

INSTRUMENTO PARA REGISTRO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO A TENTATIVAS DE SUICÍDIO



Juliana Macchiaverni

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Santa Catarina - Brasil

Lucienne Martins Borges

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Santa Catarina - Brasil

Lecila Duarte Barbosa Oliveira

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Santa Catarina - Brasil



Resumo

O alto índice dos comportamentos suicidas aponta para a relevância de se estudar essa temática, que causa impactos importantes na sociedade e nos serviços de saúde. A Emergência do Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) recebe frequentemente pacientes que tentaram suicídio. Dessa forma, foi identificada a necessidade de sistematizar os registros dos atendimentos realizados pelo serviço de psicologia a esse público. Com isso, este estudo teve como objetivo elaborar um instrumento de registro de atendimento psicológico aos pacientes da Emergência atendidos por tentativa de suicídio. O pesquisador procurou elaborar a ficha de registro de forma que se adequasse à realidade dos atendimentos no contexto da Emergência. Assim, foi formulado um instrumento sucinto, que aborda os principais pontos que devem ser avaliados nessa situação e que contempla informações importantes para os encaminhamentos e futuras intervenções.

Palavras-Chave: Tentativa de suicídio. Psicologia em Saúde. Serviço Hospitalar de Emergência.

Introdução

O Brasil, apesar de estar entre os 10 países com maior número absoluto de suicídios (pelo fato de o Brasil ser um país populoso), possui taxas de suicídio relativamente baixas (BRASIL, 2006). Efetivamente, ocupa a posição 73 entre 100 países pesquisados, com taxa total de 4,9 suicídios para cada 100.000 habitantes. Entretanto, quando se faz referência à população jovem, o Brasil assume uma posição intermediária, 60, com uma taxa de 5,1 suicídios por 100.000 habitantes jovens (WAISELFISZ, 2011). Vale ressaltar que, na faixa etária entre 15 e 35 anos, o suicídio aparece entre as três principais causas de morte no país

(BRASIL, 2006). Entre os anos de 1998 a 2008, o total de suicídios em números absolutos no país passou de 6.985 para 9.328, o que representa um aumento de 33,5% (WAISELFISZ, 2011).

De acordo com um estudo epidemiológico dos índices de suicídio registrados de 1980 a 2006, a região Nordeste do Brasil foi a que apresentou taxas mais baixas de suicídio, com média de 2,7 mortes por 100.000 habitantes; enquanto a região Sul, com média de 9,3 mortes por 100.000 habitantes, foi a que apresentou taxas mais altas. A cidade de Florianópolis, município deste estudo, aparece entre as três capitais brasileiras com maiores taxas médias de suicídio durante o período analisado, com 6,5 mortes a cada 100.000 habitantes (LOVISI et al., 2009).

Em relação às incidências das tentativas de suicídio inexistem registros sistemáticos, assim são escassas e pouco confiáveis. Contudo, há a estimativa de que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios de 10 a 20 vezes (KUTCHER; CHEHIL, 2007). Com o objetivo de se obter dados mais precisos quanto à prevalência de comportamento suicida - ideação, plano e tentativa de suicídio - foi realizado um estudo por Botega e colaboradores (2009) na área urbana da cidade de Campinas, São Paulo. Neste foi observado que, ao longo da vida, cerca de 17% dos habitantes, maiores de 14 anos, já “pensaram seriamente em pôr fim à vida”, aproximadamente 5% planejaram o ato e 2,8% tentaram suicídio efetivamente. Quando investigado a respeito dos últimos 12 meses, as incidências foram de 5,3% (ideação), 1,9% (plano) e 0,4% (tentativa) respectivamente. É importante considerar que esses números não podem ser generalizados para outras áreas urbanas do país. Como já citado, há diferenças regionais importantes dos coeficientes de mortalidade de suicídio, e Florianópolis está entre as capitais brasileiras com taxas médias mais elevadas. Dessa forma, pode-se imaginar que a prevalência de comportamentos suicidas na cidade de Florianópolis seja ainda mais alta (BOTEGA et al., 2009).

O estudo realizado por Botega e colaboradores (2009) ainda mostrou que, aproximadamente, apenas uma de cada três pessoas que tentaram suicídio foi atendida em um serviço médico hospitalar. Vários fatores podem influenciar na busca ou não por um serviço médico, entre eles o potencial risco de morte, a facilidade ao acesso e a confiança no sistema de saúde, e ainda o estigma existente em relação à tentativa de suicídio (BOTEGA et al., 2009). Estes fatores, como referido acima, vão contribuir para a escassez de dados estatísticos a respeito das tentativas de suicídio.

Na Grande Florianópolis, a emergência do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) vem se tornando referência no tratamento de pessoas que sofreram algum tipo de intoxicação, seja ela voluntária ou involuntária. Nas instalações do Hospital Universitário está localizado o Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina (CIT/SC). Pode-se inferir que este é um dos fatores que faz com que o HU seja referência para o atendimento às intoxicações. O CIT/SC é uma unidade pública de referência para todo o Estado na área de Toxicologia Clínica que presta informações, em regime de plantão permanente, aos profissionais de saúde, principalmente médicos da rede hospitalar e ambulatorial (CENTRO DE INFORMAÇÕES TOXICOLÓGICAS, [s.d.]). Informações a respeito de qualquer tipo de intoxicação são passadas, geralmente através de contato telefônico, não apenas para profissionais da área da saúde, mas também para a população em geral.

