



**VALESKA KINJO FALCONI**

**PERCEPÇÃO DO ADULTO JOVEM QUANTO AO  
ACOLHIMENTO RECEBIDO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE APÓS  
TENTATIVA DE SUICÍDIO**

**Sinop/MT  
2022**

**VALESKA KINIO FALCONI**

**PERCEPÇÃO DO ADULTO JOVEM QUANTO AO ACOLHIMENTO  
RECEBIDO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE APÓS TENTATIVA DE SUICÍDIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Psicologia, do Centro Educacional Fasipe — UNIFASIPE, como requisito parcial para obtenção da aprovação na disciplina.

Orientadora Prof.<sup>a</sup> Esp. Luiza Alvarenga Marques de Medeiros.

Prof.<sup>a</sup> Disciplina Marli Chiarani.

**VALESKA KINJO FALCONI**

**PERCEPÇÃO DO ADULTO JOVEM QUANTO AO ACOLHIMENTO  
RECEBIDO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE APÓS TENTATIVA DE  
SUICÍDIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Psicologia, do Centro Educacional Fasipe — UNIFASIPE, como requisito parcial para a obtenção da aprovação na disciplina.

Aprovado em \_\_/\_\_/

---

Esp. Luiza Alvarenga Marques de Medeiros  
Professora Orientadora  
Departamento de Psicologia — UNIFASIPE

---

Professor (a) Avaliador (a)  
Departamento de Psicologia — UNIFASIPE

---

Professor (a) Avaliador (a)  
Departamento de Psicologia — UNIFASIPE

---

Esp. Ana Paula Pereira César  
Coordenadora do Curso de Psicologia — UNIFASIPE

## **DEDICATÓRIA**

A minha família e amigos que estiveram comigo ao longo dessa caminhada.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais e minha amiga Bruna, por sempre estarem junto comigo e me incentivarem a não desistir.

Aos meus amigos e conhecidos, por me proporcionarem momentos de lazer e mostrarem, cada vez mais, que cada ser é composto de uma história única.

A minha orientadora, que através de seus conhecimentos, paciência e dedicação me auxiliou em todo processo de escrita e me permitiu concluir com êxito essa etapa da vida.

## RESUMO

O suicídio é considerado um significativo problema de saúde pública por apresentar números alarmantes de mortes em todo mundo, principalmente entre os adultos jovens, sendo assim, não é incomum se deparar com um caso de tentativa de suicídio nas áreas de saúde. Quando a pessoa com comportamento suicida procura uma unidade de saúde, é inicialmente realizado o acolhimento por um dos profissionais presentes. O acolhimento faz parte da Política Nacional de Humanização com a função de colaborar para a garantia de um atendimento de qualidade e humanizado, por meio da realização de uma escuta atenta, individualizada e sem discriminação. A partir dele, é possível estimular a ampliação do relacionamento entre usuários e profissionais dos serviços de saúde e adesão ao tratamento, visto que o paciente busca, além de uma solução para sua enfermidade, alívio para as diversas emoções que o rodeiam. Em vista disso, este trabalho teve como objetivo conhecer a percepção do adulto jovem com comportamento suicida sobre o acolhimento recebido pelos serviços de saúde da cidade de Sinop após tentativa de suicídio, por um questionário *on-line* que avaliou o processo de acolhimento de pessoas com comportamento suicida. Os resultados obtidos evidenciaram uma visão positiva quanto ao acolhimento recebido, simultaneamente, em que revelou problemas ao nível da capacitação profissional para realizar uma escuta especializada, atenciosa e sem julgamentos para o paciente sob risco de suicídio, o que contribuiu para se pensar sobre a preparação para um atendimento humanizado por parte de toda equipe de saúde.

**Palavras-chave:** Acolhimento; Adulto; Jovem; Percepção; Suicídio.

FALCONI, V. K. Percepção do Adulto Jovem Suicida Quanto ao Acolhimento  
Recebido nos Serviços de Saúde Após Tentativa de Suicídio. 2022. P. 33  
Trabalho de Conclusão de Curso – Centro Educacional Fasipe – UNIFASIPE

### **ABSTRACT**

Suicide is considered a significant public health problem because it presents alarming numbers of deaths worldwide, especially among young adults. When the person with suicidal behaviour seeks a health unit, initially the host is carried out by one of the professionals present. Reception is part of the National Humanization Policy and has the function of collaborating to guarantee a quality and humanized service, through attentive, individualized listening and without discrimination. From it, it is possible to encourage the expansion of the relationship between users and professionals of health services and adherence to treatment, since the patient seeks, in addition to a solution to his illness, relief for the various emotions that surround him. In view of this, this work aimed to know the perception of young adults with suicidal behaviour about the reception received by the health services of the city of Sinop after a suicide attempt, through an online questionnaire that evaluates the process of welcoming people with suicidal behaviour. The results obtained evidenced a positive view regarding the reception received, at the same time that it revealed problems in terms of professional training to carry out a specialized, attentive and non-judgmental listening to the patient at risk of suicide, which contributes to thinking about the preparation for a humanized service by the entire health team.

**Keywords:** Reception; Adult; Young; Perception; Suicide.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Presença de tentativa de suicídio ou ideação suicida entre os anos de 2020 até o momento em questão.....	53
Gráfico 2 - Métodos utilizados para a tentativa de suicídio.....	54
Gráfico 3 - Unidades de saúde procuradas após tentativa de suicídio.....	55
Gráfico 4 - Responsável pelo encaminhamento a unidade de saúde.....	56
Gráfico 5 - Causas da tentativa de suicídio.....	57
Gráfico 6 - Profissionais que realizaram o atendimento nas unidades de saúde após tentativa de suicídio.....	58
Gráfico 7 - Avaliação do acolhimento recebido pelos profissionais de saúde.....	59
Gráfico 8 - Percepção sobre o tipo de ajuda recebida no processo de acolhimento.....	60
Gráfico 9 - Percepção sobre a compreensão da equipe do tipo de ajuda necessária.....	60
Gráfico 10 — Classificação geral da competência da equipe de saúde.....	61
Gráfico 11 — Avaliação sobre a melhora dos serviços recebidos pela equipe de saúde.....	64
Gráfico 12 — Retorno a unidade em situações de crise.....	65
Gráfico 13 — Auxílio de algum psicólogo da unidade após tentativa de suicídio.....	65
Gráfico 14 — Importância do psicólogo realizar o acolhimento em situações que envolvam o comportamento suicida.....	67



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dados Sociodemográficos – Sexo.....	50
Quadro 2 – Dados Sociodemográficos – Faixa Etária.....	51
Quadro 3- Dados Sociodemográficos – Estado Civil.....	51
Quadro 4 – Dados Sociodemográficos – Escolaridade.....	51
Quadro 5- Dados Sociodemográficos – Trabalho.....	52
Quadro 6 – Dados Sociodemográficos – Moradia.....	52
Quadro 7 – Dados Sociodemográficos – Moradores.....	52
Quadro 8 – Pontos positivos do acolhimento recebido pelos profissionais de saúde após tentativa de suicídio.....	62
Quadro 9 – Pontos negativos do acolhimento recebido pelos profissionais de saúde após tentativa de suicídio.....	63
Quadro 10 – Percepção sobre a maneira que os serviços de saúde poderiam ser melhorar.....	64
Quadro 11 - Contribuições do psicólogo para o acolhimento ao comportamento suicida.....	67

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial;

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil;

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial, álcool e outras drogas;

CFM – Conselho Federal de Medicina;

PNH – Política Nacional de Humanização;

SATIS-BR – Escala Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde;

SUS – Sistema Único de Saúde;

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

UBS – Unidade Básica de Saúde;

UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1.1 Justificativa</b> .....	<b>14</b>
<b>1.2 Problematização</b> .....	<b>15</b>
<b>1.3 Hipóteses</b> .....	<b>15</b>
<b>1.4 Objetivos</b> .....	<b>16</b>
1.4.1 Objetivo Geral .....	16
1.4.2 Objetivos Específicos .....	16
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1 Teoria Comportamental</b> .....	<b>17</b>
2.1.1 Condicionamento Operante .....	19
2.1.2 Reforço positivo .....	20
2.1.3 Reforço negativo .....	22
<b>2.2 Teoria Cognitiva</b> .....	<b>25</b>
2.2.1 Pensamentos automáticos e crenças .....	27
<b>2.3 Suicídio</b> .....	<b>29</b>
2.3.1 História do Suicídio .....	29
2.3.2 Suicídio no Brasil .....	34
2.3.3 Tipos de suicídio .....	35
2.3.4 Fatores de risco e de proteção .....	36
2.3.5 Aspectos cognitivos do comportamento suicida .....	38
2.3.6 Adulto jovem e suicídio .....	40
<b>2.4 Serviço de Urgência e Emergência</b> .....	<b>41</b>
2.4.1 Sistema Único de Saúde.....	41
2.4.2 Acolhimento na Urgência e Emergência .....	42
2.4.3 Atendimento ao comportamento suicida .....	43
<b>3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>45</b>
<b>3.1 Tipo de pesquisa</b> .....	<b>45</b>
<b>3.2 População e amostra</b> .....	<b>46</b>
<b>3.3 Coleta de dados</b> .....	<b>47</b>
<b>3.4 Instrumentos de coleta de dados</b> .....	<b>48</b>
3.4.1 Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental .....	48
<b>4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS</b> .....	<b>50</b>
<b>4.1 Análise e interpretação de dados</b> .....	<b>50</b>

4.1.1 Características sociodemográficas.....	50
4.1.2 Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental Após Tentativa de Suicídio.....	52
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>68</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO A.....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>79</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O acolhimento integra a Política Nacional de Humanização (2003) e tem a função de colaborar para a garantia de um atendimento humanizado, por meio da realização de uma escuta atenta, individualizada e sem discriminação, para seus usuários. A partir dele, é possível estimular a ampliação do relacionamento entre usuários e profissionais dos serviços de saúde e adesão ao tratamento, visto que o paciente busca, além de uma solução para sua enfermidade, alívio para as diversas emoções que o rodeiam. Em vista disso, o acolhimento humanizado pode ser uma alternativa adequada para o atendimento aos indivíduos que apresentam comportamentos suicidas.

O suicídio é um fenômeno profundo e global que abrange intenso nível de sofrimento psíquico e um conjunto de atitudes suicidas, como as ideações e tentativas de suicídio (automutilação, envenenamento, enforcamento e lesões com arma de fogo). Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2016), a cada ano, aproximadamente, 800 mil pessoas tiram a própria vida e um número ainda maior apresenta tentativas no mundo. Apesar de ocorrer em qualquer etapa da vida, o suicídio é uma das principais causas de morte entre jovens de 15 a 29 anos em todo o mundo.

A Cartilha de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID19, produzido pela FioCruz Brasília (2020), também afirma que, no Brasil, o adulto jovem é o grupo com maior prevalência de notificação de casos de tentativa de suicídio devido aos fatores de risco próprios dessa fase da vida, como a vulnerabilidade financeira e social e o abuso de álcool e drogas, acentuados pela COVID-19 devido ao isolamento social.

Assim sendo, a percepção do adulto jovem sobre o acolhimento recebido nos serviços de saúde após tentativa de suicídio ajuda a dar voz aos sentimentos desses indivíduos tão pouco entendidos pela sociedade, facilitando a introdução de uma visão mais sensível e cuidadosa, além da elaboração de estratégias para melhorar o acolhimento através do treinamento

adequado para as equipes de saúde sobre o atendimento ao comportamento suicida e a expansão do trabalho do psicólogo no ambiente hospitalar.

Este trabalho tem como objetivo conhecer a percepção do adulto jovem com comportamento suicida sobre o acolhimento recebido pelos serviços de saúde, com ênfase no setor de urgência e emergência de atenção secundária, após tentativa de suicídio, por meio dos relatos de suas experiências. Para que, através do entendimento de seus pensamentos e sentimentos, possa-se identificar e apontar estratégias eficazes para o acolhimento desses jovens.

### **1.1 Justificativa**

Dados estatísticos de importantes órgãos, como a Organização Pan-Americana de Saúde (2016) e a FioCruz Brasília (2020), mostram constantemente que os comportamentos suicidas têm aumentado nas últimas décadas e que os grupos mais atingidos são os adolescentes e os adultos jovens. Apesar disso, ainda é possível se esbarrar com o despreparo dos profissionais de saúde e a falta de uma rede de apoio eficaz que garanta o tratamento adequado, por meio da comunicação assertiva, orientação e encaminhamento para outros profissionais especializados, como o psicólogo ou psiquiatra, para atender o sofrimento psíquico desse público devido à falta de políticas públicas de atenção à saúde mental nas instituições de modo geral e a dificuldade dos profissionais de saúde de lidarem com o conflito ético e moral de atentar contra a própria vida.

Nos serviços de saúde, em casos de urgência e emergência, o suicida é um dos tipos de paciente difícil de lidar, pois, além de existir pouca visibilidade para suas problemáticas e preconceito por parte da sociedade, eles possuem uma estrutura psíquica disfuncional que envolve altos níveis de inquietação, tristeza, culpa, vazio e desesperança decorrentes do próprio estado em que se encontram e podem piorar, dependendo do acolhimento recebido, deixando-os suscetíveis à ocorrência de novas tentativas de suicídio ou, até mesmo, a concretização do ato.

Conhecer a percepção do adulto jovem com comportamento suicida sobre o acolhimento nos serviços de saúde pode contribuir para identificar como esses acolhimentos estão sendo realizados, entender como um acolhimento adequado pode ajudar na prevenção de novas tentativas e o que é preciso ser melhorado ou modificado nesse processo e, conseqüentemente, aumentar a atenção à saúde mental e à realização de novas pesquisas na área, ressaltando, contudo, a importância do psicólogo.

Nesse sentido, é possível construir um espaço de escuta e acolhimento adequados para o público alvo, além de traçar estratégias eficazes para lidar com o problema e prevenir novas tentativas através de uma rede de apoio que inclui diversos profissionais de saúde, em especial o psicólogo.

