentativas e suicídios consumados entre as mulheres, como abusos sexual e físico por parte do parceiro íntimo, desigualdade de gênero e expectativas socioculturais quanto ao papel da mulher que podem levar a fortes sanções sociais, conjugais e familiares. Apesar da gravidez ser considerada um fator protetivo, a gestação na adolescência e os transtornos do puerpério (depressão e psicose pós-parto) estão associados ao aumento do risco de suicídio (Kutcher & Chehil, 2007 e Marx, 2006).

As pessoas com orientação homossexual ou bissexual com conflitos de identidade, segundo Kutcher e Chehil (2007), apresentam risco de suicídio aumentado, principalmente

nas faixas etárias mais jovens. Dentre os fatores que podem estar relacionados a esse aumento, temos: atitudes culturais de discriminação e violência, estresse relacionado à revelação da orientação sexual, inconformidade com o gênero ou não-aceitação da identidade sexual. Experiências como essas podem elevar o sofrimento e gerar sintomas depressivos, que, sem o devido cuidado, podem se agravar e levar a medidas drásticas e definitivas como o suicídio.

Idade

Os índices de suicídio tendem a aumentar com o envelhecimento, mas não de maneira linear. Dois grupos populacionais – adolescentes/jovens e idosos – correspondem a períodos de picos de risco aumentado na curva de desenvolvimento populacional. Em geral, os índices de suicídio crescem agudamente entre adolescentes e jovens de 15 a 35 anos, antes de nivelar-se por toda a idade adulta e sofrer nova elevação após os 70 anos de idade (Fremouw & cols, 1990, OMS, 2000, Werlang & Botega, 2004 e Kutcher & Chehil, 2007).

A relevância dos fatores de risco é diferente para crianças, adolescentes, adultos e idosos (Mitchell, 2005 e Corrêa & Barrero, 2006). O suicídio em crianças (menores de 12 anos) não é comum, mas pensamentos e outros comportamentos suicidas podem ocorrer a partir do momento em que elas desenvolvem conceitos acerca da morte e do suicídio – o que ocorre geralmente a partir dos 6 anos de idade. Os fatores de risco para essa faixa de idade se relacionam mais fortemente a um meio familiar marcado por psicopatologias, problemas de relacionamento e situações de violência. Crianças com transtornos psiquiátricos, pouca tolerância à frustração, agressividade, rigidez e que expressam ou

ameaçam comportamentos suicidas apresentam risco mais elevado (Corrêa & Barrero, 2006).

Entre adolescentes e jovens de 12 a 24 anos, o suicídio vem aumentando de maneira preocupante, havendo triplicado nas últimas décadas em alguns países. O suicídio é uma das três maiores causas de morte entre pessoas dessa faixa de idade, na maior parte dos países. Possíveis fatores responsáveis por esse crescimento são: maior incidência de doenças mentais (muitas com início no final da adolescência, como depressão, transtorno bipolar e esquizofrenia), uso crescente de drogas, maior disponibilidade de armas de fogo, os chamados “suicídios por imitação” decorrentes de processos de identificação que são facilitados pelos meios de comunicação, e eventos estressores como perdas, mudanças e conflitos familiares (Meleiro, 1997, Agebro & cols, 2002 e Kutcher & Chehil, 2007). O aumento do risco também envolve indicadores mais universais, como presença de transtornos psiquiátricos; história de comportamento suicida e de eventos adversos na infância; estressor severo atual e histórico familiar de instabilidade, doença mental ou suicídio. Nessa fase da vida, os fatores de risco podem se confundir com atitudes decorrentes das transformações típicas do desenvolvimento, como expressão de pensamentos suicidas ou relacionados à morte, comportamentos impulsivos, frequentes ataques de fúria ou agressividade, mudança no rendimento escolar ou acadêmico, inabilidade para se relacionar, conflitos, perdas e aumento no consumo de álcool ou outras drogas (Mitchell, 2005, Montenegro, 2005, Corrêa & Barrero, 2006 e Bohry, 2007).

Os comportamentos suicidas e as tentativas de suicídio são, em números absolutos, maiores entre os grupos etários mais jovens, mas os valores proporcionais mais altos são

encontrados nos idosos (Werlang & Botega, 2004 e Kutcher & Chehil, 2007). As tentativas de suicídio entre os idosos tendem a ser mais letais. São pessoas que apresentam maior vulnerabilidade física, possuem maior acesso a medicamentos e tendem a ser mais isoladas socialmente (sendo menor a probabilidade de serem socorridas). Além disso, os idosos são menos propensos a tomarem decisões impulsivas. Ao invés disso, apresentam maior planejamento e determinação e expressam menos sinais de alerta (Kutcher & Chehil, 2007). Os principais fatores de risco estão associados a morte recente de um companheiro ou de outros entes queridos, doença física, percepção de saúde frágil, dor incontrolável, medo de doença crônica ou incapacitante, isolamento social ou solidão, grande mudança em suas regras ou condições sociais, aposentadoria, perda de identidade ou de projetos de vida, discriminação, abandono e depressão – geralmente não diagnosticada (Agebro & cols, 2002, Tavares & cols, 2004, Mitchell, 2005 e Corrêa & Barrero, 2006).

Genograma (relações familiares e sociais)

A constituição e a história familiares possuem grande relevância para a avaliação do risco, dentre outros motivos, pela qualidade do suporte social. Dados apontam que pessoas divorciadas cometem mais suicídio do que outros grupos, seguidos pelos solteiros e viúvos. Esse risco aumenta quando a pessoa mora ou passa a morar sozinha (Fremouw & cols, 1990, Meleiro, 1997, OMS, 2000 e Agebro & cols, 2002). O efeito da viuvez é considerável, constatado pelo grande número de suicídios que ocorrem logo após a morte do cônjuge. Os casados são os que apresentam índices mais baixos, embora relações conjugais de natureza conflituosa ou abusiva possam elevar o risco, principalmente para as mulheres. A presença de filhos parece ter importância protetiva na decisão pela morte.

Pessoas adultas sem filhos apresentam risco maior de cometerem suicídio (Meleiro, 1997, Botega & cols, 2005 e Kutcher & Chehil, 2007).

Histórico de instrução e trabalho

Estudos apontam uma correlação positiva entre desemprego e suicídio, especialmente entre os homens. A perda recente de emprego é mais associada à elevação do risco que o desemprego crônico, embora ambos sejam importantes. O tempo em que o indivíduo está sem trabalho, sofrendo efeitos estressantes do desemprego ou subemprego, trabalhando em condições marginais ou temporárias, torna o desemprego um estressor significativo na avaliação do risco. Ao mesmo tempo, a condição de desemprego é um indicador importante de outros problemas, pois pode refletir a perda de competências psicossociais devido a estressores ou vulnerabilidades prévias à perda do trabalho (Fremouw & cols, 1990, Meleiro, 1997, OMS, 2000 e Kutcher & Chehil, 2007).

Agebro e cols. (2002) relacionam o aumento no risco de suicídio à redução de empregos e da renda *per capita* familiar, mas ressaltam que o impacto de fatores socioeconômicos em famílias com história de transtorno mental é muito maior. Situações nacionais ou internacionais de crise financeira, como a que vem ocorrendo nos últimos meses em vários países, lançam o alerta para o aumento dos índices de suicídio. Diversos casos de suicídio relacionados a perdas financeiras vêm sendo divulgados pela mídia, indicando a vulnerabilidade a esse tipo de estressor em uma sociedade que valoriza muito o *status* econômico. Portanto, os fatores socioeconômicos devem ser observados associando-os à capacidade pessoal de enfrentamento de situações adversas e aos contextos histórico e social.

Entre as pessoas que trabalham, existem os profissionais que tem maior conhecimento e facilidade de acesso a meios letais e que apresentam índices mais elevados de suicídio, como farmacêuticos, químicos, veterinários, dentistas, médicos, psicólogos, agricultores e policiais. Como a natureza dessas profissões exige a familiaridade e a proximidade de métodos letais, estratégias de controle de acesso a meios dificilmente podem ser implementadas. Portanto, outras formas de prevenção devem ser adotadas, como a identificação precoce de risco e estratégias de apoio. Além do acesso a métodos, a maioria desses profissionais exerce atividades extremamente estressantes que os expõem a situações de crise, de violência ou de grande responsabilidade (OMS, 2000 e Tavares & cols, 2004).

Apesar de muitos desses profissionais, principalmente da área da saúde, disporem de conhecimento acerca dos recursos sociais de ajuda (psicoterapias, orientações etc) e possuírem, mais do que outros segmentos da sociedade, condições de acessá-los, eles não o fazem. Provavelmente o tabu e a preocupação com a imagem social impedem que essas questões sejam abordadas adequadamente. Uma atitude preconceituosa ou onipotente também dificulta a procura por tratamento ou outras formas de apoio. Mesmo aqueles que procuram ajuda podem não ter identificado o verdadeiro problema e acabam por não receber o cuidado necessário, o que ressalta a necessidade de uma boa avaliação.

Para o grupo de crianças e adolescentes, o fator escolar deve ser considerado, observando a ocorrência de reprovação e dificuldades de adaptação com os colegas (Meleiro, 1997). Situações de violência ou assédio moral e físico por parte de outros alunos da escola podem causar marcas emocionais e psicológicas profundas, afetando todo o

desenvolvimento ulterior da criança ou do adolescente de maneira negativa (Montenegro, 2005 e Bohry, 2007).

Região geográfica e migração

O Ministério da Saúde (2006) aponta diferenças importantes nas taxas e no crescimento dos índices de suicídio nas diferentes regiões do Brasil. As mortes por suicídio concentram-se, principalmente, nas regiões Sudeste e Sul – respectivamente 37,2% e 26,8% do total de óbitos registrados no País. Desses, grande parte ocorre nos Estados de São Paulo e do Rio Grande do Sul. As taxas vêm crescendo nas regiões Norte e Nordeste, o que pode indicar que os registros de morte por suicídio estão se tornando mais eficientes.

Estados como Mato Grosso do Sul, que apresentam uma maior proporção de população indígena, também apresentam taxas mais elevadas de suicídio. Isso porque os índices de suicídio são proporcionalmente mais elevados entre os indígenas, em relação às outras raças no Brasil (Ministério da Saúde, 2006). Outro fenômeno social que parece estar relacionado à elevação do risco são os fluxos migratórios. A migração de área rural para urbana, ou para regiões ou países diferentes, aumentam o risco de suicídio. Pessoas migrantes estão sujeitas a problemas decorrentes do deslocamento, como pobreza, habitação precária, perda de suporte social e frustrações de grandes expectativas (OMS, 2000).

Aspectos culturais e religiosos

Em uma cultura onde o fracasso ou a vergonha financeira, pessoal, familiar ou social sejam implícita ou explicitamente considerados mais graves até do que a morte, o

risco de suicídio se eleva. Atitudes e crenças religiosas características de diferentes grupos culturais acerca da vida, da morte, vida após a morte e do suicídio podem influenciar significativamente o comportamento suicida. A convicção religiosa em uma fé que proíbe o suicídio pode ser um fator de proteção importante (Kutcher & Chehil, 2007). Botega e cols. (2005) observaram diferenças significativas no comportamento suicida entre brasileiros de religiões diversas. Segundo eles, as religiões que exercem um controle moral mais rígido e incisivo possuem efeito mais protetivo quanto ao desenvolvimento e à expressão suicida do que condenações teológicas menos coercivas.

A avaliação no contexto do risco

O suicídio é uma das situações emergenciais mais graves e difíceis com a qual os profissionais da saúde podem se deparar. Trata-se também de um fenômeno de caráter no mínimo emergencial, que demanda decisões e intervenções rápidas e adequadas, pois as consequências podem ser irreversíveis. Portanto, a avaliação do risco de suicídio é um procedimento básico e extremamente necessário na área da saúde. Mas avaliar corretamente o risco do evento se efetivar implica, muitas vezes, em dimensionar equações bastante complexas. Além disso, lidar com pacientes suicidas é considerada uma prática bastante estressante e difícil. Pessoas com risco suicida sempre mobilizam alguma ansiedade nos profissionais de saúde mental, mesmo nos mais experientes (Gutheil & Schetky, 1998, Sterian, 2001 e Meichebaum, 2005). Todo esse contexto torna fundamental a utilização de instrumentos que sistematizem a avaliação do risco e respaldem as decisões e intervenções clínicas dos profissionais.

Na abordagem dos métodos de pesquisa em Psicologia, inúmeros recursos favorecem a compreensão da realidade dos pacientes e criam condições de transformar os cenários estudados (Silva, Macêdo, Rebouças & Souza, 2006). A efetividade de qualquer instrumento desenvolvido para avaliar risco de suicídio vai depender do grau de determinação dos fatores identificados e da prevalência desses fatores em uma população (Mitchell & cols, 2005). A avaliação do risco de suicídio vem sendo realizada por meio de métodos epidemiológicos, instrumentos auto-aplicáveis - como questionários, *check lists*, técnicas projetivas de avaliação psicológica – como Rorschach e HTP – e entrevistas clínicas - estruturadas ou não (Werlang, 2000, Zalsman & cols, 2000, Prieto, 2002, Montenegro, 2005 e Martins, 2008).

O método epidemiológico tem possibilitado obter informações sobre a prevalência do fenômeno em diferentes regiões, grupos étnicos e seus correlatos sociodemográficos. O objetivo da epidemiologia é promover uma classificação estatística que ajude na avaliação e no tratamento de potenciais suicidas, identificando características de grupos ou segmentos da sociedade, como idade, gênero, localização geográfica ou condições de trabalho. Apesar de suas vantagens e dos avanços nesta área nos últimos tempos, há um grande risco em aplicar medidas estatísticas para prever comportamentos individuais, principalmente aqueles de natureza suicida. Alguns profissionais falham ao dar grande destaque a esses números na resolução de dilemas clínicos de pacientes em sua prática – por exemplo, pautar a avaliação apenas por um perfil de suicida médio: homem solteiro ou divorciado com mais de 45 anos. É preciso uma abordagem cuidadosa, pois ainda é muito difícil prever quais sujeitos de um grupo, potencialmente suicidas, vão transformar suas fantasias em atos concretos (Fremouw & cols, 1990, Werlang, 2000 e Kulic, 2005).

Diversas escalas psicométricas foram desenvolvidas para tentar responder a questão do risco, como as escalas de Beck, que medem a intencionalidade suicida, ideação suicida e desesperança, e a escala de Buglass e Horton, que mede fatores relacionados à repetição de tentativa de suicídio (Werlang & Botega, 2004). Esses e outros questionários auto-aplicáveis publicados possuem diferentes graus de aplicação e de validação (Prieto, 2007). Em estudo realizado em pacientes de um Hospital psiquiátrico, Bisconer e Gross (2007) analisaram a utilidade de instrumentos que avaliam comportamento suicida, sintomas de depressão e ansiedade. São eles: *Suicide Probability Scale*; *Adult Suicidal Ideation Questionnaire*; *Beck Scale for Suicide Ideation*; *Beck Hopelessness Scale*; *Beck Depression Inventory II*; e *Beck Anxiety Inventory*. Segundo os pesquisadores, nenhum desses questionários conseguiu prever o risco de suicídio sem erros significativos, levando-os a concluir que esses instrumentos devem ser sempre utilizados como parte de uma avaliação compreensiva e individual.

Embora as escalas possam ser úteis em muitos contextos, elas possuem pouca aplicação imediata em determinadas práticas clínicas. Suas variáveis podem ser mutáveis e individualmente possuem pouco valor preditivo para o risco de suicídio. Mesmo mediante a combinação de fatores, as taxas de falsos-positivos e falsos-negativos são elevadas na avaliação de casos individuais (Brown, Jones, Betts & Wu, 2003, Werlang & Botega, 2004 e Meichenbaum, 2005). Os itens das escalas podem ser bem aproveitados se forem incorporados em uma entrevista clínica, ajudando a sistematizar a coleta de informações relevantes e a valorizar o relato do paciente. Modelos que são referência na literatura instruem a associação de questionários e de entrevistas clínicas para abordar o risco de

suicídio (Fremouw & cols, 1990, Brown & cols, 2003, Werlang & Botega, 2004, Kulic, 2005 e Bisconer & Gross, 2007).

Uma abordagem estruturada, sistematizada e ao mesmo tempo flexível contribui para a precisão de um julgamento clínico complexo. Assim, quando o objetivo do instrumento está voltado para a temporalidade do evento em relação à psicopatologia e à interação de eventos específicos, como é o caso do contexto suicida, a entrevista se mostra mais adequada (Montenegro, 2005). A entrevista clínica é um dos instrumentos mais utilizados por profissionais de saúde. Ela tem o potencial de lidar com um número considerável de informações, abarcando todos os principais indicadores de risco e a maneira como eles se relacionam. A avaliação dessas informações clínicas relevantes conduz à formulação de uma estimativa do risco de suicídio. Portanto, a entrevista clínica é um poderoso instrumento para avaliação de risco de suicídio, permitindo uma análise profunda da presença e da associação de fatores de risco e proteção ao suicídio (Tavares, 2000a).

Conclusão do capítulo 1

A avaliação do risco de suicídio é uma prática fundamental para a prevenção e o manejo da crise suicida e deveria fazer parte da rotina de profissionais da área da saúde. O suicídio é resultado da complexa interação entre fatores de risco e proteção, que foram agrupados ao longo desse texto em: comportamentos suicidas, transtornos mentais, eventos de vida, precipitadores, estado mental e afetivo, fatores protetivos, psicodinâmica e fatores de risco sócio-demográficos.

A avaliação do risco é um grande desafio e demanda a utilização de instrumentos que sistematizem a coleta de informações relevantes e respaldem as decisões e intervenções clínicas dos profissionais. A avaliação do risco de suicídio vem sendo realizada por meio de diversos métodos, com utilidade, praticidade e fidedignidade que variam em graus, conforme o contexto e a necessidade. Cada um desses métodos tem limitações específicas que precisam ser consideradas por quem os emprega. Quanto ao uso de instrumentos padronizados, é de fundamental importância que esses métodos sejam aferidos clinicamente por meio de entrevistas, que poderão contextualizar a validade clínica dos resultados (Tavares, 2003). Dessa maneira, pode-se evitar o grande problema dos falsos-positivos ou falso-negativos e, ao mesmo tempo, oferecer um contexto personalizado de intervenção e apoio.

O método de avaliação do risco de suicídio deve ser capaz de identificar os elementos que aumentam ou reduzem o nível de risco de maneira compreensiva e contextualizada. Uma abordagem estruturada, sistematizada e ao mesmo tempo flexível é a mais indicada para realização de uma boa avaliação desse contexto. A entrevista é um procedimento que pode contribuir muito para a precisão de um julgamento clínico complexo, tornando possível estimar o risco de um paciente específico e auxiliando na implementação de ações interventivas e preventivas dirigidas.

Capítulo 2 – A entrevista clínica na avaliação do risco de suicídio

Um fenômeno torna-se incompreensível enquanto o campo de observação não for suficientemente amplo para que, nele, esteja incluído o contexto.

Waltzlawick

Os comportamentos suicidas fazem parte de um amplo processo e apresentam uma dinâmica individual própria. Os elementos que compõem esse processo funcionam como indicadores clínicos relevantes para a avaliação do risco de suicídio. A definição precisa dos indicadores de vulnerabilidades (fatores internos persistentes ou crônicos), estressores (fatores de risco agudos ou situacionais) e recursos (fatores de proteção internos e externos) têm repercussões diagnósticas e prognósticas importantes, que possibilitam uma intervenção mais adequada. Como a vulnerabilidade ao suicídio pode ser aguda, crônica ou latente, é possível que a ideação suicida esteja totalmente ausente por longo período e retorne como resposta a uma situação crítica (Wasserman, 2001 e Mitchell & cols, 2005).

Para alcançar um perfil de risco claro e preciso, é necessário o desenvolvimento de um sistema de codificação desses múltiplos fatores, permitindo a identificação precoce daqueles elementos que irão responder a intervenções direcionadas e específicas. Dessa maneira, pode-se alcançar uma maior eficácia do tratamento preventivo (Agebro, & cols, 2002, Kutcher & Chehil, 2007 e Tavares & cols, 2007). A compreensão do contexto de risco requer a coleta e a análise de uma grande variedade de dados e informações. Não há uma fórmula simples para somar ou combinar os múltiplos fatores envolvidos. Portanto, a experiência e o julgamento clínico são fundamentais para considerar de maneira global a combinação única de estados psicológicos e emocionais do paciente (Fremouw & cols, 1990 e Shea, 2002).

Profissionais de saúde devem assegurar que cada paciente receba uma avaliação clínica abrangente com atenção direcionada ao quadro clínico atual, às forças e fraquezas pessoais, à história e à situação psicossocial. Os pacientes suicidas devem ser avaliados rápida e cuidadosamente com foco na segurança e no nível de cuidado necessário para mantê-lo a salvo e com algum grau de alívio (Sterian, 2001 e Mitchell & cols, 2005). Além de reconhecer os sinais de alerta e observar cuidadosamente o paciente, deve-se verificar o acesso a métodos letais, providenciar o controle de acesso e mobilizar a rede de apoio quando necessário (Mitchell & cols, 2005 e Tavares & cols, 2007).

O principal, em um atendimento de emergência, é propiciar as condições necessárias para que o paciente coloque sua problemática. O fato de fazer perguntas a respeito de sua história de vida e dos fatores que desencadearam a crise atual, em geral, é sentido pelo paciente como um interesse do terapeuta em relação a sua pessoa. O próprio ato de falar, em muitos casos, já proporciona um alívio ao indivíduo e evita ou, ao menos, posterga atuações que lhe seriam muito prejudiciais (...) Seja qual for o estado do paciente, ele deve ser sempre escutado. Com a oferta da escuta, cria-se a demanda. Descobrimo que existe alguém que esteja interessado em ouvir e entender sua problemática, o sujeito se dispõe a falar e ser ajudado (Sterian, 2001 – p. 83 e 84).

Uma boa avaliação do risco de suicídio é parte fundamental do conjunto de ações preventivas e interventivas na crise suicida. Esse método de avaliação deve ser abrangente e flexível o suficiente para abarcar o suicídio em seus múltiplos aspectos. Dentre as técnicas disponíveis, temos a entrevista clínica – que possibilita o acesso compreensivo ao

mundo interno do indivíduo, revelando informações de grande potencial para uma avaliação do risco suicida, ao mesmo tempo sistematizada, completa e contextualizada. Também permite que o clínico priorize o individual apesar do gênero, do grupo étnico, da idade, do diagnóstico psiquiátrico ou das circunstâncias de vida referentes à estatística de risco (Kulic, 2005, Bisconer & Gross, 2007 e Tavares & cols, 2007). Para pensar as características e possibilidades de aplicação da entrevista clínica no contexto do risco de suicídio, será realizada a seguir uma discussão mais detalhada dessa técnica de avaliação.

A entrevista clínica e a avaliação do risco de suicídio

Etimologicamente, o termo entrevista provém dos radicais latinos *inter* e *videre* e pode ser compreendido como “entre olhos” ou “ver-se mutuamente”. A entrevista supõe o contato face-a-face ou, ao menos, a comunicação direta entre entrevistador e entrevistado (Silva, Macedo, Rebouças & Souza, 2006). É uma conversa séria com propósito determinado, cujas funções seriam a de recolher dados, informar e motivar (Marshall & Rossman, 1989, Nahoum, 1976 e Moura & Ferreira, 2005). Descrita como uma arte e um processo de coleta de dados, a entrevista é útil em campos diversos, como nas esferas diagnósticas, de pesquisa, de terapia ou de orientação (Garret, 1974 e Nahoum, 1976).

Tavares (2000a) descreve a entrevista clínica como um conjunto de técnicas de investigação, parte de um processo amplo e complexo. Tratando-se de uma relação profissional, possui um tempo delimitado e é dirigida por um entrevistador treinado “que utiliza conhecimentos psicológicos, com o objetivo de descrever e avaliar aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos” (p. 45). A entrevista clínica pode ser tomada como um

evento discursivo complexo que se dá por meio de imagens, representações, situações e expectativas emergentes, tanto ao longo de sua realização, como durante sua escuta e análise (Silva & cols, 2006). Trata-se de uma interação que propicia situações de identificação projetiva e outros mecanismos transferenciais, pois, conforme afirma Ponciano (1988), “sempre que duas pessoas interagem, em qualquer situação, surge uma série de fenômenos psicodinâmicos, fruto de percepções e fantasias que as pessoas têm entre si” (p. 153). Dessa maneira, a entrevista é um processo de comunicação que favorece o acesso ao modo do outro de ser, de se expressar e de lidar com a realidade.

Segundo Tavares (2000b), a entrevista, mais do que qualquer outra técnica, proporciona ao entrevistador o acesso amplo e profundo ao outro, ao modo de sua estruturação e de sua forma de se relacionar. Ela possui grande adaptabilidade às variações do entrevistado e do ambiente, de modo a atender às necessidades do psicólogo. Para ele, “a entrevista é o instrumento mais poderoso do psicólogo – o mais indispensável de todos que podem ser colocados ao seu alcance” (p.75). Trata-se de uma técnica com alto grau de flexibilidade que permite a adaptação da avaliação de casos individuais e o aprofundamento de aspectos importantes, de acordo com a especificidade e a necessidade do contexto.

Por meio da entrevista, é possível ter acesso a uma grande variedade de informações, da mais geral à mais detalhada, da mais evidente à mais íntima, tais como hábitos, opiniões, comportamentos, crenças, valores, motivações. Fraser e Gondim (2004) destacam o espaço de interação que se dá no contexto da entrevista, onde se favorece, por meio de trocas verbais e não-verbais, a relação intersubjetiva entrevistador-entrevistado.

Segundo os autores, a participação ativa do entrevistado favorece a flexibilização do processo de pesquisa e da avaliação dos resultados, o que confere maior legitimidade aos dados obtidos.

Grande parte dos resultados da entrevista depende das qualidades e habilidades do entrevistador, que podem ser desenvolvidas por meio de estudo e prática (Silva & cols, 2006). No caso de uma entrevista validada, pode-se contar com um manual que contribua para a capacitação do profissional. Tais habilidades, aliadas a uma postura de correção, honestidade e atenção, são ingredientes necessários para se obter boas entrevistas. Para Tavares (2000a), as competências do entrevistador são determinantes para a qualidade da relação estabelecida e para o sucesso da entrevista. Apoiando-se em técnicas específicas, um bom contato social pode ser facilitado se o entrevistador for capaz de, por exemplo: estar presente e disponível para o outro, ajudar a pessoa a se sentir à vontade, tolerar a ansiedade relacionada aos temas abordados e dominar as técnicas utilizadas.