Visto que a ingestão de medicamentos e de pesticidas são formas frequentemente utilizadas em tentativas de suicídios, a demanda desses pacientes na unidade de Emergência é grande, sendo no ano de 2010 realizado em média um atendimento por dia. Os pacientes chegam encaminhados de locais diversos, como Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), Centros de Saúde, pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), por bombeiros ou pela livre procura da população. Entretanto, cabe salientar que a partir da experiência obtida no decorrer da prática dos profissionais psicólogos que trabalham no setor, pôde-se verificar que em menor proporção também são atendidos pacientes que tentaram suicídio por outros métodos, e não somente pela ingestão de substâncias tóxicas, como por ferimento de arma branca ou de fogo, queimaduras e afogamento, entre outros.

No caso dos pacientes intoxicados que são atendidos no HU, a equipe do CIT tem oportunidade de acompanhá-los pessoalmente, o que certamente proporciona ao paciente um atendimento de melhor qualidade.

Todavia, o paciente com comportamento suicida, especialmente, precisa ser atendido além de suas demandas físicas. É fundamental que nesse momento de crise ele possa se sentir ouvido e acolhido. Portanto, outras equipes de saúde, dentre elas o serviço de psicologia, devem estar disponíveis para melhor atendê-lo. Segundo Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) há casos em que o sujeito tenta suicídio com a intenção de provocar mudanças em uma situação de sofrimento que está vivendo. O estudo de Botega e colaboradores (2009) mostrou que, das 16 pessoas entrevistadas que tentaram suicídio, 7 consideraram seu ato como um

“grito de socorro”. Dessa forma, ressalta-se a importância de este “pedido de ajuda” ser acolhido.

É imprescindível que, antes do seu retorno para casa, o paciente seja avaliado e encaminhado para serviços que poderão dar continuidade ao tratamento em saúde mental. Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) colocam que são três as principais funções do profissional de saúde em relação ao comportamento suicida: identificar o risco de tentativa de suicídio, pensar em estratégias para proteger o paciente e remover, ou tratar, os fatores de risco associados.

No contexto da Emergência do HU o Serviço de Psicologia é bastante recente, tendo início com a contratação de uma psicóloga em 2009. Nos últimos anos passou por transformações que repercutiram na dinâmica do atendimento ao paciente internado por tentativa de suicídio, visto que, atualmente, cerca de oito psicólogas realizam atendimentos nesta Unidade (dentre residentes e plantonistas). Nesse contexto, pode-se identificar a necessidade da elaboração de um instrumento que sistematizasse os registros e possibilitasse a comunicação entre os profissionais, a continuidade das intervenções e ainda a realização de futuras pesquisas. Salienta-se ainda que, a partir desta padronização, este estudo contribuiu para instrumentalizar e orientar a prática do psicólogo hospitalar, colaborando para uma inserção profissional mais qualificada.

Suicídio

O suicídio pode ser definido como o ato humano de causar a cessação da própria vida e tentativa de suicídio como o ato de tentar cessar a própria vida, porém, sem consumação dos fatos (BRASIL, 2009). O sociólogo francês Emile Durkheim (1977), no final do século XIX, definiu o suicídio como todo o caso de morte que resulte, direta ou indiretamente, de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, tendo esta ciência do resultado que será obtido. Já a tentativa de suicídio foi definida por este autor (1977, p.12) como “o ato assim definido, mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado”. Deve-se diferenciar a tentativa de suicídio de outros comportamentos autodestrutivos, em que não há a intenção de colocar fim à própria vida (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEAGA, 2010).

A intenção suicida geralmente é um processo que se desenvolve através de estágios, que vão desde a imaginação da ideia suicida, dos planos de como se matar, até a ação destrutiva concreta (BRASIL, 2006). A maioria das pessoas sob risco de suicídio apresenta três características principais: ambivalência, impulsividade e rigidez do pensamento. A

ambivalência se refere ao desejo de morrer e, ao mesmo tempo, de se manter vivo. Há uma coexistência de atitudes e ideias antagônicas, sendo que muitas vezes a pessoa deseja morrer, mas, também, ser resgatada e salva (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010). Botega e colaboradores (2009) colocam que essa ambivalência do ato suicida reflete o caráter de externalização do sofrimento psíquico, ou um pedido de ajuda. Já o ato impulsivo geralmente é desencadeado por acontecimentos negativos recentes, dessa forma, acalmando a crise, o risco de suicídio pode diminuir. E a rigidez do pensamento refere-se a um estado cognitivo constricto, em que a pessoa pensa em forma dicotômica (tudo ou nada), e frequentemente acredita que o suicídio é a única saída para seus problemas (BRASIL, 2006).

Atendimento psicológico no contexto da emergência a pacientes que tentaram suicídio

Botega, Silveira e Mauro (2010) ressaltam a importância de se dar atenção especial às pessoas que tentaram o suicídio, uma vez que estas constituem um grupo de alto risco para o suicídio. Referindo-se ao papel do psiquiatra numa emergência, Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) colocam que entre suas funções está a de determinar os procedimentos de curto e longo prazo para diminuir o risco de uma nova tentativa. Esse papel também cabe ao psicólogo que, além disso, deve estar atento para identificar a necessidade de uma avaliação psiquiátrica, visto que em muitas situações é preciso intervenção medicamentosa ou ainda internação psiquiátrica.