## **1.2 Problematização**

A pandemia da Covid-19 trouxe, além dos problemas físicos – falta de ar, cansaço e dores no corpo -, impactos psicossociais - aumento do estresse, irritabilidade, ansiedade, depressão, impotência, isolamento, problemas financeiros e familiares, desemprego, morte e luto - que modificaram por completo o cotidiano das pessoas em decorrência da medida protetiva de distanciamento e isolamento social para diminuir a transmissão da doença.

Nesse contexto, o adulto jovem que, segundo Papalia e Feldman (2013), já sofre mudanças significativas em seu desenvolvimento físico, cognitivo e psicológico e social - como a consolidação do pensamento reflexivo e pós-formal, transição para a faculdade ou/e mercado de trabalho, desenvolvimento da identidade e conflito de valores, casamento e divórcio, paternidade/maternidade, amizades menos estáveis, aumento do uso de drogas lícitas e ilícitas, dietas menos saudáveis e falta de atividades físicas devido à correria do dia a dia - pode ser um dos grupos mais propícios a desenvolverem prejuízos com o isolamento social já que envolve indivíduos ativos, na eminência de se tornarem independentes emocional e financeiramente.

A cartilha de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19, produzida pela Fiocruz Brasília em 2020, afirma que, no Brasil, o adulto jovem é o grupo com maior prevalência de notificação de casos de tentativas de suicídio ressaltados pelo uso abusivo de álcool e drogas, sofrimento psíquico e vulnerabilidade financeira e social. Esses fatores de risco foram agravados com a pandemia da COVID-19, em consequência do aumento de sentimentos de solidão, autodesvalorização e crise existencial, e as chances de uma tentativa e concretização do suicídio aumentaram. Diante do exposto, pergunta-se: Qual a percepção e os sentimentos do adulto jovem suicida quanto ao acolhimento prestado pela equipe de saúde nos atendimentos ambulatoriais após tentativa de suicídio?

## **1.3 Hipóteses**

Falta de uma rede de apoio eficaz que garanta tratamento adequado e humanizado para o sofrimento psíquico do adulto jovem com comportamento suicida após tentativa de suicídio por meio do treinamento especializado sobre o comportamento suicida para a equipe de saúde, acolhimento humanizado e inclusão do psicólogo nas unidades de saúde.

## **1.4 Objetivos**

### 1.4.1 Geral

Conhecer a percepção do adulto com comportamento suicida sobre o acolhimento recebido pelos serviços de saúde, com ênfase no setor de urgência e emergência, após uma tentativa de suicídio por meio de relatos de suas experiências.

### 1.4.2 Específicos

- a) Relacionar a percepção dos adultos com comportamentos suicidas sobre o acolhimento realizado pelos serviços de saúde após tentativa de suicídio;
- b) Descrever os tipos de acolhimentos recebidos pelos adultos jovens com comportamento suicida pela equipe dos serviços de saúde, no setor de urgência e emergência;
- c) Identificar os principais sentimentos e pensamentos dos adultos jovens com comportamento suicida em relação ao acolhimento recebido pelos serviços de saúde após tentativa de suicídio;
- d) Identificar e apontar estratégias eficazes para o acolhimento de adultos jovens com comportamento suicida, feito pela equipe de saúde, para contribuir com sua evolução.
- e) Compreender as contribuições dos profissionais de saúde, com o psicólogo, no acolhimento ao comportamento suicida.



## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Teoria Comportamental**

A teoria comportamental, também chamada de Behaviorismo, preocupa-se com como os organismos se adaptam em relação ao meio ambiente. Seu foco é sobre como os comportamentos se desenvolvem, são mantidos e podem ser modificados, ou seja, como os comportamentos são aprendidos. Dentre seus teóricos mais relevantes, estão Ivan Pavlov, John B. Watson e Skinner (KAZDIN, 1978).

Ivan Pavlov (1849-1936) foi o primeiro a trabalhar a ideia da teoria comportamental e, consequentemente, o responsável por dar base a ela. A partir de seus estudos sobre reflexos inatos da salivação de cães, foi possível perceber que a aprendizagem se dá através da relação entre os estímulos (ambientais e internos) e respostas, processo conhecido como condicionamento pavloviano (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

Inicialmente, Pavlov estudou o processo de salivação dos cães quando avistavam a comida e suas variações quanto à quantidade e qualidade da comida. Esse processo foi denominado de reflexo incondicionado ou reflexo inato porque não necessita de aprendizagem, ou seja, o sujeito já nasce com ele.

Com o tempo, observou-se que os cães salivaram mesmo sem a presença de comida por meio de outros estímulos, como a visão da colocação da comida no recipiente que era servida e o som dos passos ao chegar ao laboratório. A partir disso, Pavlov viu que a aprendizagem de novos reflexos era possível e decidiu estudar mais profundamente sobre o assunto para verificar se sua ideia era verdadeira ou não. Para seu novo experimento, denominado de condicionamento pavloviano ou clássico, utilizou o cão, como sujeito experimental, e a carne e o som da sineta como estímulos, e o separou em três partes – antes do condicionamento, durante o condicionamento e depois do condicionamento (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

Antes do condicionamento, se o sino (estímulo neutro) fosse tocado, ele não gerava nenhuma resposta no cão. Diferentemente da carne (estímulo incondicionado) que conseguia

elicitar a salivação (resposta incondicionada). Durante o condicionamento, o sino (estímulo neutro) é emparelhado com a carne (estímulo incondicionado) e produz a salivação (resposta incondicionada). Depois do condicionamento, o sino é um estímulo condicionado, pois elicia a salivação (resposta condicionada) no cão mesmo sem a presença da comida (estímulo incondicionado) (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

No entanto, foi John B. Watson (1878-1958) que ficou conhecido como o fundador da teoria comportamental, que recebeu o nome de Behaviorismo Clássico, ao propor que a Psicologia deveria limitar-se a estudar só aquilo observável – o comportamento - uma vez que a ciência deve ser objetiva. Sendo assim, rejeita o estudo dos processos mentais e a subjetividade do sujeito. O estímulo e a resposta são adotados como partes integrantes do comportamento, porém, ao contrário de Pavlov, os estímulos ambientais são as causas exclusivas do comportamento. Além disso, Watson descobriu, por meio de experimentos, que era possível a aprendizagem de novos reflexos envolvendo respostas emocionais e que era preciso uma combinação de respostas reflexas simples para uma nova resposta ser aprendida (KAZDIN, 1978).

Para estudar se as respostas emocionais também poderiam ser condicionadas, usou as descobertas de Pavlov como base e selecionou um bebê como sujeito experimental. Em um primeiro momento, testou o reflexo inato do bebê de susto ou medo (resposta) frente a um barulho estridente (estímulo). Para isso, posicionou uma haste de metal perto da cabeça do bebê e bateu nela com um martelo para produzir o barulho alto e estridente. Após a martelada, as respostas do bebê foram registradas e reparou que em todas as tentativas o bebê apresentou respostas parecidas, como contração de músculos, principalmente os da face e choro - características ligadas ao medo -, o que o fez concluir que o estímulo barulho estridente é incondicionado para as respostas incondicionadas de medo apresentadas pelo bebê (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

Já o segundo passo do experimento testou o condicionamento pavloviano ao tentar emparelhar um rato (estímulo neutro) com o barulho estridente (estímulo incondicionado) para observar se o rato também produziria respostas emocionais de medo, assim como o barulho. Verificou-se que antes do condicionamento, o rato (estímulo neutro) não produziu nenhuma resposta de medo no bebê, diferente do barulho estridente (estímulo incondicionado) que gerou medo (resposta incondicionada). Durante o condicionamento, o rato foi emparelhado com o barulho estridente e produziu respostas de medo. Após alguns emparelhamentos, o rato (estímulo condicionado) produziu medo (estímulo condicionado) mesmo sem a presença do barulho estridente. Então, Watson concluiu que o bebê havia aprendido a ter medo e, assim,

confirmou a possibilidade de aprendizagem de um novo reflexo envolvendo respostas emocionais (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

Por último, Watson testou o fenômeno da generalização, onde o sujeito, após condicionado, emite a mesma resposta condicionada aos estímulos que se assemelham fisicamente aos estímulos condicionados. Colocou próximo ao bebê alguns estímulos que compartilhavam características físicas semelhantes (forma, cor, textura) com o rato-branco (estímulo condicionado), como animal de pelúcia branco, cachorro branco e barba branca e percebeu que todos produziram a resposta de medo.

Isso explica o fato de como algumas pessoas começam a produzir determinadas respostas emocionais em determinadas situações, como, por exemplo, se sentir ansioso na frente das pessoas, ter medo de animais e objetos, sentir determinadas emoções ao ouvir determinadas músicas, sentir prazer diante de estímulos que produzem dor, entre outros (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

Outro pensador que contribuiu para a teoria comportamental foi Skinner (1904-1990). Ele também acreditava que tudo poderia ser controlado através do comportamentalismo (relação entre estímulo-resposta), porém, defendia que a maioria dos comportamentos são condicionados de modo operante, ou seja, o aprendizado se sucede por meio dos reforços (positivos ou negativos) e punições. A partir disso, Skinner tornou-se o mais importante teórico de aprendizagem na modificação do comportamento e sua teoria foi chamada de Behaviorismo Radical (KAZDIN, 1978).

### 2.1.1 Condicionamento Operante

O condicionamento Operante, termo criado por Skinner, é uma forma de aprendizagem onde é possível aprender um novo comportamento através das consequências. Sendo assim, o comportamento operante é aquele comportamento que produz uma consequência que reforça ou enfraquece o comportamento que o produziu. Para ser condicionado, um comportamento específico precisa ser reforçado repetidas vezes até que o sujeito consiga associar à necessidade a ação - processo conhecido como modelagem (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

Para estudar esses processos, Skinner criou uma caixa de condicionamento, aparelho fechado cheia de estímulos composta por uma barra que um animal (rato) pode pressionar de a fim de ganhar alimento ou água e, também, luz, alarme sonoro e gerador de choque. Antes de ser colocado na caixa, o animal é privado de comida e água. Como desconhece o funcionamento da caixa por ser um ambiente novo, o animal apresenta movimentos aleatórios até perceber que ao apertar a barra, a comida cai. Esse comportamento de pressionar a barra continuará enquanto

produzir a apresentação da comida (recompensa) sem a presença de choque (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

Em relação aos seres humanos, segue-se o mesmo processo. Um exemplo bem simples é o caso do pai que dá, o doce para criança quando ela chora. A criança pede para seu pai comprar um doce, mas como seu pedido é negado, começa a chorar. Seu pai não aguenta o choro e compra o doce para dar para a criança. Cada vez que o pai lhe der o doce, aumentará a possibilidade de seu comportamento de chorar voltar a acontecer. Da mesma forma, o comportamento de chorar da criança porque quer o doce e parar de chorar quando ganha o doce controla o comportamento do pai de dar o doce, pois também aumenta a probabilidade dele ocorrer (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

Porém, se a criança pedisse para mãe ou para outra pessoa comprar um doce, essa situação poderia ser diferente. Em vez de ganhar o doce após chorar, poderia não ganhar ou até ser punida por isso, tendo então uma interrupção dos reforçadores. Por meio do reforçamento em uma situação e extinção nas outras, a criança aprende a discriminação operante e repete o comportamento do choro apenas em situação específica onde sabe que será reforçada (BORGES et al., 2012)

Dessa maneira, é possível perceber facilmente que as consequências podem influenciar a frequência de ocorrência dos comportamentos considerados adequados ou socialmente aceitos, mas também manter ou reduzir a frequência de comportamentos considerados inadequados ou indesejados, uma vez que o comportamento varia dependendo da consequência ao qual é submetido. Compreender o comportamento operante é essencial para entender como o repertório comportamental se desenvolveu ao longo da vida (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

### 2.1.2 Reforço positivo

Como visto anteriormente, o organismo emite uma resposta (comportamento) que produz uma alteração no ambiente, e essa alteração modifica a probabilidade da resposta ocorrer. Quando as chances do comportamento voltar a acontecer aumentam ou se mantêm, essa consequência aumenta ou mantêm, recebe o nome de consequência reforçadora. Essa consequência é considerada positiva quando um estímulo é adicionado no ambiente, ou seja, o sujeito recebe um ganho ou recompensa (MOREIRA; MEDEIRO, 2019).