Atualmente, existe um número imenso de classificações para essa técnica, mas a maioria dos autores entende que esta pode ser dividida, a partir de sua estrutura ou forma, como estruturada, não-estruturada (inestruturada, aberta ou de livre estruturação) e semi-estruturada (Fontana & Frey, 1994, Tavares, 2000a, Tavares, 2000b e Moura & Ferreira, 2005). A entrevista semi-estruturada se apresenta sob a forma de um roteiro preliminar de perguntas, ajustado conforme a situação concreta do encontro. Nela, o entrevistador tem liberdade de acrescentar novas questões em busca de aprofundamento de pontos tidos como relevantes ao estudo (Moura & Ferreira, 2005), sem perder de vista a abordagem de todos os aspectos necessários à avaliação.

As técnicas de entrevista semi-estruturada vêm desempenhando, em diversos países, um papel crucial no desenvolvimento e na qualidade das pesquisas e dos serviços de saúde mental. Há décadas, elas têm contribuído para o aumento da confiabilidade e da homogeneidade dos julgamentos clínicos de profissionais de diversas áreas da saúde, principalmente como estratégia de avaliação psicodiagnóstica, propiciando a redução de falhas na coleta de informações relevantes (Cunha, 2000a, Tavares, 2000b, Carnes, Nelson-Gardell, Wilson & Orgassa, 2001, Shea, 2002, Kulic, 2005, Meichenbaum, 2005 e Nock, Holmberg, Photos & Mitchel, 2007).

Trabalhos desenvolvidos no Brasil com instrumentos semi-estruturados são ainda escassos e incipientes, mas já demonstram possuir grande relevância em diversos contextos. A Entrevista Clínica Estruturada para o DSM IV, conhecida internacionalmente como SCID (*Structural Clinical Interview for the DSM IV*), é o instrumento mais atual e abrangente para o diagnóstico dos transtornos mentais e possui uma estrutura que é referência para o desenvolvimento de outros instrumentos de avaliação (Tavares, 2000b). A Escala HARE PCL-R, instrumento que apresenta um roteiro de entrevista para avaliar psicopatias no sistema penitenciário, cuja versão brasileira vem ganhando espaço, principalmente na área jurídica (Morana, 2004).

A entrevista clínica de natureza semi-estruturada possui características que lhe conferem especial importância na compreensão do contexto de risco de suicídio. Segundo Joiner e cols. (1999), os relatos dos pacientes possuem maior valor probabilístico na previsão de comportamentos suicidas ocorridos nos meses seguintes quando comparados com o julgamento clínico. Montenegro (2005) aponta a superioridade da entrevista sobre

os demais instrumentos na identificação da relação entre eventos de vida e patologias quanto à confiabilidade, à correlação teste-reteste e à concordância entre participante e pesquisador. Além disso, a entrevista é um procedimento que pode ser utilizado com pacientes de baixa escolaridade, com adaptação da linguagem e esclarecimento de termos considerados difíceis pelos entrevistados. Apesar da aplicação dessa técnica demandar mais tempo, tanto no treinamento/formação de profissionais para realizarem a entrevista, quanto na própria execução do procedimento, ela pode conduzir a um raciocínio clínico abrangente que leve à avaliação do risco de suicídio (Tavares & cols, 2007).

Os fatores de risco podem guiar a avaliação do contexto de suicídio, mas uma boa comunicação com os profissionais envolvidos é fundamental para o cuidado desse paciente. Avaliação de risco de suicídio requer postura de não-julgamento, perguntas abertas dirigidas para a elaboração de sentimentos, de pensamentos e de *insight* do paciente. Os profissionais devem saber manejar a angústia do paciente e desenvolver uma aliança de trabalho com ele. Devem ser empáticos e saber ouvir as preocupações e as dores do paciente para conquistar sua confiança durante uma entrevista de avaliação. A satisfação do paciente é um componente clínico fundamental para o estabelecimento de uma aliança terapêutica e para a eficácia do tratamento oferecido (Ponciano, 1988, Fremouw & cols, 1990, Benjamim, 2002 e Mitchell & cols, 2005). A entrevista clínica semi-estruturada permite um contato interpessoal com essas características ao mesmo tempo em que se pauta em uma sistematização do conhecimento acerca do risco de suicídio.

O tabu que cerca a temática do suicídio pode causar a impressão de que abordar pessoal e diretamente o assunto pode causar desconforto nos entrevistados. Mas a grande maioria dos pacientes é receptiva a uma avaliação que investigue a complexidade de suas experiências em relação ao tema, incluindo a verificação de ocorrência de tentativas de suicídio anteriores. Dos 240 pacientes de serviço de apoio psicológico de uma universidade nos EUA que participaram de uma pesquisa, 77% disseram estar receptivos a uma rotina de avaliação de tentativas de suicídios anteriores, 20% não opinaram e apenas 3% reportaram não aprovar a idéia (Hahn & Marks, 1996). Isso sem contar o valor terapêutico de poder falar abertamente sobre um assunto socialmente rechaçado, podendo gerar alívio e mudanças psicológicas importantes no entrevistado. Como as intervenções terapêuticas dirigidas a um paciente em crise dependem da etiologia dos sintomas suicidas, uma avaliação adequada contribui tanto para o planejamento do tratamento, como para o desenvolvimento de uma boa relação terapêutica, pois gera no paciente o sentimento de que o profissional o compreende e está interessado em descobrir as causas do seu sofrimento.

A entrevista clínica semi-estruturada é uma técnica fundamental para compreensão e avaliação do contexto de risco de suicídio, pois:

- 1) sistematiza o processo de coleta de dados e avaliação;
- 2) possibilita uma investigação mais detalhada dos sinais de alerta e fatores de risco e de proteção, conforme a especificidade de cada caso;
- 3) possibilita a apreciação da complexidade do risco de suicídio – fatores internos e externos e psicodinâmica do paciente;

- 4) organiza as informações clínicas de maneira a facilitar a elaboração de laudos e outros registros documentais e fundamenta a devolutiva dos resultados ao paciente, aos familiares, aos profissionais ou à instituição;
- 5) respalda o julgamento clínico, conferindo maior segurança ao avaliador frente a outros profissionais, instituições e familiares;
- 6) ajuda a transpor tabus e resistências que prejudicam a coleta de informações e o julgamento clínico;
- 7) permite a adaptação da linguagem para o nível cognitivo ou vocabulário utilizado pelo paciente;
- 8) favorece a construção de vínculo, a aceitação e a adesão das recomendações terapêuticas;
- 9) favorece o *insight* do entrevistado;
- 10) permite que o entrevistador desenvolva seu estilo pessoal;
- 11) favorece o desenvolvimento de habilidade e competência clínica – comunicação, investigação e avaliação;
- 12) possibilita uma avaliação mais adequada e, conseqüentemente, uma intervenção eficaz na atuação profissional.

No âmbito internacional, as entrevistas que avaliam o contexto do risco de suicídio vêm ganhando espaço nos últimos anos. Encontramos publicações acerca das seguintes entrevistas: *Chronological Assessment of Suicide Events – CASE* (Shea, 1998), *Assessment, Crisis Intervention, and Trauma Treatment – ACT* (Robert 2002), *Crisis*

Intervention Semi-Structures Interview – CISSI (Kulic, 2005) e *Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview – SITBI* (Nock & cols, 2007). No entanto, estudos brasileiros voltados para o desenvolvimento e a validação de entrevistas semi-estruturadas de avaliação do contexto suicida são muito escassos. Existem publicações sobre a Entrevista Semi-estruturada para Autópsia Psicológica (Werlang, 2000a e Werlang, 2000b), instrumento que avalia retrospectivamente aspectos psicológicos envolvidos em uma morte consumada para esclarecer a circunstância e o modo do óbito (se foi intencionalmente auto-infligida ou não). A biografia da pessoa falecida é reconstruída por meio de entrevistas com terceiros (familiares, amigos e profissionais) e de análise de documentos deixados.

A entrevista clínica de *História e Avaliação de Risco e Tentativa de Suicídio* (HeARTS), alvo desse estudo, é uma entrevista semi-estruturada que vem sendo desenvolvida e estudada no Brasil. A HeARTS visa compreender e avaliar o contexto de risco de suicídio. Sua história, natureza e estrutura serão detalhadas a seguir, permitindo a reflexão de sua utilidade e relevância para o contexto clínico e de pesquisa.

História e Avaliação de Risco e Tentativa de Suicídio (HeARTS)

A entrevista de *História e Avaliação de Risco de Tentativa de Suicídio* (HeARTS) é um instrumento semi-estruturado de avaliação do contexto de risco suicida. Ela começou a ser desenvolvida em 1997 pelo Núcleo de Pesquisa de Saúde Mental, Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio da Universidade de Brasília, pelo coordenador e professor Marcelo Tavares (Tavares & cols, 2004 e Tavares & cols, 2007). Esse Núcleo foi criado com o objetivo de pesquisar e implementar estratégias em saúde mental com foco na

prevenção junto a grupos de risco e na intervenção em momentos de crise suicida. O grupo de clínicos e pesquisadores, formado por professores, alunos de graduação, pós-graduação e voluntários, vem traduzindo, adaptando e desenvolvendo escalas e procedimentos técnicos de psicodiagnóstico clínico e psicodinâmico, avaliação da história de comportamentos suicidas, identificação precoce de risco e intervenção em crise.

A HeARTS surgiu da necessidade de sistematizar a avaliação de pacientes com histórias complexas de tentativas de suicídio nos contextos de pesquisa e de acolhimento de pacientes em crise suicida (Sanchotene, 2000, Prieto, 2002, Tavares & cols, 2004 e Tavares & cols, 2007). Atualmente, a HeARTS vem sendo estudada pelo grupo de pesquisa com o objetivo viabilizar o teste de sua utilidade e validade no contexto da avaliação clínica de pacientes com tentativas de suicídio, de forma a permitir que este instrumento de trabalho adquira sua forma final e possa ser disponibilizado aos profissionais de saúde que lidam com a população em risco de suicídio.

Aplicação da HeARTS

O processo da Entrevista compreende desde a preparação, que antecede o contato direto com o entrevistado, até a destinação do julgamento clínico produzido. De acordo com Silva e cols. (2006), o entrevistador deve ter em mente que o tempo a ser dedicado à avaliação não é apenas a realização da entrevista propriamente dita. A técnica consiste em vários estágios, como contato inicial, aplicação da entrevista, registro dos dados, análise, elaboração de laudo, devolutiva etc. A própria aplicação da técnica não é necessariamente o espaço de uma primeira hora, mas aqueles encontros necessários para se fazer um

diagnóstico da situação do entrevistado. Portanto, o tempo da entrevista é algo extremamente variável, pois depende de fatores como a técnica, o tipo de problema, o estilo do entrevistador e até do tipo de entrevistado (Ponciano, 1988). No caso da HeARTS, a aplicação leva geralmente de duas a quatro horas, que podem ser distribuídas em mais de um encontro. Esse tempo varia também de acordo com a quantidade de tentativas que serão detalhadas ao longo da entrevista.

Os encontros para a realização da entrevista podem ser realizados em locais e contextos diversos. Idealmente, a atmosfera deve ser propícia à comunicação. Isso quer dizer que interferências e interrupções devem ser evitadas. O espaço não deve ser ameaçador, barulhento, nem provocar distrações. Deve ser acolhedor e propiciar a confidencialidade. É preferível que o local não seja nem muito grande, de modo que o entrevistado se encontre perdido pelas dimensões do ambiente, nem muito pequeno, de modo que se sinta sufocado. A iluminação neutra e bem repartida evita que os efeitos de luz provoquem ansiedade. O entrevistado deve se sentir o mais confortável possível para facilitar uma postura relaxada. O entrevistador pode se sentar de frente, ligeiramente de lado ou lado-a-lado. É importante que haja uma mesa de apoio para suporte da entrevista, gravador, anotações e outros objetos necessários (Ponciano, 1988 e Benjamin, 2002). É claro que em muitas situações, principalmente nas de emergência, a entrevista terá de ser realizada o mais rapidamente possível, independentemente da existência de um ambiente propício. Em contextos de internação ou de pronto-socorro, o entrevistador poderá ter de improvisar e realizar a entrevista em um local de circulação de pessoas, barulhento, ou sem uma estrutura física adequada. Uma das vantagens da HeARTS é poder adequar-se aos

mais diversos contextos. Porém, o avaliador deve ter em mente que o contexto interage com o resultado, podendo invalidar aspectos importantes das informações coletadas.

O contato com uma pessoa que pensa em suicídio, ou que tenha feito uma tentativa, pode ocorrer em condições pouco favoráveis. Desde as condições do local, que pode ser um pronto-socorro, ou uma internação, até as condições do próprio entrevistado, que pode estar recebendo cuidados médicos intensivos, sob efeito de medicação ou simplesmente enfraquecido, receoso, hostil ou confuso. Portanto, desde o primeiro contato, é preciso tentar estabelecer um vínculo que favoreça a confiança e a colaboração do paciente, respeitando sua condição atual e a condição de vida que o conduziu à necessidade de avaliação do risco de suicídio (Werlang & Botega, 2004). Em alguns casos, o estado de alerta ou de consciência pode estar comprometido. Em situações como essa, pode ser mais prudente aguardar um momento mais propício para a entrevista.

A HeARTS não substitui o conhecimento e a experiência clínica, bem como a habilidade de condução de entrevistas em geral. Além disso, o entrevistador precisa ter um bom preparo e conhecimento acerca do problema específico a ser investigado – neste caso, sobre o risco de suicídio e sobre as estratégias de intervenção na crise suicida. Para desenvolver familiaridade com o tema, o candidato a entrevistador deve: buscar conhecer a literatura sobre a problemática do suicídio (fatores de risco e de proteção, psicopatologia e psicodinâmica do suicídio); ler o manual e a própria entrevista; e, se possível, observar (direta ou indiretamente – por meio de vídeos ou sala de espelhos) uma aplicação realizada por um entrevistador treinado. A HeARTS é de fácil manuseio e pode ser aprendida em pouco tempo por um avaliador que tenha bagagem clínica e conhecimentos na área de risco

e prevenção do suicídio. Portanto, é preciso um conhecimento especializado. Mas esse conhecimento envolve habilidades que podem ser desenvolvidas em estudantes ou pessoas ainda inexperientes na área. Vejamos a seguir algumas das condições internas ao entrevistador que facilitam o diálogo e que devem ser observadas antes e no decorrer da entrevista.

A habilidade do entrevistador é em parte aprendida e em parte relacionada às suas competências pessoais (Werlang & Botega, 2004). É necessário um bom treinamento técnico e uma boa habilidade de comunicação, capazes de criar um clima de empatia e confiabilidade, a fim de que o entrevistado se sinta à vontade para expor opiniões, sentimentos, crenças, hábitos etc. O suicídio é um assunto delicado que deve ser abordado de maneira empática, sem alarde ou julgamentos morais. Essas atitudes são transmitidas com uma condução calma, sem demonstrações de descrença ou espanto ao longo da entrevista. O termo “suicídio” é usado diretamente pelo entrevistador, sem o uso de eufemismos, metáforas ou colocações poéticas, como “partir dessa para a melhor” ou “ir para o céu”. Falar abertamente e honestamente não prejudica, pelo contrário, pode deixá-los gratos e aliviados pela chance de falar honestamente sobre pensamentos tão pesados e estressantes. Validar e aceitar a experiência da pessoa a ajuda a se sentir compreendida e reduz sentimentos de isolamento, desesperança e desespero. Compartilhar a experiência sem melindres ou tabus ajuda a organizar os afetos e pensamentos para vislumbrar novas possibilidades (Fremouw, 1990 e Meleiro, 1997).

O entrevistador precisa ter paciência, serenidade, perseverança e cordialidade, manter um tom de voz calmo e amável, além de saber escutar e observar atentamente.

Ouvir com atenção e paciência não significa colocar-se em posição totalmente passiva. É fundamental uma observação participativa e interação intensa, mesmo no silêncio. Outras características que facilitam a comunicação e favorecem a confiança são a sensibilidade e a capacidade de ser jovial e sério ao mesmo tempo. Alguns aspectos contribuem para uma avaliação mais ágil e eficaz, como a capacidade de focalizar o problema central, rapidez de raciocínio e ter em mente a estrutura da entrevista (Ponciano, 1988 e Werlang & Botega, 2004).

É importante que o entrevistador esteja preparado para formular questões inesperadas, assim como ter presença de espírito para enfrentar dificuldades e imprevistos que podem ocorrer ao longo da entrevista (Ponciano, 1988, Benjamin, 2002 e Rosa & Arnoldi, 2006). Silva e cols. (2006) enumeram algumas das limitações que podem surgir, por exemplo, do lado do entrevistado: falta de motivação; fornecimento de respostas falsas por razões conscientes ou inconscientes; má compreensão do significado das perguntas; inabilidade ou incapacidade de responder às perguntas, por limitação de vocabulário, problemas psicológicos, cognitivos ou de memória. Atitudes de oposição ou negativismo, comum em alguns pacientes com ideação suicida – particularmente os mais jovens, também podem comprometer as coletas de informações.

Além disso, diferentes tipos de pessoas podem provocar certas reações contratransferenciais no entrevistador, e este deve, continuamente, observá-las e resolvê-las para poder utilizá-las como informação e instrumento durante a entrevista (Bleger, 1980 e Winnicott, 1947). Para o profissional que lida com pacientes no contexto de risco de suicídio, é fundamental a revisão das próprias atitudes e dos temores em relação ao

comportamento suicida (Maltzberger, 1996 e Botega & Werlang, 2004). Estar diante de alguém que tenha desistido da vida, que deseja a morte, ou que não veja outra saída para seus problemas mobiliza e pode provocar forte contratransferência, como sentimentos de impotência, medo, culpa e raiva. Tais sentimentos podem levar à distorção dos reais problemas, comprometendo a avaliação e levando a atitudes de negligência ou excessos. Em alguns casos, os profissionais deixam escapar tais sentimentos contratransferencialmente, em atuações que podem ser entendidas como rejeição ou respostas e provocações agressivas (Winnicott, 1947, Maltzberger & Buie, 1974 e Maltzberger, 1996).

O reconhecimento desses sentimentos também é uma via de acesso à dinâmica do mundo interno do entrevistado, podendo contribuir para a compreensão e o manejo da situação clínica. Quando o clínico começa a entender suas próprias respostas ao suicídio, ele pode se tornar mais disponível psicológica e emocionalmente para seu paciente (Gutheil & Schetky, 1998, Shea, 2002 e Werlang & Botega, 2004). O entrevistador se beneficiará muito de seu preparo em aspectos psicodinâmicos. Mas os eventuais *insights* do profissional devem auxiliar seu raciocínio e orientar o manejo da entrevista, e não se transformarem em interpretações ou formulações rebuscadas sobre uma situação concreta no contexto da avaliação (Werlang & Botega, 2004).

O entrevistador deve ser comprometido profissional e eticamente. A entrevista pode ser um poderoso meio de influência do outro, principalmente se considerarmos que muitas pessoas estão em um momento de fragilidade. A prática ética depende de um bom treinamento, mas principalmente dos valores e da formação profissional. Essa formação

deve ajudar a desenvolver o respeito e a consideração pelo outro, além de propiciar condições de antecipar como as consequências de seu comportamento ou de sua omissão poderiam afetar o outro adversamente (Tavares, 2000a).

Estrutura da HeARTS

A HeARTS é estruturada de maneira a produzir informações clínicas que compreendem aspectos relevantes para a avaliação de risco de suicídio de maneira profunda e sistematizada, contemplando desde a avaliação dos dados demográficos, relacionais e situacionais, até a história pessoal e familiar de comportamento suicida (ideação, tentativa e suas características) (Tavares, 2004c).

A entrevista possui uma estrutura modular semelhante à da SCID. Organiza-se em 7 módulos, que compreendem etapas diferentes da avaliação e agrupamentos de questões relacionadas a indicadores de risco específicos. Os módulos são organizados segundo uma sequência lógica, ou algoritmo. Os algoritmos são integrados à estrutura da entrevista e representam um raciocínio clínico que considera as alternativas que possam ser antecipadas ou omitidas quando não contempladas. Os tópicos que não se aplicam ao caso específico são deixados de lado. Quando uma questão for respondida espontaneamente pelo entrevistado, não há necessidade de repeti-la, evitando-se assim a redundância.

De maneira geral, as perguntas que iniciam um assunto são mais abrangentes e não-diretivas, dando-se um espaço para que o entrevistado fale livremente. Seguem-se perguntas mais objetivas que se intercalam com perguntas de esclarecimento para contribuir com a compreensão do contexto e do risco. As perguntas são dispostas de

maneira a sugerir uma progressão de questões, até chegar especificamente em ideações e planos suicidas atuais e pregressos. Existem também perguntas direcionadas ao *insight* do entrevistado. Portanto, dependendo da pessoa e de suas respostas, o tempo de aplicação da entrevista é extremamente variado, podendo durar minutos ou horas. Ela pode ocorrer em dois ou até três encontros, principalmente nos casos em que uma intervenção se faça necessária. O roteiro de perguntas é distribuído ao longo dos módulos que serão descritos a seguir.

Módulo 0 (zero) – Este módulo corresponde ao encaminhamento e à preparação do sujeito para o procedimento de avaliação e abarca o registro do contexto de encaminhamento, a apresentação dos objetivos da entrevista ao entrevistado, o estabelecimento de contrato de avaliação e/ou consentimento informado e a introdução de formulários complementares. Essa preparação não precisa ser realizada pelo entrevistador. No contexto de uma equipe de intervenção em crise, por exemplo, esses aspectos preliminares podem ser realizados por outro membro da equipe em um *setting* de internação clínico ou ambulatorial que tenha demandado o encaminhamento para a avaliação.

A marcação da entrevista formaliza um processo já iniciado, no qual alguém já identificou perturbações, dificuldades e angústias que justificam a necessidade da avaliação do risco de suicídio. Conhecer as circunstâncias que antecederam a marcação da entrevista, como a condição de encaminhamento, contribui para uma maior empatia e para o rompimento de preconceitos e fantasias negativas que interferem na dinâmica da interação clínica e na atitude de colaboração. É importante que essas informações sejam

fornecidas por aquele que encaminhou e também pelo entrevistado, para que seja possível compreender a percepção que ele tem do problema e o sentido dado ao processo de avaliação ou tratamento (Cunha, 2000b). O contexto de encaminhamento deve ser, portanto, registrado, especificando-se a via de encaminhamento (internação hospitalar, procura pessoal voluntária, procura de amigos ou familiares, indicação de profissionais de saúde, ou outros) e informações como data, hora e local do primeiro contato e dos encontros marcados para a realização da entrevista.

Neste primeiro contato com o entrevistador para a realização da avaliação, existe um momento de acolhimento muito importante. A tarefa principal desse contato inicial é apresentar o avaliador e os objetivos da avaliação, adequando as instruções à especificidade do contexto. Os contatos e as vivências iniciais tendem a influenciar o desenrolar da entrevista e até do tratamento futuro (Ponciano, 1988). O entrevistador deve estar atento e ser sensível à maneira de responder do sujeito, incluindo as respostas não-verbais, pois a linguagem corporal é indicativa da realidade interior e expressão do psiquismo. A forma de proceder pode ser adequada a cada situação, contribuindo para o estabelecimento de um bom *rapport* durante a entrevista. Isso favorece a validade da avaliação e potencializa seus benefícios. A sequência de apresentação desse procedimento deve ocorrer de maneira fluida e natural. O clima de motivação necessário pode ser alcançado com o consentimento da pessoa – mesmo que apenas implícito – para que a entrevista prossiga, com a explicação em detalhe do que esperamos dela e o desenvolvimento de uma aliança para o trabalho contribuem para esse consentimento.

A apresentação da proposta de trabalho para o entrevistado e o estabelecimento de contrato de avaliação e/ou consentimento informado podem variar conforme os contextos, que podem ser de avaliação clínica, de coleta de dados para a pesquisa ou de ambos. Nesse momento da apresentação, o avaliador faz uma descrição sucinta das atividades e dos benefícios almejados, descreve a quem se destina a avaliação e que usos ela terá e presta outros esclarecimentos pertinentes ao contexto de avaliação e de tratamento. No caso de coleta de dados para pesquisa, deve-se, além de apresentar os objetivos e procedimentos de pesquisa, esclarecer todas as dúvidas e obter consentimento informado, conforme normas éticas estabelecidas. Nesse momento, é importante observar e descrever as condições ambientais e do sujeito, considerando seus estados físico e mental (atitude, motivação, resistências e comportamentos significativos), para tomar a decisão de prosseguir o trabalho, de interromper ou de adiar a entrevista. A avaliação dessas condições pode ser feita ao longo de qualquer etapa da entrevista.

No Módulo Zero, há espaço para a inclusão de outros procedimentos que o avaliador julgue necessários, como a aplicação de formulários complementares. Os formulários clínicos ou de pesquisa são procedimentos externos à HeARTS que podem ajudar a compor informações necessárias. Tais procedimentos incluem formulários ou questionários que possibilitam a coleta de dados demográficos, o levantamento de diagnósticos e outras informações não contempladas na estrutura da entrevista. Quando houver registro eletrônico, o entrevistador solicita o consentimento para a gravação e certifica-se das condições motivacionais e ambientais adequadas – local, tempo e *setting* livre de interferências – para prosseguir. Portanto, o Módulo Zero cumpre aspectos

administrativos, éticos e contratuais da proposta de entrevista, além de sinalizar o início do processo de *rapport*.

Módulo 1 – O início do processo da HeARTS, portanto, consiste na transição do encaminhamento para a realização da entrevista e na apresentação do contexto da avaliação e dos aspectos éticos e contratuais. Este módulo examina os contextos pessoal, familiar, de instrução e de trabalho. Essas etapas ainda não se referem ao tema específico da entrevista – a história de tentativas e ideação suicida –, mas criam oportunidade de conhecer o sujeito e seu contexto de maneira mais ampla. Aos poucos, também apresenta-se como oportunidade fundamental de consolidação do *rapport* e de avaliação inicial da atitude do entrevistado que permitirá ao avaliador decidir como se posicionar na situação. Em alguns casos, é possível que a entrevista tenha de ser abandonada ou adiada em favor de alguma forma direta de intervenção em crise.