A entrevista, nos casos de tentativa de suicídio, tem dois objetivos principais: o de coleta de informações e o de estabelecer vínculo e oferecer apoio emocional. O estabelecimento do vínculo é fundamental, visto que a pessoa geralmente se encontra em condições pouco favoráveis, tanto física quanto emocionalmente. Algumas vezes ainda sonolenta, recebendo cuidados médicos e nem sempre disposta a conversar e colaborar (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010). É importante que o profissional respeite a situação emocional do paciente e as condições que o levaram a tentativa de suicídio, de maneira empática e sem julgamento moral (BOTEGA; WERLANG, 2004).

Em alguns casos, a tentativa de suicídio pode ser o evento que leva o paciente a ter seu primeiro contato com um profissional de saúde mental, o que pode auxiliá-lo a reduzir seu sofrimento. Muitos pacientes com ideação suicida não revelam suas intenções para profissionais ou pessoas próximas. Entretanto, o questionamento direto por parte do profissional pode ser visto como uma manifestação de apoio e de interesse, e encorajar o

indivíduo a falar sobre suas dificuldades, intenções suicidas ou planos, e assim pensar em outras maneiras de resolução de problemas (KUTCHER; CHEHIL, 2007).

Na entrevista com o paciente e familiares é útil procurar identificar os fatores de risco, de proteção, predisponentes e precipitantes, histórico pessoal e familiar e sua rede de apoio (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010). Em relação à investigação de comportamentos suicidas passados, é importante obter informações sobre os tipos de comportamentos, a frequência e a letalidade (KUTCHER; CHEHIL, 2007).

Verificar qual foi o método utilizado pela pessoa e sua crença sobre a letalidade do mesmo pode refletir a intenção e o desejo suicida (BORGES, 2009; KUTCHER; CHEHIL, 2007). O predomínio do desejo de vida sobre o desejo de morte é um fator que possibilita a prevenção do suicídio, visto que se for oferecido apoio emocional e o desejo de viver aumentar, o risco de suicídio pode diminuir (BRASIL, 2006). Outro ponto enfatizado por Borges (2009) refere-se a avaliar se a tentativa envolvia possibilidade de resgate a tempo e se a pessoa solicitou ajuda. O autor coloca ainda que esses dados são indicativos do grau da letalidade da tentativa e auxiliará na avaliação do risco da repetição do comportamento suicida. A escolha de métodos “não letais” não significa que a situação mereça menos atenção, visto que mostra que o sujeito está sofrendo e com dificuldades no enfrentamento e/ou na resolução de suas dificuldades (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

É importante que se avalie se o paciente mantém ideação suicida e se tem planos de como executá-lo. Nesse caso, é necessário ficar atento ao grau de letalidade e à acessibilidade aos meios que pretende utilizar para pôr fim à própria vida, ou seja, se o indivíduo já está executando ações para concretizar o evento (KUTCHER; CHEHIL, 2007) e averiguar a duração, intensidade e frequência dos pensamentos suicidas (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010). Alguns pacientes, porém, podem não revelar suas intenções, mesmo quando questionados diretamente. Dessa forma, perguntar como ele se sente em relação ao seu futuro ou como imagina que será seu retorno para casa podem fazer com que ele exponha seus sentimentos, como por exemplo, descrevendo seu futuro de forma fatalista e sem esperança (KUTCHER; CHEHIL, 2007). Atenção especial também deve ser voltada para aqueles pacientes que se mostram tranquilos rapidamente, visto que muitas vezes quando a pessoa toma a decisão de se matar elas podem deixar de apresentar desespero, transmitindo assim uma impressão falsa de que estão bem (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

De acordo com Botega e Werlang (2004), a psicoterapia, no contexto do atendimento ao paciente suicida, deve ser diretiva e flexível, oferecer ao paciente encorajamento e apoio, e estar orientada para as situações pessoais e sociais mais emergentes, que colocam paciente em risco de uma nova tentativa. Botega, Silveira e Mauro (2010) afirmam que há três ações consideradas básicas que o profissional deve estar atento ao atender uma pessoa em crise, são elas: ouvir, visto que o paciente necessita falar de seus pensamentos; aceitar os próprios sentimentos e tolerar a ambivalência dos sentimentos do paciente; e, por fim, proporcionar um ponto de apoio, de esperança, para buscar organizar o caos emocional no qual a pessoa se encontra.

Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) colocam que fazer um “contrato de não suicídio” pode ser uma técnica útil, porém, como se baseia principalmente no vínculo entre o profissional e o paciente, deve ser utilizada com bastante cautela no contexto de uma emergência, onde esta relação ainda, provavelmente, não está estabelecida. Este tipo de contrato não é indicado para utilizar com pacientes que apresentam muita impulsividade, ou quando apresentam algum transtorno que prejudique seu julgamento. Kutcher e Chehil (2007) apontam o risco de este contrato dar ao profissional uma falsa sensação de segurança, e, assim, comprometer sua avaliação e encaminhamentos.

É importante que o cuidado também seja ampliado para outras pessoas significativas da rede de apoio do sujeito que tentou suicídio (SILVA; COSTA, 2010). Muitas vezes a família está com sérias dificuldades de relacionamentos e podem estar hostis ao paciente (BOTEGA; WERLANG, 2004). É importante que elas sejam acolhidas, informadas e instruídas quanto às possibilidades de auxiliarem a evitar nova tentativa de suicídio (GASPARI, 2002). Intervenções nessa direção podem auxiliar numa reorganização do sistema para o restabelecimento de fatores que possam prevenir novas tentativas de suicídio e promover saúde mental (SILVA; COSTA, 2010). Como exemplo, os familiares podem ser instruídos a permanecerem junto ao paciente, não o deixando só, e restringir o acesso do paciente a medicamentos ou meios letais.