No exemplo da criança que chora sendo atendida pelo pai fica bem visível identificar a consequência reforçadora e seus efeitos. Cada vez que a criança for atendida pelo pai ao fazer birra, aumenta a probabilidade do comportamento (birra) voltar a ocorrer na próxima vez em

que a criança estiver em uma situação parecida. Assim como no caso do rato que aperta a barra da caixa e a comida fica disponível. Nesse caso, a consequência reforçadora é a disponibilização da comida (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

Além de elevar a probabilidade de ocorrência de um comportamento, a consequência reforçadora reduz a frequência de outros comportamentos e diminui a variação na forma da resposta reforçadora. Na primeira situação, o rato, recém-colocado na caixa de Skinner, apresenta vários comportamentos, como o de se limpar e farejar, porém, quando seu comportamento de apertar a barra é reforçado com a disponibilização da comida, seu comportamento de apertar a barra aumenta e seus outros comportamentos (limpar e farejar) diminuem. A segunda situação também pode ser explicada a partir da caixa de Skinner. Geralmente quando o rato é recém-colocado na caixa, ele utiliza formas diferentes de apertar a barra cada vez que faz esse comportamento, por exemplo, com a pata esquerda, pata direita, com as duas patas ou até mesmo com o focinho. À medida que seu comportamento de apertar a barra é reforçado repetidamente, sua forma de apertar vai ficando cada vez mais semelhante (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

A situação muda quando há suspensão do reforçamento de um comportamento. Nesse caso, há uma diminuição gradual da ocorrência do comportamento até que regresse ao nível operante, ou seja, o comportamento volta a ter a frequência que tinha antes de ser reforçado. Contudo, antes disso acontecer, há uma elevação na frequência do comportamento e em sua forma, devido à ativação de respostas emocionais (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

Dessa maneira, até o rato voltar ao seu modo operante devido a não apresentação de comida, apresentará um aumento da frequência do comportamento de apertar a barra e a apertará de diferentes formas, igual quando foi recém-colocado na caixa. Juntamente a esses comportamentos, poderão ocorrer respostas emocionais de raiva, ansiedade, irritação e frustração (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

Em alguns casos, a extinção pode variar ao nível de tempo ou do número de vezes que um determinado comportamento permanece acontecendo após a suspensão do reforçamento. Quanto mais o comportamento se repetir e se manter, maior é sua resistência à extinção. A extinção pode variar conforme o número de vezes que um comportamento foi reforçado, o esforço necessário para emitir o comportamento e a intermitência do reforçamento (só alguns comportamentos são reforçados). Logo, é possível concluir que os efeitos do reforço acerca da manutenção do comportamento são temporários (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

Os reforçadores podem ser sociais ou não, sociais e naturais ou arbitrários. Os reforçadores sociais são aqueles em que o comportamento de outra pessoa tem efeito sobre o

comportamento do sujeito, aumentando sua probabilidade de ocorrência, como o caso da mulher que se arruma e é elogiada no trabalho. Já os reforçadores não sociais, são aqueles em que o sujeito não necessita do comportamento de outra pessoa para ser reforçado. Por exemplo, a mulher que se arruma, limpa a casa e trabalha em home office, chega no fim do dia e fica feliz com sua produtividade e seu ambiente organizado e consegue se sentir linda ao se olhar no espelho. As alterações no ambiente reforçam a mulher a se comportar assim todos os dias (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

Os reforçadores naturais são aqueles produzidos diretamente pelo comportamento da pessoa e os reforçadores arbitrários são aqueles mediados por alguma pessoa. Na aprendizagem das crianças pelos pais e professores, é comum o reforçamento do comportamento de estudar por meio de brinquedos, doces, medalhas, pontos e elogios, reforçadores chamados de arbitrários. Nesse caso, o reforço natural seria o comportamento de estudar da criança para aprender o conteúdo de determinada matéria. Geralmente, esses dois reforçadores trabalham em conjunto. Os reforçadores arbitrários servem como motivadores por aumentar a ocorrência de determinado comportamento, porém seu objetivo final não é o de as crianças estudarem para ganhar doce ou medalhas, e sim estudarem para aprender a matéria de aula (reforço natural). Em vista disso, o objetivo final é que os reforçadores arbitrários sejam substituídos pelos reforçadores naturais (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

### 2.1.3 Reforço negativo

Antes de elucidar sobre o que são os controles aversivos, é importante ressaltar que para a análise do comportamento, positivo e negativo não são sinônimos de bom ou mau. Eles estão associados à elevação ou redução da probabilidade de um determinado comportamento ocorrer, a adição ou subtração de um estímulo no ambiente e se o estímulo envolvido na contingência é aversivo ou não (BORGES et al., 2012).

Como visto anteriormente, no reforço positivo, a consequência aumenta ou mantém a probabilidade de ocorrência de um determinado comportamento a partir da adição de um estímulo no ambiente, portanto, a consequência reforçadora positiva controla o comportamento. O reforço negativo, a punição positiva e a punição negativa também são vistas como consequências que controlam a ocorrência dos comportamentos, mas diferente do reforço positivo, eles reduzem ou interrompem a ocorrência do comportamento voltar a ocorrer mediante a privação de recompensa e/ou da apresentação de um estímulo aversivo (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

No reforço negativo, o sujeito aumenta ou mantém a probabilidade de ocorrência de um determinado comportamento em decorrência da remoção, ou evitação de um determinado estímulo no ambiente. Por exemplo, se na Caixa de Skinner o comportamento do rato de pressionar a barra for seguido da remoção de choque, sua suspensão reforça o comportamento de pressionar a barra. O estímulo retirado do ambiente recebe o nome de reforçador negativo (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

Além disso, o reforço negativo produz e mantém dois tipos de comportamento operantes: fuga e esquiva. Na fuga, um evento aversivo em ocorrência é interrompido, como, por exemplo, alguém que interrompe uma história que considera chata e fala que precisa ir ao banheiro ou ir embora porque tem outro compromisso. Já na esquiva, o estímulo aversivo é evitado ou seu contato é adiado. Nessa situação, a pessoa nem deixa a conversa com a outra pessoa ser iniciada, pois sai de cena antes (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

Para entender como esse comportamento funcionava, realizou-se um experimento com um rato em uma caixa, dividida em dois compartimentos, na qual um choque pode ser aplicado ao eletrificar o piso. Um temporizador é responsável por controlar a descarga elétrica, a cada 30 segundos, e só é desativada quando o rato muda de compartimento. Rapidamente, o rato aprende o comportamento de fuga e foge para o outro compartimento assim que o choque é aplicado. No entanto, se o temporizador for programado para zerar a cada vez que o compartimento for mudado, o rato muda de lado antes da ocorrência do choque, ou seja, aprende a se esquivar do choque (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

A punição é um tipo de consequência do comportamento cuja função é diminuir a chance de um comportamento voltar a ocorrer sem precisar retirar a consequência reforçadora. Assim como no reforço, a punição pode ser positiva (adição de um estímulo no ambiente) ou negativa (redução de um estímulo no ambiente) (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

Na punição positiva, o rato com um comportamento de pressionar a barra mantida pela disponibilização de comida recebe um choque, com a comida, quando emite esse comportamento. Consequentemente, o comportamento de pressionar a barra diminui ou deixa de acontecer. Já como exemplo de punição negativa, pode-se citar o delinquente que comete um assalto, vai preso (perde a liberdade) e passa a não cometer mais crimes depois disso (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

Apesar de, a primeira vista, a punição ser semelhante à extinção, por reduzir a probabilidade de ocorrência de um comportamento pela falta de acesso a reforçadores outrora disponíveis, apresentam características bem diferentes. Na extinção, a consequência reforçadora, que era produzida pelo comportamento, deixa de ocorrer por algum motivo, ao

contrário da punição em que a consequência reforçadora positiva para um determinado comportamento continua presente, porém, é adicionada uma nova consequência (estímulo punitivo ou aversivo) que retira os reforços contingentes de outros comportamentos (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

Outra diferença de punição e extinção está relacionada ao tempo que se leva para o comportamento em questão diminuir ou cessar. A punição extingue com rapidez o comportamento, enquanto a extinção produz uma redução na repetição do comportamento que se desenvolve gradativamente (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

Segundo Sidman (1989/1995), embora a punição de comportamentos indesejados ser mais imediata e fácil do que o reforço positivo dos comportamentos desejáveis, possui diversos efeitos secundários que a tornam pouco eficazes e, por isso, desaconselha-se seu uso (apud MOREIRA; MEDEIROS, 2019)

Dentre seus efeitos secundários, encontra-se: a eliciação de respostas emocionais (taquicardia, tremor, choro) ao se ligar com o estímulo aversivo; a diminuição ou eliminação de outros comportamentos que ocorrem próximo à apresentação do estímulo aversivo ou que são semelhantes ao comportamento punido; e o aparecimento de uma resposta contrária ao comportamento punido que impede sua repetição. Um exemplo deste último efeito colateral é o caso do rapaz que passa a entregar seu celular para o amigo cuidar quando ingere bebida alcoólica para evitar o risco de ligar para a ex-namorada e o seu namorado atual atender. O comportamento de entregar o celular para o amigo é um comportamento contrário ao comportamento de ligar, uma vez que diminui as chances de sua ocorrência (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

O contracontrole também é um tipo de efeito colateral provocado pelo controle aversivo. Ele se mostra como o comportamento de escapar do controle aversivo, sendo assim, é visto como uma oposição ao controle. Quando um radar de velocidade é colocado na estrada, ele tem a função de controlar a velocidade dos veículos por meio de uma consequência punitiva. Sendo assim, caso o motorista ultrapasse o limite de velocidade ele pode ser multado. Porém, como a punição só é aplicada ao passar em alta velocidade por esse radar, o motorista pode diminuir a velocidade e depois aumentá-la novamente, sem sofrer nenhum tipo de punição (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

Apesar de todos os efeitos colaterais expostos, o controle aversivo é muito utilizado em nossa cultura tanto para aumentar quanto para diminuir a probabilidade de um determinado comportamento voltar a ocorrer, pois extingue com rapidez o comportamento, apresenta



eficácia independente da privação do estímulo reforçador e facilidade de criar situações para formar ou manter um determinado comportamento desejado (MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

Os comportamentos conseguem produzir a diminuição, o adiamento ou a eliminação de estímulos aversivos do ambiente. Esses tipos de consequências interferem, por exemplo, no modo de fazer as coisas e nas justificativas que se dão as ações. Por isso, são utilizados por grupos sociais para controlar o comportamento dos seus membros através de leis, normas, regras, código de ética, regulamentos e estatutos (RANGÉ, 2011; MOREIRA; MEDEIROS, 2019).

Entretanto, existem outros procedimentos, ligados ao reforço positivo, sendo mais eficazes a longo prazo que o controle aversivo, como o uso do reforço positivo e extinção no lugar do reforço negativo e punição, utilização do reforçamento diferencial e aumento da frequência de reforçamento para comportamentos desejáveis, em vez de extinção dos comportamentos indesejáveis, já demonstrados no tópico anterior sobre reforço positivo.

## **2.2 Teoria Cognitiva**

Durante os anos 1960, quando as teorias psicanalíticas sofreram uma expansão em diversos territórios e dominaram tanto a psicologia clínica quanto a psiquiatria, Aaron Beck, psicanalista e pesquisador, decidiu investigar a ideia psicanalítica de que a depressão é causada por raiva internalizada por meio da investigação dos sonhos de pacientes deprimidos e não deprimidos. Segundo sua hipótese inicial, os sonhos dos pacientes deprimidos seriam mais hostis ou agressivos que os dos pacientes não deprimidos. Entretanto, não achou grandes diferenças ao avaliar os dois grupos e observou que os sonhos dos pacientes deprimidos estavam repletos de temas relacionados a fracasso, privação e perda (BECK, 2013).

Ao passo que escutava os seus pacientes deprimidos, notou que eles manifestavam cognições negativas e distorcidas (pensamentos e crenças) ligadas às emoções que levava a julgamentos de teor negativo sobre si mesmo, os outros ou o mundo e o futuro. Em vista disso, nos atendimentos com esses pacientes teve como foco a solução de problemas a partir da identificação, avaliação e resposta aos pensamentos distorcidos, e como resultado alcançou a redução do sofrimento dos pacientes e, conseqüentemente, sua melhora (BECK, 2013).

No fim da década de 1970, Beck e seus colegas estudaram os pacientes ansiosos e como viram que seu foco se diferenciava um pouco dos pacientes depressivos, acrescentaram em seu tratamento a avaliação dos riscos de situações temidas e seu enfrentamento para que pudessem ter a chance de avaliar suas distorções cognitivas de valorização do risco e desvalorização de

seus próprios recursos de lidar com esse risco, o que também demonstrou grande eficácia (BECK, 2013).

A partir dos estudos de depressão e ansiedade, Beck criou as bases necessárias para desenvolver uma nova forma de psicoterapia, inicialmente denominada de terapia cognitiva. A terapia cognitiva, hoje conhecida como terapia cognitivo-comportamental, é uma psicoterapia estruturada, de curta duração, com foco na solução de problemas atuais e modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais. Baseia-se no modelo cognitivo, pois acredita que as percepções influenciam as emoções e os comportamentos (BECK, 2013).

Entretanto, a terapia cognitivo-comportamental não segue um modelo linear, onde a situação desencadeia o pensamento e o pensamento produz uma consequência acompanhada de emoções, reações fisiológicas e comportamentos, há uma interação mútua entre o ambiente e os pensamentos, emoções e comportamentos do indivíduo. Tanto os pensamentos podem produzir emoções e comportamentos quanto emoções e comportamentos podem influenciar nos pensamentos e, conseqüentemente, alterar a percepção dos indivíduos (KNAPP, 2004).

O tratamento é fundamentado em uma formulação cognitiva que possibilita a compreensão das percepções e estruturação de crenças que ajudaram o paciente a sobreviver no ambiente. Nesse processo, elementos como o diagnóstico clínico, dados relevantes da infância e a identificação de emoções, comportamentos, pensamentos automáticos e crenças são fundamentais para seu conhecimento e sua construção é contínua (RANGÉ et al., 2011).

Como nos problemas psicológicos os pensamentos dos indivíduos se apresentam distorcidamente e rígida, os julgamentos são absolutos e generalizados e as crenças centrais e cristalizadas, a função da terapia não é só ensinar o paciente a identificar, avaliar e modificar seu pensamento, mas também tornar a percepção mais flexível e menos absoluta (KNAPP, 2004).

Para facilitar a identificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais e, conseqüentemente, a reestruturação cognitiva, seu tratamento conta com uma série de instrumentos e técnicas, como o Registro de Pensamento Disfuncional, um dos instrumentos mais conhecidos da terapia cognitiva. Por meio do registro diário de eventos, pensamentos, sentimentos e comportamentos, o paciente faz a identificação e conexão entre seus componentes e verifica a veracidade de seus pensamentos e crenças, possibilitando ao final do tratamento que o paciente consiga pensar em respostas adaptativas aos seus pensamentos negativos (RANGÉ et al., 2011).

Logo, pode-se dizer que o objetivo final da terapia cognitiva é reconstruir a cognição do paciente ao modificar seus pensamentos e crenças, a partir da avaliação do que sustenta ou não

essas crenças e de sua veracidade, para produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura (RANGÉ et al., 2011).

### 2.2.1 Pensamentos automáticos e crenças

O modelo cognitivo está relacionado com a forma com que o indivíduo interpreta as situações ou eventos sobre si, os outros e o mundo. Ele é composto por três níveis: o nível mais visível e de fácil acesso são os pensamentos automáticos, no segundo nível se encontra as crenças intermediárias e o terceiro nível, mais profundo dos três e de difícil acesso, é composto pelas crenças centrais (BECK, 2013).