Essa avaliação preliminar - que envolve o contexto pessoal e familiar e também o histórico de instrução e trabalho - contém a primeira série de perguntas estruturadas da entrevista e levanta as seguintes informações: 1) data de nascimento, idade, sexo, condições de moradia e dos moradores; 2) estrutura familiar atual (histórico de estado civil, filhos e parentesco das pessoas com quem mora) e estrutura da família de origem (pais, irmãos e outros membros – se são vivos, idade, onde moram, se são casados ou possuem filhos); e 3) relações afetivas e de apoio na família. Nesse momento, é composto um genograma familiar, apontando as pessoas da família consideradas mais próximas, aquelas com quem se sente mais à vontade, com quem gosta de falar sobre assuntos pessoais, de quem recebe mais apoio e com quem que tem mais dificuldade relacional, além das preferências parentais.

No levantamento do histórico de instrução e trabalho, são especificadas a escolaridade e a habilitação de nível técnico ou superior. Caso o entrevistado tenha abandonado o curso e não tenha conseguido completar sua escolaridade, busca-se entender o porquê da interrupção. Também são especificados o tipo de trabalho que realiza, o local e o tempo de atuação, os trabalhos anteriores, se está desempregado, o motivo pelo qual deixou o emprego e como se sustenta atualmente. Todas as perguntas da entrevista podem ser adequadas à idade e à condição do entrevistado. Quando os entrevistados são crianças, por exemplo, excluem-se perguntas sobre filhos, trabalho etc.

Módulo 2 – Este módulo refere-se ao contexto da ideação ou da(s) tentativa(s), incluindo a presença de comportamentos suicidas e tratamentos. As perguntas que serão realizadas variam de acordo com a presença ou ausência de conhecimento prévio por parte do entrevistador acerca do histórico de ideação ou tentativa. Nos casos em que esse histórico seja desconhecido e ainda não registrado, o entrevistador verifica sua ocorrência levantando perguntas que facilitem o relato subjetivo e a compreensão geral desses comportamentos. O reconhecimento ou não de uma tentativa de suicídio indica os próximos passos da entrevista, que podem ser a verificação de outras ocorrências, de ideação suicida ou o término da entrevista. Nos casos em que o comportamento suicida é conhecido por ocasião de encaminhamento – prontuário, informações clínicas ou relato prévio do entrevistado – o entrevistador facilita a descrição detalhada da situação, podendo acrescentar perguntas abertas exploratórias ou de clarificação de forma a confrontar gentilmente contradições aparentes.

Em todos os momentos, o comportamento suicida é abordado diretamente. São usados termos como “matar-se”, “cometer suicídio” e “tirar a própria vida”. O entrevistado precisa saber exatamente a que se refere a pergunta. Uma postura franca e calma por parte do entrevistador comunica que não há problema em discutir o assunto; assim, a percepção do entrevistado de proteção e a confiança podem aumentar. A pessoa tende a desarmar-se e sentir-se aliviada por poder compartilhar seus sofrimentos e pensamentos (Shea, 2002 e Carlat, 2007). Se, ainda assim, o sujeito não reconhece histórico de ideação ou de tentativa, o entrevistador deve descrever o contexto e a justificativa da negativa, e optar por: interromper a entrevista; rever possíveis falhas de *rapport* e consentimento informado; avaliar a competência do sujeito para tratar desse assunto nesse ou em outro momento; e/ou planejar estratégia alternativa de abordagem para o devido encaminhamento.

Tendo reconhecido a existência de tentativas, torna-se necessário identificar as ocorrências e organizar as tentativas existentes. Para isso, buscamos verificar a ocasião, as recorrências, o número e a ordem cronológica, identificando a tentativa mais recente. Isso se torna mais importante à medida que as histórias clínicas se tornam complexas ou graves, com múltiplas tentativas de suicídio, tentativas mascaradas ou interrompidas, ou em caso de confusão ou de dificuldade do entrevistado em distinguir tentativa e ideação. Por exemplo, pegar um revólver para dar um tiro ou contemplar uma altura para saltar podem ser consideradas tentativas, mesmo que tenham sido interrompidas por iniciativa própria ou por ação de terceiros. Quando essa distinção não é feita a priori, a entrevista pode se tornar um empreendimento altamente confuso. Consequentemente, a avaliação de risco e o planejamento do tratamento ficam prejudicados. O registro em forma de ‘linha da vida’ ajuda a organizar as ocorrências e a planejar o restante da entrevista. É possível acrescentar

na 'linha da vida' outros eventos significativos, como separações, perdas etc, principalmente quando estes parecem ter uma relação como estressores ou precipitadores da crise suicida.

Na especificação desse contexto, também são verificadas a ocorrência e as condições de tratamento atual ou decorrente da tentativa mais recente. São especificados os casos de: internação, atendimento emergencial ou ambulatorial, registrando-se as modalidades de intervenção (incluindo acompanhamento medicamentoso, intervenção em crise, psicoterapia e outros). É importante descrever o tipo de acompanhamento e anotar a referência do profissional (médico, psicólogo, assistente social ou outros) para o caso de necessidade de contato. Investigar também as relações de ajuda não-profissional buscadas após a última tentativa – como amigos, líderes comunitários e religiosos e envolvimento em novas atividades – fornece informações relevantes acerca da rede de apoio disponível e acessada pelo entrevistado, bem como acerca do desejo e da abertura para receber ajuda.

Módulo 3 – Este módulo aprofunda a história da tentativa mais recente. Com o desenvolvimento do *rapport* e a especificação do contexto de ideação ou tentativas, agora podemos buscar detalhes sobre a tentativa mais recente, segundo o próprio sujeito, clarificando ou confrontando conforme a situação. O entrevistador procura obter detalhes acerca do método, do planejamento, da motivação, dos estressores e dos antecedentes, além de afetos e vínculos afetivo-relacionais apresentados antes, durante e depois da tentativa. Buscam-se informações referentes ao método, incluindo a maneira de sua implementação, o acesso a esse método e o nível de impulsividade e de planejamento da tentativa. Para identificar os motivos, estressores e antecedentes, são feitas perguntas que

facilitam a descrição do contexto de vida pessoal (valores, auto-estima, identidade, produtividade na escola ou no trabalho) e do contexto afetivo-relacional (relacionamentos significativos, separações) que estavam presentes quando a pessoa considerou a possibilidade dessa tentativa de suicídio. Na avaliação do fato precipitante ou mobilizador, busca-se as ocorrências desses fatos e os sentimentos e pensamentos antes e durante a implementação do método.

A identificação de afetos intoleráveis na última tentativa é crucial para a avaliação do risco de suicídio (Hendin, Maltzberger & Szanto 2007). Portanto, investigam-se os afetos intoleráveis relacionados à última tentativa, a começar pela verificação dos dois principais critérios para Episódio Depressivo Maior (humor deprimido e anedonia), que são diretamente avaliados. Os outros afetos intoleráveis mais importantes, aos quais o avaliador deve estar atento, são: raiva, abandono, culpa, temor, desespero, medo, vergonha, humilhação, frustrações, desesperança, ansiedade, solidão, vazio, perda e luto.

Os vínculos afetivo-relacionais são verificados por meio do detalhamento da interação do sujeito com as pessoas envolvidas no processo de ideação, planejamento, e implementação do ato suicida. Identificam-se as pessoas que estavam no local, que descobriram e/ou socorreram. Busca-se também saber se houve comunicação do desejo, intenção ou plano suicida e se a pessoa deixou alguma mensagem. A reação de familiares e de pessoas significativas (pais, cônjuges, irmãos, filhos etc) é explorada, bem como as próprias expectativas sobre sua morte para si e para os sobreviventes. Nesse momento, também é verificada a relação dessas expectativas com a existência e natureza de crenças

religiosas, o que pode indicar as fantasias relacionadas à dinâmica suicida (união com objeto perdido, vingança, mudança de condição, término da dor etc).

A experiência de uma tentativa pode provocar repercussões internas e externas significativas para a investigação de risco. Nesse sentido, torna-se necessário avaliar as perspectivas futuras, os projetos de vida e outras alternativas para lidar com a situação estressora ou com o fator precipitador. Verifica-se também se a pessoa pensou, após a última tentativa, em outros métodos de suicídio, o que pensa e sente hoje com relação à tentativa, se acha que pode vir a tentar de novo, se há planejamento, acesso a métodos e sua letalidade. Com isso, avalia-se a presença de sentimento de desesperança ou de foco e *insight* para mudança.

Módulo 4 – Este módulo trata da história de tentativas anteriores em casos de múltiplas tentativas de suicídio. Ocorrências de tentativas anteriores são investigadas e organizadas na ‘linha da vida’ (se ainda não tiverem sido colocadas), juntamente com outros marcos temporais próximos identificados. São destacadas a primeira e a pior tentativa – caso a pior seja a primeira ou a última, não é necessário avaliá-la novamente. Em ambas, avaliam-se: método utilizado e planejamento; motivos, estressores, antecedentes e perspectivas; vínculos afetivo-relacionais; critério “A” para humor deprimido passado. Avalia-se também a percepção subjetiva da relação entre as tentativas.

Se ainda houver outras tentativas, elas são avaliadas mais brevemente, considerando-se principalmente o método, o contexto e a situação estressora. A ocorrência de tentativas mascaradas de suicídio é avaliada, levando-se em conta a consciência de risco e a periculosidade de comportamentos autodestrutivos, como dirigir perigosamente ou

intoxicado e fazer peripécias físicas audaciosas ou radicais sem tomar precauções necessárias. Se as situações mencionadas se configurarem como tentativas reais, porém veladas, elas serão exploradas e registradas como outras tentativas.

Módulo 5 – Este módulo trata da avaliação de *insights* acerca das características internas precipitadoras de crises e da ideação suicida. Primeiramente, verifica-se a compreensão que o entrevistado tem das dificuldades internas que contribuem para considerar o suicídio e do que poderia ajudar na superação dessas dificuldades. Investiga-se também a capacidade de integração de todas essas experiências para o crescimento da pessoa. Estas questões são dirigidas ao prognóstico, às recomendações e ao planejamento terapêuticos.

No quinto módulo, também é abordada especificamente a ideação suicida. Os afetos e a cognição relativos à atuação suicida são explorados, considerando-se toda a história de eventos significativos na vida do sujeito, independentemente do número de tentativas. É verificada a relação entre sentimentos, desejos, fantasias, pensamentos, atitudes, situações e ações desde a primeira vez que emergiram. Informações sobre organização e intencionalidade do planejamento são colhidas observando-se mudanças de intensidade, duração, frequência e conteúdo de todo o processo de ideação suicida.

Módulo 6 – Este módulo aborda, com mais detalhes, o histórico de desenvolvimento pessoal e o histórico familiar, incluindo questões que poderiam evocar uma resistência considerável se fossem investigadas precocemente. São realizadas perguntas mais específicas sobre a experiência familiar desde a infância, incluindo relações e papéis das pessoas com vínculo familiar importante e situações de violência, negligência, abandono e

abuso. As relações de cuidado, disciplina e violência na infância são investigadas, observando-se a natureza dessas relações com cada progenitor e com outros cuidadores significativos. O histórico de educação, iniciação e abuso sexual é cuidadosamente abordado, procurando-se oferecer o devido suporte para lidar com um assunto que pode ser muito delicado. Investiga-se também a ocorrência de tentativas ou suicídios entre membros da família ou outras pessoas próximas, observando a compreensão que a pessoa tem desses acontecimentos e a maneira como foram comunicados. A ocorrência pessoal e familiar de alcoolismo ou dependência de substâncias psicoativas e a presença de transtorno mental na família, incluindo o tratamento recebido, igualmente, devem ser objeto de atenção.

A aplicação da entrevista é encerrada neste módulo. O momento do término deve ser claro e aceito tanto pelo entrevistado quanto pelo entrevistador. Um *feedback* nos minutos finais, no qual seja feita uma devolutiva concisa dos aspectos e assuntos abordados e das percepções do entrevistador, é importante. A própria estruturação facilita o processo de devolução e encaminhamento, pois esclarece quanto aos principais estressores, afetos e conflitos relacionais e subjetivos que conduzem ao comportamento suicida. Essas informações também permitem que o avaliador construa uma noção de psicodinâmica do caso, que poderá substanciar a devolutiva e os procedimentos de encaminhamento e intervenção.

Neste momento, o avaliador também tem a oportunidade de fazer os encaminhamentos e as intervenções necessárias com base nas percepções preliminares do risco de suicídio. Nos casos em que é necessário mais de um encontro para a realização da entrevista, o profissional deve estar atento ao risco imediato antes de despedir-se do

entrevistado, para tomar as medidas necessárias de intervenção em crise, como orientação familiar, controle de acesso a métodos e encaminhamento para internação.

Ao fim da aplicação da entrevista, o avaliador poderá dar prosseguimento ao processo de análise das informações coletadas para compor a história e fazer o julgamento clínico. Este último pode ser apresentado junto com uma indicação terapêutica em forma de laudo ou relatório, de acordo com o contexto que demandou a avaliação. É importante que este seja um processo rápido, para que se tenha agilidade no encaminhamento e na execução de intervenções necessárias.

Conclusão do capítulo 2

Intervenções terapêuticas eficazes na crise suicida dependem da prática de uma boa avaliação do risco de suicídio e de seus determinantes. Essa avaliação deve ser abrangente, flexível, rápida e cuidadosa para considerar, de maneira global e segura, a combinação dos múltiplos fatores envolvidos. A entrevista clínica de natureza semi-estruturada possui características que lhe conferem especial importância na compreensão do contexto de risco de suicídio, pois possibilita o acesso compreensivo ao mundo interno do indivíduo por meio de uma investigação sistematizada, completa e contextualizada.

A HeARTS é uma proposta de entrevista semi-estruturada que objetiva compreender e avaliar o contexto de risco de suicídio. Sua natureza, história e estrutura foram detalhadas ao longo deste texto, permitindo-nos pensar sua aplicação no contexto clínico e de pesquisa. Sua estrutura é dividida em módulos que contemplam diversos fatores relacionados ao risco. Inicialmente, temos o Módulo 0 (zero) e o Módulo 1, que

contemplam a preparação para a avaliação e a avaliação preliminar, com atenção especial para a construção do *rapport*. Dessa maneira, aumenta-se a probabilidade de que o entrevistado forneça informações válidas ao longo da entrevista. No módulo 2, são investigadas e organizadas as ocorrências de comportamento suicida ao longo da história do indivíduo, especificamente de ideação e de tentativa de suicídio, além das condições de ajuda relacionadas a esses episódios.

Os dois módulos seguintes aprofundam-se na história e nos determinantes das principais tentativas de suicídio. Enquanto o Módulo 3 aprofunda-se nos determinantes internos e externos da tentativa mais recente, o Módulo 4 detalha os aspectos envolvidos na primeira e na pior tentativa (nos casos de múltiplas tentativas). Ambos investigam características dos métodos utilizados, do planejamento ou da impulsividade, dos motivadores, dos antecedentes e das perspectivas futuras. No Módulo 5, são avaliadas características internas precipitadoras da crise, considerando a capacidade de *insight*, e a natureza de pensamentos e ideação suicida. O Módulo 6, retoma o contexto pessoal, avaliando especificamente o histórico de desenvolvimento pessoal e familiar mais delicados, relacionado a questões como educação, violência, abuso, negligência, transtorno mental e tentativas de suicídio na família.

A HeARTS é um instrumento que não substitui um bom preparo e conhecimento clínico, incluindo os aspectos psicopatológicos e psicodinâmicos, mas contribui muito para a compreensão e o manejo da situação de risco. Isso porque a entrevista viabiliza a apreciação da complexidade do risco de suicídio ao mesmo tempo em que respalda o julgamento clínico. Sua semi-estruturação permite a adaptação da linguagem para um

vocabulário compreensível e dá espaço para que o entrevistador desenvolva seu estilo pessoal. Tem uma proposta de comunicação direta que ajuda a transpor tabus e resistências acerca do suicídio, favorecendo o estabelecimento de uma forte aliança terapêutica e de um planejamento interventivo adequado. Além disso, permite que o entrevistado se sinta compreendido e tenha *insights* acerca de sua condição, o que pode gerar alívio e mudanças psicológicas importantes.

Esse conjunto de características torna a HeARTS um instrumento de avaliação útil e relevante para promover uma melhor compreensão do risco e, conseqüentemente, uma intervenção eficaz na atuação profissional. Os estudos e a prática vêm aprofundando o conhecimento acerca da estrutura, do conteúdo e das histórias clínicas produzidas pela entrevista, levando ao aprimoramento de sua aplicação e seu processo de avaliação para que em breve possa ser disponibilizada aos profissionais da saúde.

Capítulo 3 – Objetivos e método

Considerando a complexidade do fenômeno suicida, a entrevista semi-estruturada se mostra um importante meio de compreensão do contexto do risco. A entrevista semi-estruturada *História e Avaliação de Risco de Tentativa de Suicídio* (HeARTS) é uma proposta de avaliação que vem sendo estudada para seu aprimoramento e posterior disponibilização aos profissionais da área de saúde e pesquisadores. A seguir, serão apresentados de maneira detalhada os objetivos e procedimentos que justificam e viabilizam o desenvolvimento do presente estudo.

Objetivos da pesquisa

O objetivo principal dessa pesquisa é avaliar o potencial, a abrangência e as limitações da HeARTS na produção de informações relevantes para a constituição de histórias clínicas de comportamento suicida, de seus determinantes correlatos subjetivos, relacionais e contextuais, de avaliação do risco de suicídio e de recomendações para o tratamento.

Para isso, serão apresentados relatos e reflexões clínicas de cinco casos de pessoas com tentativas de suicídio recente (até três meses) e com características sociais, demográficas e clínicas diversas, cujas informações foram obtidas pela aplicação da HeARTS. Com esses estudos de caso e algumas informações adicionais referentes à coleta de dados, espera-se poder observar e analisar a relação entre a estrutura (organização interna das partes e perguntas) e as informações obtidas, e refletir sobre a utilidade e

relevância da entrevista na produção de histórias clínicas significativas para a compreensão do contexto do risco de suicídio, planejamento terapêutico e intervenção em crise.

Procedimento

Treinando os pesquisadores

Dez pessoas participaram da execução desse projeto, dentre as quais, havia sete alunos de graduação, dois alunos de pós-graduação e um professor doutor vinculados à pesquisa. O treinamento foi feito por meio de leitura e discussão de artigos e referências bibliográficas relacionadas à questão do suicídio e à entrevista clínica, leitura de transcrições e relatórios, além de simulação e observação de aplicação de entrevistas com aplicadores mais experientes. Todo o processo de coleta de dados foi supervisionado pelos pesquisadores responsáveis.

Coletando os dados

A HeARTS foi aplicada pelos pesquisadores em 40 pessoas com história de tentativa de suicídio. Cada entrevista foi realizada por um pesquisador avaliador, acompanhado, em alguns casos, por um pesquisador observador que poderia solicitar esclarecimentos caso julgasse necessário, dentro do planejamento geral da entrevista semi-estruturada. Os participantes eram pessoas de ambos os sexos, sem especificação de idade, respeitando-se critérios éticos legais. O acesso a eles se deu mediante indicações e encaminhamentos feitos por profissionais da saúde de diferentes serviços e instituições, principalmente do Serviço de Intervenção em Crise do Hospital São Vicente de Paula e do Programa de Saúde Integral do Universitário (PSIU) do Decanato de Assuntos

Comunitários da Universidade de Brasília (DAC/UnB). As entrevistas foram realizadas em salas de instituições hospitalares, serviços de saúde e consultórios que possuíssem condições físicas e de confidencialidade necessárias.

Considerando a complexidade da tarefa, frequentemente era necessária a marcação de mais de um encontro para a finalização da entrevista. Todos os participantes leram, concordaram e assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A) para participação na pesquisa e gravação da entrevista. Este termo também especificava que um relatório da avaliação clínica de risco seria encaminhado à equipe do serviço onde a pessoa faz tratamento, nos casos de solicitação dos profissionais e concordância do paciente. As entrevistas foram gravadas integralmente em áudio por aparelhos digitais.

Conforme previsto na HeARTS, informações adicionais puderam ser obtidas no momento do encaminhamento para a avaliação, por meio de conversa com o profissional do serviço ou de anotações do prontuário do paciente. Além disso, dois dos casos escolhidos para análise foram encaminhados para o PSIU, onde passaram a ser atendidos pela equipe do Núcleo de Saúde Mental, Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio, do qual essa pesquisa é parte. Dessa maneira, conforme já previsto no consentimento informado, informações adicionais importantes acerca do desenrolar do caso após a aplicação da HeARTS foram obtidas, permitindo-nos tecer reflexões acerca do processo da entrevista, suas vantagens e limitações.

Trabalhando e analisando os dados

Após a realização da entrevista, foi feita uma limpeza de ruídos nas gravações. O áudio foi trabalhado no programa de edição de som *SoudForge8* para a retirada de ruídos

desnecessários (do ambiente ou das pessoas – espirros, celulares etc) ou de longos períodos de silêncio. Em seguida, os pesquisadores transcreveram integralmente esse áudio. As transcrições foram organizadas, concatenando-se idéias semelhantes por meio de corta e cola, e foram também sintetizadas, retirando-se informações repetitivas ou diálogos considerados de pouca relevância para o contexto clínico de avaliação do risco de suicídio.

Dentre as entrevistas, foram escolhidas cinco que representavam uma diversidade social, econômica, demográfica e clínica de possibilidades de atuação da HeARTS. Em seguida, as cinco transcrições que já estavam sintetizadas e organizadas foram transformadas em relatos clínicos. Para se chegar a relatos clinicamente válidos, primeiramente foram feitas nova síntese e concatenação, excluindo-se material não pertinente à avaliação de risco de suicídio ou clinicamente irrelevantes. A escolha de material clinicamente relevante se deu por meio da leitura de cada história, considerando-se os principais elementos relacionados ao risco de suicídio (sistematizados na Tabela 1). Nesse processo, foram obtidos relatos sintéticos e descritivos da constelação dos fatores relacionados ao risco de suicídio.

Em seguida, cada relato foi avaliado e discutido por meio de estudo de caso. Esse estudo permitiu a construção de um julgamento clínico acerca do risco de suicídio em função de parâmetros de temporalidade e gravidade do risco. As seguintes definições foram adotadas para a especificação do grau de temporalidade, ou seja, de iminência desse risco: Risco imediato – que se refere à possibilidade de implementação de nova tentativa de suicídio ao longo dos próximos dias; Risco a curto prazo – que se refere à possibilidade de nova tentativa de suicídio ao longo dos próximos três meses; Risco a médio prazo – que

se refere à possibilidade de nova tentativa de suicídio ao longo dos próximos dois anos; e Risco a longo prazo – que se refere à possibilidade de nova tentativa de suicídio de dois anos em diante.

Associado à definição de temporalidade, foi estipulada a de gravidade do risco: Risco grave – que se refere à uma grande intensidade do risco em um determinado período; Risco moderado – que se refere à uma média, mas ainda significativa, intensidade do risco em um determinado período; e Risco baixo – que se refere à uma intensidade pouco significativa do risco em um determinado período. A adoção desses parâmetros será discutida ao longo do trabalho.

Com o conjunto da avaliação, que envolve o processo de coleta de informações e de organização do produto da HeARTS (relatório clínico), espera-se alcançar uma reflexão acerca das características, vantagens e desvantagens do processo e da estrutura da entrevista, incluindo o potencial de suas informações para a construção de histórias clínicas relevantes à compreensão de diferentes contextos do risco de suicídio.

Capítulo 4 – Relatos de casos clínicos

A partir da organização de informações obtidas pela aplicação da entrevista HeARTS, serão apresentados a seguir relatos e reflexões clínicas de cinco casos de pessoas com tentativas de suicídio recente, que apresentam características sociais, demográficas e clínicas diversas. O processo de escolha de informações clinicamente relevantes e a reflexão de cada caso basearam-se na literatura e na prática de prevenção e intervenção na crise suicida.

Cada caso será apresentado e discutido em três etapas: História clínica, História de comportamento suicida e Análise do caso. Os elementos que compõem o risco de suicídio em cada um dos casos encontram-se sistematizados em tabelas (Anexo B). Dois desses casos foram acompanhados por nossa equipe após a aplicação da HeARTS, e esse contato permitiu que fossem obtidas informações que podem contribuir para a discussão das histórias clínicas e do processo de avaliação. Além desses dados adicionais, outras informações relevantes referentes a todo o processo de coleta de dados serão destacadas e apresentadas ao final deste texto.

O nome e outros dados que poderiam identificar os participantes foram alterados para preservar suas identidades. Espera-se que a apresentação destes casos contribua para a avaliação da utilidade e da relevância da HeARTS na produção de histórias clínicas significativas para a compreensão do contexto do risco de suicídio, o planejamento terapêutico e a intervenção em crise.

Narrativa 1 – Carlos

Carlos foi encaminhado para avaliação após seus pais terem buscado ajuda profissional em decorrência de uma grave tentativa de suicídio 20 dias antes. O primeiro contato com nossa equipe ocorreu em uma consulta psiquiátrica que contou com a presença do aplicador da HeARTS. Nesse encontro, o avaliador, além de ser apresentado ao jovem, obteve informações preliminares acerca do caso e agendou o início da entrevista. Esta ocorreu em dois encontros com um intervalo de um dia. Ao longo da entrevista, que durou aproximadamente três horas, Carlos demonstrou dificuldade de *insights* acerca de seus sentimentos, mas reagiu favoravelmente às solicitações de esclarecimentos, às confrontações e às interpretações. No segundo encontro, ele relatou ter mais vontade de se arrumar, de usar roupas novas e de cantarolar ao ouvir seu *MP3 player*. Ao final, relatou sentir-se melhor por ter desabafado e também motivado para o tratamento, vislumbrando um novo começo em sua vida. Foram feitos encaminhamento e transição de cuidados para terapia individual e familiar.

História clínica

Carlos é um jovem de 20 anos, solteiro e sem filhos. Vive com os pais e a irmã mais nova, de 15 anos. Não gosta de falar sobre sua vida com ninguém, nem mesmo com a família. Em casa, sente-se mais próximo da mãe e da irmã. Tem dificuldades relacionais com o pai, quem considera reservado, fechado e distante, como ele próprio. Presencia brigas frequentes entre os pais desde a adolescência, e esses conflitos o mobilizam e entristecem profundamente. É estudante universitário e está terminando o curso de

Farmácia. Não trabalha atualmente, tendo sido demitido de um estágio dois meses antes por problemas de relacionamento com o chefe. Essa demissão ocorreu na presença de todos os colegas de trabalho, o que o levou a sentir-se envergonhado e humilhado.

Carlos foi filho único até os cinco anos, quando sua única irmã nasceu. Ele tinha poucos amigos e passava a maior parte do tempo com a mãe. Seu pai passava muito tempo fora de casa trabalhando. Não há relato sistemático de violência, mas ele afirma ter ficado profundamente abalado com dois episódios envolvendo o pai, que ocorreram quando tinha sete anos. No primeiro, brincava de bola dentro de casa com um amigo, quando o pai ordenou que parassem. O filho não obedeceu e foi punido com um tapa inesperado no rosto. Em outro momento, lembra-se do pai ter agredido fisicamente sua mãe durante um desentendimento do casal.