No atendimento à pessoa que tentou suicídio no contexto da emergência é imprescindível a articulação com os demais serviços de saúde da rede, visando garantir a atenção integral e prevenir novas tentativas de suicídio (SÁ et al., 2010). O contato com a rede é importante tanto para encaminhamentos após alta hospitalar, quanto nas situações em que o paciente já é acompanhado por um profissional, pois dessa forma o psicólogo pode obter mais informações que lhe fornecerão subsídios para sua avaliação.

Não é possível prever quem irá cometer suicídio; entretanto, pode-se avaliar o risco de suicídio individual que o paciente apresenta, de acordo com os fatores de risco e de proteção que são avaliados durante o atendimento. Esses fatores podem auxiliar a identificar aqueles que têm maior ou menor possibilidade de tentar suicídio num futuro próximo (KUTCHER; CHEHIL, 2007). Apesar de escalas de avaliação terem sido criadas com esse objetivo, a entrevista continua sendo a melhor forma de mensurar o risco de uma nova tentativa de suicídio (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

Metodologia

A natureza desta pesquisa foi do tipo exploratória, com fonte bibliográfica e abordagem qualitativa. Primeiramente, foi realizada revisão seletiva da literatura a respeito de tentativa de suicídio, com o objetivo de identificar dados clínicos relevantes. Foi consultado como são realizados os registros de atendimento psicológicos em outras unidades do hospital e como são realizados os registros dos dados dos pacientes atendidos por intoxicação exógena, em que a circunstância foi tentativa de suicídio, no CIT/SC.

A partir desses dados e da experiência profissional do pesquisador, foi elaborada uma ficha provisória para registro de atendimento psicológico aos pacientes da Emergência Adulto do HU-UFSC atendidos por tentativa de suicídio. Essa ficha foi disponibilizada para uso de todos os profissionais psicólogos que realizavam atendimentos na Unidade de Emergência. Cabe ressaltar que, além do espaço disponível neste instrumento para o registro do atendimento, foi orientado aos psicólogos que estes deveriam anexar uma folha pautada, disponível na Emergência, para o relato das demais informações obtidas que fossem consideradas relevantes.

Posteriormente, foram realizadas entrevistas com seis psicólogos do HU-UFSC, de um total de sete, que fazem atendimentos na Unidade de Emergência Adulto. O entrevistador utilizou a ficha previamente elaborada por ele para registro de atendimento psicológico aos pacientes atendidos por tentativa de suicídio para guiar a entrevista. Os campos foram numerados de 1 a 57, e estavam divididos em oito blocos (do A ao H) de acordo com o tema abordado.

Foi questionado ao participante a respeito de cada campo a ser preenchido:

- 1) Você considera que este campo deve permanecer?
- 2) Ao preencher este campo, você se deparou com alguma dúvida em relação ao termo utilizado? Na afirmativa, qual dificuldade encontrada?

3) Sugere alguma modificação? Na afirmativa, qual(is)?

Ao término de cada bloco era questionado:

Sugere acrescentar novo campo? Na afirmativa, qual(is)?

Ao final de todos os blocos:

Há mais alguma sugestão? Na afirmativa, qual(is)?

Em relação à análise dos dados, a primeira questão da entrevista “você considera que este campo deve permanecer?” foi analisada quantitativamente. Foi determinado que seriam mantidos somente aqueles campos em que, pelo menos, cinco, dos seis entrevistados, optassem pela sua permanência no instrumento de registro.

As demais questões foram analisadas qualitativamente. As sugestões a respeito de cada campo foram agrupadas em uma tabela e a pesquisadora propôs alterações visando atender às demandas apresentadas pelos entrevistados.

A pesquisa seguiu as diretrizes e normas da Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde, que regulamentam os processos de investigação envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

Resultados e discussão

A partir da leitura e análise do material adquirido durante o processo de revisão de literatura, foi construído o instrumento provisório para registro dos atendimentos psicológicos dos pacientes que recebem assistência à saúde por tentativa de suicídio. Este instrumento foi elaborado em forma de um formulário e nomeado “Registro de atendimento à TS” e constituiu de itens relacionados à identificação do paciente (blocos A e B), genograma (bloco C), história do evento (tentativa de suicídio) (bloco D), histórico de saúde mental (bloco E), avaliação (bloco F) e encaminhamentos (bloco G). O pesquisador procurou elaborar a ficha de registro de forma que se adequasse à realidade dos atendimentos realizados no contexto da Emergência, dessa forma, procurou-se fazer um instrumento sucinto, que abordasse os principais pontos que devem ser avaliados nessa situação e ainda que contemplasse informações importantes para os encaminhamentos a serem realizados ou futuras intervenções.

A partir da análise das entrevistas realizadas com os psicólogos que fazem atendimentos na Unidade de Emergência Adulto foram feitas as modificações avaliadas como relevantes na ficha para registro dos atendimentos por tentativa de suicídio. O objetivo desta etapa foi que o instrumento passasse por uma forma de avaliação, tanto de conteúdo quanto de

aparência, pelos profissionais psicólogos que utilizarão o instrumento na Emergência do HU-UFSC.

Ressalta-se que somente os itens em que ao menos cinco dos entrevistados concordassem com sua permanência foram mantidos; dessa forma, os itens que não atingiram esse número de respostas positivas foram excluídos da ficha de registro. As outras alterações foram realizadas de acordo com as sugestões propostas pelos entrevistados.