Os pensamentos automáticos, tipo mais visível de pensamento, são breves, espontâneos, aparecem na mente em forma de pensamento, imagens e/ou recordação, podem ser ativados por eventos externos (esperar um telefonema) e internos (lembranças), tem teor positivo ou negativo e estão ligados diretamente com as emoções e o comportamento (BECK, 2013).

Em sua forma negativa, os pensamentos automáticos são classificados como erros de pensamento ou distorções cognitivas por apresentarem uma visão distorcida da realidade. Embora alguns desses pensamentos sejam verdadeiros, a maioria é falsa ou possuem uma pequena parcela de verdade. Segundo Aaron Beck (1976), apesar desse tipo de pensamento ser comum a todas as pessoas em certo grau, são as pessoas que apresentam algum tipo de transtorno mental que mais sofrem com suas consequências, como o caso da autossabotagem e baixa autoestima, que podem interferir em todas as áreas da vida da pessoa (apud BECK, 1997).

Judith Beck (2013), em seu livro *Terapia Cognitiva-Comportamental: Teoria e Prática*, cita doze erros cognitivos comuns:

1. Pensamento do tipo tudo-ou-nada: enxergar só duas perspectivas possíveis, boa ou ruim, para uma determinada situação;
2. Catastrofização: enxergar só os aspectos negativos ou desastrosos da situação, sem levar em consideração outras possibilidades de desfecho;
3. Desqualificação do positivo: as situações positivas são desconsideradas, em parte por conta da dificuldade de reconhecimento;
4. Argumentação emocional: acreditar que o que se sente é a única verdade;
5. Rotulação: tendência a rotular o outro isoladamente em decorrência de uma situação que ocorreu;
6. Magnificação e minimização: enxergar só as conquistas ou erros sobre si e o mundo;
7. Filtro mental ou abstração seletiva: focar em um detalhe negativo sem considerar a realidade na totalidade;

8. Leitura mental: utilizar adivinhações para interpretar o comportamento do outro, sem nenhuma outra evidência;
9. Supergeneralização: generalizar as conclusões negativas;
10. Personalização: se culpar pelo comportamento negativo dos outros;
11. Declarações do tipo “eu deveria” e “eu devo” ou imperativas: pensar em como as situações deveriam ter acontecido, deixando de lado como as coisas são de fato. Baseia-se em uma ideia rígida de que as pessoas devem se comportar de uma determinada maneira;
12. Visão em túnel: não enxergar nada além dos aspectos negativos de uma situação.

Tanto os pensamentos automáticos quanto as distorções cognitivas são cognições estruturadas por padrões cognitivos, conhecidos como tríade cognitiva, que envolvem a forma de pensar sobre si mesmo, os outros ou o mundo e o futuro. Esses pensamentos, na maioria das vezes, ocorrem de repente, de forma automática e incontrolável (BECK, 2013).

As crenças intermediárias, subjacentes aos pensamentos automáticos, são suposições condicionais, regras ou atitudes criadas pelo próprio sujeito para conseguir sobreviver as suas verdades, negativas e não-adaptativas sobre si, os outros e o mundo, conhecidas como crenças centrais. Contudo, ao desenvolver estratégias para enfrentar a crença, as reforça ainda mais (KNAPP, 2004).

As crenças centrais, também conhecidas como esquemas, são as ideias mais profundas, inflexíveis e fundamentais que o indivíduo tem de si mesmo, dos outros e do mundo. São construídas desde a infância, por meio da relação entre organismo e ambiente envolvida no processo de aprendizagem, e se fortalecem ao longo da vida, moldando a percepção e as reações emocionais e comportamentais do indivíduo (KNAPP, 2004).

Essas crenças centrais podem positivas ou negativas. As positivas e realistas são comuns na maioria da vida das pessoas. Já as crenças negativas ou disfuncionais só aparecem em momentos de sofrimento psicológico, com exceção dos casos de transtornos de personalidade em que se mantêm ativadas continuamente. São divididas em três grandes grupos: desamparo, desamor e desvalor (BECK, 2013).

O desamparo envolve crenças sobre ser desamparado, impotente, frágil, vulnerável, perdedor, vítima e necessitado. O desamor, crenças sobre ser incapaz de ser amado, indesejável, sem atrativos, imperfeito, rejeitado e abandonado. Já o desvalor, crenças sobre ser inútil, incapaz, inadequado, defeituoso, mau e sem valor (KNAPP, 2004)

Segundo Knapp (2004), o último objetivo da terapia cognitivo-comportamental é a modificação das crenças disfuncionais: elas influenciam diretamente o pensamento, sentimento e comportamento do sujeito.

## 2.3 Suicídio

Em 1998, a Organização Mundial da Saúde, criou um conceito geral, no qual define o suicídio como o ato intencional de tirar a própria vida com desfecho fatal. Contudo, no conceito de suicídio existem alguns comportamentos que não são fatais, mas que apresentam risco de suicídio. É o caso das tentativas de suicídio ou comportamentos suicidas que ocorrem por meio de autoagressões (envenenamento, automutilação, enforcamento, acidentes de trânsito e armas de fogo), pensamentos relacionados à morte e planejamentos e podem vir acompanhados ou não da intenção de morrer (BERTOLOTE, 2012).

Os comportamentos suicidas podem se desenvolver a partir de um processo intenso de planejamento que podem durar dias ou meses, quanto de uma atitude repentina que surge poucas horas ou minutos antes do ato (BARBAGLI, 2019). Além disso, eles dependem de fatores individuais, como a genética, o temperamento e história de vida, porém variam conforme os fatores sociais, de crenças, regras e normas, específicas de cada sociedade ou grupo social (DURKHEIM, 2000).

Segundo o Boletim Epidemiológico de “Mortalidade por Suicídio e notificações de Lesões Autoprovocadas no Brasil” realizado pelo Ministério da Saúde (2021), o suicídio é um significativo problema de saúde pública, uma vez que apresenta números alarmantes de mortes em diversas faixas etárias e atinge a sociedade na totalidade. A Organização Pan-Americana de saúde (2016) constata que a cada ano, aproximadamente, 800 mil pessoas tiram a própria vida e um número ainda maior apresenta tentativas de suicídio no mundo.

Trata-se, portanto, de um fenômeno complexo e multicausal que afeta o indivíduo e a sociedade na totalidade, independente da faixa etária, sexo, nível socioeconômico e cultura. Apesar de sua causa envolver um conjunto de fatores que vão desde os de natureza sociológica, econômica, política, cultural, psicológicos, psicopatológicos e biológicos, grande parte das pessoas que apresentam algum tipo de comportamento suicida é acometida por transtornos mentais, principalmente pela depressão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Contudo, nem sempre essa concepção foi tão clara assim. Em alguns lugares e períodos históricos, o suicídio foi considerado heroísmo, melancolia, pecado, crime e até considerado um fato semelhante à morte natural (BARBAGLI, 2019).

### 2.3.1 História do Suicídio

Desde a Pré-História, há registros de ocorrência de morte voluntária no Egito. Segundo relatos bíblicos, o suicídio era visto de forma neutra, algumas vezes sendo até mesmo valorizado. Já no período greco-romano, existem relatos de suicídios de grandes pensadores,

como Pitágoras e Sócrates, porém o ato era consentido apenas para os membros de determinadas classes sociais, proibido aos escravos e soldados (QUESADA et al., 2020).

Na antiga Roma, a morte voluntária era permitida para os homens livres por diversos motivos (doença, dor física, medo, o desejo de vingança, morte de um ente querido, acesso de loucura, um estupro ou uma derrota em batalha) desde que não fosse por enforcamento. Nessa época, o suicídio não era apenas tolerado, ele era considerado a mais alta forma de expressão da liberdade, a única que permitia aos seres humanos alcançarem e até superarem os deuses, destinados a ser imortais. Já no período do Império Romano, esse clima cultural começou a mudar. Alguns filósofos condenaram moralmente o suicídio, pois acreditavam que quem expulsa a alma do corpo com violência tem sua liberdade privada (BARBAGLI, 2019).

Uma importante mudança ocorreu também no direito. No período republicano, alguns romanos, acusados de um crime passível de pena capital e do confisco de bens, mataram-se antes da sentença, para evitar essas sanções, com base no princípio jurídico de que com a morte, o crime se extingue, assim fraudando o Estado. Em vista disso, implantou-se uma norma prevendo o confisco dos bens dos que se matavam ainda durante a tramitação do julgamento por um crime que incluía tal condenação (BARBAGLI, 2019).

No entanto, o rompimento com o universo cultural romano se iniciou quando o teólogo Agostinho (354 d.C. – 430 d.C.) criou as bases da ética cristã sobre o suicídio por meio da necessidade de dar resposta aos martírios e às virgens estupradas cometerem suicídios por vergonha ou para escapar de perseguições pagãs. Antes disso, os religiosos raramente tinham se pronunciado a respeito ou haviam se manifestado de maneira ambígua e hesitante (BARBAGLI, 2019).

Agostinho condenou energicamente o suicídio tanto dos martírios quanto das mulheres violentadas. Mas chegou também a conclusões mais gerais, em que definia a morte voluntária como uma má ação detestável e um crime condenável. Para isso, baseou-se no quinto mandamento (não matarás), argumentando que essa proibição se referia não só aos outros, mas também a si mesmo. Portanto, o suicídio não diferia do homicídio, ambos eram gravíssimos pecados contra Deus. Essa tese exerceu enorme influência sobre a doutrina da Igreja Católica e sobre as tomadas de posições oficiais. Porém, a doutrina da Igreja ganhou maior elaboração e enriquecimento com Tomás de Aquino (BARBAGLI, 2019).

Tomás de Aquino (1225-1274), baseado nas ideias de Agostinho de que a morte voluntária é um pecado grave porque descumpre o quinto mandamento, afirma que ela é ainda mais perigosa que o homicídio porque não deixa tempo para a penitência. Ao mesmo tempo, remetendo-se a Aristóteles, sustentou que o suicídio devia ser considerado ilícito por outros três

motivos. Primeiro porque segundo a lei da autopreservação todo ser humano deve amar a si mesmo. Segundo, porque todo homem faz parte de uma sociedade e, matando-se, comete uma injustiça contra ela. Terceiro pôr a vida ser um presente de Deus e quem se mata peca contra ele. Sendo assim, apesar de acreditar que o homem é dotado do livre-arbítrio e pode escolher livremente o que fazer, só pode ser usado para as escolhas da vida terrena (BARBAGLI, 2019).

Isso fez com que os estudiosos, por muitos séculos, considerassem o suicídio como pecado e um dos crimes mais graves que um homem poderia conseguir cometer. Alguns colocavam no mesmo plano de um assalto da pior espécie, outros iam além e o julgavam até mais grave do que o homicídio. Para eles, tirar a própria vida era um ato muito mais odioso e abominável do que matar outro indivíduo, uma vez que ao matar a si mesmo não se mata apenas o corpo, mas também a alma. Por esse motivo, as autoridades religiosas e civis os puniam severamente (BARBAGLI, 2019).

O processo se iniciava quando um cadáver era descoberto. Quem o descobria, devia informar as autoridades judiciárias, responsáveis pela identificação da causa do óbito. A partir do exame do cadáver e da interrogação de testemunhas, estipulavam se o óbito era um infortúnio, um homicídio ou suicídio e abriam uma ação penal contra o indivíduo que cometeu o crime (BARBAGLI, 2019).

Assim que a morte da pessoa era atribuída ao suicídio, começava um processo de desumanização de quem ousara tirar a sua vida, o qual expressava com força inaudita o horror, a repugnância e a aversão não só das autoridades civis e religiosas, mas de toda a população perante aquele gesto. O culpado era rebaixado ao nível de um animal qualquer e seu corpo sem vida despertava, ao mesmo tempo, medo e desprezo, e era tratado com deliberada brutalidade (BARBAGLI, 2019).

Frequentemente, as autoridades condenavam o indivíduo que tirou a própria vida à forca, como faziam com os homicidas vivos, para “morrer” uma segunda vez. Outras vezes, usavam formas de execução ainda mais degradantes: os corpos eram amarrados de cabeça para baixo no alto de uma árvore ou jogado ao rio em um barril, o cadáver era estrangulado, decapitado, mutilado ou esquartejado e, se fosse mulher, seu corpo era queimado (BARBAGLI, 2019).

No caso do enforcamento, o processo de desumanização e degradação não terminava com o ato. Depois da execução, o cadáver continuava pendurado na forca, às vezes por seis horas, às vezes por vinte e quatro horas, às vezes por vários dias. Segundo De Damhouder, isso ocorria devido ao gosto pelo espetáculo, para os olhos das pessoas, para que pudessem ver quem matara a si mesmo tirando a própria vida (BARBAGLI, 2019).

Em toda a Europa, o corpo do suicida era submetido a vários outros ritos de profanação e desconsagração. Se fosse encontrado em casa, às vezes era jogado à rua pela janela ou do alto do telhado. Preso a espera do processo, era conservado em sal ou embalsamado. Depois da sentença, era arrastado ao longo das ruas, praças e campos da cidade por um cavalo ao qual vinha amarrado, pelos pés ou pelo pescoço, por uma corda grossa. Realizava-se esse rito mesmo quando o corpo estava em estado de putrefação avançada, colocando-o dentro de um saco ou substituindo-o por um manequim. Essa encenação tinha duas finalidades: a primeira era a de enlamear o cadáver, pois se considerava que dentro de um corpo enlameado só podia se alojar uma alma pervertida pelo demônio, e a segunda era a de expô-lo ao desprezo e escárnio de toda a população (BARBAGLI, 2019).

Apesar disso, a punição utilizada com maior frequência contra os suicidas se referia ao local e ao rito de sepultamento. Por longo período e em culturas muito diferentes, a decisão sobre o lugar e a forma de enterrar o corpo estabeleceu um poderoso e eficiente símbolo de inclusão ou exclusão (BARBAGLI, 2019).

Normalmente, os corpos dos fiéis eram seguidos por uma procissão religiosa solene, antes até a igreja, onde se celebrava uma missa, muitas vezes acompanhada de cânticos, e depois até o cemitério, onde era sepultado em terra consagrada, perto dos outros. Por outro lado, os corpos dos suicidas eram enterrados fora das cidades, longe dos vivos, das igrejas e das tumbas dos santos, assim como era feito com os hereges, homicidas e aos autores de crimes graves (BARBAGLI, 2019).