Na adolescência, Carlos precisou aprender sozinho sobre sexualidade, pois não recebeu qualquer orientação sobre o assunto. Nunca teve namorada e isso parece ser algo que o preocupa. Durante o Ensino Médio, um de seus professores se suicidou ingerindo medicamentos. O fato abalou muito a todos os alunos, mas a escola não tomou nenhuma medida protetiva – simplesmente contou para a turma o que havia acontecido e substituiu o professor.

Alguns parentes próximos ao jovem sofrem de depressão e fazem tratamento psiquiátrico, inclusive sua mãe. Nega abuso de álcool ou drogas ilícitas em sua família nuclear, mas relata alcoolismo em alguns primos e tios, com quem tem pouco ou nenhum contato. Sua família é marcada por algumas tragédias que, apesar de todos terem conhecimento, ninguém conversa a respeito. Um membro próximo da família cometeu um

homicídio e outro foi assassinado em uma briga de rua. Além disso, alguns parentes de segundo e terceiro graus cometeram ou tentaram suicídio, mas isso Carlos só soube após suas tentativas e não sabe fornecer mais detalhes sobre o assunto.

História de comportamento suicida

Ao todo, foram três tentativas de suicídio em um intervalo de um mês. Na primeira delas, pressionou uma faca contra o pulso até que fizesse um pequeno corte. Na segunda, duas semanas depois, amarrou um fio de arame no pescoço e apertou, interrompendo o ensejo quando sua pele ficou irritada e seu rosto, vermelho. A dor o impediu de continuar em ambas as vezes. Dias antes desses episódios, chegou a planejar o suicídio, recorrendo a sites da Internet para encontrar métodos letalmente eficazes. Após as duas primeiras tentativas, sentiu-se abatido e angustiado, fraco e covarde por não ter conseguido se matar. Imaginava que, provavelmente, tentaria de novo. Ninguém ficou sabendo de suas primeiras investidas contra a própria vida.

Na tentativa de suicídio mais recente, Carlos ingeriu grande quantidade de antidepressivos de sua mãe. Queria ter tomado mais, mas ficou inconsciente antes que os comprimidos acabassem. O pai e a irmã estavam em outro cômodo da casa e ouviram um gemido alto vindo do quarto onde Carlos estava. Ao chegarem lá, encontraram-no desfalecido e chamaram o atendimento médico de emergência, que chegou rapidamente. Carlos teve diversas convulsões a caminho do hospital e, em seguida, entrou em um estado de coma que durou 10 dias. Precisou da ajuda de aparelhos para respirar e passou grande parte dos 15 dias de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

O jovem já pensava seriamente em morrer diariamente ao longo dos últimos dois ou três meses. Não contou a ninguém o seu desejo de morte, mas chegou a escrever uma mensagem de desabafo e despedida em uma mesa da faculdade dizendo: “Eu tentei o meu melhor. Espero que não haja vida após a morte, mas, se houver, que eu não sofra eternamente”. Colocou a data de nascimento e a data de óbito com o desenho de uma cruz. Deixou também pertences separados em seu quarto com bilhetes para que fossem devolvidos aos donos.

As motivações para o suicídio e os sentimentos eram semelhantes nas três tentativas: tinha o humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias; estava preocupado, angustiado, apático, triste e “chorando à toa”; havia perdido o interesse e o prazer pelas coisas que costumava gostar de fazer; dormia e comia pouco. Seu isolamento e sua dificuldade de se relacionar com as pessoas contribuíram para considerar o suicídio como uma alternativa. Desde a adolescência, notava que as coisas não iam bem, mas, nos últimos meses, alguns episódios que lhe causaram vergonha e constrangimento intensificaram sua angústia. Antes de ter sido dispensado do estágio de maneira humilhante, foi rejeitado por uma garota ao se declarar para ela. Nos últimos meses, seus pais estavam se desentendendo com mais frequência e essas brigas o deixavam extremamente ansioso. “Eu estava muito abatido, com expressão triste e olhos de pessoas que não dormem bem. As pessoas percebiam isso. (...) A gota d’água foi quando comecei a chorar do nada.”

Apesar das semelhanças, Carlos percebe que houve uma diferença importante na terceira tentativa de suicídio – estava mais decidido: “Eu ia fazer e pronto”. Sentiu uma

sensação de alívio com essa decisão: “Isso porque eu me concentrei na minha decisão, uma decisão importante. Por conta disso, as outras coisas foram relevadas”. Imaginava que a ingestão de medicamentos seria um método mais fácil e sem dor, que o faria dormir e não mais acordar: “Eu não queria ver o sangue escorrer”. Foi então que, dois dias antes da tentativa, ao ver os remédios no armário, decidiu como faria. “Eu não estava pensando muito bem; a concentração estava muito mal. Pensar me cansava; estava confuso. Normalmente, quando eu pego um remédio, leio tudo o que tem na bula, a composição e tal... estudo Farmácia, né? Às vezes têm efeitos, contra-indicações... e com esse remédio eu não cheguei a checar essas informações. Eu até penso que, no meu estado normal, com a formação que tenho, eu encontraria um modo mais eficiente de fazer isso.” Na hora de ingerí-los, Carlos simplesmente colocou um monte de remédios na mão, respirou fundo e pensou: “que Deus me perdoe”.

Carlos relata que depois de sua última tentativa as pessoas mais próximas reagiram com tristeza e decepção, apesar de tentarem demonstrar que estavam bem. Notou cansaço e abatimento nos olhos dos familiares. Esperava que seu pai fosse reagir de maneira agressiva, que fosse brigar, mas surpreendeu-se com a atitude compreensiva e as demonstrações inéditas de afeto. O estudante se sentiu aliviado ao confidenciar sua tentativa aos dois únicos amigos. Conversou também com um líder de sua religião sobre suicídio e as diversas questões da vida, sentindo-se aceito e apoiado. Desde sua internação, passou a consultar-se com um psiquiatra, mas está impedido de usar os remédios antidepressivos em dosagem adequada devido ao risco de convulsões decorrente de sua tentativa.

Carlos percebe sua tentativa de suicídio como frustrada e apresenta um arrependimento por não ter conseguido êxito em se matar. Ele considera que o suicídio era a única saída para a situação em que se encontrava e não sabe se virá a tentar novamente. Espera que agora esteja em processo de melhora: “Antes eu fui piorando, até chegar no fundo do poço; agora estou subindo” – mas se sente extremamente debilitado física e mentalmente. Não chorar como antes, mas muitos sintomas depressivos persistem, de maneira menos intensa. Carlos tem se esforçado para se aproximar dos familiares, apesar do abismo afetivo e relacional que ainda impera entre eles. Percebe que seus problemas envolvem o relacionamento com os pais e com as pessoas como um todo, principalmente nas relações mais íntimas. Considera-se esquisito por ser muito fechado e não se abrir para os outros. Percebe, com toda essa experiência, que chegou ao seu limite e que algo precisa ser feito de imediato, apesar de não saber muito bem o quê.

Análise do caso 1

Com base nos elementos descritos acima e sistematizados na Tabela 2 (p. 163), pôde-se verificar que eventos de vida e relacionamentos básicos deficitários ao longo do desenvolvimento de Carlos parecem ter provocado vulnerabilidades que geraram intolerância aos sentimentos de frustração, fracasso e vergonha. O jovem possui uma rede social de apoio extremamente deficitária e apresenta grande dificuldade em estabelecer, manter ou aprofundar suas relações interpessoais. Com recursos internos escassos para lidar com estressores, vivencia conflitos familiares importantes que geram sentimentos de raiva, desilusão e desesperança. O histórico psiquiátrico de depressão e de violência velada em sua família tem repercussões significativas na estrutura psicológica e nos mecanismos inconscientes de Carlos. Com o silêncio familiar, mensagens podem ser transmitidas e

fantasias podem ser construídas. Uma delas pode ser a idéia de que não se deve falar de situações ou vivências difíceis. Outro desdobramento possível é a mensagem de que as pessoas dessa família lidam com suas dificuldades por meio da atuação de impulsos agressivos. Nesse contexto, o suicídio do professor de Carlos, também marcado por reações silenciosas, pode ter contribuído para que o jovem selasse a escolha pelo auto-extermínio.

Carlos vivencia um episódio depressivo grave e está impedido de fazer tratamento psiquiátrico adequado por tempo indeterminado, até que os focos cerebrais convulsivos fiquem menos vulneráveis. O choro incontrolável sem motivo aparente aponta baixo *insight* acerca do seu mundo interno e das origens de seu sofrimento. Além disso, são agravantes para o risco a fase do ciclo vital, o sexo masculino e a utilização de métodos letais em suas tentativas anteriores. Estatisticamente, é mais comum que outras tentativas ocorram ao longo do primeiro mês após uma tentativa e Carlos demonstra frustração por não ter morrido, apresenta ideação persistente e medo de que venha a tentar suicídio novamente. Sua formação acadêmica facilita acesso a métodos e propicia conhecimento acerca de sua letalidade.

Como fatores de proteção, Carlos apresentou boa vinculação durante a entrevista e se mostrou motivado para tratamentos futuros (tanto psiquiátrico como psicológico). Apesar de surpreso, respondeu favoravelmente às intervenções feitas pelo entrevistador, dando indícios de mudanças positivas mediante acompanhamento adequado. Nesse momento, Carlos também conta com a mobilização da família para ajudá-lo. No entanto, é importante que a mobilização do jovem e de seu ambiente não seja apenas passageira, para

que possa efetivamente promover o engajamento terapêutico e as transformações de que necessita.

O conjunto de fatores de risco e proteção relacionados à história de Carlos indica risco de suicídio moderado a médio prazo e risco grave a longo prazo. O comportamento suicida está relacionado a um processo depressivo grave sem tratamento adequado e a falta de recursos internos para lidar com os estressores. Essas dificuldades parecem ter sido agravadas por conflitos e por uma dinâmica familiar que mantém os filhos enredados nos conflitos do casal e as figuras masculinas afetivamente distantes entre si, gerando dificuldades interpessoais e isolamento. É fundamental que Carlos inicie um processo psicoterapêutico individual e familiar o mais rapidamente possível, principalmente por estar comprometido seu tratamento medicamentoso para depressão. Na psicoterapia, é recomendado que sejam trabalhados a relação com as figuras parentais, a abertura para relacionamentos mais íntimos e questões de identidade e desenvolvimento. Deve-se observar a dinâmica familiar, incluindo o papel do jovem na relação conjugal de seus pais e a natureza dos conflitos e dos ‘não-ditos’.

Narrativa 2 – Clara

Clara foi encaminhada para avaliação a pedido de seus pais após uma grave tentativa de suicídio duas semanas antes. A entrevista foi realizada em dois encontros de aproximadamente duas horas e meia no total, com um intervalo de um dia entre eles. Clara estabeleceu um bom vínculo com a entrevistadora, relatando ter gostado de conversar, apesar de usualmente não gostar de falar de si. Ela apresentou grande dificuldade de

insight e rigidez cognitiva em relação às dificuldades que a levaram a uma tentativa grave de suicídio e às possíveis soluções para seus problemas. Muitas de suas respostas eram monossilábicas, sendo muitas vezes necessário fazer perguntas de esclarecimento para se obter informações mais completas e compreensivas. Já ao final da primeira parte da entrevista, foi realizado encaminhamento para tratamentos psicológicos – individual e familiar – especializados.

História clínica

Clara é uma menina de 13 anos, cujos pais se separaram quando ela ainda era bebê. É filha única e sempre morou com a mãe. No último ano, sua mãe começou a trabalhar, deixando-a sozinha em casa a maior parte do dia. Ela se sentia muito só, então há cinco meses foi morar com o pai, que estava com mais tempo para cuidar dela. Há um ano, seu pai retornou de uma longa viagem a trabalho e, um pouco antes dessa época, as notas de Clara na escola começaram a cair: “Eu não conseguia acompanhar as aulas, não conseguia me concentrar. Eu tentava estudar em casa, tentava me concentrar, mas não conseguia”. A menina iniciou um tratamento psicológico e foi diagnosticada com depressão, mas o tratamento não durou mais do que um mês: “Eu não aceitava direito esse negócio de psicólogo. Eu tinha que acordar muito cedo, porque era longe; e eu achava esquisito”. Os problemas continuaram e os pais resolveram mudá-la de escola: “Eu estava sem nota no outro colégio. Também tinha uma amiga minha que não gostava de estudar, e eu faltava aula junto com ela. Aí meu pai achou que eu tinha que mudar de escola, para eu não ver mais minha amiga e para melhorar minhas notas”. Apesar dessa mudança, seu rendimento continuou piorando e ela se sentia ainda mais isolada, pois não conseguia fazer novas amizades.

Clara relata que, quando era mais nova, os cuidados que recebia de seus pais eram diferentes de hoje: “Quando eu era pequena, meus pais tinham muito cuidado comigo; eu era a filha única deles e eles me papericavam. Mas meu pai era muito ausente, ficava muitos fins de semana sem ir lá em casa, só ligava mesmo para a minha mãe durante a semana”. Ela lembra que sempre foi uma criança calada e que era muito estudiosa. À medida que foi crescendo, os conflitos entre os pais ficaram mais evidentes e tornaram-se um grande estressor: “Minha mãe pensa uma coisa, meu pai pensa outra; eles não conseguem tomar decisões juntos. Quando tomam uma decisão é sem me dizer nada. Quando meu pai decidiu morar no apartamento comigo, foi porque tinha que ser; quando eu tive que mudar de escola, foi porque tinha que ser. (...) Tudo é assim, eles não conseguem conversar direito. Meu pai não respeita minha mãe, minha mãe fica se sentindo inferior. (...) Eu já fui perguntar; eu já tentei mudar isso, mas é difícil; eu vi que não conseguia mudar”. Clara sempre esteve envolvida nos conflitos familiares, que, em geral, terminavam em agressão física: “Já teve muita briga entre os meus pais por minha causa, por causa das coisas erradas que eu fazia; aí depois eles brigavam comigo. (...) Quando meu pai estava viajando, minha mãe brigava muito comigo, gritava. Quando ela me batia, eu batia nela, aí ela ficava triste e eu ficava triste também. (...) Meu pai gostava mais de conversar, mas este ano ele saiu do sério e começou a me bater também”.

Clara relata ter tido um namorado aos nove anos, em quem deu seu primeiro beijo. Depois disso, teve algumas paqueras na escola. Seus pais nunca conversaram com ela sobre sexualidade, apenas deram-lhe um livro sobre o assunto. Ela nega ter tido relações sexuais ou ter sido abusada sexualmente. Além disso, nega conhecer pessoas que tenham se suicidado ou tentado o suicídio. Considera que dois de seus tios maternos têm

problemas com bebida alcoólica, no entanto, nenhum de seus familiares faz tratamento psiquiátrico.

História de comportamento suicida

Clara fez uma única tentativa de suicídio, por intoxicação com gás de cozinha: “Peguei o gás coloquei dentro do banheiro, fechei tudo, abri o gás e fiquei lá dentro”. Ela vinha planejando o suicídio havia algumas semanas, mas o método escolhido era o enforcamento. Quando estava em casa, passava horas procurando algum lugar onde pudesse pendurar uma corda. Também já tinha pensado em tomar veneno de rato ou em beber água sanitária, mas imaginava que não ia funcionar: “Eu pesquisei na Internet. (...) De manhã, eu vi um artigo de um menino que se matou no ano retrasado com monóxido de carbono no banheiro. Isso me deu a idéia do gás de cozinha. Achei que seria mais rápido”. Na hora da tentativa, sentia-se desesperada, chorava muito e tentava convencer-se de que era o melhor a ser feito: “Tirei o gás lá da cozinha, coloquei no banheiro e então abri. Era um barulho insuportável. Deitei, fechei os olhos e fingi que não estava pensando nada”.

Nesse dia, Clara havia faltado aula. Disse ao seu pai que estava com dor de barriga, e ficou sozinha em casa. Mais tarde, seus pais tentaram falar com ela pelo telefone, mas como não conseguiram, pediram a um vizinho que conferisse se estava tudo bem. Ao sentir um forte cheiro de gás, o vizinho arrombou a porta da casa e encontrou a menina já inconsciente dentro do banheiro. Ela foi levada para a Emergência de um hospital, onde ficou em observação por algumas horas. Recebeu alta no mesmo dia e foi então encaminhada para um Centro de Assistência Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPS), onde iniciou o acompanhamento psiquiátrico.

Clara começou a ter ideação desde a mudança de escola, oito meses antes, e esses pensamentos foram se intensificando com o tempo: “No começo, eu só pensava que era melhor fazer isso, que era mais fácil. (...) Nos últimos dias, eu já tinha tomado essa decisão e estava imaginando como fazer, tentando criar coragem”. Tinha vontade de morrer, principalmente quando presenciava seus pais brigando. Clara sempre sentiu dificuldade em se abrir e nunca havia comentado com ninguém sobre seu desejo de morte. Sentia-se confusa e com dificuldade de entender o que estava se passando: “Tinha muita coisa acontecendo. (...) Na época que meu pai estava viajando, eu sentia muita saudade dele. Minha mãe era muito diferente dele, pois ela cobrava muito de mim. Quando ela começou a trabalhar, eu ficava em casa o dia todo e me sentia muito só. Aí eu mudei de escola e meus amigos do ano passado estavam distantes. Tinha dificuldade de conversar e tinha muita briga em casa. (...) Eu não estava vendo solução pra nada”.

Ela deixou duas cartas antes da tentativa, uma para a mãe e outra para amigos e familiares: “Pra minha mãe, eu acalmava ela, dizia que a culpa não era dela. E a outra eu me explicava também. Deixei em cima da cama para eles acharem”. Ela imagina que, se tivesse morrido, todos ficariam tristes, mas que seu pai não sentiria tanto sua falta: “Minha mãe ia ficar muito triste, nem sei o que ela seria capaz de fazer. Meu pai ficaria um pouco triste, mas ia continuar a vida dele normalmente”. Clara relata que, após a tentativa, sua mãe chorava tanto que não conseguia conversar com ela e seu pai apenas perguntava: “Era por isso que você queria faltar aula?”.

Clara relata ainda sentir-se confusa e angustiada, além de envergonhada e frustrada por não ter conseguido se matar: “Quando eu penso em tudo o que já tinha acontecido,

uma coisa atrás da outra, penso que a tentativa foi algo normal. Era a única solução”. Apesar de não apresentar nenhum planejamento específico, Clara tem ideação recorrente e acha que pode tentar o suicídio novamente. Sente-se inadequada nas relações interpessoais, tem dificuldade de se expressar e se sente incompreendida por todos. Sente extremo desconforto fora de casa e não quer voltar a estudar. A desesperança e o pessimismo também persistem: “Tudo o que você pode imaginar na minha vida é ruim. Eu não vejo minha vida mudar, não consigo me imaginar daqui a um ano ou quando eu tiver 18 anos. Já não creio mais que pode melhorar; acho que vai só piorando, piorando, piorando”. A única solução que consegue vislumbrar é fantasiosa, demonstrando sua dificuldade de *insight*: “Acho que se eu nascesse em outra família seria melhor”.

Análise do caso 2

Com base nos elementos descritos acima e sistematizados na Tabela 3 (p. 164), pôde-se verificar que Clara é uma criança em transição para a adolescência que, desde muito pequena, está implicada nos conflitos de pais que não conseguem conter suas angústias ou estabelecer uma comunicação saudável. Ela parece ser o objeto de pais que se separaram, mas que não conseguem separar sua função parental dos problemas interpessoais com o ex-cônjuge. Tornou-se, assim, uma criança triangulada nessa relação caracterizada por constantes atuações agressivas e de abandono. Esses eventos de vida foram minando o desenvolvimento de forças internas e de competências interpessoais, deixando Clara extremamente vulnerável e incapaz de lidar, de maneira saudável, com as transformações e os afetos típicos de sua fase de desenvolvimento.

Recentemente, Clara começou a isolar-se, apresentando sentimento de solidão e de abandono decorrente da ausência dos pais. Nesse contexto, desenvolveu sintomas depressivos que começaram a comprometer drasticamente suas atividades. Com dificuldade de se abrir e de se comunicar, lidava com seus afetos por meio de atuações agressivas que demonstravam impulsividade. Apresentava dificuldade de concentração, confusão mental, dificuldade de *insight* e rigidez cognitiva. Esse estado mental a impedia de ver solução para seus problemas. Com a percepção de que não faria tanta falta caso morresse, Clara passou a ter ideação suicida recorrente com decisão, planejamento elaborado e acesso a método. Sua disponibilidade interna para utilizar múltiplos métodos de suicídio, optando pelo mais acessível naquele momento, tornava o risco iminente ainda maior.

Após uma grave e recente tentativa de suicídio, Clara apresenta risco moderado de suicídio imediato e risco grave a curto prazo. Ela ainda tem ideação recorrente, rigidez cognitiva, forte pessimismo e confusão mental e afetiva. Sente-se angustiada, frustrada e envergonhada por não ter conseguido se matar. Apresenta sentimentos de inadequação e desesperança, além de uma rede de apoio deficitária e falta de habilidades interpessoais e sociais. Portanto, mesmo com o início do tratamento psicológico e psiquiátrico, indicamos monitoramento constante por parte de sua rede social e restrição de acesso aos mais diversos métodos letais. Para que esse apoio seja protetivo, é importante que seus pais recebam tratamento e orientação. Tanto esse apoio como o tratamento devem ser constantes e contínuos para que Clara possa internalizar referências positivas e desenvolver recursos internos básicos. Sugere-se que seja feita uma avaliação diagnóstica

detalhada para investigar possíveis aspectos dinâmicos e estruturais associados a sintomas depressivos tão precoces.

Narrativa 3 – Célio

Célio foi encaminhado para avaliação em decorrência de uma grave tentativa de suicídio no mês anterior pelo Hospital São Vicente de Paula, onde faz acompanhamento psiquiátrico. A entrevista foi realizada em dois encontros com duração total de aproximadamente três horas. O entrevistado estabeleceu um bom vínculo com a avaliadora, demonstrando sentir-se à vontade para se expressar. Mostrou-se muito esperançoso em relação ao futuro e até apresentou certa euforia durante a entrevista. Um laudo da avaliação com recomendações terapêuticas foi encaminhado para o prontuário do paciente.

História clínica

Célio é um homem de 54 anos, divorciado duas vezes, com cinco filhas (30, 28, 16, 13 e 10 anos). Ele morou com sua mãe durante os últimos 20 anos, mas vive sozinho em sua casa desde a morte dela há 10 meses. Nessa ocasião, ele havia passado o dia fora com amigos e, quando retornou para casa, encontrou a porta destrancada e o corpo da mãe sem vida sobre a cama. Apesar de a polícia e os familiares considerarem que a morte tenha sido natural, ele acredita que ela tenha sido assassinada por um vizinho que devia dinheiro a ela. Seu pai morreu em um acidente de trabalho quando ele tinha 10 anos de idade. Célio é o sexto filho de vários irmãos, mas tem proximidade apenas com suas duas irmãs, que residem na mesma cidade que ele.

Durante a infância, Célio morou em uma cidade do interior com os irmãos, os pais e os avós. Lembra que seus pais o disciplinavam com severidade e que apanhava com cinto pelo menos duas vezes ao dia. Ele relata que, quando as surras eram mais fortes, apanhava com chicote ou vara e, em seguida, tinha de tomar banho com água e sal, o que o fazia sentir muitas dores. Quando ainda tinha seis anos, seu pai o fazia trabalhar de graça nas lojas de pessoas conhecidas para que aprendesse a ter responsabilidade. Sentia medo quando o pai voltava para casa depois do trabalho, mas considera que tinha uma boa relação com ele, principalmente nos momentos que saíam ou viajavam juntos: “Nós éramos companheiros”. Dois anos depois de seu pai ter falecido, toda família mudou-se para a cidade onde Célio mora até hoje. Nessa época, tinha 12 anos e começou a experimentar diversas drogas, incluindo maconha e cocaína. Continuou fazendo uso frequente de cocaína até dois anos atrás.

Célio não chegou a completar o Ensino Médio e, atualmente, está desempregado. É alcoolista há mais de 30 anos, o que, desde muito jovem, o impede de manter-se por muito tempo em um trabalho. O término de seus casamentos também está relacionado ao excesso de consumo de álcool. Chegou a ficar sóbrio durante um ano, mas voltou a beber após a morte da mãe. Sempre que voltava a beber, interrompia o tratamento psiquiátrico. Há 20 anos, Célio ficou diabético e vem perdendo a visão de maneira acentuada nos últimos dois anos, o que compromete sua capacidade produtiva e gera sentimento de inutilidade e medo de ficar dependente de outra pessoa para sempre. Antes sustentado pela mãe, vem atualmente recebendo apoio financeiro de algumas irmãs. Apesar de ter uma relação afetiva com elas, tem dificuldade de se abrir com qualquer pessoa, pois sente que será

cobrado por não se cuidar direito. Célio tem feito tratamento psiquiátrico irregular, há alguns anos, em função de graves episódios depressivos anteriores.

Célio tem uma irmã alcoolista, que comunicou ideação suicida a ele após a morte da mãe: “Ela ficou muito desesperada e falou que perdeu a vontade de viver”. Muitas pessoas da família, inclusive outra irmã e uma sobrinha, sofreram de depressão, mas nunca procuraram ajuda profissional por preconceito: “Eu sei que hoje em dia é diferente, mas eles (membros de sua família) ainda acham que psiquiatra e psicólogo são coisas para louco”. Um primo se matou com veneno de rato quando Célio ainda era criança, e recentemente um sobrinho de segundo grau se suicidou com um tiro na cabeça. “Minha cidade tem fama de suicida. Lá acontece muito suicídio e o pessoal fala que é a terra dos suicidas. Soube de muitos outros conhecidos que se mataram.”