Utilizando os critérios acima descritos, dois campos foram excluídos da ficha, sendo eles: “local de nascimento” e “primeiro contato telefônico com o paciente após alta hospitalar”. Em relação ao primeiro item aqui mencionado, os participantes da pesquisa relataram que na maioria das vezes não questionam qual é a naturalidade do paciente e que este campo frequentemente era deixado em branco. Consideraram que este item poderia ser excluído e esta informação ser registrada em uma folha pautada e anexada ao instrumento apenas quando este dado fosse avaliado como relevante. Esta sugestão dos sujeitos pesquisados pode ser reflexo do processo de trabalho do psicólogo no contexto da Emergência. Geralmente o tempo de permanência dos pacientes atendidos por tentativa de suicídio é curto, muitas vezes tendo alta no mesmo dia da entrada, e assim, o profissional precisa priorizar as informações a serem coletadas nos atendimentos e as intervenções a serem realizadas (como oferecer apoio emocional, visando aumentar desejo de vida do paciente, e articulação com a rede de apoio pessoal e de serviços disponíveis). O campo para registro do contato telefônico também foi relatado como pouco utilizado, visto que foi considerado que este deveria ser feito na folha pautada em anexo, para seguir uma sequência cronológica dos fatos e ainda ter um espaço maior para as anotações. Vale ressaltar que este contato telefônico é feito com o intuito de verificar se o paciente buscou os encaminhamentos realizados e se está com alguma dificuldade de acesso ou dúvidas. Objetiva-se, então, estimulá-lo a procurar o tratamento e promover uma continuidade do atendimento, visto que há relatos de que os pacientes se sentem “jogados” de um serviço para o outro e que não há um compromisso destes serviços com eles.

Os demais campos se mantiveram no instrumento, uma vez que todos os entrevistados concordaram com sua permanência, e, desses, 19 itens foram modificados. Foram considerados como “campo modificado” aqueles que já existiam na ficha de registro e passaram por alterações com o objetivo de tornar mais claro o dado desejado. Assim, foi modificada a forma escrita e/ou acrescentado um item para obter mais detalhes sobre aquele campo. Dentre as sugestões feitas pelos psicólogos entrevistados e atendidas pelo

pesquisador, destacam-se: em relação à história de internação psiquiátrica, acrescentar itens a respeito de quantas, motivos e data da última internação; e em relação ao campo de histórico familiar de tentativa de suicídio ou suicídio, inserir “ou de outras pessoas que o paciente traga como relevante”. Além dessas modificações, tiveram 16 itens alterados apenas em sua aparência, como na formatação do texto ou no tamanho do campo.

Ao todo foram criados 13 novos campos. No bloco A foram acrescentados dois deles: a hora de entrada do paciente na Emergência e por qual profissional psicólogo ele foi atendido (plantonista, residentes ou psicólogo do setor). Os blocos B e C não foram contemplados por nenhum novo campo. Já o D (história do evento) passou a ter quatro novos campos: se a data da tentativa de suicídio era uma data comemorativa ou importante para o paciente; como ele teve acesso ao método utilizado para a tentativa; se ele havia comunicado a alguém sobre sua intenção suicida; e como ele foi encontrado. Estas questões podem auxiliar o psicólogo a avaliar o desejo de morte e de vida do paciente, visto que são informações que dão indícios a respeito do planejamento da tentativa e se havia possibilidade de resgate.

No bloco E (histórico de saúde mental) foram acrescentados mais quatro campos: se o paciente possui algum problema de saúde; se faz acompanhamento de rotina para este problema; se no último ano procurou algum tipo de apoio psicossocial; e qual profissional prescreve os medicamentos psicofármacos, caso faça uso. Esses dados podem fornecer informações úteis a respeito da rede de apoio de serviços que o paciente possui. Vale ressaltar que é importante avaliar como é o vínculo com esta rede e como o paciente sente esse apoio.

Já o bloco F teve um novo campo: se o sujeito apresenta pensamentos de morte. O acréscimo deste item é importante pois em alguns casos, apesar de o paciente negar ideação suicida, permanece o desejo de estar morto. Deve-se ficar atento principalmente nas situações em que pessoa tem história de impulsividade, em que apesar de ela não estar planejando previamente uma tentativa de suicídio, pode agir se colocando em risco.

Por fim, foram acrescentados dois campos no bloco G. O objetivo desses campos é registrar alguns dos encaminhamentos feitos após a alta hospitalar. Atualmente, foi acordado informalmente, com três municípios vizinhos a Florianópolis, que os atendimentos realizados a pacientes que tentaram suicídio será comunicado por escrito (via *e-mail* ou correio convencional) para a coordenação de saúde mental do município. Este comunicado tem a finalidade de que a rede tenha conhecimento das demandas de suas áreas e ainda possa fazer busca ativa, caso o paciente não procure o serviço de saúde para onde foi encaminhado. Os campos acrescentados foram então: se foi realizado comunicado por escrito da tentativa de

suicídio, que é de responsabilidade do psicólogo o qual atendeu e avaliou o paciente; e quando este comunicado foi enviado, visto ser atribuição do psicólogo da Unidade de Emergência.

A seguir, nas Figuras 1, pode ser observada a versão final do instrumento de registro, com alterações em seu conteúdo e forma, a partir dos resultados do presente estudo.