Algumas vezes ainda esses corpos eram pendurados no local da morte e deixados a mercê dos ventos, servindo de comida para os animais; jogados no local onde se deixavam os animais mortos; abandonados na estrada, num cruzamento, com o corpo atravessado com uma estaca ou numa tumba indicada por um pequeno monte de terra, para que fosse pisoteada pelos pedestres; e enterrados embaixo de uma carrada de pedras, montanha e areia, para servir como advertência aos outros para que evitassem essas práticas consideradas malditas (BARBAGLI, 2019).

Em outros lugares, as punições eram muito menos severas. Os corpos dos suicidas podiam ser enterrados no cemitério em uma área separada dos outros corpos, cercada por muros e sem entrada, de modo que era preciso passar o cadáver por cima dele ou enterrados no cemitério com os outros, mas sem as cerimônias religiosas (BARBAGLI, 2019).

Além dos que tiravam a própria vida, as autoridades civis e, às vezes, as religiosas processavam e condenavam também os que tentavam, mas não conseguiam. Porém, nesses casos, não havia um consenso de pena. O culpado podia ser condenado a uma pena monetária



(confisco de bens), tortura (açoitamento, detenção a comida e bebida), trabalho forçado, humilhação pública (ficar de pé em um banquinho da vergonha durante os ofícios religiosos), exílio e condenação à prisão até que a pessoa se convencesse de que a proteção da sua vida era um dever para com Deus, para com o Estado e para consigo mesma e declarasse total arrependimento, se não ganhava pena de morte (BARBAGLI, 2019).

Após a Idade Média, a atitude dos magistrados e de outras camadas sociais mudou e as penas contra os suicidas se tornaram cada vez menos severas. Em 1680, os juízes e os pastores consideraram com frequência crescente a morte voluntária como uma doença da alma e não mais como uma revolta contra Deus (BARBAGLI, 2019).

Nas últimas décadas do século XVII e, durante o século XVIII, tornou-se cada vez mais raro observar o cadáver de um suicida arrastado pelas ruas da cidade. Além disso, o costume de confiscar os seus bens foi completamente abandonado e a negação da sepultura cristã perdeu grande parte da sua importância. Já no século XIX, apesar dos membros da Igreja ainda acreditarem que o suicídio ia contra a ordem natural de preservação da vida, reconheceram que os transtornos mentais, a angústia e a tortura podiam amenizar a responsabilidade dos suicidas para com si mesmo, os outros e Deus. No entanto, foi nessa mesma época que os estudiosos começaram a perceber um grande aumento no número de suicídios que começou nos países da Europa Ocidental (BARBAGLI, 2019).

Depois de 1680, verificaram-se na Inglaterra inúmeros casos de mortes voluntárias entre pessoas pertencentes às classes mais elevadas, como condes, baronetes, cavaleiros, ricos burgueses, profissionais liberais, editores, altos prelados, funcionários do Estado e até um ministro. Estudiosos e publicistas começaram a falar do “mau inglês” e indagar sobre suas causas. Um dos primeiros foi William Congreve, que em 1698 afirmou que havia na Inglaterra um número de “homicídios de si mesmo e de lunáticos melancólicos” muito maiores do que nos outros lugares (BARBAGLI, 2019).

Logo, porém, os observadores mais atentos perceberam que o “mal inglês” não se restringia só a Inglaterra, chegara ou estava chegando também a outros países europeus, como a França. Ao contrário da Inglaterra, na França os suicídios se concentravam nas classes inferiores e eram cometidos principalmente nos celeiros e nos quartos alugados (BARBAGLI, 2019).

Os dados estatísticos disponíveis indicam que, na Europa, dos meados do século XVIII aos meados do século XIX, sempre houve um número de mortes superior aos homens em comparação com as mulheres, mas em ambos os casos houve variações de frequência em relação ao espaço e tempo. Quanto à idade, o número de suicídios era raríssimo na infância, sua

frequência começava a subir na adolescência, a partir dos dezesseis anos, e continuava crescendo até os oitenta anos (BARBAGLI, 2019).

Esse grande aumento do número de suicídios não se deve apenas, nem principalmente, a diminuição da integração (quantidade e força dos vínculos sociais) e regulamentação social (normas e regras), proposta por Durkheim, mas pela crise e declínio daquele conjunto de normas, sanções, crenças, símbolos e ritos, de categorias interpretativas, de repertórios no modo de pensar e agir que, durante muitos séculos, haviam desencorajado os homens e mulheres da Europa de tirarem a própria vida (BARBAGLI, 2019).

Com o crescimento da perspectiva científica na abordagem do suicídio, os estudos sobre este tema nas Ciências Humanas, na Estatística, na Bioética e nas Neurociências aumentaram significativamente. Esse movimento abriu caminho para que, na década de 1990, a Organização Mundial da Saúde reconhecesse o suicídio como um problema de saúde pública (BOTEGA, 2015).

### 2.3.2 Suicídio no Brasil

A Associação Brasileira de Psiquiatria (2014) afirma que o Brasil se encontra na oitava posição dos países que apresentam as maiores taxas de suicídio. No ano de 2012, foram notificadas quase 12.000 mortes, aproximadamente 30 mortes por dia, em sua maioria homens, representando um aumento de 10,4% de mortes, sendo mais de 30% entre os jovens, comparado com o ano de 2000.

Já em uma pesquisa mais recente relatado em um boletim epidemiológico feito pelo Ministério da Saúde (2021), é possível observar que esses números aumentaram e tendem a aumentar cada vez mais em todas as regiões do Brasil. Entre os anos de 2010 a 2019, o Brasil notificou 112.230 mortes por suicídio, apresentando um aumento anual de, aproximadamente, 45% de mortes.

Em relação ao sexo, os homens apresentaram um risco quatro vezes maior de morte por suicídio comparado com as mulheres, porém, houve um aumento em ambos os sexos. Quanto à faixa etária, houve uma elevação das taxas de suicídio em todas as fases da vida, principalmente entre os adolescentes, além disso, ao analisar o número de mortes por suicídio entre os estados brasileiros, é possível observar que os estados da região sul do país, sobretudo o Rio Grande do Sul e Santa Catarina, apresentam os maiores números de mortes por suicídio comparado com a média nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Quanto aos comportamentos suicidas, conhecidos como tentativas de suicídio, em 2019 foram registradas 124.709 autoagressões no país, representando um acréscimo de 40% em

relação a 2018. Nesse quadro, as maiores vítimas foram às mulheres e indivíduos entre 20 a 39 anos. Além disso, aproximadamente um terço dos indivíduos possuía ensino médio completo ou incompleto e sua maior prevalência foi entre indivíduos de cor branca (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Os dados mostram, ainda, que a maioria dos casos ocorreu na própria residência das vítimas, a repetição do evento foi registrada em quase metade dos casos e os meios mais comuns de notificações de autoagressões são o envenenamento, seguido pelos objetos perfurocortantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Entretanto, esses números brasileiros devem ser analisados com cautela, uma vez que o suicídio e as tentativas de suicídio são eventos estigmatizados e subnotificados. O estigma em relação ao tema do suicídio e da saúde mental como um todo, dificulta a procura por ajuda pelos indivíduos em sofrimento e, conseqüentemente, contribui para o aumento das taxas de suicídio, o que explica em parte o aumento dos índices brasileiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

### 2.3.3 Tipos de suicídio

Uma das primeiras classificações sobre as tipologias do suicídio foi realizada por Henry de Bracton, um inglês jurista do século XIII, que classificou as pessoas que tiravam a própria vida em três tipos: os suspeitos de crimes, os deprimidos e os loucos e imbecis. Os suspeitos de crime tiram a própria vida como forma de escapar de alguma pena legal acometidas por serem acusados de cometer determinado crime. Os deprimidos são aquelas pessoas que vivem em um estado de tristeza frequente e que não veem um sentido na vida. E os loucos e imbecis são aqueles que não são acometidos por uma tristeza frequente, mas apresentam paranoias e/ou desejo de morrer que aparecem repentinamente (BARBAGLI, 2019).

Apesar de várias outras classificações serem feitas por antropólogos, sociólogos e psicólogos, a única que se afirmou sendo utilizada diversas vezes é a de Durkheim que conjectura quatro tipos de suicídio: altruísta, egoísta, anômico e fatalista. Ao invés de focar nas semelhanças e diferenças de finalidades dos que tiram a própria vida, Durkheim classifica o suicídio a partir de suas causas, ligadas a integração (quantidade e força dos vínculos sociais) e regulamentação social (normas e regras) (BARBAGLI, 2019).

No suicídio altruísta, mais presente nos povos primitivos ou sociedades inferiores, há uma rigorosa submissão do indivíduo a um determinado grupo devido à obediência e opressão do coletivo. Neste contexto, o ato de causar a própria vida não é visto como um direito, mas sim um dever do indivíduo perante o grupo. O suicídio egoísta, característico da sociedade moderna, é cometido por indivíduos que se encontram isolado dos grupos sociais, como família,

amigos e comunidade, por não estarem suficientemente integrados à sociedade. O suicídio anômico, também característico da sociedade moderna, decorre de tragédias naturais ou sociais, como, por exemplo, a modernização, industrialização e desemprego. Já o fatalista é aquele cometido pelas pessoas privadas de seus desejos por uma disciplina opressiva, marcado por um futuro fechado, como no caso dos escravos (BARBAGLI, 2019).

Ainda, no seu livro *O Suicídio: Estudo de Sociologia*, Durkheim discorre sobre as formas individuais de suicídio que variam conforme seus tipos. O suicídio egoísta se relaciona à apatia e a melancolia, o altruísta ao sentimento de dever e o anômico a irritação por queixas contra a vida (DURKHEIM, 2000).

Contudo, a integração e a regulamentação social não são as únicas e mais importantes causas que influenciam nas taxas de suicídio, o que torna essa visão restritiva, desviante e, conseqüentemente, sem grande utilização atualmente. Em vista disso, no livro *O Suicídio no Ocidente e Oriente*, Barbagli (2019) traz uma tipologia fundamentada na finalidade do indivíduo e no significado atribuído ao seu gesto, sem desconsiderar as pessoas pelas quais e contra as quais se tira a própria vida.

Na primeira dimensão existem dois tipos de suicídio: o egoísta e o altruísta. Apesar de levar o mesmo nome dado por Durkheim, são baseados nas ideias do alienista londrino Georgy Henry Savage que considera apenas as finalidades dos indivíduos e não suas causas sociais. Já na segunda dimensão, encontram-se outros dois tipos que se relacionam com suas causas que podem ser pessoais ou coletivas (política e religiosa) (BARBAGLI, 2019).

A aceitação da sociedade pela morte voluntária se relaciona com sua tipologia e elas variam conforme sua idade, gênero, estado civil e classe a qual pertencem. Existem algumas tipologias consideradas mais nobres do que outras, como, por exemplo, o suicídio altruísta e a arma de luta. Nesses suicídios, o outro é colocado em primeiro lugar e, por isso, tende a ser mais aceito (BARBAGLI, 2019).

#### 2.3.4 Fatores de risco e de proteção

Segundo a cartilha “Suicídio: Informando para Prevenir”, produzida pela Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), os principais fatores de risco vinculados aos comportamentos suicidas são as tentativas prévias de suicídio e doenças mentais que, geralmente, não são diagnosticadas e não são tratadas ou não são tratadas da maneira mais apropriada.

As doenças mentais mais frequentes são a depressão, ansiedade, bipolaridade, dependência química, transtornos de personalidade e esquizofrenia. Segundo Barbagli (2019), indivíduos com transtorno da personalidade borderline e esquizofrenia tendem a se matar até

oito vezes mais em comparação com o resto da população e esse risco aumenta em indivíduos que sofrem de depressão maior e de transtorno bipolar, por apresentarem um estado patológico de melancolia e impulsividade, ou que apresentam múltiplas comorbidades psiquiátricas. Portanto, um indivíduo com transtorno bipolar que também seja dependente químico terá um risco ainda maior de apresentar comportamentos suicidas se comparado com um indivíduo que apresente só um tipo de doença mental (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Esses indivíduos compartilham características psicológicas e comportamentais semelhantes, como traços expressivos de agressividade, alteração de humor, sentimentos de desesperança, desespero e impulsividade, observada principalmente entre os jovens e adolescentes, além de estresse, ansiedade intensa, perfeccionismo, vergonha, baixa autoestima, rigidez cognitiva, pensamentos distorcidos, crenças centrais disfuncionais (desamor, desvalor e desamparo), pouca flexibilidade para enfrentar adversidades, déficits na resolução de problemas, comportamento retraído e/ou timidez, alteração na alimentação e sono, desejo súbito de organizar documentos pessoais e escrever testamento ou cartas de despedida e menção repetida sobre o desejo de morte (MEDEIROS; PADILLA, 2016).

Outros fatores de risco referentes ao suicídio são a faixa etária, o gênero, histórico de doenças clínicas não psiquiátricas, histórico familiar, as experiências adversas ocorridos na infância e na adolescência e os fatores sociais e culturais (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Em relação à faixa etária, as mortes e os comportamentos suicidas costumam apresentar índices mais altos entre os jovens e adolescentes, apesar de os idosos terem elevado seus índices nas últimas décadas. Isso se deve ao fato de que os jovens são envolvidos por motivações mais complexas, como o humor depressivo, abuso de drogas e problemas emocionais, familiares e sociais (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Apesar das mortes por suicídio apresentarem altas taxas em indivíduos do sexo masculino, as tentativas de suicídio são maiores em indivíduos do sexo feminino, pelo fato de que, ainda hoje, existir pouco apoio da sociedade aos homens devido ao estigma social de que os papéis masculinos são sinônimos de força, independência e comportamento de risco, ao contrário dos papéis femininos que são mais sensíveis e fracos. Além disso, existem evidências de que os conflitos sobre identidade sexual também aumentam o risco de comportamentos suicidas, porém na declaração de óbito só constam as opções de gênero feminino e masculino, excluindo a opção de orientação sexual, dificultando sua averiguação (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Já as doenças clínicas não psiquiátricas, relacionam-se ao suicídio independentemente a outros fatores de risco, como a depressão e o uso e abuso drogas lícitas e ilícitas. As doenças com maiores taxas de suicídio são o câncer, HIV, doenças neurológicas (esclerose múltipla, Parkinson, epilepsia), doenças cardiovasculares, doença pulmonar, doenças reumatológicas (lúpus), e, principalmente, doenças crônicas, pois apresentam comorbidades concomitantes com os transtornos mentais (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

O risco de suicídio também aumenta quando há histórico familiar de suicídio ou tentativa de suicídio, experiências adversas na infância e adolescência - abusos, negligência, divórcio dos pais, perdas recentes e suicídio de figuras proeminentes ou conhecida -, e em casos de migração, extrema pobreza, desemprego, desqualificação profissional e isolamento social (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014).