História de comportamento suicida

Célio fez uma única tentativa de suicídio 28 dias antes da entrevista. Nessa ocasião, ele se injetou uma grande quantidade de insulina e, em seguida, ingeriu veneno de rato: “(Utilizei esse método) porque eu não tinha uma arma em casa. Se eu tivesse uma arma, acredito que teria disparado”. Como a insulina e o veneno demoraram a fazer efeito, resolveu ligar para uma de suas irmãs para se despedir e contar o que havia feito: “Liguei porque eu não queria que meu corpo ficasse apodrecendo por muito tempo antes de descobrirem que eu havia morrido”. Nesse momento, sua irmã mobilizou a família e chamou os bombeiros, que, em pouco tempo, o levaram ao hospital mais próximo. Precisou ficar internado por quatro dias recebendo cuidados médicos para que a glicose voltasse a se regularizar. Célio relata que o médico que o atendeu na emergência o

repreendeu falando: ‘Você pensou que a insulina ia te matar, mas o que ia acontecer é que seu cérebro ia inchar e você ia entrar em coma. Eu teria pena de quem ia cuidar de você, pois você ia ficar de fraldão, com uma lesão no cérebro irreversível. E se você acha que ia eliminar os seus problemas, está enganado, pois eles iriam é aumentar’. Célio considera que essa ‘puxada de orelha’ o fez ‘cair na real’ e ficar com medo de tentar o suicídio novamente. Depois da internação, foi encaminhado para o hospital psiquiátrico, onde retomou seu tratamento.

Antes da tentativa, Célio estava com dificuldades financeiras que o preocupavam muito, principalmente quando não podia comprar o que as filhas mais novas precisavam. Ao mesmo tempo, relata estar impossibilitado de trabalhar pela deficiência visual que vinha se agravando e já comprometia 75% de sua visão. No mês anterior, seus remédios psiquiátricos para depressão e para dormir haviam acabado. Estava sofrendo de insônia e bebia com muito mais frequência: “O máximo que eu dormia era duas horas por noite, sendo um sono muito leve, ruim, que não sustentava. Passava o dia indisposto, então eu ia beber para melhorar, ia me esconder atrás do álcool, aproveitar aquela euforia que o álcool dá. Mas era uma ilusão passageira, pois agravava ainda mais a depressão”.

Desde a primeira separação, há 25 anos, Célio tem ideação suicida diante de situações difíceis. Nessa época, chegou a planejar o suicídio por intoxicação com gás de cozinha, mas nunca implementou seus planos. Recentemente, a ideação estava mais frequente e intensa, principalmente durante as noites que antecederam a tentativa. Dessa vez, “eu senti mais vontade de tentar o suicídio, pois achava que não tinha compromisso com nada. Estava solteiro, sem responsabilidade nenhuma, nem mesmo comigo, pois essa

depressão me levou até a ficar sem comer e sem tomar banho. Eu passava pelos bares e tomava duas ou três cervejas e nem passava pela minha cabeça que mesmo as filhas mais velhas precisam de mim, precisam do pai, da conversa do pai. Eu fui muito egoísta, pensei só em mim, em resolver a minha dor, em resolver o meu problema. (...) Eu não segurei a barra, não via outro meio porque meu raciocínio estava fechado. Estava dentro de uma jaula não conseguia ir adiante. Talvez eu quisesse chamar atenção de alguém”.

Após a tentativa, achou que seria condenado pelas pessoas, mas tem se sentido acolhido e respeitado: “Senti que as pessoas me amam muito”. Hoje, Célio se sente grato por não ter morrido: “Deus foi muito bom para mim, Ele me deu mais uma chance. Deve ter algum propósito para Ele me manter nessa vida”. Relata que o medo de ter sequelas o fará pensar duas vezes antes de tentar novamente: “Essa tentativa me despertou. Com problemas ou sem problemas, tem que viver, tem que continuar seguindo. Hoje eu acordo com disposição, faço meu lanche e já vou fazer o que tem que fazer. Eu penso um pouco diferente porque sinto o meu espiritual mais alegre, meu astral está bom e não estou triste. Mesmo com todos os problemas que a gente tem, o dia de hoje é maravilhoso e tenho de procurar viver da melhor maneira possível. Eu não espero ficar depressivo novamente, mas, se vier esse pensamento de morte, eu sei que eu já tentei tirar a vida e Deus não deixou, então não é pra tentar de novo”. Célio tem procurado resolver os problemas que ainda persistem recorrendo à ajuda médica para o problema da visão e para os problemas emocionais e buscando benefícios sociais a que tem direito para resolver a dificuldade financeira. Desde a tentativa, não fez mais uso de álcool.

Análise do caso 3

Com base nos elementos descritos acima e sistematizados na Tabela 4 (p. 165), pôde-se verificar que a história de violência sistemática na infância e de perdas traumáticas, juntamente com um quadro depressivo precoce não-diagnosticado, parece ter levado Célio a responder de maneira não-adaptada às diversas situações de vida. O uso frequente e prolongado de álcool e outras drogas, possivelmente, iniciou-se como uma maneira de lidar com uma depressão que nunca foi tratada adequadamente. O alcoolismo parece ter causado ou ao menos agravado a diabetes, doença que foi inadequadamente controlada, gerando sequelas permanentes em sua visão e dependência de terceiros. Comprometeu também gravemente outras áreas da sua vida, sobretudo a econômica e a social, contribuindo para seu desemprego e isolamento.

Eventos de vida mais recentes parecem ter precipitado a tentativa de suicídio, principalmente a morte da mãe, o agravamento da deficiência visual, preocupações financeiras e a interrupção do tratamento psiquiátrico. Esses eventos acentuaram o quadro psicopatológico de alcoolismo e depressão, pois, além de beber com mais frequência, Célio passou a cuidar menos da saúde, apresentou comprometimento do apetite e do sono e apresentou sentimentos de inutilidade e tristeza, além de pessimismo, rigidez cognitiva e ideação suicida intensificada. A intenção de ter usado arma de fogo indica que Célio estava fortemente determinado a morrer, ao mesmo tempo em que o fato de ter ligado para a irmã após a tentativa indica ambivalência no desejo de morte.

A herança cultural de sua terra de origem inscreve o comportamento suicida como uma possibilidade em sua vida. Agravando esse fato, tem-se a herança familiar de psicopatologia e de suicídio, juntamente com atitudes de ignorância e preconceito acerca

do tratamento, que comprometem a capacidade de seus familiares de darem suporte ao sofrimento dele. O comportamento suicida apenas em idade avançada pode indicar que o contexto estressor ou a vulnerabilidade interna se agravaram ao longo dos anos de tal maneira que já não era mais possível lidar com a situação da forma como vinha fazendo. A tentativa de suicídio pode ter sido uma maneira que Célio, uma pessoa com dificuldade de se abrir para as pessoas de sua rede social, encontrou de pedir ajuda, de dizer que havia chegado ao seu limite e que não conseguiria sozinho. Existe também a possibilidade de que a morte da mãe tenha gerado algum sentimento de culpa e que sua tentativa fosse uma forma de punir-se e aliviar esse sentimento. A origem dessa culpa pode ser o fato de ele ter passado muito tempo fora no dia em que a mãe morreu, ou mesmo alguma característica edípica ou de dependência possivelmente presente nessa relação. Esses motivos internos precisariam ser mais bem explorados em psicoterapia.

A reação das pessoas à tentativa de suicídio funcionou como fator protetivo para Célio. O apoio dos familiares o fez repensar suas relações e responsabilidades e a repreensão do médico que o atendeu o fez temer as consequências de seus atos. Essa repreensão poderia ter sido vivenciada como mais um estressor, mas, no caso de Célio, funcionou como um teste de realidade importante. Outros fatores que poderiam ser considerados protetivos foram analisados com cautela, incluindo a percepção da tentativa de suicídio como uma atitude egoísta; sentimentos de otimismo, alegria, disposição, esperança e gratidão por ter sobrevivido; crença religiosa fortalecida; e interrupção do uso do álcool. Isso porque uma mudança de estado mental e afetivo tão repentina pode ser uma resposta a uma mudança interna e do ambiente apenas temporária ou mesmo um sintoma de um quadro psicopatológico com características maníacas. É provável que a tentativa de

suicídio, que é muito recente, tenha funcionado como uma descarga parcial de angústia e que a mobilização da rede de apoio seja passageira – fato reportado na literatura. Uma nova frustração pela persistência dos conflitos pode ter consequências desastrosas.

Célio apresenta risco grave de suicídio a médio prazo. Portanto, é fundamental que ele inicie um tratamento psicológico e continue com o tratamento psiquiátrico de maneira constante e por tempo indeterminado, ajudando-o a ressignificar as perdas vivenciadas e a lidar com dificuldades que persistirem ou surgirem. A participação em grupos de auto-ajuda como Alcoólicos Anônimos e Grupo de Luto pode contribuir para esse tratamento, ao mesmo tempo em que reduz o isolamento e fortalece a rede social de apoio. Um trabalho de orientação à família pode ajudá-la a se tornar uma referência de apoio efetiva, e o acompanhamento de um profissional da Assistência Social pode ajudar Célio a ter acesso aos benefícios a que tem direito. Em psicoterapia, é recomendado que seja explorada a natureza das relações com os objetos perdidos, principalmente com suas figuras parentais, para ajudá-lo a enfrentar e compreender os afetos envolvidos sem o usual mecanismo de fuga. Sugere-se uma avaliação diagnóstica detalhada para reavaliar o uso dos medicamentos psiquiátricos em função da suspeita de um quadro maníaco.

Narrativa 4 – Clóvis

Clóvis foi encaminhado para avaliação pelo Hospital São Vicente de Paula. A entrevista foi realizada na ala psiquiátrica, onde ele se encontrava internado havia quase um mês, em decorrência de uma crise psicótica grave com histórico de ideação e múltiplas tentativas de suicídio. Ao todo foram dois encontros de aproximadamente três horas e

meia, com um intervalo de dois dias entre eles. O entrevistado apresentou dificuldade para descrever os eventos em uma ordem cronológica clara, suas respostas eram curtas e a fala, pausada. Ao final, os avaliadores conversaram sobre a avaliação com os terapeutas responsáveis pelo acompanhamento psicológico do caso na internação.

História clínica

Clóvis é um jovem de 23 anos solteiro e sem filhos. Ele mora com o irmão por parte de mãe (19 anos), com a mãe e com a namorada dela. Seus genitores nunca foram casados e ele teve pouquíssimo contato com o pai ou com os irmãos paternos. O restante da família mora em outro Estado, em sua cidade de origem. Clóvis disse não se sentir apoiado por ninguém, nem mesmo pela mãe, de quem se percebe mais próximo. Além disso, relata ter dificuldades de relacionamento com o único irmão materno: “No começo, eu criticava ele por ele ser homossexual. A gente tinha dificuldade, tinha muitas intrigas. Aí a gente foi se distanciando”.

Clóvis teve uma única namorada, com quem se relacionou durante oito meses do último ano: “Ela só estava comigo para ter alguém com quem desabafar. (...) Ela dizia que eu me julgava muito e nunca estava satisfeito comigo mesmo”. Sua namorada era casada com um homem foragido da Justiça que estava morando em outro Estado e que tinha fama de ser muito violento. Ainda assim, Clóvis estava disposto a continuar com ela, pois relata que não tinha medo de ser morto em decorrência de sua vontade de morrer. Mas seis meses antes da entrevista o namoro terminou: “Eu não estava sendo bom para ela porque eu só queria ficar isolado em casa. (...) Mas ela disse que estava terminando comigo para me proteger, porque tinha medo que o marido dela voltasse e me matasse”.

Clóvis não gosta de falar sobre questões pessoais com ninguém: “Eu gosto mais de guardar as coisas para mim. Não consigo me expressar, falar de sentimento... essas coisas”. O jovem não completou o Ensino Fundamental porque, desde o início da adolescência, não sentia ânimo para estudar. Clóvis, que já teve dois empregos, está desempregado. Ele foi demitido do primeiro há um ano por ter brigado com os colegas de trabalho: “Lá no trabalho ficavam me criticando. Eles falavam muito da minha família, tipo ‘coitado do Clóvis, ele tem um irmão gay e uma mãe lésbica’. Só que não falavam com essas palavras. O pessoal já sabia que eu ia sofrer assim por causa da minha família e que eu não teria ajuda (...). Além disso, minha aparência estava ficando deformada e as pessoas de lá me olhavam assustadas pensando que eu estava endemoniado”.

Quando era pequeno, Clóvis passava a maior parte do tempo sozinho em casa e não gostava de sair. Nunca conviveu muito com o pai: “Acho que ele não gosta de mim, por isso nunca me ajudou”. Como não recebeu orientação de seus cuidadores, precisou aprender sozinho sobre sexualidade e relacionamentos. Diz que sempre teve a impressão de que as pessoas gozavam dele, e tinha muita dificuldade de entender os outros e lidar com seus afetos: “Sempre fui assim, o mais fora dos padrões. Eu passava e todo mundo olhava; às vezes criticavam”. Clóvis se mudava constantemente da casa da mãe para a casa da madrinha, que ficava em outra cidade: “Eu morei muito tempo na Bahia. Eu ficava indo e voltando. Passava um tempo aqui e ia pra lá. Passava um tempo lá e vinha de novo. Mas eu não gostava de lá. Eu não tinha gente pra conversar, não tinha muitos amigos”.

Sua mãe é alcoolista desde que ele era criança, e ele sentia que não podia contar com ela, pois estava sempre embriagada. No aniversário de oito anos, Clóvis se lembra

que, quando estava em um parque de diversões com a mãe, sentiu tanto medo de cair da montanha-russa que teve vontade de se jogar lá de cima. Na medida em que foi crescendo, os pensamentos suicidas foram surgindo e se tornaram constantes em sua vida: “Desde que eu me entendo por gente, eu tive esses pensamentos de morte. Quando via um prédio alto eu pensava em saltar”. Clóvis tem pouca informação sobre a história de sua família, pois há pouca comunicação entre eles. Ele sabe que tanto a mãe como o irmão já relataram ideação suicida e que recentemente ela tentou o suicídio, mas não tem informações sobre o restante da família.

História de comportamento suicida

Ao todo, Clóvis fez três tentativas de suicídio em um intervalo de pouco mais de um mês. A primeira delas ocorreu há aproximadamente quatro meses. Ele estava em seu segundo emprego e derrubou propositalmente um grande equipamento do trabalho em cima de si, visando provocar sua morte. Em consequência, machucou gravemente o pé: “Eu estava com muitos problemas no serviço, não estava conseguindo trabalhar. Tinha uma caçamba pendurada, daquelas grandonas para guardar entulho, aí eu peguei e puxei ela pra cima de mim. Não sei o que foi, me deu vontade e deixei ela cair”. Clóvis contou para todos que havia sido um acidente, mas acabou sendo demitido depois disso: “Sabe quando você se sente em outro lugar? Perde a noção de onde está? Eu nem senti dor na hora que caiu no meu pé, só bem depois. (...) Aí eles me levaram no hospital. Fiquei internado e precisei fazer uma cirurgia. Depois, eu fui andando até a rodoviária e fui embora para casa sozinho”.

A segunda tentativa de suicídio aconteceu um mês depois, por enforcamento: “Eu saí de noite de casa, de madrugada. Eu saía correndo para dentro dos matos... fiquei correndo, correndo... andando, andando... aí, de manhã, eu achei uma corda no mato e tentei me enforcar numa árvore, só que não dei conta, fiquei só um pouquinho engasgado”. Nessa noite, Clóvis se perdeu e começou a ter visões: “Quando eu saí, perdi o rumo de casa. Tinha visões, vi um bocado de merda de boi. Onde eu andava ia aparecendo. Todo lugar que eu andava eu via, até nos lugares que antes não tinha”. Clóvis perdeu os documentos e depois de muitas horas foi parar em uma delegacia, onde pediu ajuda. Os policiais o levaram ao hospital psiquiátrico, onde foi internado pela primeira vez. Com essa internação, que durou três dias, iniciou seu tratamento psiquiátrico.

Uma semana depois, já em casa, Clóvis fez a terceira tentativa. Um amigo o chamou para jogar bola, mas, quando chegou ao campo de futebol, começou a suspeitar que as pessoas queriam machucá-lo: “Eu suspeitei porque estava todo mundo lá. Tinha até corda e cavalo, porque se eu tentasse ir pro mato eles iam me seguir. Acho que eles estavam pensando que eu estava endemoniado ou alguma coisa assim. Aí eu saí de lá e fui para casa tentar me matar”. Clóvis se trancou em casa sozinho, pegou uma faca grande e cortou o pulso. Apesar de não ter saído muito sangue no momento, o corte foi profundo: “Eu pensei que estava com algum problema de falta de sangue no corpo, ou então Deus não queria que eu morresse”. Clóvis queria terminar com o sofrimento, mas, ao mesmo tempo, ficava com medo de não ter salvação religiosa se cometesse suicídio: “Eu estava muito agoniado. Parecia que não era eu mesmo. Estava andando na casa, estava estranho demais. Tinha tipo alguma possessão em mim, algum demônio”. Depois de algum tempo,

sua mãe e sua madrasta o encontraram e pediram ajuda. Foi então levado ao hospital geral e após curativo foi para casa.

Em todas as três tentativas, Clóvis apresentou um alto grau de impulsividade, pois aproveitava o método disponível no local: “É no momento mesmo, só na hora. Eu vou lá e caço um jeito”. Apesar disso, apresentava ideação e vontade de morrer há muito tempo, desde seus 13 anos de idade: “Eu já tinha vontade de morrer para ver se os problemas acabavam. Eu não dava conta de conviver comigo mesmo”. Desde então, Clóvis frequentemente planejava, pensando em várias maneiras de morrer, como saltar de um prédio ou se jogar na frente de um carro, principalmente quando via uma oportunidade de fazê-lo. Alguns dias antes de sua primeira tentativa, buscou comprar veneno de rato em uma loja próxima, mas os donos do estabelecimento o conheciam e não quiseram vender para ele. Nessa época, Clóvis chegou a deixar cartas para a mãe pedindo perdão, agradecendo e despedindo-se daqueles que o haviam ajudado. Ele relata que um pouco antes da segunda tentativa de suicídio seu irmão achou as cartas, mas nada fez para ajudá-lo ou impedi-lo: “Ele só olhou e riu. Ele não deu muita importância e disse que eu estava ficando louco e que eu não era capaz de tentar”. Clóvis lembra de ter conversado com a ex-namorada sobre os pensamentos de morte e que ela teria dito que só Deus o salvaria. Apesar de perceber-se arrependido de ter conversado com eles, pensou em falar com outras pessoas também, mas não se sentia à vontade para isso.

Um mês antes das tentativas, Clóvis tomou anabolizantes sem prescrição médica e em excesso, em função do incômodo que sentia com sua auto-imagem, sabendo dos riscos que corria ao fazê-lo: “Querida ficar forte mesmo, por dentro e por fora. Só que eu não

tomei os remédios direito e entrei em depressão, fiquei mais fraco”. Depois disso, Clóvis começou a ouvir vozes, perdeu a namorada e em seguida fez a primeira tentativa de suicídio: “Acho que o meu problema é porque eu era vaidoso demais. Queria sempre estar bem, bonito. Só que nunca consegui. Por isso, que eu tomei hormônios. Foi mais para agradar aos outros, eu ligava muito para a opinião dos outros. Acabei me prejudicando ainda mais”.

Clóvis já vinha sofrendo profundamente, sentindo-se triste, desmotivado e sem vontade de comer e dormir: “Sentia um vazio em mim. Parecia que eu não estava no meu corpo mesmo. Não estava comendo mais, passei mais de uma semana sem comer. Estava sem apetite, vomitando, estava mal mesmo. Já não tinha mais esperança de viver uma vida normal, de ter um serviço, uma casa”. Clóvis não se sentia querido e imaginava que ninguém gostava dele: “Eu estava todo deformado, o olho fundo, bem fundo mesmo, magro. Parecia que eu não tinha nem cintura. Estava estranho mesmo, pior que agora. (...) Aí o pessoal ainda começou a querer me matar; aí eu pensei que devia estar endemoniado mesmo, que não merecia estar vivo. (...) Eu me sentia tipo um monstro daqueles de filmes, sendo caçado”. Desde a adolescência, sua auto-estima era muito baixa e a auto-imagem, distorcida. Mas isso começou a piorar nos últimos meses: “Nada fazia sentido para mim. Eu estava sem motivação para tudo, não via motivo pra viver. Eu me sentia tipo a escória da sociedade. Achava que não era nada, que não servia para nada (...). Eu me olhava no espelho e me via todo estranho, deformado. Tinha mania de ficar me olhando no espelho. Eu não gostava, mas algo me fazia ficar me olhando”.

Clóvis sentia que fazia mal aos outros e que os outros poderiam fazer mal a ele: “Com os meus problemas, fiz minha mãe beber ainda mais do que ela bebe e meu irmão começou a ter pensamentos de morte também. (...) Eles começaram a esquecer as coisas, ficaram esquisitos, perderam a noção das coisas, como se também fossem algum paciente daqui. (...) Quando eu saía na rua, as pessoas evitavam me olhar para não pegar mau-olhado, porque eu tava deformado, endemoniado. Uma vez, um rapaz me chamou para ir no bar jogar sinuca. Aí eu ouvi eles falando que estavam planejando me matar por causa disso”. Sem emprego, o pagamento das contas começou a atrasar e Clóvis se sentia culpado pelas dívidas. Sentindo-se muito só e com medo de sair de casa, não tinha motivação para procurar trabalho: “Eu estava todo estranho. Parece que juntou tudo – dívida, término de namoro, depressão – e eu precisava me aliviar desses problemas, mas apenas me entreguei a eles”.

Dois meses depois da última tentativa, Clóvis não conversou com ninguém sobre o que havia acontecido e continuou em profundo sofrimento. Pediu para o irmão interná-lo, pois não aguentava mais continuar daquele jeito. Como o irmão não o ajudou, procurou espontaneamente a Emergência do hospital psiquiátrico, relatou ao psiquiatra seus sintomas e a ideação suicida e foi encaminhado para internação, onde se encontrava até o momento da entrevista. Como os familiares não sabiam da internação, achavam que ele havia sumido. Clóvis disse que, quando sua mãe ficou sabendo de seu paradeiro, alguns dias depois, o visitou e relatou ter ficado tão preocupada, que tentou o suicídio com remédios e precisou fazer lavagem estomacal em um hospital geral.

Clóvis relata estar arrependido de suas tentativas de suicídio: “Isso aí não leva ninguém a lugar nenhum. Se a pessoa quiser ter uma salvação, tem que enfrentar os problemas”. Ao mesmo tempo, sente-se fraco por ter tentado: “Eu me sinto culpado por ter prejudicado minha família e sinto raiva de mim mesmo por estar sendo fraco. Não era para eu ter passado pelo que eu passei, era para eu estar de boa em casa e no serviço. Se eu tivesse usado a cabeça...”. Para sentir-se bem novamente, ele acha que deveria se aceitar mais e se sentir mais útil trabalhando em alguma coisa: “Preciso lutar contra mim mesmo, contra esse meu lado que me puxa pra baixo. Preciso encarar a vida como ela é mesmo”. Clóvis acredita que precisa desabafar mais com as pessoas e que o fato de ter sobrevivido a tantas tentativas é um sinal divino: “Eu acho que eu tenho alguma missão, de ajudar a minha mãe ou alguma coisa assim. Ninguém está aqui em vão”. Clóvis relata que praticamente não teve ideação durante o período de internação, mas que ainda sente medo de tentar o suicídio de novo quando voltar para casa com algum método de fácil acesso, como veneno de rato: “É muito fácil conseguir e eu sei onde vende”.

Análise do caso 4

Com base nos elementos descritos acima e sistematizados na Tabela 5 (p. 166), pôde-se verificar que, com uma infância marcada pela negligência e ausência de referências parentais saudáveis e constantes, Clóvis desenvolveu uma estrutura psicológica frágil que o impede de compreender adequadamente a si e ao mundo. Sua rede de apoio, extremamente deficitária, e a falta de recursos internos básicos levaram-no a apresentar uma grande dificuldade de se relacionar e de se expressar, bem como a uma incapacidade de lidar com seus afetos e estressores. Essa fragilidade foi se consolidando de tal maneira que sintomas depressivos e psicóticos se manifestaram ainda no início de sua adolescência.

Clóvis se sentia fora dos padrões, tinha uma imagem distorcida de si e apresentava dificuldade de socialização. Isolado, já não tinha ânimo para desenvolver suas atividades. Não conseguia lidar adequadamente com seus afetos e passou a considerar a morte como uma alternativa constante. Sem apoio e tratamento adequados, esses sintomas foram se intensificando com o tempo e passaram a comprometer sua capacidade produtiva. O uso de anabolizantes e uma série de estressores, como perdas, dificuldades relacionais e dívidas, parecem ter deflagrado a sintomatologia psicótica e o agravamento dos sintomas depressivos.

Clóvis sentia-se desorientado e sua distorção da realidade se tornou ainda maior. Passou a apresentar sintomas psicóticos de caráter persecutório ainda mais graves, com alucinações auditivas e visuais. Ele já não se reconhecia, via-se como um monstro deformado que fazia mal aos outros e que, por isso, merecia ser morto. Desmotivado e com dificuldade de comer e dormir, apresentava sentimentos de tristeza, culpa, abandono, solidão e desesperança. Sua percepção da insuportabilidade para continuar vivendo indicava um sentimento de desespero. Diante desse quadro, Clóvis passou a atuar sua ideação suicida, fazendo múltiplas tentativas impulsivas em um curto período de tempo. No contexto da internação psiquiátrica, a ideação suicida de Clóvis reduziu, mas ele teme tentar de novo. Sua comunicação suicida poderia ter acionado atitudes protetivas da família, mas não foi isso o que aconteceu. Sua rede de apoio mostrou-se totalmente ineficaz, reafirmando o abandono, a omissão e a fragilidade de seus membros. Voltando para um contexto precário e sem uma continuidade adequada do tratamento, Clóvis deve entrar em crise novamente, sendo muito provável que tente o suicídio outras vezes.

Clóvis está em risco de suicídio grave a curto prazo. O risco só não é imediato por se encontrar internado. Ele apresenta transtorno mental grave, com ideação suicida crônica, com algum planejamento, alta impulsividade, acesso a métodos e um contexto social desfavorável. Além disso, possui características sócio-demográficas condizentes com o grupo de maior risco: homem jovem, solteiro, sem filhos, migrante, desempregado. Portanto, é fundamental que seu tratamento continue de maneira intensa durante um longo período. Para isso, Clóvis pode se integrar a uma clínica-dia ou a um Centro de Apoio Psicossocial, para ser acompanhado diariamente por profissionais de diversas áreas: psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e outros. Sua família também precisa receber tratamento psiquiátrico e psicológico para, progressivamente, tornar-se um núcleo de apoio mútuo. Sugere-se que sejam investigadas questões relacionadas à identidade sexual de Clóvis, pela dificuldade apresentada por ele em aceitar a opção sexual da mãe e do irmão. Esse pode ser um foco de angústia importante.