Universidade Federal de Santa Catarina
Hospital Universitário
Serviço de Psicologia Emergência



REGISTRO DE ATENDIMENTO À TS

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

Identificação

Nome:		N° EMG/N° Prontuário: /	
Sexo: <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Masc	Data Nascimento: / /	Idade:	Ocupação:
Situação Conjugal: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado/união estável <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> separado/divorciado <input type="checkbox"/> IGN			
Escolaridade: <input type="checkbox"/> analfabeto <input type="checkbox"/> 1° grau incompleto <input type="checkbox"/> 1° grau completo <input type="checkbox"/> 2° grau incompleto <input type="checkbox"/> 2° grau completo <input type="checkbox"/> superior incompleto <input type="checkbox"/> superior completo <input type="checkbox"/> IGN			
Endereço:		N°	Compl.
Município:		Bairro:	
Mora com:			
Familiar/pessoa de referência:		Telefones:	

Genograma

--

História do Evento

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

Figura 1: Formulário de registro de atendimento a tentativas de suicídio. Continua.

Histórico de Saúde Mental		
Possui problema de saúde: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Qual:		Faz acompanhamento de rotina: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Local:
Nos últimos 30 dias paciente procurou atendimento de saúde: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Foi atendido: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Especialidade: _____ Local: _____ Motivo alegado do atendimento: _____ Obs:		
No último ano foi atendido por profissional de saúde mental: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Qual: <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Outro:		
Procurou outro tipo de apoio psicossocial: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Qual: Obs:		
História de internação psiquiátrica: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN		Quantas: _____
Onde: _____		Data última internação: _____
Motivo(s): _____		
História de TS anteriores: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN		Quantas: _____
Data primeira TS: _____		Data última TS: _____
Método(s): _____		
História de <u>tentativa de suicídio</u> de familiar ou de outra pessoa que pte traga como relevante: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Grau de relação / parentesco: _____ Obs:		
História de <u>suicídio</u> de familiar ou de outra pessoa que pte traga como relevante: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Grau de relação / parentesco: _____ Obs:		
Uso de bebida alcoólica: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN		Qual: _____
		Frequência: _____
		Há quanto tempo: _____
Uso de droga ilícita: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN		Qual: _____
		Frequência: _____
		Há quanto tempo: _____
Faz uso de medicamentos psicofármacos: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Quais: _____		Quem prescreve: <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Clínico Geral <input type="checkbox"/> Outro:
		Nome do profissional: _____
		Local: _____
		Tel: _____
		Há quanto tempo em tto: _____
Atualmente faz tratamento psicoterápico: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Obs:		Com qual profissional: <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Outro:
		Nome do profissional: _____
		Local: _____
		Tel: _____
		Há quanto tempo em tto: _____
Síntese da Avaliação (demais informações em anexo)		
Presença de pensamentos de morte: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN		Mantém ideação suicida: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN
Possui plano concreto: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> IGN Qual: _____		
Encaminhamentos		
Avaliação psiquiátrica de urgência:		
<input type="checkbox"/> IPq Tel: 3954-2089 <input type="checkbox"/> Solicitado parecer HU <input type="checkbox"/> CAPS _____ Tel: _____		
Realizado contato telefônico com: _____ na data: ___/___/___		
Obs: _____		
Ambulatorial na rede de saúde pública:		
<input type="checkbox"/> UBS _____ <input type="checkbox"/> CAPS _____ <input type="checkbox"/> Outro _____		
Profissional que já o acompanhava? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Se sim quais: <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Médico de Família <input type="checkbox"/> Outros: _____		
Tel: _____ Realizado contato telefônico com: _____ na data: ___/___/___		
Obs: _____		
Pcte/família opta por atd ambulatorial particular:		
<input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Outro _____		
Profissional já o acompanhava? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Profissional já o acompanhava? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Profissional já o acompanhava? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
Tel: _____ Realizado contato telefônico com: _____ na data: ___/___/___		
Obs: _____		
<input type="checkbox"/> Realizado orientações (vigilância permanente e restrição do acesso a medicamentos ou meios letais) para _____		
<input type="checkbox"/> Outros: _____		
Alta hospitalar na data ___/___/___		
<input type="checkbox"/> Realizado comunicado por escrito de TS a Coordenação de Saúde Mental <input type="checkbox"/> Enviado comunicado de TS na data ___/___/___		

Figura 1: Formulário de registro de atendimento a tentativas de suicídio. Conclusão.

Ressalta-se que o registro é realizado a partir do atendimento com o próprio paciente, mas também do relato de terceiros, geralmente familiares, e até mesmo de contatos realizados com outros profissionais de saúde que acompanhavam o paciente anteriormente, como exemplo, nas Unidades Básicas de Saúde ou nos Centros de Atenção Psicossocial.

O instrumento foi elaborado com o intuito de ser o mais claro possível para quem vai utilizá-lo. Alguns entrevistados apontaram, porém, dúvidas que podem surgir ao preenchê-lo e consideraram que seriam necessárias, então, algumas orientações. Dentre essas, ressalta-se: orientar que familiar de referência seria aquele, de preferência identificado pelo paciente como uma pessoa que possa oferecer apoio; orientar como fazer genograma (padronizar no serviço os símbolos utilizados); orientar que se pode colocar a hora aproximada do evento colocando um sinal de + - na frente, ou quando não souber o horário escrever o período; e orientar, no item de ingestão de medicamentos, que quando a classe é classificada como "outra" deve-se descrever na frente do nome do medicamento qual é sua classe. Foram avaliadas as possibilidades e julgou-se que a melhor maneira de esclarecer as possíveis dúvidas seria através de orientações verbais feitas pelo pesquisador para os profissionais que farão uso do instrumento.