A cultura é um elemento social que influencia diretamente na decisão de um indivíduo tirar a própria vida, pois reúne um conjunto de características específicas sobre o modo de viver e se relacionar de um grupo que interferem na percepção de si, dos outros e do mundo. Conseqüentemente, influenciam a maneira de sentir e lidar com as próprias emoções, a forma de se comportar perante o outro e reagir a situações de ameaça e estresse (BARBAGLI, 2019).

Logo, para prevenir o risco de suicídio e, conseqüentemente, proporcionar qualidade de vida e bem-estar ao indivíduo, é necessário que os fatores de proteção, recursos pessoais ou sociais, como autoestima, suporte familiar, laços sociais, religiosidade, ausência de doenças, escolaridade e emprego, capacidade de adaptação e resolução de problemas, além do acesso a serviços de saúde mental, estejam bem estabelecidos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

### 2.3.5 Aspectos cognitivos do comportamento suicida

Os pacientes com comportamentos suicidas expressam crenças distorcidas sobre si mesmos, o mundo e o futuro. Ainda que essas cognições não sejam exclusivas dos pacientes suicidas, algumas pesquisas empíricas demonstram que esses indivíduos apresentam mais atitudes disfuncionais comparativamente a outros pacientes psiquiátricos e a prática de comportamentos disfuncionais está relacionada com a ideação suicida (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

Segundo Aaron Beck (1976), os pacientes depressivos tendem a ter uma visão negativa disfuncional de si mesmo, dos outros e do futuro, além de uma elevada autocrítica, responsáveis por causar emoções como tristeza, medo, desespero e raiva. Esses pacientes enxergam a si mesmos como desajustado, sem valor, defeituoso, doente ou carente; o mundo como desafiador

que o cobra a mais e coloca diversos obstáculos que o impede de alcançar seus objetivos; e não veem esperança de que algo possa melhorar no futuro (BECK; RUSH; SHAW; EMERY, 2012).

No livro *Terapia Cognitivo-Comportamental para Pacientes Suicidas* de Wenzel, Brown e Beck (2010), as crises suicidas são explicadas por meio de alguns construtos psicológicos característicos do indivíduo suicida, como a desesperança, os pensamentos relacionados ao suicídio, a impulsividade, a dificuldade na resolução de problemas e o perfeccionismo.

A desesperança é uma percepção ou crença negativa que faz o indivíduo ver o futuro como sombrio e os problemas sem solução, gerando pensamentos do tipo “não aguento mais”, “Nada vai melhorar” e “estou sozinha”. Segundo estudiosos, a desesperança pode ser vista de duas formas: estado ou traço. Na forma de estado, a desesperança pode aparecer em qualquer momento. Já no formato de traço, a desesperança se mostra como expectativas negativas quanto o futuro que permanece estável por um determinado período. Quanto mais intenso o traço de desesperanças, menos experiências adversas serão necessárias para provocar uma crise suicida ou um estado de desesperança (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

Aaron Beck explica que como os indivíduos com comportamentos suicidas experimentam conteúdos cognitivos distorcidos e processam informações relevantes às preocupações atuais de uma forma alterada, tendem a se fixar em conteúdos negativos ou desadaptativos, em vez de conteúdos positivos ou adaptativos, o que reforça cada vez mais suas crenças desadaptativas e estratégias de negação ou evitação ao lidar com os problemas (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

A Organização Mundial de Saúde destaca outros três traços psicopatológicos semelhantes no estado mental dos suicidas: a ambivalência, a rigidez e a impulsividade. Na ambivalência os desejos de vida e de morte se confundem. O indivíduo sente urgência em acabar com seu sofrimento por não enxergar esperança em sua vida, porém luta para sobreviver. A impulsividade, geralmente, é o fator que antecede a tentativa ou o ato suicida, podendo ser desencadeada por eventos psicossociais negativos, como rejeição, fracasso, falência e morte de um ente querido. Já a rigidez é expressa na forma de pensamentos, sentimentos e ações restritivas, onde a morte é vista como única solução (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Em vista disso, os indivíduos suicidas apresentam um funcionamento psíquico que gira em torno de uma visão trágica e sem saída dos problemas, medos irracionais e preocupações excessivas, sofrimento intenso, culpa e ausência de planejamentos para o futuro, impulsionando a ideação suicida e favorece as tentativas de tirar a própria vida (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

É importante ressaltar que a presença de qualquer um desses construtos não assegura que o indivíduo irá adotar um comportamento suicida de fato, porém a interação dos fatores de vulnerabilidade, percepções distorcidas e estressores de vida aumentam a probabilidade de que os esquemas de suicídio sejam ativados. Essa ativação não garante que a pessoa irá se engajar em um ato suicida, é a interação de cognições relacionadas ao suicídio que eleva as chances de uma pessoa se engajar em um ato suicida (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

### 2.3.6 Adulto jovem e suicídio

Antes da metade do século XX, a fase adulta para o homem era marcada pela sua saída da escola, procura de um emprego estável e construção de uma família (casamento e filhos), já para as mulheres, o caminho habitual era mais estreito, sendo o casamento considerado seu marco (PAPALIA; FELDMAN).

A partir da década de 1950, a revolução industrial e tecnológica tornou a formação acadêmica cada vez mais essencial devido à procura de mão de obra qualificada, o que fez com que mulheres e homens colocassem como prioridade a educação ou oportunidades vocacionais superiores e deixassem o casamento e nascimento do primeiro filho para o segundo plano. Hoje, a passagem para a vida adulta é estabelecida por diversas etapas, como o ingresso, a faculdade, saída da casa dos pais, casamento, filhos, que variam conforme o tempo e o espaço (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Demarcar o início da fase adulta é uma questão que gera controvérsias, porém, para a maioria das pessoas, existem três critérios que a definem: responsabilidade, liberdade e independência. Em vista disso, alguns cientistas do desenvolvimento sugerem que, nos países industrializados, o início da vida adulta é a passagem da adolescência para a idade adulta e compreende o período dos 18 aos 21 anos (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

O início da vida adulta é visto como um período da vida em que os adultos jovens podem descobrir quem são em decorrência da explosão de novas possibilidades que essa fase proporciona. Entretanto, a responsabilidade de contar consigo mesmo e de se sustentar financeiramente pode ser esmagadora e, conseqüentemente, pode gerar problemas de saúde mental. Apesar de essas características serem bem marcantes no início da vida adulta, continuam presentes nos próximos anos da vida adulta jovem que vai dos 21 aos 40 anos (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Ao nível de desenvolvimento físico, apesar dos adultos jovens geralmente desfrutarem de boa saúde, cada vez mais padecem de uma série de riscos de problemas físicos e mentais decorrentes da genética e, principalmente, de fatores comportamentais, como alimentação,



tempo de sono adequado, atividade física, estresse, tabagismo e uso de álcool e drogas (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Os problemas físicos mais comuns relacionados a essa fase da vida são artrites e outros transtornos musculares e esqueléticos que limitam as atividades, obesidade ou sobrepeso, transtornos de alimentação, doenças cardíacas e respiratórias, aumento do nível de colesterol, diabete e câncer. Já os problemas relacionados à saúde mental são a esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, depressão maior e abuso de álcool e drogas (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Ao nível de desenvolvimento cognitivo, contam com um pensamento reflexivo e pós-formal que os faz serem mais flexíveis em relação à ideia de perfeição e crenças, conhecimento prático, raciocínio moral e a capacidade de ter uma inteligência emocional bem desenvolvida (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Já em relação ao seu meio social e profissional, é uma fase marcada por uma transição da escola para a faculdade, a entrada no mercado de trabalho, o rompimento de laços com os pais, amizades menos estáveis, vários tipos de relacionamentos (solteiro, concubinato, casamento), divórcios e novos casamentos e a paternidade/maternidade (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A Cartilha de Suicídio na Pandemia Covid-19, produzido pela FioCruz Brasília (2020), afirma que, no Brasil, o adulto jovem é o grupo com as maiores taxas de tentativa de suicídio devido aos fatores de risco próprios dessa fase da vida, como a vulnerabilidade financeira, isolamento social e abuso de drogas que foram acentuados pela COVID-19 em razão do isolamento social.

## **2.4 Serviço de Urgência e Emergência**

### **2.4.1 Sistema Único de Saúde**

Antes da concretização do SUS, o Brasil passou por diversos sistemas de saúde, como a Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública e o Instituto Nacional de Previdência Social, que tinham suas práticas determinadas por interesses econômicos e atendia apenas uma parcela da população. Esses sistemas percebiam a saúde unicamente como a ausência de doenças, por isso, baseavam-se no diagnóstico, tratamento e cura das doenças (SOUZA, 2002).

Em meados da década de 80, esse modelo de assistência médica, ao procurar soluções para se recuperar de um período de crises frequentes, começou a se aproximar cada vez mais de um atendimento universal e descentralizado, chamado de SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) (SOUZA, 2002).

Contudo, a crise não passou e se iniciou no país um Movimento de Reforma Sanitária que envolvia um conjunto de ideias destinadas a mudanças e transformações relacionadas a uma visão democrática do setor de saúde. E, foi assim, que em 1988, a Constituição Federal implantou no país o SUS através da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 e nº8.142 que regulamentam as ações prestadas pelos serviços de saúde em todo território nacional e estabelecem os princípios (universalidade, integralidade e equidade), diretrizes (descentralização, regionalização e hierarquização e participação da comunidade) e objetivos (identificar e divulgar os fatores condicionantes da saúde, formular a política de saúde e promover a assistência às pessoas com ações que promovam e recuperem a saúde) do SUS (SOUZA, 2002).

Desta forma, o atendimento do SUS é separado em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. A atenção primária ou básica é formada pelas Unidades Básicas de Saúde, sendo considerada a porta de entrada do SUS por apresentar caráter preventivo através da realização de procedimentos mais simples, como vacinação, curativos, consultas e exames, além de visitas domiciliares às famílias, uma vez que apresenta caráter preventivo. A atenção secundária ou de média complexidade, composta por Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Hospitais Escolas, atende casos de doenças crônicas e agudas e faz intervenções especializadas a traumas, fraturas e derrames. Já na atenção terciária ou de alta complexidade, encontram-se os Hospitais, onde são realizados procedimentos mais invasivos e com maior risco à vida (PAIM, 2016).

Ainda que os níveis de atenção à saúde apresentem características próprias e específicas, para que os princípios, as diretrizes e os objetivos do SUS possam ser cumpridos, precisam desempenhar um trabalho conjunto e humanizado. Em vista disso, em 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH) que mudou a forma do gerenciamento das redes e cuidado ao usuário e aos profissionais de saúde por meio das diretrizes de clínica ampliada para além da doença, garantindo a qualidade de vida, gestão compartilhada (compartilhamento de análises e decisões entre a equipe de saúde), visibilidade do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários, rede de cuidado e ambiente organizado e acolhedor e acolhimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

#### 2.4.2 Acolhimento na Urgência e Emergência

O acolhimento é uma das diretrizes mais importantes da Política Nacional de Humanização criada em 2003 para assegurar um atendimento de qualidade e humanizado tanto para seus usuários quanto para os trabalhadores em seu processo de gestão. Segundo o

Ministério da Saúde (2009), o acolhimento indica uma atitude de aproximação e inclusão por meio do atendimento, escuta e aceitação global do usuário atendido, permitindo uma escuta atenta, individualizada e sem discriminação que favorece a partilha, ideias, angústias e invenções, e, conseqüentemente, a formação de um vínculo baseado na confiança e compromisso entre os usuários e seus serviços.

Em vista disso, é possível perceber que o acolhimento não ocorre ou pelo menos não deveria ocorrer apenas na chegada do paciente na unidade de saúde ou no momento de triagem, mas sim se expandir a todos os serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O profissional de saúde, de qualquer área de atenção, precisa ter em mente que o acolhimento é um momento onde serão compartilhados ideias, angústias, sofrimentos, medos, expectativas, além da identificação de risco e vulnerabilidade do usuário através da avaliação do grau físico e psíquico. Nas áreas de urgência e emergência, essa classificação de risco e vulnerabilidade é de extrema importância para se definir a prioridade do cuidado, uma vez que são locais que geralmente tem uma grande fila de espera. No entanto, nem sempre o acolhimento considera o grau psíquico de sofrimento do sujeito, levando mais em conta a doença do que o sujeito e suas necessidades, devido à alta demanda de tarefas e a falta de uma escuta especializada e universal por parte dos profissionais, que gera problemas ao nível de encaminhamentos a outros profissionais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

#### 2.4.3 Atendimento ao comportamento suicida

Como já dito anteriormente, existe um alto índice de suicídios no Brasil e, por isso, não é raro se deparar com um caso de tentativa de suicídio por intoxicação, feridas e traumas nas áreas de saúde, principalmente nos setores de urgência e emergência. Assim sendo, o entendimento sobre comportamento suicida, avaliação, abordagem e acompanhamento de uma pessoa com comportamento suicida são temas essenciais para a proteção da mesma e da família, uma vez que auxilia os profissionais de saúde na prevenção, identificação precoce e intervenção (SECRETARIA DE SAÚDE, 2021).