Narrativa 5 – Cleide

Cleide foi encaminhada para a avaliação logo após alta de sua quarta internação em hospital psiquiátrico por grave ideação suicida. Ela já fez múltiplas tentativas de suicídio, sendo que a última ocorreu dois meses antes da entrevista. Na ocasião do encaminhamento, os profissionais que a acompanhavam no tratamento ambulatorial deram informações preliminares sobre o caso aos avaliadores. A entrevista foi realizada em um encontro com duração aproximada de duas horas e meia. Muitas vezes durante a avaliação, Cleide demorava para responder algumas perguntas e em alguns momentos mostrava-se dispersa.

Ao final da entrevista, foi realizada uma intervenção com Cleide, visando a sua colaboração para restringir o acesso aos métodos de suicídio que estavam disponíveis em casa. Depois, foi feita uma devolutiva da avaliação para os profissionais que a acompanhavam.

História clínica

Cleide é uma mulher de 30 anos, mãe de três filhos – de três, sete e 11 anos de idade. Sua filha mais velha tem uma grave deficiência mental. Cleide nunca se casou e cada filho tem um pai diferente, sendo que nenhum deles chegou a assumir a paternidade. O pai da filha mais velha foi seu primeiro namorado e, quando soube da gravidez, a abandonou. Ele era usuário de drogas e tinha envolvimento com o crime e, alguns meses depois, Cleide soube que ele havia sido assassinado. Quando engravidou do segundo filho, Cleide terminou o relacionamento com o pai da criança, pois ele ameaçava abusar sexualmente da primeira filha dela. O pai de seu terceiro filho estava disposto a cuidar dele, mas acabou morrendo vítima de um assalto antes que pudesse assumir a paternidade. Cleide está namorando há dois anos um vizinho 20 anos mais velho que ela.

Cleide é a filha mais nova de oito irmãos. Sua mãe faleceu há cinco anos em decorrência de um câncer. Cleide mora sozinha com os dois filhos maiores. O filho mais novo mora com uma de suas irmãs, que reside em uma casa vizinha. Na mesma rua, também moram seu pai e alguns de seus outros irmãos. Apesar da proximidade física dos familiares, Cleide não se sente à vontade para conversar sobre seus sentimentos e problemas com ninguém: “Eu me acho inferior aos outros e sou muito fechada, igual a meu pai”.

Cleide atrasou os estudos por ter se envolvido gravemente com drogas ainda muito jovem. Faz uso de merla desde os 13 anos e acabou se tornando dependente química. Quando engravidou, aos 18 anos, abandonou de vez a escola, deixando o Ensino Fundamental incompleto. Cleide nunca trabalhou formalmente e se sustenta atualmente com o auxílio que a filha recebe do governo. Para conseguir a droga, chegou a se prostituir algumas vezes. Com dificuldade para realizar tarefas do dia-a-dia, Cleide muitas vezes não consegue cuidar dos filhos ou fazer os serviços domésticos: “Durante muitos anos, eu fiquei muito atolada nas drogas. Então eu não tinha tempo para nada, não fazia mais nada”.

Quando Cleide era criança, seus irmãos já eram adultos e todos moravam fora de casa. Então, ficava sozinha enquanto seus pais trabalhavam. Ela considera que a mãe foi muito omissa em sua educação: “Quando eu faltava aula, contava mentiras mirabolantes e ela sempre acreditava, nunca ia atrás, nunca quis saber a verdade mesmo. Mesmo quando ela descobria alguma coisa, sempre escondia do meu pai e dos meus irmãos. (...) Eu queria que ela percebesse e fizesse algo, mas ela sempre escondia tudo. Ninguém nunca ficava sabendo.” Cleide relata sempre ter tido uma relação distante com o pai. Ele é alcoolista desde que ela nasceu e, muitas vezes, tinha atitudes violentas com a família.

Aos nove anos, Cleide foi estuprada por um primo de 18 anos que morava em sua casa: “Eu lembro que sempre ficava no quarto com ele. Às vezes ele chegava cedo do trabalho e eu já tinha voltado da escola. Acho que ele já vinha planejando tudo isso. Ele sempre me chamava para lá, a gente ficava escutando música, brincando. Até que um dia aconteceu. Na hora eu desmaiei e acordei depois na minha cama sangrando. Minha mãe achou que eu tinha menstruado”. Cleide ficou muito tempo se sentindo confusa em relação

ao que tinha acontecido e nunca havia contado para ninguém: “Para mim, foi muito marcante porque eu acho que foi isso que me fez assim. (...) Eu não consegui nunca me relacionar com meu pai, porque na minha confusão sempre achava que tinha sido ele. (...) Eu desconfiei porque ficou vindo na minha cabeça aquelas cenas de sexo. Até que depois eu fiz uma regressão quando eu tinha 19 anos, e me lembrei de tudo”. Aos 20 anos, contou para sua mãe e para sua irmã mais velha sobre o estupro, mas elas nada disseram ou fizeram.

Desde criança, ela era muito fechada, tanto na família como na escola: “Acho que eu nunca me dei bem com ninguém”. Cleide aprendeu sobre sexualidade com seu primeiro namorado, com quem teve sua primeira relação sexual desde o estupro: “Foi muito ruim. Eu tinha muito medo por causa daquela cena na minha cabeça. Eu fiz só por obrigação”. Segundo ela, o uso de merla era a única coisa que a relaxava e interrompia as cenas do estupro em sua cabeça. Desde que começou o uso, fez amizade com outros jovens que usavam a droga. Uma de suas amigas era sua prima de segundo grau, que se matou jogando-se na frente de um carro quando estava sob efeito das substâncias. Seu pai faz tratamento psiquiátrico para ajudar a controlar o alcoolismo, mas interrompe com frequência a medicação e apresenta várias recaídas.

História de comportamento suicida

Cleide fez quatro tentativas de suicídio, sendo que todas ocorreram nos últimos sete meses. Na primeira vez, tomou os remédios controlados da filha; um mês depois cortou os pulsos; e ao longo dos três meses seguintes tentou o suicídio por mais duas vezes tomando remédios psiquiátricos: “Era sempre a mesma coisa. Meu namorado fica sabendo que eu

tive uma recaída nas drogas e termina tudo comigo, então eu fico desesperada e tento o suicídio”. Cleide relata que o namorado sempre soube que ela usava drogas. Algumas vezes, ele a levou para clínicas de desintoxicação, mas outras foi conivente com o vício, chegando a comprar drogas para ela. Seis meses atrás, seu namorado deu um ultimato: “Ele falou que eu tinha que parar ou então a gente ia terminar o relacionamento. Aí eu conseguia ficar mais de um mês sem usar droga, mas recaía. (...) Quando eu tenho uma recaída, passo a noite inteira na rua usando a droga e chego na casa dele só de manhã. Então, ele fica sabendo e nem abre a porta, termina tudo comigo. Vou para casa, tento o suicídio, e volto para a casa dele”.

Na primeira tentativa de suicídio de Cleide, o namorado a levou para o hospital geral, onde ela passou por uma lavagem e ficou internada por seis dias. Depois, foi encaminhada para a internação psiquiátrica, onde passou três dias. Na segunda tentativa, quando Cleide cortou o pulso com uma peixeira, o namorado não quis socorrê-la. Então, ela própria ligou para o Serviço de Atendimento Médico de Urgência, que a levou para o hospital geral, onde recebeu cuidados médicos e foi encaminhada para internação psiquiátrica pela segunda vez. Na terceira tentativa, ela ingeriu grande quantidade de remédios que a psiquiatra havia lhe prescrito. Dessa vez, ela foi socorrida por uma irmã, que a encontrou desacordada. Cleide considera que essa tenha sido sua pior tentativa, pois precisou ficar internada vários dias na Unidade de Terapia Intensiva. Na última tentativa, tentou da mesma maneira e novamente seu namorado recusou-se a ajudá-la: “Ele estava com raiva por eu ter usado drogas de novo, então não me levou ao hospital. Aí eu passei dois dias dormindo no sofá dele. Depois eu acordei e a gente nunca mais falou no assunto.

Ninguém mais soube”. Mesmo quando a família ficou sabendo das tentativas, ninguém nunca conversou com ela a respeito.

Algumas das recaídas de Cleide ocorrem quando o humor dela oscila, ficando com muita raiva, triste, ou muito alegre: “Acho que é uma maneira de fugir das minhas responsabilidades”. Mas, mesmo em situações em que a vida parece ir bem, pode vir a vontade e Cleide não consegue se conter. Com isso, considera que seu grande problema é o uso das drogas, porque tem a impressão de que não pode contornar os problemas e de que não há solução: “É muito difícil saber que você não tem controle. Você quer parar e não consegue. Isso me entristece”. Cleide relata que não planejou nenhuma das tentativas: “Foi tudo muito rápido, veio o pensamento e só foi questão de segundos”.

Depois da última tentativa, seu relacionamento com o namorado ficou abalado: “Ele não quer mais ficar comigo e eu fico lá na casa dele forçando a barra”. Desde então, Cleide vem se sentindo triste, sem ânimo, e passou ter ideação suicida frequente: “Se eu morresse, ia ficar livre de tudo. (...) Muitas vezes, eu penso que ia ser melhor para todo mundo, porque tem gente que acha que eu não estou cuidando dos meus filhos direito, que eu não faço as coisas direito. Se eu morresse, cada um dos meus filhos ia ser assumido por uma pessoa e eu não ia ficar dando aquele trabalho que eu dou”.

A terceira e última internação ocorreu em função da comunicação de intenção suicida em uma consulta psiquiátrica: “Eu falei para a doutora que eu estava com esses pensamentos na minha cabeça e que era melhor morrer. Então ela me falou que eu não estava em condições de ir pra casa, que era pior pra mim eu ficar sozinha. Disse que se eu fosse internada, podia deixar esses pensamentos irem embora e me animar mais um pouco.

Ela aumentou um pouquinho a dose do remédio e disse que, até eu reagir, era melhor ficar internada”. Cleide sentiu-se aliviada por ter conversado sobre seus pensamentos de morte com a psiquiatra. Passou três dias internada e recebeu alta uma semana antes desta entrevista. Ela ainda pensa que se morresse seria um alívio para todos e que ninguém sentiria sua falta. Apesar de achar que as tentativas foram uma bobagem, pensa que pode tentar o suicídio novamente: “Eu não fico planejando nada, mas acho que se eu passar por uma grande dificuldade posso vir a tentar de novo”. Ela própria administra a medicação, portanto, tem acesso aos remédios psiquiátricos.

Análise do caso 5

Com base nos elementos descritos acima e sistematizados na Tabela 6 (p. 167), pôde-se verificar que a vida de Cleide é marcada por uma série de eventos de vida traumáticos e por uma rede de suporte social e afetivo extremamente deficitária. Desde a infância, seus relacionamentos básicos são caracterizados por negligência, omissão, abandono, distanciamento afetivo, inconstância e abuso. Estuprada ainda criança por um membro de sua família, e precisando lidar com isso absolutamente sozinha, Cleide acabou desenvolvendo grande vulnerabilidade psicológica e um padrão de enfrentamento de problemas desadaptativo e prejudicial.

A revivência persistente desse evento traumático por recordações intrusivas, a incapacidade de recordar alguns aspectos do trauma, o intenso sofrimento psicológico envolvido e o esforço deliberado para evitar essas lembranças indicam que Cleide tenha desenvolvido um transtorno de estresse pós-traumático crônico. A relação dessa experiência com comportamentos autodestrutivos e impulsivos, prejuízo na modulação

afetiva, sentimentos de inutilidade e desamparo, retraimento social e com uma sensação de dano permanente fortalecem essa hipótese.

Para fugir das lembranças e afetos intoleráveis, Cleide passou a fazer uso de merla, substância psicotrópica altamente destrutiva, ainda no início da adolescência. O uso prolongado e o abuso dessa droga vêm comprometendo sua capacidade produtiva, e muito provavelmente sua capacidade cognitiva, de maneira acentuada. Com o tempo, ela passou a viver eventos estressores relacionados à vida de dependente químico, como mortes violentas de pessoas com quem se relacionava, prostituição e gravidez indesejada. É possível que o uso da droga tenha inclusive causado os problemas neurológicos da filha, embora a própria Cleide não tenha estabelecido essa relação.

Cleide apresenta grande dificuldade para se abrir e se expressar. Além disso, tem dificuldade de *insigh* (evidenciada pela dificuldade de compreender a origem de seus problemas) e apresenta rigidez cognitiva (evidenciada pela sua incapacidade de ver alternativas para lidar com suas questões). Afetivamente, ela apresenta sentimentos depressivos, como tristeza, impotência e desesperança, além de sentir-se inferior, inútil e envergonhada pela dependência da droga. Diante de afetos intoleráveis, apresenta uma incapacidade de autocontrole que demonstra alta impulsividade com agressividade autodirigida.

Cleide apresenta grande dificuldade de mobilização de recursos sociais saudáveis. Psicodinamicamente, parece ter desenvolvido um padrão de busca de relacionamentos deficitários, que tendem a repetir situações de abuso, negligência e abandono. Ela parece ter internalizado a percepção de um *self* desqualificado e incapaz de lidar com a realidade.

Nesse processo, desenvolveu um padrão de fuga dos problemas e das responsabilidades, seja por meio das drogas ou das tentativas de suicídio. As múltiplas tentativas em um curto espaço de tempo estão relacionadas às sucessivas falhas desses mecanismos internos. Os principais precipitadores de seu comportamento suicida são parte de uma sequência de recaídas nas drogas e da sensação de abandono mobilizado pelo término do namoro, que geram sentimentos de frustração, perda e desespero. Esses afetos intoleráveis levam a uma necessidade urgente de alívio e a uma conseqüente tentativa de suicídio.

Apesar de já ter sido internada em clínicas de desintoxicação, Cleide só iniciou o acompanhamento psiquiátrico e psicológico a partir de sua primeira tentativa de suicídio. As múltiplas internações e o acompanhamento não impediram que ela tentasse suicídio outras vezes e desenvolvesse uma ideação persistente e grave. Atualmente, com seu relacionamento abalado, sente-se triste e sem ânimo e apresenta ideação suicida frequente. Cleide pensa que, se morresse, ficaria livre dos problemas e que seria um alívio para todos. Imaginando que ninguém sentiria sua falta, ela acha que pode tentar o suicídio novamente. A tentativa de restringir o acesso a métodos letais por meio da intervenção dos avaliadores junto à família pode não ser eficaz, principalmente pelo padrão de negligência familiar, pela presença frequente de experiências de afetos intoleráveis e pelo alto grau de impulsividade nas tentativas.

Portanto, Cleide apresenta risco grave e imediato de tentativa de suicídio. Considerando as condições de sua rede familiar, é indicado que o acompanhamento psiquiátrico e psicológico sejam intensificados, considerando-se constantemente a possibilidade de internação psiquiátrica para monitoramento da paciente, por meio de

novas avaliações do risco. Há também a necessidade de orientação e acompanhamento da família, que parece estar muito doente.

O alívio demonstrado por Cleide ao ter conversado com profissionais mostra a importância de um espaço de escuta, cuidado e apoio. No entanto, é fundamental que esses tratamentos não repitam padrões de abandono e negligência, pois isso poderia fortalecer a percepção de incapacidade, de que não há solução, e ativar afetos intoleráveis que a levariam a novas tentativas de suicídio.

Dados adicionais sobre Carlos e Clara

Após a entrevista, dois dos casos foram encaminhados para outras avaliações e para atendimento pela equipe do PSIU, que realiza um trabalho de intervenção em crise. Dessa maneira, informações adicionais relevantes acerca dos casos de Carlos e Clara, coletadas após o término da avaliação pela HeARTS, serão apresentadas a seguir. As implicações dessas informações adicionais para o processo de avaliação do contexto do risco de suicídio serão discutidas no capítulo seguinte.

O jovem Carlos foi encaminhado para o acompanhamento psicológico, iniciado ainda à época da entrevista. Após alguns meses de processo terapêutico e atendimento psiquiátrico com uma aparente melhora sua e da família, ele começou a descrever sintomas psicóticos de conteúdo persecutório. Relatou que estava ouvindo quase diariamente vozes que o condenavam e diziam que ele era um fracassado. Carlos passou a ouvir essas vozes que quase diariamente davam comandos para que ele andasse dezenas de quilômetros pela cidade e diziam que ele teria ainda uma grande missão nesse mundo.

Investigando o histórico desses sintomas inesperados, os profissionais descobriram que Carlos já ouvia vozes durante os meses que antecederam a tentativa de suicídio mais grave, e que isso tinha contribuído para a piora do seu estado à época. Segundo Carlos, ele nunca havia relatado esse fato porque, além de se preocupar com o julgamento dos outros, nunca havia sido indagado diretamente a esse respeito. Diante dessas novas informações, o diagnóstico foi repensado, os tratamentos precisaram ser intensificados e novos planos terapêuticos foram estabelecidos.

Ao longo da entrevista, a menina Clara também não havia dado indícios de sintomas psicóticos. Foi feito então o encaminhamento para tratamento imediato, no qual iniciou tratamento psicológico, psiquiátrico e familiar e pôde fazer novas avaliações com o método Rorschach e com o Teste de Apercepção Temática (TAT). Ambos indicaram a presença de pensamentos mórbidos e rigidez cognitiva, mas nenhum deu indícios de estrutura psicótica. No entanto, poucas semanas depois, a menina foi internada em decorrência de graves sintomas psicóticos, novas tentativas de suicídio e muita agressividade.

Durante a HeARTS, Clara relatou que nunca havia perdido alguém conhecido por suicídio. No entanto, pouco tempo depois, na terapia familiar, os pais de Clara relataram que a filha havia presenciado o resgate do corpo de um conhecido da família que havia se suicidado por enforcamento. Isso ocorreu exatamente um ano antes da primeira tentativa de suicídio de Clara, na mesma época em que seu rendimento escolar começou a cair.

Informações relevantes sobre a coleta de dados

Para se alcançar as 40 avaliações completas da HeARTS, foram feitas mais de 40 tentativas de aplicação, nem todas bem sucedidas. Alguns acontecimentos e percepções importantes durante esse processo de coleta de dados serão apresentados a seguir por serem considerados relevantes para a discussão do método.

Algumas pessoas foram encaminhadas para a avaliação por profissionais que as descreveram como pacientes muito resistentes ao tratamento e à avaliação. Nos momentos iniciais da entrevista, esses entrevistados de fato se mostravam resistentes, mas à medida que as perguntas iam sendo feitas, pareciam ficar mais à vontade e passavam a cooperar com a avaliação. Ao final, relataram ter gostado do processo da entrevista e que disseram coisas que nunca haviam dito a outros profissionais. Alguns entrevistados estabeleceram um vínculo tão favorável ao longo da entrevista, que pediram para fazer o tratamento psicológico com o avaliador. Muitos tiveram *insights* sobre suas principais dificuldades e mostraram-se motivados para o tratamento.

Houve também situações em que as condições eram desfavoráveis para a realização da entrevista e impediram que a avaliação fosse feita. Por exemplo, houve um caso em que o avaliador decidiu interromper a entrevista porque a entrevistada trouxe um filho de seis anos para o encontro e disse que não tinha com quem deixar a criança para vir outro dia. Essa decisão foi tomada porque o avaliador considerou que o assunto abordado seria inapropriado para a criança. Em duas outras situações, os entrevistados apresentaram tanta demanda por psicoterapia que não conseguiam se ater às perguntas da entrevista. Essas

peças se apresentaram verborrágicas e o avaliador acabou optando por deixar a HeARTS de lado para promover uma escuta e fazer os devidos encaminhamentos.

A maioria das entrevistas foi realizada em mais de um encontro. A necessidade do intervalo era devido a dois motivos principais: a limitação do tempo disponível do entrevistador ou do entrevistado para o encontro, ou cansaço do entrevistado para prosseguir até o fim da entrevista. Mas em alguns casos não foi possível a conclusão da avaliação pelo não-comparecimento do entrevistado no segundo encontro, agendado para a finalização da entrevista. Nesses casos, houve novas tentativas de agendamento, mas algumas das pessoas faltaram novamente ao encontro e outras simplesmente não eram mais encontradas pelo telefone, obrigando o avaliador a desconsiderar o uso das informações para a análise.

Houve um caso em que a entrevista chegou a ser finalizada, mas os dados foram insuficientes para a avaliação. O entrevistado apresentou grande dificuldade de memória, o que o impedia de relatar muitas informações relevantes, como o número de tentativas, os métodos utilizados, o contexto do comportamento suicida e os afetos envolvidos. Ele solicitou que sua mãe participasse para dar as informações necessárias, mas o avaliador decidiu por continuar as entrevistas com as informações que o entrevistado conseguisse fornecer. Esta entrevista também precisou ser excluída da base de dados de pesquisa

Comentários finais sobre o capítulo 4

Ao longo deste capítulo, foram apresentados cinco casos de pessoas com uma ou mais tentativas de suicídio ao longo dos três meses antes da realização da entrevista

HeARTS. Essas histórias, que apresentavam conjuntos de características de risco de suicídio específicas, foram analisadas para expor reflexões relacionadas ao contexto de risco específico e seus determinantes, o julgamento do risco de novas tentativas de suicídio e as recomendações terapêuticas e interventivas. Depois disso, informações adicionais acerca de dois dos casos, obtidas após a entrevista em ocasião de acompanhamento psicológico, foram apresentadas para contribuir com a reflexão da relevância do processo da HeARTS para a compreensão do contexto de risco de suicídio.

Com base no produto dessas cinco entrevistas, será desenvolvida no capítulo que se segue uma reflexão acerca do processo desse método e sua pertinência para a avaliação clínica. Nessa discussão, o produto (casos clínicos) e o processo coleta de informações da HeARTS serão comparados e contrastados, ajudando a tecer conclusões acerca das vantagens, limitações e recomendações para o aprimoramento do método.

Capítulo 5 – Discussão e conclusão

A observação da interação entre os múltiplos fatores de risco e proteção presentes nos casos de pessoas com tentativa recente de suicídio possibilitou uma reflexão acerca da utilidade e relevância da HeARTS na produção de histórias clínicas significativas para a compreensão e intervenção em diferentes contextos de risco de suicídio. No recorte desse estudo, foi possível constatar muito mais vantagens que limitações da entrevista na produção de informações relevantes relacionadas aos comportamentos suicidas e seus múltiplos determinantes. As possíveis limitações se mostraram contornáveis dentro da flexibilidade inerente à HeARTS, ou mesmo possibilitaram a construção de sugestões de aprimoramento futuro para a estrutura e o processo da entrevista.

As principais características observadas se mostraram semelhantes às aquelas inerentes a qualquer método de avaliação complexo por meio de entrevista, mas com contribuições específicas para o contexto de risco. Por meio das aplicações da HeARTS, foi possível observar que a entrevista favoreceu a compreensão do risco de suicídio e seus elementos, a construção do julgamento clínico do risco, o planejamento terapêutico e a intervenção em crise. Além disso, proporcionou um sistema de avaliação abrangente, flexível, contextualizado e cuidadoso, ajudando a transpor resistências do entrevistado e contribuindo para o estabelecimento do vínculo e da aliança terapêutica. Essas e outras observações relevantes serão destrinchadas e discutidas mais a frente nesse texto.

Um primeiro aspecto relevante para essa discussão é o fato de os participantes da pesquisa terem sido escolhidos pela presença de história de tentativa de suicídio recente. Tratam-se de pessoas que apresentam, a priori, um nível de risco mais elevado do que

grupos de pessoas sem histórico de tentativas, conforme já amplamente documentado em literatura (Fremouw & cols, 1990, Werlang & Botega, 2004 e Kutcher & Chehil, 2007). A escolha por indivíduos com esse histórico se deu pela necessidade desse estudo de avaliar todos os módulos da HeARTS na produção de histórias clínicas relevantes, principalmente aqueles que abordam a história de comportamento suicida.

Grande parte da entrevista se atém à investigação de aspectos relacionados à(s) tentativa(s), incluindo antecedentes, estressores, motivadores internos e externos e intencionalidade. Isso porque padrões de comportamentos passados dão indícios muito importantes acerca de recursos, vulnerabilidades e probabilidade de comportamentos futuros diante de determinadas situações. No caso da entrevistada Cleide, por exemplo, ficou claro, com base em seu padrão comportamental impulsivo e autodestrutivo, que ela possuía grande vulnerabilidade psicológica e pouquíssimos recursos internos e externos para lidar com demandas futuras. Essa condição indicou o grande risco de que ela reaja a novas situações estressoras por meio de recaídas nas drogas e tentativas de suicídio.

Com a escolha dos participantes, buscou-se um recorte que pudesse representar a abrangência dos casos encontrados na clínica e que, com isso, pudesse proporcionar uma reflexão acerca da diversidade de possibilidades de aplicação da HeARTS em outros contextos. Essa abrangência de possibilidades pôde ser constatada por meio da aplicação da entrevista em pré-adolescentes, jovens em transição para a fase adulta, adultos jovens ou adultos mais velhos; com diferentes graus de escolaridade (Ensino Fundamental, Médio e Superior incompletos); divorciados e solteiros; com diferentes naturezas e intensidades de sintomas psicopatológicos (depressivos, ansiosos, psicóticos e de abuso de álcool e

outras drogas psicoativas); com indícios de comorbidades ou não; e que apresentam diferenças importantes nos comportamentos suicidas (única ou múltiplas tentativas anteriores, alto grau de impulsividade ou planejamento, entre outros). A avaliação de pessoas com diversas características sociais, demográficas e clínicas também permitiu avaliar os diversos componentes da entrevista.

A compreensão do risco de suicídio e de seus elementos foi possível com a aplicação da HeARTS em diferentes contextos. Quatro entrevistas foram realizadas em salas dos serviços responsáveis pelo encaminhamento e uma foi realizada na ala psiquiátrica durante a internação do paciente. Esta última foi a entrevista de Clóvis, que ocorreu em dois encontros sem maiores intercorrências (interrupções, barulhos etc). Alguns ambientes de internação poderiam ser considerados estressores ou extremamente desconfortáveis, mas, nesse caso, o tratamento que o paciente vinha recebendo havia quase um mês parece ter contribuído para que ele apresentasse condições internas favoráveis para participar da avaliação. Esse exemplo demonstra a flexibilidade de aplicação da HeARTS em ambientes e situações diversas, sejam eles de caráter ambulatorial ou de internação, desde que haja condições mínimas para sua aplicação.

Outra situação que demonstra a flexibilidade da HeARTS é a possibilidade de marcação de um segundo encontro para a continuidade da entrevista. Isso aconteceu em quatro dos casos analisados. Os avaliadores procuraram encerrar o encontro, fazendo remarcação (preferencialmente com o menor intervalo possível), encaminhamentos e intervenções que julgaram necessários. Nos casos de Carlos e Clara, foi realizado um encaminhamento para tratamento especializado já no final do primeiro encontro. Apesar

desse cuidado e da capacidade de decisão clínica serem características fundamentais do avaliador, o desenvolvimento de um procedimento padrão estruturado para esse intervalo ou finalização pode contribuir para a elaboração do julgamento clínico e para a atuação adequada em cada uma dessas situações.