Cabe ressaltar que a Resolução CFP Nº 001/2009 (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009) torna obrigatório o registro documental da prestação de serviços psicológicos. De acordo com o Art 1º, inciso 1º, este registro “tem caráter sigiloso e constitui-se de um conjunto de informações que tem por objetivo contemplar de forma sucinta o trabalho prestado, a descrição e a evolução da atividade e os procedimentos técnico-científicos adotados”. Este tipo de registro é utilizado em situações que envolvam a “restrição do compartilhamento de informações com o usuário e/ou beneficiário do serviço prestado” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009). Dessa maneira, o instrumento elaborado neste estudo não exclui a necessidade de registro no prontuário único do paciente, a que outros profissionais terão acesso, e onde deve ser registrado, de acordo com o Art. 6º, parágrafo único, “apenas as informações necessárias ao cumprimento dos objetivos do trabalho” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

Considerações finais

O instrumento elaborado ao longo deste estudo objetivou sistematizar os registros dos atendimentos realizados. Portanto, vale ressaltar que o atendimento não deve se reduzir, de maneira alguma, às informações ali solicitadas. A ideia é que esta ficha seja preenchida após o

atendimento com o paciente e familiar(es) e não ser utilizada como um questionário. Pode, também, servir como um guia para que o profissional se recorde de colher algumas informações que são importantes para uma avaliação de risco de nova tentativa de suicídio e contribuir para uma comunicação clara entre os profissionais que atuam naquele setor, facilitando a continuidade dos atendimentos. Além disso, o próprio momento de registro dos dados coletados durante a entrevista com o paciente e os familiares pode proporcionar ao psicólogo novas reflexões que subsidiarão suas intervenções e encaminhamentos. Espera-se que este estudo e o instrumento proposto possam também ser úteis em outros serviços de saúde que atendam pacientes que tentaram suicídio, não se restringindo à Unidade de Emergência do HU-UFSC onde o trabalho foi realizado. Para tanto, alterações na ficha poderão ser feitas para se adequar a realidade de cada serviço.

Procurou-se construir um instrumento adaptado à realidade particular dos atendimentos feitos no contexto da Emergência, onde, na maioria das vezes, é possível realizar apenas um encontro com o paciente e os familiares, que ainda estão em um momento de crise. Muitas vezes a demanda trazida pela equipe multiprofissional parece estar restrita à necessidade de ser avaliado o risco de uma nova tentativa de suicídio e que seja feito o encaminhamento para o serviço extra-hospitalar necessário. Entretanto a intervenção do psicólogo vai além dessa simples finalidade. De maneira geral, é importante compreender e acolher o sofrimento do paciente, dando ouvidos ao que é falado além das informações técnicas, e também identificar, junto com o sujeito, o que ainda lhe proporciona vontade de se manter vivo. Oferecer esperança, alimentando seu desejo de vida, e auxiliar na articulação de uma rede de apoio social e institucional, também são intervenções necessárias neste contexto. Dessa forma, por conta do aqui exposto, o uso restrito de alguns instrumentos já existentes não supriria as necessidades identificadas neste serviço em particular.

Ao longo do processo de revisão da literatura, foram identificados diversos fatores de risco e de proteção que podem indicar o risco de suicídio. Optou-se em não criar um campo para todos eles no instrumento de registro do atendimento, selecionando os avaliados como prioritários. De outra forma a ficha se tornaria demasiadamente extensa, não se adequando ao processo de trabalho do psicólogo no contexto já exposto. Contudo, durante a elaboração da versão final do instrumento foi avaliado que talvez fosse interessante a inclusão de alguns campos que abordassem os seguintes fatores: crença do paciente a respeito da letalidade do método utilizado; presença de perspectivas futuras; presença de desânimo, desesperança, desespero e impulsividade; existência de diagnóstico de transtorno mental; e caracterização da

rede de apoio do paciente. Como essas sugestões não apareceram no momento das entrevistas com os psicólogos participantes, a necessidade de acrescentar esses itens será avaliada de acordo com o decorrer da prática profissional. Além disso, sabemos que, a partir da utilização deste instrumento no cotidiano da Emergência, outras necessidades serão identificadas e, assim, este poderá passar por novas mudanças para se adaptar às demandas.

No decorrer do estudo também foi pensado que a ficha elaborada não precisa, necessariamente, ficar restrita ao registro documental que é de acesso exclusivo do psicólogo, como proposto inicialmente. Uma cópia também poderia ser utilizada para o registro no prontuário único do paciente, visto que as informações ali contidas não são, *a priori*, sigilosas em relação ao restante da equipe multiprofissional. Dessa forma, o psicólogo poderia registrar somente aquelas informações que devem ser compartilhadas com a equipe na ficha que irá para o prontuário único, podendo a de acesso restrito aos psicólogos conter maiores detalhes. Essa possibilidade tem como intuito otimizar a prática profissional, visto que, como o instrumento contém diversos itens de *check-list* o registro se torna mais rápido. Além disso, a presença da ficha no prontuário pode proporcionar maior visibilidade ao trabalho do psicólogo. A sugestão aqui apresentada poderá ser futuramente levada para discussão com os demais profissionais do Serviço de Psicologia, para ser verificada sua viabilidade e se haveria necessidade de outras modificações.

Gorayeb e Guerrelhas (2003) discutem sobre a importância de sistematizar o trabalho do psicólogo em ambientes médicos, visto que o trabalho não diretivo do psicólogo estaria impedindo uma inserção adequada deste profissional no contexto hospitalar. Esses autores ainda colocam que essa sistematização deve ser realizada através de registros e análises dos procedimentos utilizados e dos resultados das intervenções. A prática do psicólogo deve assim ser baseada em dados empíricos, fundamentada em evidências científicas. Acreditamos que o uso do instrumento para registro dos atendimentos contribuirá para sistematização da prática do psicólogo, indo ao encontro ao apontado pelos autores acima citados. O registro padronizado fornecerá uma importante base de dados, possibilitando a sistematização das informações, como, por exemplo, das características da população atendida para conhecer seu perfil e planejar intervenções, e ainda futuras pesquisas que contribuam para um melhor atendimento às pessoas amparadas pelo serviço de emergência por tentativa de suicídio.