Quando a pessoa com comportamento suicida procura uma unidade de saúde devido ao seu sofrimento em forma de palavras ou atos, como o comportamento suicida, é inicialmente realizado o acolhimento por um dos profissionais da unidade, por meio de uma escuta empática e sem julgamentos, que permite uma melhor compreensão da crise suicida, identificação de fatores de risco - tentativas anteriores, transtornos mentais, histórico de suicídio na família, pensamentos atuais de morte, ideação e planos suicidas, autolesão sem intenção suicida, emoções, características pessoais de impulsividade e tolerância à frustração, eventos

estressores, presença de doenças crônicas e queixas somáticas diversas - e de proteção – estrutura familiar e fatores socioculturais –, a análise da necessidade clínica ou cirúrgica para realizar o direcionamento a urgência e emergência, além da amenização do sofrimento do indivíduo em crise e a construção do vínculo entre profissional (SECRETARIA DE SAÚDE, 2021).

Segundo o Guia Intersetorial de Prevenção do Comportamento Suicida (2019), realizado pelo Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio do Estado do Rio Grande do Sul, a coleta de informações, tanto físicas quanto psíquicas, sobre o paciente permite ao profissional de saúde realizar a avaliação de risco em baixo, médio ou alto. Os casos de risco baixo apresentam autoagressão, ideação suicida sem plano e não envolvem histórico de tentativa. Os casos de risco médio apresentam ideação suicida frequente e persistente, sem plano, histórico de tentativas, ausência de impulsividade ou abuso de álcool e drogas e podem não apresentar autoagressão. Já os casos de risco alto, a ideação suicida é frequente, persistente, com plano, há ameaça ou tentativa, histórico de tentativa e fatores agravantes (rigidez, impulsividade, desespero, abuso de drogas e até alucinação). O acolhimento em conjunto com a avaliação de classificação de risco dá abertura para o oferecimento de suportes, como o direcionamento a tratamentos especializados em saúde mental para avaliação e acompanhamento de longo prazo em casos de médio e alto risco.

Os responsáveis por estabilizar e acompanhar os casos de médio e alto risco são os setores de urgência e emergência que disponibilizam de instrumentos e profissionais especializados. Sendo assim, além de conseguirem fazer uma intervenção clínica, cirúrgica ou ortopédica imediatamente após tentativa de suicídio, conseguem realizar uma observação constante durante a estadia da pessoa no serviço (SECRETARIA DE SAÚDE, 2021).

Além disso, os pais ou pessoas próximas são contatados para ser realizada uma orientação quanto à conduta suicida e a necessidade de vigilância. Nesse processo, também é necessário que o acolhimento esteja presente, uma vez que esse familiar também passa por uma fase de sofrimento e intensas emoções após a tentativa de suicídio de alguém próximo (SECRETARIA DE SAÚDE, 2021).

Para o atendimento desse público, os profissionais de saúde precisam ter em mente que o indivíduo com comportamento suicida está em sofrimento e o fato de tentar o suicídio não a faz ser uma pessoa mais fraca ou covarde e egoísta, seu comportamento é um pedido de socorro. Em vista disso, a pessoa que tenta suicídio deve ser acolhida e ouvida sem julgamentos para que se evitem futuras tentativas e a concretização do ato (SECRETARIA DE SAÚDE, 2021).

### **3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1 Tipo de pesquisa**

Por muitos anos, o homem utilizou o conhecimento do senso comum - um tipo de conhecimento superficial, espontâneo e instintivo, sem um aprofundamento crítico e racionalista - para interpretar a si e o mundo em que reside por não saber explicar a causa e a relação entre os fenômenos. Entretanto, no decorrer dos anos, o homem deixou de ser visto como um ser passivo, a mercê da natureza, para ser visto como um ser ativo, o que fez com que surgisse a necessidade de elaborar outro tipo de conhecimento, baseado na ciência, que ficou conhecido como conhecimento científico (KOCHE, 2011).

O conhecimento científico é o conhecimento elaborado a partir da pesquisa e tem como característica essencial o método científico que permite testar e validar hipóteses por meio da experimentação e coleta de dados (SEVERINO, 2013). A metodologia descreve o processo da pesquisa e pode ser classificada quanto à sua natureza, abordagem, objetivos e procedimentos técnicos (GIL, 2017).

A pesquisa em questão é de natureza aplicada devido ao seu objetivo de produzir conhecimento sobre a percepção do adulto jovem suicida sobre o acolhimento recebido pelos serviços de saúde no setor de urgência e emergência que poderá servir de base para elaborar estratégias para melhorar o acolhimento prestado pelos profissionais de saúde, ou seja, é uma pesquisa para a solução de problemas específicos por meio da produção de conhecimento (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Em vista disso, este estudo tem uma abordagem quanti quali, uma vez que utilizou tanto os métodos quantitativos quanto os métodos qualitativos. Prodanov e Freitas (2013), afirmam que na abordagem quantitativa, as informações e opiniões do problema e sua dimensão são representadas por números, possibilitando a descoberta de fatos e proporciona uma análise de dados mais objetiva. As variáveis que podem aparecer são o sexo, idade, humor e o tempo entre o problema analisado e a entrevista. Já a pesquisa qualitativa tem caráter subjetivo e seu objetivo

é compreender o fenômeno com profundidade por meio da observação do comportamento. Para isso, foi necessário o uso de instrumentos, como um questionário *on-line* e escala de avaliação, além de meios estatísticos, como média, porcentagem, coeficiente de variação de dados, coeficiente de correlação, entre outros.

Seu objetivo geral é descrever e analisar as características de um determinado grupo e suas variáveis a partir de um questionário *on-line*, sem interferir em seus resultados. Segundo Gil (2017), esse tipo de pesquisa é chamado de pesquisa descritiva porque observa e descreve os fenômenos sem manipulá-los.

Inicialmente, o procedimento técnico adotado foi o bibliográfico, constituído de materiais sobre a Psicologia, suicídio e serviços de saúde, já elaborados por outros autores, presentes em livros, artigos e cartilhas de saúde do Ministério da Saúde do Brasil, para dar base ao projeto de pesquisa. Depois, assumiu a forma de levantamento para conhecer as ideias e o comportamento dos adultos jovens com comportamento suicida por meio da interrogação direta sobre o acolhimento recebido nos serviços de saúde após tentativa de suicídio. Nessa fase, o grupo pesquisado foi questionado sobre um determinado problema por meio de uma série de perguntas e suas respostas possibilitaram um conhecimento direto da realidade subjetiva de cada um, utilizado como dados para análise e descrição (GIL, 2017).

### **3.2 População e amostra**

Esta pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Mentas Brilhantes, localizada na Rua dos Imbés, n 107, no município de Sinop-MT, que presta atendimento aos 145 mil habitantes da cidade, além dos habitantes de outras cidades do norte de Mato Grosso e até do Sul do Pará independente do sexo, idade, nível socioeconômico e escolaridade.

O CAPS é um serviço de saúde voltado aos atendimentos de pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental severo e persistente, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas, que se encontra em situações de crise ou em processo de reabilitação psicossocial. Ele se diferencia em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad, conforme os tipos de demanda dos usuários atendidos, da capacidade de atendimento e do tamanho.

O Centro de Assistência Psicossocial Mentas Brilhantes de Sinop é de nível 1 e atende, atualmente, 1.173 pessoas, sendo 514 homens e 659 mulheres, com diversos tipos de transtorno de grau moderado e severo, além de englobar problemas de álcool e drogas. Os pacientes recebem tratamento, acompanhamentos, participam de atividades em grupos ou

individualmente e, quando necessário, os profissionais realizam visitas técnicas. Dentre os profissionais de saúde que atuam na unidade estão: médico geral, enfermeira, técnico de enfermagem, psicólogos, estagiários de psicologia da Unifasipe, psicopedagogos, assistentes sociais, assistente administrativo, secretárias, copeira e zeladora.

O estudo contou com uma amostra de 16 adultos jovens, entre as idades de 18 a 40 anos, do sexo feminino e masculino, com estado civil, grau de escolaridade e nível socioeconômico indiferentes, com acesso à internet, que receberam atendimento nos diversos serviços de saúde após tentativa de suicídio. A escolha dos participantes foi definida de forma aleatória por meio do acesso aos prontuários dos pacientes de 2020 até a data em questão e co, a aprovação do participante da pesquisa.

### 3.3 Coleta de dados

Como a pesquisa em questão se trata de uma pesquisa com seres humanos, primeiramente, foi necessário à aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Assim que houve a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, a pesquisadora se fez presente no Centro de Assistência Psicossocial (CAPS) e com a autorização da coordenadora da unidade manuseou os prontuários dos pacientes para identificação de participantes com a faixa etária entre 18 a 40 anos e que passaram por tentativa de suicídio entre 2020 até a data em questão. Após feita a identificação, o nome e o telefone dos participantes foram anotados para efetuar uma ligação de solicitação para participação da pesquisa.

Após a concordância quanto à participação, foi enviada uma mensagem de voz no *WhatsApp* para explicar mais sobre a pesquisa e, em seguida, enviou-se o *link* (<https://forms.gle/QqEnJQVxuvtm8xwe8>) do questionário da pesquisa, baseado na Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental, para ser realizada de maneira individual e *on-line*, através da plataforma *Google Forms*.

Ao clicar no link, os participantes eram direcionados automaticamente para o questionário composto de uma primeira página com o título e uma breve apresentação sobre a pesquisa, a segunda com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com as informações detalhadas sobre a pesquisa e o espaço para colocar a assinatura digital, a terceira com 7 perguntas sobre os dados sociodemográficos e a última com 21 perguntas relacionadas à tentativa de suicídio e ao acolhimento recebido pelos profissionais de saúde após a tentativa de suicídio. Para passar de página, os participantes tiveram que preencher todos os espaços obrigatórios de respostas e clicar em um ícone, no fim da página, escrita “próxima”. Após todos os participantes responderem o questionário, foi realizada a análise dos dados obtidos.

### 3.4 Instrumentos de coleta de dados

#### 3.4.1 Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os serviços de Saúde Mental

A Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR) é uma escala psicométrica desenvolvida originalmente pela Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde, em Genebra, e adaptada para sociedade brasileira pelo Laboratório de Investigação em Saúde Mental da Universidade de São Paulo (USP), pelo Centro de Montreal Colaborador da OMS e pelo Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) coordenado pela Organização Mundial de Saúde (SATIS-BR).

O questionário completo possui 44 perguntas composto por 13 perguntas quantitativas em uma escala Likert de 5 pontos para avaliar o grau de satisfação dos usuários com os serviços de saúde mental, 5 perguntas qualitativas abertas sobre a percepção dos usuários sobre os serviços de saúde recebidos (pontos positivos e negativos do serviço, dificuldades encontradas, razões para recomendação e sugestões para o aperfeiçoamento), 11 perguntas descritivas sobre a percepção do usuário sobre algumas características que envolvem o serviço de saúde (transporte utilizado, facilidade de locomoção, tempo gasto para chegar ao local, problema que o levou a procurar atendimento, duração do serviço, participação no tratamento e necessidade de melhoria) e 7 perguntas sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, ocupação, moradia e condições residenciais).

Além disso, o questionário inclui oito perguntas globais do Grau de Satisfação do Cliente (CSQ-8), com alternativas de respostas dispostas na escala Likert de 5 pontos, desenvolvida por Larsen, Attkisson, Hargreaves e Nguyen (1979), para validar a escala a partir da comparação entre os dados das duas escalas.

As perguntas envolvem a percepção do grau de satisfação global do usuário (5, 6, 8, 9, 11, 14, 16, 17, 20, 21, 25 e 26), três subescalas que avaliam o relacionamento do usuário com a equipe do serviço por meio do grau de competência e compreensão da equipe de saúde em relação ao problema do usuário (6, 8, 9, 11, 14, 20 e 21), satisfação com a ajuda e acolhimento ofertado pela equipe de saúde (5, 16 e 17) e condições físicas do serviço (25 e 26), além dos dados da CSQ-8 (10, 12, 15, 23, 24, 27, 28, 29). Sendo assim, o cálculo do grau de satisfação é realizado a partir da média das questões específicas de cada fator.

A partir dessa Escala, foi criado um questionário direcionado para a avaliação de satisfação dos usuários com o acolhimento recebido nos serviços de saúde após tentativa de suicídio, composto por 28 perguntas, sendo 7 delas referentes aos dados sociodemográficos



(sexo, idade, estado civil, grau de escolaridade, trabalho, moradia e número de moradores) e 21 perguntas sobre especificação da tentativa de suicídio, avaliação do acolhimento recebido pelos profissionais de saúde após a tentativa de suicídio (competência e compreensão da equipe de saúde em relação ao usuário, satisfação com a ajuda recebida, pontos positivos e negativos do serviço e necessidade de melhoria) e importância do psicólogo no acolhimento e acompanhamento de pacientes com comportamento suicida nas unidades de saúde.

## 4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados da pesquisa a partir da análise dos dados coletados, por meio de um questionário, baseado na Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR), com perguntas para avaliar a satisfação dos usuários com o acolhimento recebido pelos profissionais das unidades de saúde após uma tentativa de suicídio ou ideação suicida. Inicialmente, serão apresentados os dados e a análise sociodemográfica dos participantes e, em seguida, os dados e análise sobre a tentativa de suicídio e a avaliação do processo de acolhimento realizado pelos profissionais de saúde.

### 4.1 Análise dos dados

Para a análise de dados, foi realizada a interpretação das respostas, as quais são apresentadas em forma de quadros e gráficos para uma maior compreensão das diferentes características pessoais e percepções dos participantes da pesquisa.

#### 4.1.1 Características sociodemográficas

Conforme o Quadro 1, é possível perceber que de 16 participantes, apenas 2 são do sexo masculino, enquanto os outros 14 são do sexo feminino, tendo então uma predominância de mulheres que aceitaram participar da pesquisa.