Como se trata de uma avaliação do contexto de risco de suicídio que pode ser grave e iminente, o avaliador precisa saber se poderá se despedir do entrevistado de maneira segura. A decisão clínica do avaliador deve considerar os benefícios e os riscos da interrupção da entrevista para o entrevistado e para o processo de avaliação. Para isso, é importante que essa interrupção ocorra após a coleta de informações que já indiquem a necessidade ou não de medidas interventivas ainda no primeiro encontro. Com base nas avaliações realizadas, constatou-se que a parte da HeARTS que fornece essas informações de modo suficiente vai do início da entrevista até o Módulo 3, por contemplar desde a avaliação preliminar, à presença de ideação, tentativas e outros comportamentos suicidas e características relacionadas à tentativa de suicídio mais recente.

Sugere-se, portanto, o desenvolvimento de um procedimento estruturado para interrupção da entrevista, que pode ser implementado tanto no momento que antecede um intervalo como na finalização da avaliação. Esse procedimento de interrupção poderá estar contido tanto no corpo da HeARTS como no manual da entrevista, que ainda deverá ser desenvolvido. Um dos aspectos fundamentais desse estudo é produzir uma experiência que permita a construção de um manual que instrua o processo da HeARTS. A descrição da entrevista, os casos apresentados e as reflexões aqui tecidas poderão ilustrar e ajudar a compor a estrutura desse manual, permitindo sua efetiva divulgação e utilização por

profissionais com menos treinamento. Nesse procedimento de interrupção, por exemplo, poderia haver a indicação de como e quando interromper, com sugestões de perguntas acerca de como foi para o entrevistado conversar até aquele momento sobre aqueles assuntos; de falas de motivação para a continuidade da entrevista ou engajamento no tratamento; e de como proceder em casos de necessidade de encaminhamento ou intervenção.

Seria também indicado que a prática de um *feedback* para o entrevistado fosse formalmente incorporada à entrevista de maneira integrada ao procedimento descrito anteriormente. O conhecimento tácito levou os avaliadores a realizarem tais retornos aos pacientes rotineiramente. Tal prática antes do intervalo ou do fim da avaliação parece favorecer o retorno do entrevistado para o próximo encontro ou o engajamento terapêutico. Ao longo das avaliações, pôde-se observar que os *feedbacks* realizados ao final da entrevista contribuíram para a manutenção do *rapport* e para o cuidado com o vínculo e favoreceram as recomendações, os encaminhamentos e as intervenções que se fizeram necessários. A devolutiva das percepções do avaliador requer competência para gerenciar o contexto e a relação e demonstra um cuidado fundamental com o entrevistado. Mas na medida em que a HeARTS puder ou vier a ser utilizada por pessoas com menos treinamento, ou até mesmo no contexto de ensino-aprendizagem, julgamos importante que tais considerações sejam explicitadas no corpo da entrevista e discutida em seu manual.

A realização de mais de um encontro para cada avaliação trouxe a oportunidade de acompanhar as repercussões do primeiro encontro da entrevista, permitindo a realização de algumas observações acerca da diferença de postura do entrevistado. No caso de Carlos,

houve uma diferença na atitude do primeiro para o segundo encontro, apenas dois dias depois, que foi percebida por ele e pelos avaliadores. Ele se apresentou com uma aparência mais arrumada, demonstrando e relatando estar mais alegre e à vontade. Com isso, observou-se uma mudança positiva em seu humor e certa motivação, provavelmente relacionada ao início do processo de avaliação, em que o jovem teve uma oportunidade de falar sobre si mais aberta e extensamente, pela primeira vez, em um contexto protegido. Dessa maneira, pôde-se constatar a contribuição da HeARTS para o estabelecimento de vínculo e aliança terapêutica.

O potencial de construção dos vínculos e suas repercussões positivas ao longo do processo da avaliação foram também verificados nos casos em que os participantes relataram explicitamente, ao final da entrevista, sentirem-se melhor por ter desabafado, além de motivados para o tratamento, vislumbrando novo recomeço em sua vida. A semi-estruturação da entrevista conduziu gradualmente aos assuntos mais delicados e essa gradação, que coincidiu com o estreitamento do vínculo, parece ter diminuído as resistências iniciais dos participantes. Esse processo contribuiu para que, mesmo os entrevistados que inicialmente se mostraram mais resistentes, falassem de determinados assuntos. Cleide, por exemplo, apesar de demonstrar dificuldade de falar de si, acabou relatando em detalhes sua difícil história de abuso ao final da entrevista.

Pôde-se verificar também que a HeARTS contribuiu para que os entrevistados que apresentaram uma dificuldade inicial de *insight* fossem sendo capazes de definir prioridades e demonstrar um pouco mais de perspectiva de mudança. O módulo da HeARTS que trata da avaliação de *insights* acerca das características internas

precipitadoras de crises contribuiu especialmente para a mudança da percepção dos entrevistados. Na medida em que o avaliador investiga essas questões, ele ajuda o entrevistado a estabelecer seus principais problemas e suas alternativas. Essas mudanças, percebidas em Carlos, por exemplo, demonstraram o potencial interventivo da entrevista.

No corpo da entrevista, logo depois da avaliação de *insight*, retoma-se assuntos relativos à ideia suicida e ao histórico de desenvolvimento pessoal e familiar. Nesse momento, entrevistados como o jovem Carlos, que haviam desenvolvido novas perspectivas acerca de seus problemas, voltam a falar de seus pensamentos de morte e de suas difíceis experiências familiares. Se a avaliação de *insights* fosse realizada ao final da entrevista, ela poderia contribuir ainda mais para a mudança de percepção interna, para um fechamento mais positivo e para o procedimento de finalização da entrevista.

Com o estudo dos diferentes casos, verificou-se que a aplicação da HeARTS favoreceu a compreensão do risco de suicídio e seus elementos. Primeiramente, pôde-se avaliar profundamente a presença e a natureza de comportamentos suicidas internos (subjetivos) e externos (observáveis). Essa avaliação mostrou-se de grande relevância para a compreensão do risco, pois forneceu informações atuais e passadas importantes acerca de diversos elementos correlatos. A investigação da ocorrência, das percepções e do contexto dos comportamentos suicidas contribuiu para o conhecimento de precipitadores, do estado mental e afetivo, dos transtornos mentais e do contexto social, conforme será detalhado a seguir.

Nessa investigação dos comportamentos suicidas, foi possível perceber em todos os casos algumas crenças e aspectos cognitivos e afetivos relacionados à ideia suicida,

como a percepção da pessoa de que não faria falta se morresse e de que sua morte seria um alívio para todos e para si, e sentimentos de vergonha por não ter conseguido se matar e de medo de que venha a tentar o suicídio novamente. A investigação desses motivadores internos evidenciou a presença de atuações desses pensamentos por meio de comunicações suicidas. Em alguns casos, como os de Célio e Cleide, ficou evidente a ambivalência entre o desejo de morte e o desejo de continuar vivendo, manifestada principalmente por meio da comunicação suicida momentos após suas tentativas.

Essa ambivalência mostra a existência do desejo e da esperança de ser ajudado, que são muito importantes no estabelecimento de alianças e vínculos terapêuticos e conseqüentemente interferem na compreensão do risco e na indicação de estratégias de intervenção e acompanhamento. Mas a ambivalência em si não é sinal suficiente de um bom prognóstico, visto que também são comuns a desesperança e a expectativa negativa nas relações de ajuda. Em todos os casos discutidos, verificou-se um histórico de fracasso, desamparo, negligência ou violência nas relações de ajuda no âmbito das famílias nucleares. Esse contexto foi fortemente retratado na fala de Clara de que teria que nascer em outra família para que sua vida melhorasse. Expectativas negativas nas relações sociais de apoio podem ser projetadas nas relações terapêuticas, dificultando o tratamento. Na HeARTS, foi possível antecipar essas expectativas, o que contribuiu para pensar as indicações terapêuticas.

Ainda na investigação de comportamentos suicidas, pôde-se verificar a contribuição da HeARTS para a indicação ou a implementação de estratégias específicas de controle de conhecimento e de acesso a métodos letais. Nos casos de Carlos e Clara, verificou-se a

presença de planejamento suicida com investigação de métodos pela Internet. Esse fato indicou a necessidade de estratégias de intervenção preventivas pelo controle de acesso a meios de informação (Tavares & cols, 2007), como a determinados sites da rede mundial de computadores. A necessidade de controle de acesso a medicamentos psiquiátricos também ficou evidente ou implícita em todos os casos em função do risco atual e da história de ideação e tentativa. Na entrevista de Cleide, por exemplo, foi feita uma intervenção junto à entrevistada para entrega dos remédios disponíveis em sua casa para um membro de sua família que pudesse administrá-los.

A HeARTS favoreceu a compreensão do risco de suicídio ao possibilitar a investigação de outros elementos importantes que se mostraram intimamente relacionados: eventos de vida, precipitadores, vulnerabilidades, recursos e psicodinâmica. Primeiramente, a investigação de fatores relacionados aos eventos de vida e precipitadores em todos os casos forneceu informações relevantes sobre o contexto que participou do desenvolvimento de recursos e de vulnerabilidades psicológicas que se manifestam diante de determinadas situações ao longo da vida. Os eventos de vida mais significativos surgiram principalmente ao longo da investigação do último módulo da entrevista, que trata o histórico de desenvolvimento pessoal e o histórico familiar. Verificou-se que muitos precipitadores eram uma reedição de conflitos vivenciados ao longo do desenvolvimento, como perdas, abandonos e problemas interpessoais. No caso de Cleide, por exemplo, os abandonos e as frustrações atuais pareciam trazer à tona toda a sua história de negligência e abuso, tornando intolerável a vivência dos afetos emergentes.

A natureza desses conflitos que se repetem, sua relação com eventos de vida e precipitadores, assim como suas repercussões, dão indícios importantes acerca da psicodinâmica do caso, incluindo as características da relação que a pessoa estabelece com o mundo e consigo em momentos de urgência psicológica (Tavares, 2004). Uma das consequências dessas dinâmicas é exatamente a intensificação de sintomas psicopatológicos e a atuação suicida. A HeARTS possibilitou a observação dessas dinâmicas, cruciais para o planejamento terapêutico e para a prevenção de novas tentativas, tendo em vista que é possível antecipar disparadores de sofrimento psíquico e buscar desenvolver outras estratégias de enfrentamento diante deles. No próprio caso de Cleide, ficou clara a necessidade de trabalhar em psicoterapia os padrões de abandono e negligência internalizados por ela, de forma a evitar a repetição desses padrões por meio de um acompanhamento constante e cuidadoso que propicie a reelaboração de suas relações de ajuda.

A HeARTS também favoreceu a compreensão do risco de suicídio por meio da atenção aos diferentes estados mentais e afetivos. A entrevista foi aplicada em pessoas que apresentavam estados afetivos, cognitivos e de consciência diversos: Célio apresentava-se praticamente eufórico, um mês depois de ter chegado a um ato de desespero; Clóvis, ainda internado, estava se recuperando de uma grave crise psicótica; e Cleide parecia estar cognitivamente comprometida em função do uso prolongado de merla. Estes estados têm um papel preponderante e devem ser levados em consideração pelo avaliador como condições que podem seriamente modificar o contexto do risco ou comprometer a validade das informações coletadas. Portanto, é fundamental que o avaliador esteja atento a aspectos cognitivos, afetivos e de consciência para que ele possa considerar essa variável no

conjunto de elementos relacionados ao risco atual e futuro ou tome decisões quanto à continuidade da entrevista, ao encaminhamento ou à intervenção.

No caso de Célio, ponderou-se que seus pensamentos otimistas, planos para o futuro e outras atitudes positivas eram parte de mudanças muito drásticas para um período curto de tempo, mantendo-se a indicação de alerta para o risco de novas tentativas. Portanto, apesar do profissional estar limitado ao material oferecido pelo sujeito e às observações possíveis no momento, sua experiência e sensibilidade podem colocá-lo em condições de avaliar a confiabilidade das informações e estabelecer meios de confirmar, questionar e confrontar, seja durante a sessão ou em encontros futuros, seja por meio de contato com familiares ou outras pessoas envolvidas nos cuidados do paciente. Um clínico treinado e competente não está limitado ao conteúdo da informação: ele pode levantar hipóteses acerca do modo de apresentação e das alterações percebidas e, com isso, fazer interpretações em torno da escuta e da observação e ajustar suas indicações terapêuticas ao contexto clínico relevante. No caso de Célio, por exemplo, foi necessário sugerir a investigação de um episódio hipomaníaco.

A aplicação da HeARTS também favoreceu a compreensão do risco de suicídio por meio da observação de sintomatologias psicopatológicas. Apesar do objetivo da entrevista não ser de diagnóstico dos transtornos mentais, estes são fatores de risco muito importantes para a compreensão da crise suicida. Em todos os cinco casos, percebeu-se a presença de indícios sintomatológicos que emergiram no discurso e na história do entrevistado, suficientes para a elaboração de hipóteses diagnósticas, mesmo sem terem sido abordados diretamente pela estrutura da HeARTS. No caso de Cleide, por exemplo, surgiu a hipótese

do transtorno de estresse pós-traumático crônico não-tratado ter contribuído para o uso de substância psicoativas e consequente dependência química. No caso de Célio, pôde-se verificar comorbidade entre alcoolismo e depressão, além da suspeita de um episódio maníaco, que levou à sugestão de uma avaliação diagnóstica. Já na entrevista de Carlos e Clara, observou-se a presença de múltiplos sintomas que apontavam para a ocorrência de episódios depressivos graves. A investigação de alguns sintomas em função de indícios percebidos na fala ou atitude do entrevistado ilustra a importância de o avaliador conhecer os fatores relacionados ao risco de suicídio – incluindo conhecimentos de psicopatologia, para perceber, investigar e relacionar seus aspectos.

O acompanhamento de dois dos casos após a entrevista forneceu elementos importantes que não foram manifestados claramente ao longo da HeARTS, permitindo refletir sobre os limites da entrevista e a validade das avaliações do risco realizadas. No caso de Carlos, verificou-se que sintomas psicóticos estavam presentes previamente à entrevista e não foram relatados por ele durante o processo de avaliação. A avaliação estruturada de todos os transtornos mentais tornaria a entrevista demasiadamente longa, desviando-a de seus objetivos de compreensão do contexto suicida de maneira semi-estruturada. No entanto, a esquizofrenia, juntamente com transtornos de humor e de uso de álcool e outras substâncias, estão entre os quadros psicopatológicos mais frequentes nos casos de suicídio (Werlang & Botega, 2004). Portanto, assim como a HeARTS investiga os principais critérios para episódio depressivo maior e o abuso de álcool e outras substâncias, seria indicada a inclusão de perguntas que investiguem a presença dos principais critérios para transtornos psicóticos.

É possível que, mesmo com receio do julgamento dos avaliadores, o jovem Carlos respondesse afirmativamente a indagações acerca da presença desses sintomas. Uma informação como essa no contexto do risco provavelmente alteraria o julgamento da iminência e da gravidade do risco: além da constatação de um transtorno psicótico nos estágios iniciais da doença, relacionado a sintomas depressivos graves, também haveria a preocupação com vozes de comando e ideações delirantes que pudessem agravar interferir diretamente no risco. Esse contexto teria um reflexo no encaminhamento e nas indicações terapêuticas, podendo repercutir principalmente no tratamento psiquiátrico, pois o início do uso de determinados antidepressivos sem o suporte de antipsicóticos poderia deflagrar o agravamento dos sintomas psicóticos. Felizmente, esta condição foi percebida rapidamente no encaminhamento do caso e no início do tratamento.

No caso de Clara, a estrutura psicótica e seus sintomas parecem ter vindo à tona após a realização da avaliação. Isso porque, após a HeARTS, foram aplicados outros métodos de avaliação (Rorschach e TAT) que possuem grande potencial para identificar estruturas de personalidade, mas que nada apontaram acerca de questões psicóticas. Nesse caso, parece que, mesmo se perguntas dirigidas a avaliar sintomas psicóticos tivessem sido feitas diretamente ao longo da HeARTS, estas questões provavelmente não teriam vindo à tona claramente, pois, apesar das manifestações posteriores de sintomas graves, essa estrutura parecia não estar ainda estabelecida.

Além disso, Clara não forneceu respostas realistas a algumas perguntas importantes, de maneira consciente ou não, como foi o caso do suicídio de um conhecido da família que ela negou ter conhecimento. Esse fato foi um marco importante na vida

dela, apesar da negação, e parece estar fortemente vinculado à manifestação de seu sofrimento por meio de comportamentos suicidas. Com essas informações adicionais, a avaliação da temporalidade do risco no caso de Clara provavelmente teria continuado a mesma, ou seja, imediato, mas a intensidade do risco constatado poderia ter sido mais grave. Se essa informação estivesse disponível no momento da entrevista, a negativa deveria ser gentilmente, mas persistentemente questionada. Com a percepção desses novos elementos, houve uma mudança nos focos para o tratamento psiquiátrico e psicológico da garota, considerando-se sua estrutura fragilizada e o significado de ter presenciado as repercussões de um suicídio.

Mesmo que a entrevista aborde o maior número de aspectos possíveis, sempre haverá uma limitação de acesso ao mundo interno do entrevistado. Primeiramente, porque a avaliação trata de um recorte de um contexto que poderá se modificar rapidamente, como no caso de Clara. Mesmo que seja estabelecido um bom *rapport*, muitas informações relevantes podem ser omitidas ou alteradas pelo entrevistado, propositalmente ou não, principalmente quando há um grande comprometimento do estado mental, afetivo ou psicopatológico. Nenhum método de avaliação é profundo ou abrangente o suficiente para abarcar todo processo de subjetividade de alguém. É sempre importante estar preparado para lidar com certa margem de erro e com a necessidade de realização de reavaliações ou de procedimentos complementares junto ao paciente, além da reavaliação contínua do próprio método (Tavares, 2003). Portanto, é fundamental que a HeARTS esteja inserida dentro de um amplo processo de avaliação e tratamento.

Informações adicionais acerca das 40 aplicações da HeARTS realizadas na coleta de dados contribuíram para pensar ainda algumas possibilidades importantes do processo da entrevista, embora a consideração destas entrevistas esteja fora do escopo deste trabalho. Houve um caso em que o estado mental do entrevistado comprometeu a realização da avaliação, pois ele não conseguia se lembrar de grande parte das informações exploradas. Nessa situação, alguns caminhos diferentes poderiam ter sido trilhados pelo avaliador. Ele poderia ter tomado a decisão de interromper a entrevista e fazer o encaminhamento adequado, ou poderia ter optado pela aplicação da HeARTS com a presença de outra pessoa da família que pudesse ajudar a fornecer o mínimo de informações necessárias.

A comunicação com a família e com os profissionais que acompanham o paciente pode contribuir em casos como este para a validade da avaliação do risco. No caso de Clara, em que os pais passaram a ser acompanhados em terapia familiar, informações adicionais foram fundamentais para os encaminhamentos e planejamento do tratamento. Em síntese, a entrevista tem seus objetivos, mas o acompanhamento de pacientes em crise suicida depende de outras considerações e o clínico deve lançar mão destes recursos sempre que possível, pois o objetivo maior é a prevenção, e não a mera integridade isolada do método.

Entre todas as aplicações realizadas, observou-se também outro caso que demandou decisões específicas quanto à continuidade da avaliação. Foi o caso da entrevistada que trouxe o filho pequeno, inviabilizando o prosseguimento da avaliação. Nessa situação, a presença da criança poderia indicar tanto uma resistência da participante em relação à

entrevista quanto uma deficiência em sua rede de suporte social. Enquanto um mecanismo de defesa, o filho poderia estar sendo utilizado como um escudo diante da ansiedade da entrevistada de participar de uma avaliação. Nesse caso, o avaliador poderia trabalhar essas dimensões, interpretando essa resistência e orientando para um contexto de avaliação adequado. Poderia se tratar também de uma limitação sócio-econômica real, exigindo que o avaliador ajudasse a entrevistada a organizar recursos para poder efetivamente fazer a entrevista, mobilizando, por exemplo, um estagiário ou outro avaliador para brincar com a criança na sala ao lado. Essas situações ilustram as vantagens, as limitações e as possíveis alternativas, que podem se apresentar ao longo do processo de avaliação da HeARTS.

A entrevista possui uma flexibilidade em sua estrutura e em seu processo que permite que o avaliador lide com as diversas demandas que surjam de maneira contextualizada e tome a decisão necessária a cada momento. Essa flexibilidade é uma grande vantagem, desde que o entrevistador não perca de vista o contexto da entrevista e seu processo de semi-estruturação. No caso dos entrevistados que apresentaram grande demanda por psicoterapia, com grande necessidade de falar de seus problemas de maneira independente do roteiro da entrevista, foi preciso deixar a avaliação de lado, promovendo uma escuta mais aberta e o encaminhamento cabível. De outro modo, é também possível considerar se outras urgências do sujeito não foram consideradas, se o encaminhamento do paciente para a avaliação pela HeARTS foi inadequado, ou se o próprio entrevistador manejou inadequadamente o contexto da entrevista e, simplesmente, cedeu sem necessidade ao controle do sujeito. Ao considerar os vários motivos para uma decisão de abandonar a semi-estruturação, é necessário considerar a diferença entre impossibilidade real (um paciente desorganizado em fase aguda, por exemplo) e dificuldade contextual

(falta de informação adequada, expectativas mal trabalhadas, *rapport* insuficiente, defesas não-interpretadas etc). Portanto, para manejar essas diversas possibilidades que fazem parte da avaliação, o avaliador precisa ser capaz de tomar decisões clínicas fundamentadas.

Ficou claro o potencial da HeARTS de coletar muitas informações referentes ao contexto de risco. Mas de posse dessas múltiplas informações permanece o desafio de analisá-las. A análise da relação entre os vários dados demonstra o grande desafio de separar determinados elementos que muitas vezes se potencializam e se confundem. Verificou-se a importância de fazer uma diferenciação entre os fatores que estavam presentes à época da tentativa e aqueles que estavam presentes no momento da entrevista. Apesar de ambos serem importantes, possuem peso diferente na avaliação do risco atual e futuro. Clóvis, por exemplo, encontrava-se internado, em um contexto de tratamento e proteção delimitado e muito específico. Mas sabia-se também que ele voltaria ao contexto usual dentro de algum tempo, potencializando a emergência de novos precipitadores ou dos anteriormente presentes. Portanto, as modificações previsíveis do contexto do sujeito em risco também devem ser antecipadas pelo aplicador.

A classificação dos elementos é importante para a identificação das informações relevantes, mas fica evidente que tanto o processo de coleta de dados como o processo de avaliação desses dados devem ser abrangentes e, ao mesmo tempo, contextualizados para permitir a visualização integrada dessas informações. A HeARTS favoreceu a identificação da relação entre os diversos aspectos, que assumiram pesos específicos para a avaliação do risco de acordo com essa interação. A presença de um fator, que seria de risco se considerado de maneira isolada, como a repreensão que Célio relatou ter recebido de seu

médico após sua tentativa, pode ganhar um valor diferente para o caso, tornando-se inclusive um importante fator de proteção. A sistematização da entrevista junto à competência clínica do avaliador para reconhecer cada elemento relevante e, ao mesmo tempo, perceber a relação entre eles e sua importância para cada caso formam o grande potencial da HeARTS.

Com isso, fica claro que a sistematização da entrevista não dispensa a competência clínica do avaliador. Ao longo de todo o processo de avaliação, a HeARTS não substitui o conhecimento e o bom preparo clínico do entrevistador, que precisa estar familiarizado com a literatura existente de intervenção em crise e prevenção do suicídio. Esse conhecimento técnico inclui noções dos principais elementos de risco e de psicopatologia, além de competência para manejar a crise suicida. O avaliador também precisa apresentar características básicas inerentes à condução de qualquer entrevista clínica (escuta, empatia, postura de não-julgamento, tranquilidade, paciência, entre outros).

Essas competências técnicas e interpessoais são necessárias para qualquer método de entrevista, principalmente aqueles menos estruturados. Uma das características de uma entrevista semi-estruturada é conter orientações específicas de falas para o aplicador. Trata-se de uma ferramenta que ajuda o clínico a pensar e agir, ao mesmo tempo em que proporciona um sistema de avaliação flexível que permite a inclusão de questões de esclarecimento, confronto ou de exploração de fatores que não são diretamente abordados em sua estrutura. A experiência dessa pesquisa demonstrou que a HeARTS potencializou em muito os recursos dos profissionais que a utilizaram, ajudando-os a ampliar a percepção

do risco em outros contextos. Sua utilização exerceu uma importante função formativa, que pode ser muito útil para o desenvolvimento de competências fundamentais.

A semi-estruturação da HeARTS contribuiu para a construção do julgamento clínico do risco. Por meio do conjunto de informações coletadas, foi possível estimar a gravidade e iminência do risco nos diferentes casos. Para compreender histórias clínicas e intervir nelas, utilizou-se uma estimativa de temporalidade (imediato, curto, médio e longo prazos) e de gravidade (grave, moderado e baixo) do risco. Essas estimativas foram desenvolvidas com base no conhecimento, na experiência e na intuição clínica derivados da prática em intervenção em crise suicida em função da necessidade de estabelecer definições que alertem os profissionais para a urgência dos procedimentos a serem tomados. Essas definições de risco acabaram contribuindo para o processo de avaliação e explicitação do julgamento clínico.

O desenvolvimento e a utilização dessas estimativas de risco foram um primeiro esforço de aplicação formal de parâmetros que poderão constituir bases para o desenvolvimento de critérios que possam ser utilizados formalmente na classificação do risco. Conforme afirma Tavares (2009), são distintas as atividades de avaliar e classificar o risco. Avaliar o risco depende, em larga escala, do conhecimento e da interpretação de informações no processo de escuta e observação – papel muito bem desenvolvido pela HeARTS. Já classificar o risco depende de critérios consistentes e válidos que sistematizem o julgamento, tornando possível o consenso acerca do risco de suicídio. Como os critérios de risco já consolidados na literatura não são diretamente aplicáveis à HeARTS, serão necessárias pesquisas mais profundas para refletir a aplicação e a

pertinência operacional desses critérios na prática de classificação do risco, conforme apontam estudos em andamento (Montenegro, 2006, Tavares, 2009 e Vaz, 2009).