RECORDING TOOL FOR PSYCHOLOGICAL CARE TO ATTEMPTED SUICIDE PATIENTS

Abstract

The high rate of suicidal behavior points to the relevance of studying this subject which, in general, is more present in people's lives than it seems to be and has an important impact on social and health services. The Emergency Hospital of the Federal University of Santa Catarina often receives people who attempted suicide and it was identified the need to systematize the visits records made by the department of psychology to these patients. Therefore, this study aimed to develop a recording instrument of psychological care to attempted suicide patients attended by the Emergency. The researcher sought to develop a recording form to fit the reality of the services provided in the context of emergency. As a result, it was made a succinct instrument that contain the main points that should be evaluated in this situation and important information for future follow up and interventions.

Keywords: Attempted Suicide. Behavioral Medicine. Emergency Service Hospital.

INSTRUMENTO PARA REGISTRO DE ATENCIÓN SICOLÓGICA A INTENTOS DE SUICIDIO.

Resumen

El alto índice de los comportamientos suicidas apunta hacia la relevancia de estudiarse esa temática, que causa impactos importantes en la sociedad y en los servicios de salud. La Emergencia del Hospital de la Universidad Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) recibe frecuentemente pacientes que han intentado suicidio. De esa forma, ha sido identificada la necesidad de sistematizarse los registros de las atenciones realizadas por el servicio de psicología a ese público. Con eso, este estudio tuvo como objetivo elaborar un instrumento de registro de atención psicológica a los pacientes de la Emergencia atendidos a raíz de intento de suicidio. El investigador ha tratado de elaborar la ficha de registro de manera a que se adecuara a la realidad de las atenciones en el contexto de la Emergencia. Así, ha sido formulado un instrumento sucinto, que aborda los principales puntos que deben ser evaluados en esa situación, y que contempla informaciones importantes para los encaminamientos y futuras intervenciones.

Palabras Clave: Intento de suicidio. Psicología en la Salud. Servicio Clínico de Emergencia.

Referências

BERTOLOTE, J.M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEAGA, N.J.. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v.32, p. 87-95, 2010.

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

BOTEGA, N.J.; WERLANG, B.G.. Avaliação e manejo do paciente. In: WERLANG, B.G.; BOTEGA, N.J. e organizadores. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed, p. 123-140, 2004.

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

BOTEGA, N.J.; SILVEIRA, I U.; MAURO, M L. F.. *Telefonemas na crise: percursos e desafios na prevenção do suicídio*. Rio de Janeiro: ABP Editora, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde, Unicamp, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf> Acesso em: 10 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e outras violências*. Brasília: MS; 2009. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agrivos/Dant/Instrutivo_Violencias.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2011.

CENTRO DE INFORMAÇÕES TOXICOLÓGICAS / SANTA CATARINA (CIT/SC). Disponível em: <<http://www.cit.sc.gov.br/>>. Acesso em: 30 mar. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP Nº 001/2009, 30 de março de 2009.

DURKHEIM, Emile. *O suicídio: estudo de sociologia*. 2. ed. Lisboa: Presença. São Paulo: M. Fontes, 1977.

GASPARI, Vanessa Paola Povolo. *Rede de apoio social e tentativa de suicídio*. Campinas: UNICAMP, 2002. 129 p. Dissertação (Mestrado) - Pós-Graduação em Saúde Mental, Faculdade De Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2002.

GORAYEB, R.; GUERRELHAS, F.. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. *Rev. bras. ter. comport. cogn.*, São Paulo, v.5, n.1, p.11-19, 2003.

KUTCHER, S.; CHEHIL, S.. *Manejo do Risco de Suicídio. Um manual para profissionais de saúde*. São Paulo: Lundbeck Brasil Ltda, 2007.

LOVISI, G.M. et al . Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v.31, supl. 2, p. 86-93, 2009.

SÁ, N.N.B. et al. Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007. *Rev. Med. Minas Gerais.*, v.20, n. 2, p. 145-152, 2010.

SILVA, M.N.R.M. de O.; COSTA, I.I. A rede social na intervenção em crise nas tentativas de suicídio: elos imprescindíveis da atenção. *Revista Tempus Actas Saúde Coletiva*, v.4, n.1, p. 19-29, 2010.

WASELFISZ, Julio Jacobo. *Mapa da Violência 2011. Os jovens do Brasil*. São Paulo: Instituto Sangari, Ministério de justiça, Governo Federal, 2011. Disponível em: <<http://www.sangari.com/mapadaviolencia/pdf2011/MapaViolencia2011.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2011.

Data de recebimento: 20/08/2012

Data de aceite: 25/10/2013

Sobre as autoras:

Juliana Macchiaverni é Mestranda do Programa de Mestrado Profissional associado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do HU/UFSC. Psicóloga da Unidade de Emergência Adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Endereço eletrônico: juliana_macc@hotmail.com.

Lucienne Martins Borges é Ph.D. Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Endereço eletrônico: lucienne.borges@ufsc.br.

Lecila Duarte Barbosa Oliveira é Doutora, professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Endereço eletrônico: lecila@cfh.ufsc.br.