Conclusão

A avaliação do risco de suicídio é uma prática fundamental para a prevenção e o manejo da crise suicida, mas também um grande desafio por precisar envolver a complexa interação entre os múltiplos elementos que participam do fenômeno. Os elementos que compõem o risco de suicídio foram classificados ao longo deste trabalho em comportamentos suicidas, transtornos mentais, eventos de vida, precipitadores, estado mental e afetivo, fatores protetivos, psicodinâmica e fatores sócio-demográficos.

Os diversos métodos de avaliação do risco de suicídio possuem utilidade, praticidade e validade que variam em graus, conforme o contexto e a necessidade. Contudo, uma abordagem estruturada, sistematizada e ao mesmo tempo flexível, que permita a identificação dos elementos que aumentam ou reduzem o nível de risco de maneira compreensiva e contextualizada, pode contribuir muito para a validade clínica de resultados específicos e auxiliar na implementação de ações interventivas e preventivas dirigidas. A entrevista de *História e Avaliação de Risco de Tentativa de Suicídio* (HeARTS) é uma proposta de avaliação semi-estudada do contexto do risco de suicídio dessa natureza, que teve sua estrutura e seu processo apresentados nesse estudo.

Considerando o contexto de risco de suicídio e avaliação, foram desenvolvidos e analisados relatos de cinco casos de tentativas de suicídio recentes, com características

sociais, demográficas e clínicas diversas. Essas informações, que foram obtidas por meio da aplicação da HeARTS, passaram por um processo de síntese, concatenação e escolha de material clinicamente relevante para a avaliação do contexto do risco, até serem transformadas em relatos sintéticos descritivos da constelação dos fatores relacionados ao risco de suicídio. Esses relatos clínicos foram avaliados por meio de estudo de caso, observando-se a interação entre os múltiplos fatores de risco e de proteção envolvidos.

Com esse processo, alcançou-se uma reflexão acerca da utilidade e relevância da HeARTS na produção de histórias clínicas significativas para a compreensão de diferentes contextos de risco de suicídio e para a construção do julgamento clínico, do planejamento terapêutico e da intervenção em crise. A HeARTS contribuiu para a compreensão do caso e para a construção do julgamento clínico complexo, tornando possível estimar o risco de um paciente específico e auxiliando na implementação de ações interventivas e preventivas dirigidas. Seu procedimento mostrou-se abrangente e flexível, abordando de maneira cuidadosa a combinação dos elementos envolvidos. Por meio de uma investigação sistematizada e contextualizada, foi possível o acesso compreensivo ao mundo interno do indivíduo. A semi-estruturação da entrevista ajudou a transpor resistências e permitiu que o entrevistado se sentisse compreendido e aliviado, favorecendo o estabelecimento de aliança terapêutica e de planejamento interventivo adequado.

O conhecimento e o bom preparo clínico do avaliador mostraram-se características fundamentais ao longo de todo o processo de avaliação. A observação da estrutura e do processo da entrevista permitiu que algumas sugestões de aprimoramento do instrumento fossem elaboradas. Primeiramente, a partir de um caso no qual a presença de sintomas

psicóticos se mostrou um aspecto fundamental na constituição do risco – considerando que os transtornos psicóticos ocupam lugar de destaque entre os transtornos mais frequentemente associados ao suicídio – foi sugerido o desenvolvimento de perguntas para investigação da sintomatologia psicótica, particularmente delírios e alucinações na estrutura da HeARTS. Além disso, também foi sugerida a incorporação de um procedimento padrão para interrupção e/ou encerramento no corpo ou no manual da entrevista. Esse procedimento abarcaria as importantes práticas de *feedback*, intervenção e encaminhamento. Por último, foi sugerido que a avaliação de *insights* acerca das características internas precipitadoras de crises fosse transferida para o final do último módulo, por contribuir para um fechamento com conotação mais positiva e motivadora.

Atualmente, vêm sendo realizadas pesquisas no Núcleo de Intervenção em Crise e Prevenção do Suicídio que envolvem a construção de uma definição de risco de suicídio (Vaz, 2009) e a análise e sistematização de critérios de avaliação de risco estruturados pela HeARTS, de forma a propiciar ao clínico um instrumento mais ágil e eficaz de avaliação (Montenegro, 2006 e Tavares, 2009). Esse e outros estudos são necessários para o aprofundando do conhecimento acerca da estrutura, do conteúdo e das histórias clínicas produzidas pela entrevista, levando ao aprimoramento e à maior agilidade do processo de avaliação, para que em breve possa ser disponibilizada aos profissionais da saúde.

Contribuições pessoais

A experiência de ter realizado esse estudo não só me iniciou na prática da pesquisa, como me enriqueceu enquanto psicóloga clínica. A oportunidade de aprofundamento na

avaliação do risco por meio da HeARTS contribuiu imensamente para o desenvolvimento de habilidades e competências que já fazem a diferença em minha prática profissional. Um dos principais motivos foi o fato de o trabalho ter sido realizado por toda uma equipe, integrando-se a diversas frentes de pesquisa desenvolvidas em função de necessidades que emergem na prática clínica.

Cada etapa do processo de pesquisa foi importante para meu aprendizado, começando pelo aprofundamento teórico, no qual pude ter contato com estudos desenvolvidos no Brasil e no mundo. Pude constatar os esforços e os avanços na área da prevenção do suicídio e de avaliação por meio de entrevistas, mas também a existência de limites e demandas de aprofundamento desse conhecimento. Com isso, percebi a relevância de se fazer estudos relacionados a esses temas, principalmente em nosso País, onde a demanda é crescente e os trabalhos de pesquisas se concentram apenas em alguns Estados.

Com a etapa de coleta de dados, pude constatar que a formação de parcerias é fundamental, pois todos os envolvidos têm algo a oferecer e algo a receber. Na parceria com os pesquisadores que colaboraram com o trabalho, pude aprender e, ao mesmo tempo, ajudar na formação de avaliadores. Esse processo de aprendizagem demanda uma boa parte do tempo da pesquisa, mas é um momento precioso para aquele que ensina e aquele que aprende. Paulo Freire (1998) traduz bem essa troca da seguinte maneira: "Quem forma, se forma e re-forma ao formar; e quem é formado, forma-se e forma ao ser formado".

Essa aprendizagem mútua também se fez evidente no momento do contato com os entrevistados, que foi particularmente rico. Ao mesmo tempo em que muitos entrevistados

relatavam se sentir mais leves após a entrevista, eu percebia em mim uma grande mobilização interna fruto da experiência daquele encontro. Fez muita diferença ter podido compartilhar as repercussões desses contatos com meus colegas de pesquisa, que me ajudavam a processá-las, permitindo que eu me fortalecesse com essas vivências. Acredito realmente que um trabalho solitário no contexto da crise suicida não seria possível, tanto na área clínica como na área de pesquisa.

Refletindo sobre essa mobilização, percebi que ela ocorre por haver um cruzamento de histórias que fundamentalmente se assemelham: somos todos seres humanos que buscamos o crescimento e a aceitação utilizando-se dos recursos que dispõem no momento. Assim, por mais que estejamos em uma posição de pesquisador – utilizando um instrumento de avaliação – existe um encontro humano que marca a trajetória de cada um dos envolvidos. Essas marcas são feitas por comunicações conscientes e inconscientes de mecanismos, dinâmicas e afetos que precisam ser integradas à experiência de cada um de nós.

Veio então o desafio de colocar tudo o que foi feito e pensado no papel. Não tudo, mas aquilo que de relevante pôde ser sintetizado para ser compartilhado de maneira clara e construtiva. Esse grande desafio é também o desafio da avaliação do contexto do risco de suicídio proposta nesse trabalho: sistematizar, sintetizar e expressar uma experiência extremamente complexa, dando novos sentidos a ela. Esse esforço contribuiu para que eu me tornasse uma melhor avaliadora. Ao mesmo tempo, ter realizado as múltiplas avaliações foi me capacitando para concluir cada etapa desse processo de pesquisa.

Toda essa experiência vem contribuindo para a minha prática enquanto psicóloga clínica. As múltiplas leituras e aplicações da HeARTS foram permitindo que eu internalizasse um conhecimento que favorece a identificação de uma crise suicida em minha prática clínica. É como se eu tivesse sistematizado um roteiro interno de identificação de situações de risco e de possibilidades interventivas. Percebo que desenvolvi um pouco da habilidade de ajudar uma pessoa a contar sua história e também a habilidade de identificar as informações relevantes naquele contexto.

Contabilizo também um crescimento pessoal importante que transcende os anteriores. Tendo conseguido lidar com as demandas de um processo tão complexo como o desta pesquisa, sinto-me preparada para desafios cada vez maiores. Além disso, ter sido testemunha de múltiplas histórias de vida contribuiu muito para a ampliação da percepção que tenho de minha própria história. Considero que todo sonho, realização, conflito e sofrimento estão presentes em cada um de nós, conforme disse Edgar Morin (1970/1996): “Tudo está em tudo e reciprocamente”. Dessa maneira, entrar em contato com cada uma dessas riquezas vividas permitiu-me integrar um pouco mais a experiência de ser e estar nesse mundo.

Referências bibliográficas

- Agebro, E., Nordentoft, M. & Mortensen, P. B. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in Young people: nested case-control study. *British Medical Journal*, 325 (13), 74-77.
- Alan, A., Moshe, K., Sevy, S., Plutchik, R. Brown, S., Foster, H., Hillbrand, M., Korn, M. L. & Praag, H.M. (1991). Correlates of Risk of Suicide in Violent and Nonviolent Psychiatric Patients. *The American Journal of Psychiatry*, 148 (7), 883-887.
- Allen, M. H., Chessick, C. A., Miklowitz, D. J., Goldberg, J. F., Wisniewski, S.R., Miyahara, S., Calabrese, J. R., Marangell, L., Bauer, M. S., Thomas, M. R., Bowden, C. L. & Sachs, G. S. (2005). Contributors to Suicidal Ideation Among Bipolar Patients With and Without a History of suicide attempts. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 35 (6), 671-680.
- American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR, -Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (C. Dornelles, Trad.) 4ª ed. revisada. Porto Alegre: Artmed.
- Andover, M. S., Pepper, C. M., Ryabchenko, K. A., Orrico, E. G. & Gibb, B. E. (2005). Self-Mutilation and Symptoms of Depression, Anxiety, and Borderline Personality Disorder. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 35 (5), 581-591.
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L. & Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 190-195.
- Beevers, C. G. & Miller, I. W. (2004). Perfectionism, Cognitive Bias, and Hopelessness as Prospective Predictors of suicidal ideation. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 34 (2), 126-137.
- Benjamin, A. (2002). *A entrevista de ajuda*. 10ª ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Berlim, M. T., Mattevi, B. S., Pavanello, D. P., Caldieraro, M. A. Fleck, M. P., Wingate, L. R. & Joiner, T. E. (2003). Psychache and suicidality in adult mood disordered outpatients in Brazil. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 33 (3), 242-248.
- Bisconer, S. W. & Grosss, D. M. (2007). Assessment of suicide risk in a psychiatric Hospital. *Professional Psychology: Research and practice*, 38(2), 143-149.
- Blaauw, E., Kerkhof, A. J., & Hayes, L. M. (2005). Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide Life Threatening Behavior*, 35, 63-75.
- Bleger, J. (1980). *Temas de psicologia: entrevista e grupos*. São Paulo: Martins Fontes.

- Bohry, S. (2007). *Crise psicológica do universitário e trancamento geral de matrícula por motivo de saúde*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília.
- Botega, N. J., Barros, M. B. A., Oliveira, H. B., Dalgalarrodo, P. & Marín-León, L. (2005). Comportamento suicida na comunidade: prevalência e fatores associados à ideação suicida. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), 45-53.
- Brown, G.S., Jones, E.R., Betts, E. & Wu, J. (2003). Improving suicide risk assessment in a managed-care environment. *Crisis*, 24 (2), 49-55.
- Carlat, D. J. (2007). *Entrevista psiquiátrica*. 2^a ed. Porto Alegre: Artmed.
- Carnes, C., Nelson-Gardell, D., Wilson, C. & Orgassa U (2001). Extended forensic evaluation when sexual abuse is suspected: a multisite field study. *Child Maltreat*, 6(3), 230-242
- Cassel, C., Peterson, B., Dowding, D. & Morrisson, R. (2005). Long and short-term risk factors in the prediction of inpatient suicide: a review of literature. *Crisis*, 26 (2), 53-63.
- Chapman, A., Specht, M., Cellucci, T. (2005). Factors associated with suicide attempts in female inmates: the hegemony of hopelessness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 558-569.
- Cicchetti, D. & Toth, S. L. (2005). Child Maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409-438.
- Corrêa, H. & Barrero, S. P. (2006). *Suicídio: uma morte evitável*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Cunha, J. A. (2000a). Estratégias de avaliação: perspectivas em psicologia clínica. Em Jurema Alcides Cunha (Org.). *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cunha, J. A. (2000b). O problema. Em Jurema Alcides Cunha (Org.). *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Duarte, R. (2002). Pesquisa Qualitativa: Reflexões sobre o Trabalho de Campo. Em *Cadernos de Pesquisa*, 115, 139-154.
- Ferreira, R. F., Calvoso, G. G & Gonzalez, C. B. (2002). Caminhos da Pesquisa e a Contemporaneidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (2), 243-250.
- Fontana, A. & Frey, J. H. (1994). Interviewing: The Art of Science. Em N. K. Denzin & Y. Lincoln (orgs), *Handbook of qualitative research*. Thousands Oaks: SAGE.
- Fraser, M. T. D. & Gondim, S. M. G. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*, 14 (28), 139-152.

- Freire, P. (1998). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Fremouw, W. J., Perczel, M. & Ellis, T. E. (1990). *Suicide Risk: assessment and response guidelines*. USA, Pergamon Press.
- Gabard, G. O. (2005). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. 4º Ed. Porto Alegre: Artemed.
- Garret, A. (1974). *A Entrevista, seus Princípios e Métodos*. Rio de Janeiro: 1974.
- Gayla Margolin, G. & Gordis, E. B. (2000). The Effects of Family and Community Violence on Children. *Annual Review of Psychology*, 51, 445-479.
- Gunther, H. (2006). Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta é a Questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22 (2), 201-210.
- Gutheil, T. G. & Schetky, D. (1998). A date with death: Management of time-based and contingent suicidal intent. *The American Journal of Psychiatry*, 155 (11), 1502-1507.
- Hahn, W. K. & Marks, L. I. (1996). Client receptiveness to the routine assessment of past suicide attempts. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27(6), 592-594.
- Hasley, J. P., Ghosh, B., Huggins, J., Bell, M. R., Adler, L. E. & Shroyer, A. L. W. (2008). A review of “suicidal intent” Within the existing suicide literature. *Suicide and Life – Threatening Behavior*, 38 (5), 576-591.
- Hendin, H. (1991). Psychodynamics of suicide, with particular reference to the young. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1150-1158.
- Hendin, H., Maltsberger, J., Haas, A.P., Szanto, K. & Rabinowicz, H. (2004). Desperation and other affective states in suicidal patients. *Suicide & life-threatening behavior*, 34 (4), 386-394.
- Hendin, H., Maltsberger, J., Lipschitz, A., Haas, A., Kyle, J. (2001). Recognizing and responding to a suicide crisis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(2), 115-128.
- Hendin, H., Maltsberger, J., Szanto, K. (2007). The role of intense affective states in signaling a suicide crisis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(5), 363-368.
- Joiner, T. E., Walker, R. L., Rudd, M. D. & Jobes, D. A. (1999). Scientizing and routinizing the assessment of suicidality in outpatient practice. *Professional Psychology: Research and practice*, 30 (5), 447-453.
- King, R. A., Schwab-Stone, M., Flisher, A. J., Greenwald, S., Kramer, R. A., Goodman, S. H., Lahey, B. B., Shaffer, D. & Gould, M. S. (2001). Psychosocial and Risk Behavior

- Correlates of Youth Suicide Attempts and Suicidal Ideation. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 837.
- Knutson, J. F. (1995). Psychological Characteristics of Maltreated Children: Putative Risk Factors and Consequences. *Annual Review of Psychology*, 46, 401-431.
- Kulic, K. R. (2005). The crisis intervention semi-structured interview. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5, 143-157.
- Kutcher, S. & Chehil, S. (2007). *Manejo do risco de suicídio: um manual para profissionais de saúde*. Massachusetts, USA: Lundbeck Institut
- Kvale, S. (1996). *Interviews in Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousands Oaks: SAGE.
- Litman, R. E. (1996). Freud on Suicide. Em Maltzberger, J. T. & Goldblatt, M. J., *Essential papers on suicide*. New York University Press, NY.
- Lodi, J. B. (1991). *A Entrevista: Teoria e Prática*. São Paulo: Pioneira.
- Maltzberger, J. T. & Buie, D. H. (1974). Countertransference Hate in the Treatment of Suicidal Patients. *Arch Gen Psychiatry*, 30(5), 625 - 633.
- Maltzberger, J. T. (1996). Countertransference Hate in the Treatment of Suicidal Patients. Em Maltzberger, J. T. & Goldblatt, M. J., *Essential papers on suicide*. New York University Press, NY.
- Margolin, G., Gordis, E. B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology*, 51, 445-479.
- Marshall, C. & Rossman, G. B. (1989). *Designing Qualitative Research*. Thousands Oaks: SAGE.
- Martins, L. D. (2008). Sofrimento psíquico grave e risco suicida: Uma análise pelo Método de Rorschach. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília.
- Marx, K. (1818-1883/2006). *Sobre o suicídio*. (R. Enderle & F. Fontanella, Trad.) São Paulo: Boitempo.
- Meichebaum, D. (2005). 35 Years of Working With Suicidal Patients: Lessons Learned. *Canadian Psychology*, 46(2), 64-72.
- Meleiro, A. M. (1997). O paciente suicida no Hospital Geral. Em Junior, R. F., Meleiro, A. M., Marchetti, R. L. & Henriques Jr, S. G. (orgs), *Psiquiatria e Psicologia no Hospital Geral: Integrando especialidades*. São Paulo: Lemos.

- Ministério da Saúde (2006). Mortalidade por suicídio. Em *Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde*. Brasília: Autor.
- Mitchell, A. M., Garand, L., Dean, D., Panzak, G. L. & Taylor, M. V. (2005). Suicide assessment in Hospital Emergency Departments – Implications for patient satisfaction and compliance. *Topics in Emergency Medicine*, 27(4), 302-312.
- Mokros, H. B. (1995). Suicide and shame. *The American Behavioral Scientist*. 38(8), 1091-1103.
- Montenegro, B (2005). *Eventos de vida e risco de suicídio em estudantes de uma universidade pública brasileira*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília.
- Montenegro, B. (2006). *Avaliação do risco de suicídio pela entrevista de História e Avaliação de Risco de Tentativas de Suicídio – HeARTS: a sistematização de variáveis*. Projeto de Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília.
- Morana, H. (2004). *Manual Escala Hare PCL-R: Critérios para pontuação de psicopatia*. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Trabalho original publicado por Robert D. Hare em 1991).
- Morin, E. (1970/1996). Epistemologia da complexidade. Em Schnitman, D. F (org), *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Morin, E. (2006). *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Sulina.
- Moura, C. (2007). *Uma avaliação da vivência do luto conforme o modo de morte*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília.
- Moura, M. L. S. & Ferreira, M. C. (2005). *Projetos de Pesquisa: elaboração, redação e apresentação*. Rio de Janeiro: EDUERJ.
- Nahoum, C. (1976). *A Entrevista Psicológica*. São Paulo: Agir.
- Nova Acrópole (1997). *Pensamentos da Grécia antiga*. Lisboa: mesmo do autor.
- Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., & Michel, B. D. (2007). The Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, 19, 309-317.
- Organização Mundial de Saúde (2000). *Preventing suicide: a resource for general physicians*. Retirado de http://www.who.int/mental_health/media/en/56.pdf em 20/02/2007.
- Ponciano, J. (1986). *Teorias e técnicas psicoterápicas*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes.

- Prieto, D. (2002). *Sofrimento narcísico e dificuldades nas relações de objeto na tentativa de suicídio*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade de Brasília.
- Prieto, D. (2007). *Indicadores de risco e proteção para suicídio – avaliação por meio de escalas*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília.
- Read, J., Agar, K., Barker-Collo, S., Davies, E. & Moskuwitz, A. (2001). Assessing suicidality in adults: Integrating Childhood Trauma as a major risk factor. *Professional Psychology: Research and practice*, 32 (4), 367-372.
- Reifman, A. & Windle, M. (1995) Adolescent suicidal behaviors as a function of depression, hopelessness, alcohol use, and social support: A longitudinal investigation. *American Journal of Community Psychology*, 23(3), 329.
- Richardson, S.A., Dohrenwend, B. S. & Klein, D. (1965). *Interviewing: its forms and functions*. New York: Basic Books.
- Ronningstam, E. F. & Maltzberger, J. T. (1998). Pathological Narcissism and sudden suicide-related collapse. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 28(3), 261-271.
- Rosa, M. V. & Arnoldi, M. A. (2006). *A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismo para validação dos resultados*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Rosenberg, D. A. & Krugman, R. D. (1991). Epidemiology and Outcome of Child Abuse. *Annual Review of Medicine*, 42, 217-224
- Sanchotene A. C. (2000). *Suicídio sob a ótica das relações objetais na prática clínica*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade de Brasília.
- Santos, J. C. (2007). *Para-suicídio - O que dizem as famílias: a emoção expressa*. Coimbra: FORMASAU.
- Shea, S. C. (2002) *The practical art of suicide assessment: a guide for mental health professionals and substance abuse counselors*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Shneidman, E. (1993). Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 147-149.
- Shneidman, E. (1998). Further reflections on suicide and psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(3), 245-250.
- Silva, G. R., Macedo, K. N., Rebouças, C. B. & Souza, A. M. (2006). Interview as a technique of qualitative research – a literature review. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5(2).

- Smith, J., Alloy, L. & Abramson, L. (2006). Cognitive vulnerability to depression, rumination, hopelessness, and suicidal ideation: multiple pathways to self-injurious thinking. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(4), 443-454.
- Sterian, A. (2001). *Emergências Psiquiátricas – Clínica Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tavares, M. (2000a). A entrevista clínica. Em Jurema Alcides Cunha (Org.). *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Tavares, M. (2000b). A entrevista estruturada para o DSM-IV. Em Jurema Alcides Cunha (Org.). *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Tavares, M. (2003). Validade Clínica. *Psico-USF*, 8 (2), 125-136.
- Tavares, M. (2004). A clínica na confluência da história pessoal e profissional. Em: Wanderley Codo. (Org.). *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho*. 1 ed. Petrópolis: Vozes.
- Tavares, M., Diniz, D. & Camarotti, J. (2007). Suicídio: possível prevenir, impossível remediar. *Jornal Constituição e Democracia*, 13.
- Tavares, M. (2009). [História e Avaliação do Risco de Tentativa de Suicídio]. Dados brutos não publicados em estudos.
- Tavares, M., Montenegro, B., Martins, L. D. & Camarotti, J. (2007). Projeto de Pesquisa enviado ao CNPq pelo Laboratório de Saúde Mental e Cultura, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura.
- Tavares, M., Montenegro, B. & Prieto, D. (2004). Modelos de prevenção do suicídio: princípios e estratégias. Em Gunther, M., Bucher-Maluschke, J. S. & Hermanns, K. (Org), *Direitos humanos e violência: desafios da ciência e da prática*. Fortaleza: UNIFOR.
- Turecki, G. (1999). O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (2), 18-22.
- Valença, A., Nascimento, I., Nardi, A., Marques, C., Figueira, I., & Versiane, M. (1998). Pânico e Suicídio. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47 (12), 647-655.
- Vandeven, A. M. & Newberger, E. H. (1994). Child Abuse. *Annual Review of Public Health*, 15, 367-379.
- Vaz, S. (2009). [Indicadores de risco de suicídio no método Rorschach]. Dados brutos não-publicados de um estudo.
- Wasserman, D. (2001). *Suicide – an unnecessary death*. Stochholm: Martin Dunitz.

- Werlang, B. S. & Botega, N. J. (org) (2004). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed.
- Werlang, B. S. G. (2000a). *Proposta de uma entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio*. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas.
- Werlang, B. S. G. (2000b). Avaliação retrospectiva: autópsia psicológica para casos de suicídio. Em Jurema Alcides Cunha (Org.). *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1947/2000) O ódio na contratransferência. Em Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise* (D. Bogomoletz, Trad). Rio de Janeiro: Imago.
- Zalsman, G., Netanel, R., Fischel, T., Freudenstein, O., Landau, E., Orbach, I., Weizman, A., Pfeffer, C. & Apter, A. (2000). Human Figure Drawings in the Evaluation of Severe Adolescent Suicidal Behavior. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(8), 1024-1031.

Anexos

Anexo A. Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo que tem como objetivo levantar dados sobre algumas características psicológicas, experiências de vida e risco de suicídio. Este estudo envolve a participação em uma entrevista de avaliação psicológica com um máximo de 4 encontros cuja duração aproximada é de 4 horas. Informações adicionais de seu acompanhamento psicoterápico poderão ser utilizadas, conforme necessário. Sua participação é voluntária e você pode desistir a qualquer momento.

Existe a possibilidade de que a reflexão sobre os aspectos abordados pelas atividades cause algum desconforto, porém esta avaliação permitirá conhecer características psicológicas e condições de vida importantes para a construção de modelos de tratamento que beneficiem pessoas que procuram ajuda, como você. Para isso, será necessário fazer algumas anotações e registro eletrônico (gravação em áudio) do nosso encontro.

Seus dados e informações pessoais serão descaracterizados ao máximo, objetivando impedir a sua identificação. Por exemplo, nomes, profissão, idade serão omitidos, modificados ou apresentados de forma genérica. Serão omitidas também outras informações específicas que possam identificá-lo(a).

Os pesquisadores se comprometem a estar disponíveis para responder perguntas, esclarecer dúvidas, oferecendo apoio e encaminhamento quando necessário e comunicar as conclusões desse estudo. Os resultados dessa avaliação poderão ser utilizados no seu tratamento. Após a análise dos dados pelo Laboratório de Saúde Mental e Cultura do Instituto de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília, os resultados serão encaminhados para o serviço de atendimento em saúde mental ao qual estiver vinculado, que convocará os participantes dessa pesquisa para fornecer seus resultados pessoais.

Informo que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento.

Brasília, ____ de _____ de _____.

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____.

Assinatura do(a) participante

Júlia Camarotti Rodrigues
Psicóloga – Mestranda
Instituto de Psicologia/UnB