**Quadro 1:** Dados Sociodemográficos – Sexo.

<b>SEXO</b>	
Feminino	14
Masculino	2
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>

**Fonte:** Própria (2022).

Segundo o Quadro 2, a idade dos participantes é bem alternada, mas a faixa etária que mais se destaca é a dos 21 aos 30 anos com o maior número de participantes, totalizando sete

peçoas. Em seguida, com um total de seis participantes, ficou o grupo dos 31 aos 40 anos e, por último, a faixa etária dos 18 a 20 anos.

**Quadro 2:** Dados Sociodemográficos – Faixa Etária

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	
18 a 20 anos	3
21 a 30 anos	7
31 a 40 anos	6
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>

**Fonte:** Própria (2022).

Conforme o Quadro 3, nota-se que a maioria dos participantes (10) da amostra dessa pesquisa são solteiros e o restante (6) são casados ou vivem com um companheiro, sendo assim nenhum participante é separado, divorciado ou viúvo.

**Quadro 3:** Dados Sociodemográficos – Estado Civil.

<b>ESTADO CIVIL</b>	
Solteiro	10
Casado ou vive com companheiro	6
Separado	0
Divorciado	0
Viúvo	0
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>

**Fonte:** Própria (2022).

Quanto à condição de escolaridade, como exposto no Quadro 4, é possível perceber que quase metade dos participantes possuem nível de estudo elevado, sucedido de desistências, uma vez que sete participantes (47,8%) possuem ensino superior incompleto, enquanto quatro (25%) apresentam ensino médio completo, três (18,8%) ensino médio incompleto, um (6,3%) ensino fundamental completo e um (6,3%) ensino fundamental incompleto.

**Quadro 4:** Dados Sociodemográficos – Escolaridade.

<b>ESCOLARIDADE</b>	
Ensino fundamental incompleto	1
Ensino fundamental completo	1
Ensino médio incompleto	3
Ensino médio completo	4
Superior incompleto	7
Superior completo	0
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>

**Fonte:** Própria (2022).

Quanto o trabalho, presente no Quadro 5, a média dos participantes ficou bem dividida entre estar trabalhando e não estar trabalhando no momento. Destaca-se que, dos 16 participantes, nove assinalaram que não estão trabalhando e sete estão trabalhando.

**Quadro 5:** Dados Sociodemográficos - Trabalho

<b>ATUALMENTE ESTÁ TRABALHANDO</b>	
Sim	7
Não	9
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>

**Fonte:** Própria (2022).

Segundo o Quadro 6, a maioria, 13 participantes da amostra (75%), moram em casa/apartamento próprio. Em menor número, encontram-se três participantes que ainda moram na casa dos pais ou outros familiares e somente um que reside em pensão. Além disso, 68,75% desses participantes dividem a casa com um ou mais familiares e 31,25% moram sozinhos.

**Quadro 6:** Dados sociodemográficos – Moradia e Moradores.

<b>MORADIA</b>	
Casa/apartamento próprio	12
Casa dos pais ou outros familiares	3
Casa de amigos	0
Abrigo de emergência	0
Hospital ou instituição	0
Pensão	1
Rua	0
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>

**Fonte:** Própria (2022).

Já em relação à quantidade de moradores em cada moradia, como exposto no Gráfico 7, destaca-se que cinco pessoas moram sozinhos, duas pessoas moram com um companheiro (a) e, na maioria, encontram-se participantes que compartilham sua casa com três ou mais pessoas.

**Quadro 7:** Dados sociodemográficos - Moradores

<b>Moradores</b>	
Uma pessoa	5
Duas pessoas	2
Três ou mais pessoas	9

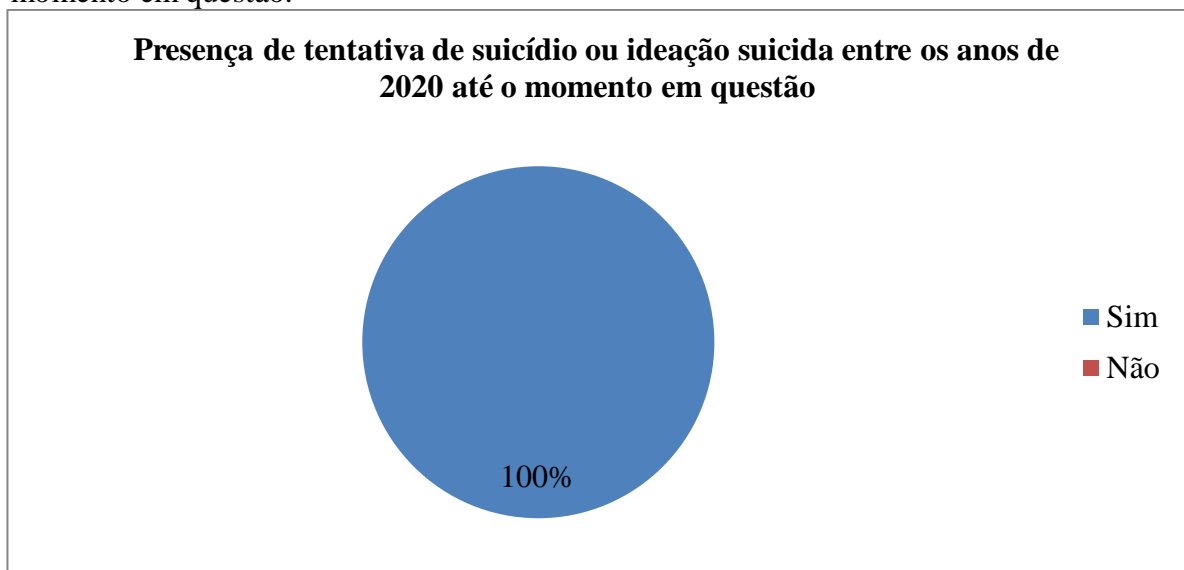
**Fonte:** Própria (2022).

4.1.2 Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços de saúde mental após tentativa de suicídio

No que se refere ao conhecimento dos participantes da pesquisa, como exposto no Gráfico 1, em todos os casos houve a presença de comportamento suicida (tentativa de suicídio e/ou ideação suicida) entre os anos de 2020 até o momento em questão.

O comportamento suicida é definido como o ato intencional de tirar a própria vida sem um desfecho fatal, podendo ser desenvolvido a partir de um processo intenso de planejamento quanto de uma atitude impulsiva. No Brasil, o suicídio e o comportamento suicida são considerados um significativo problema de saúde pública, uma vez que apresenta números alarmantes de mortes em diversas faixas etárias, sexo e níveis socioeconômicos. Porém, apesar de ocorrer em qualquer fase da vida, está mais presente entre os jovens na faixa dos 15 aos 29 anos (BERTOLOTE, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

**Gráfico 1:** Presença de tentativa de suicídio ou ideação suicida entre os anos de 2020 até o momento em questão.



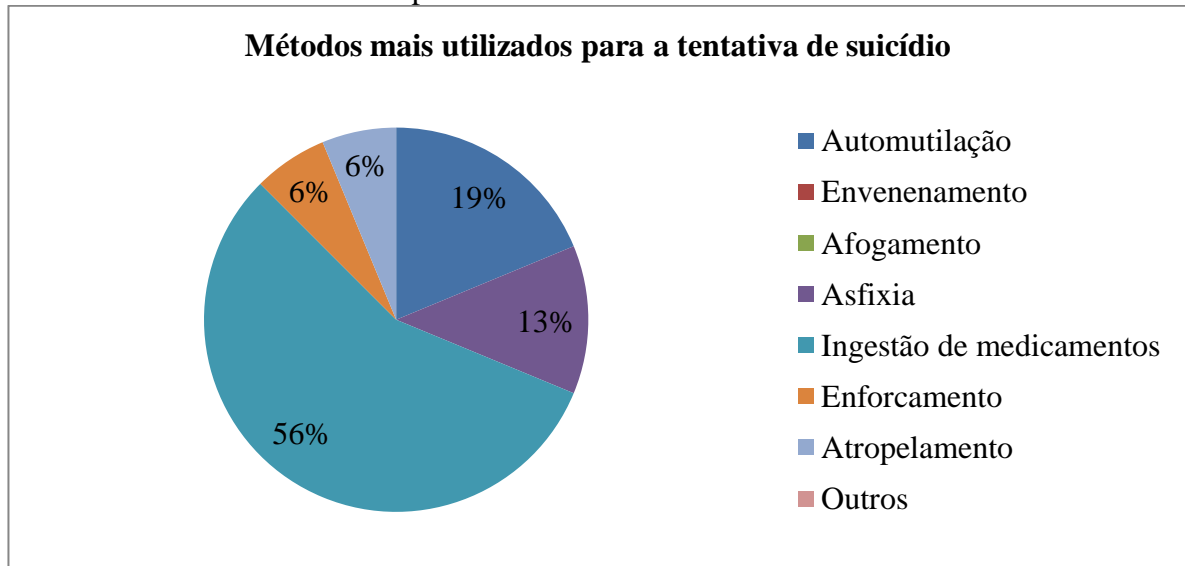
**Fonte:** Própria (2022).

Conforme exposto no gráfico 2, é possível perceber que o método mais utilizado para a tentativa de suicídio é a ingestão de medicamentos, uma vez que apresenta um total de 56% dos participantes, ou seja, mais da metade da amostra. Outros métodos utilizados foram a automutilação em 19%, asfixia em 13%, e, em menor número, o enforcamento e o atropelamento que apareceram só em 6% dos participantes.

Segundo Botega (2013), os meios mais frequentemente usados para a tentativa de suicídio variam conforme a cultura, o acesso a esses meios, e também podem ser influenciados pelo sexo e faixa etária dos indivíduos. No Brasil, por exemplo, os principais meios utilizados são o enforcamento, armas de fogo e envenenamento, sendo mais comum em homens o

enforcamento e arma de fogo e nas mulheres enforcamento e fumaça/fogo. Sendo assim, ao analisar esses dados e a pesquisa em questão é possível perceber uma diferença nos métodos utilizados para a tentativa de suicídio, uma vez que na pesquisa os métodos mais comuns são a ingestão de medicamentos e automutilação.

**Gráfico 2:** Métodos utilizados para a tentativa de suicídio.



**Fonte:** Própria (2022).

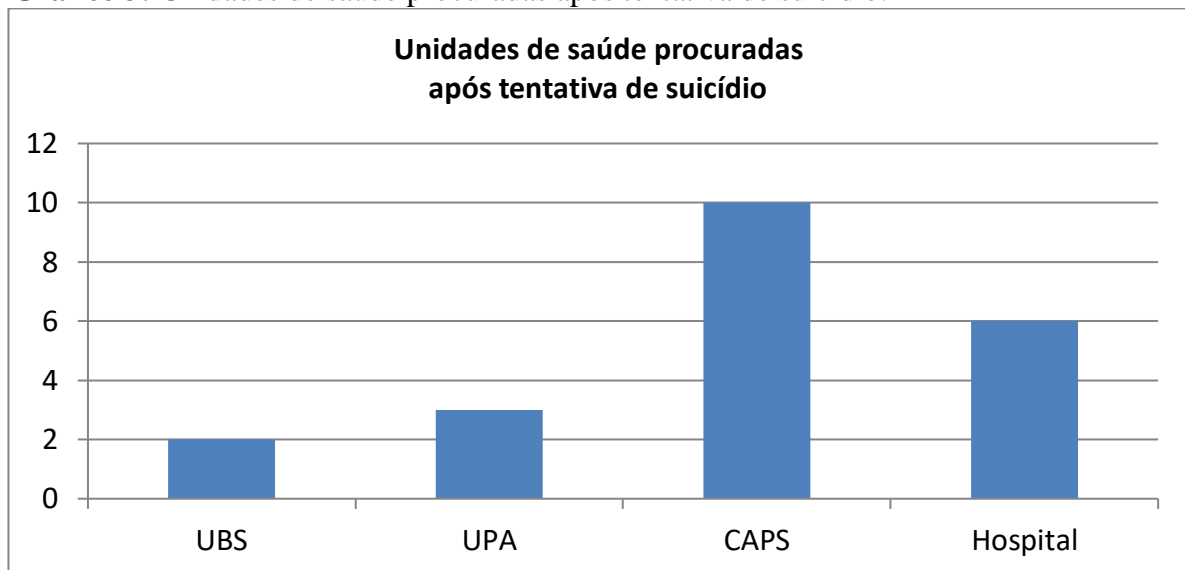
Conforme o Gráfico 3, quatro unidades de saúde foram procuradas pelos participantes após tentativa de suicídio. Dentre elas, encontra-se em primeiro lugar o Centro de Assistência Psicossocial (CAPS) com 47,61% de procura, em seguida o hospital com 28,57%, depois a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com 14,28% e, por último, a Unidade Básica de Saúde, conhecida também como postinho de saúde, com 9,52%.

Além disso, destaca-se também no Gráfico 3 mais respostas em comparação com a quantidade de participantes em decorrência da pergunta ter sido formulada de forma aberta, dando espaço para se listar mais de uma unidade de saúde procurada.

As unidades de saúde fazem parte do atendimento do SUS, separadas ao nível primário, secundário e terciário. O nível primário, formado pelas UBS, tem caráter preventivo por realizar procedimentos mais simples, como vacinas, curativos, consultas e exames. O nível secundário, composto pelas clínicas, UPA, CAPS e Hospitais Escolas, estão ligados a uma atenção especializada para casos de média e alta complexidade. Já no terciário, encontram-se os Hospitais, onde são realizados procedimentos mais invasivos, com maior risco de vida, que dependem de aparelhos mais complexos para o atendimento (PAIM, 2016).

Qualquer unidade de saúde pode ser procurada em casos de risco de suicídio, porém, em geral, os níveis responsáveis por estabilizar e acompanhar os casos de comportamento suicida que envolve ideação suicida sem ou com planejamento e tentativa de suicídio são os níveis secundários e os níveis terciários, principalmente os setores de urgência e emergência (SECRETARIA DE SAÚDE, 2021). Essa informação abre espaço para se pensar se as unidades de saúde citadas pelos participantes foram procuradas no momento logo após a tentativa de suicídio e/ou um tempo depois, já que a unidade que recebeu mais votos foi o CAPS.

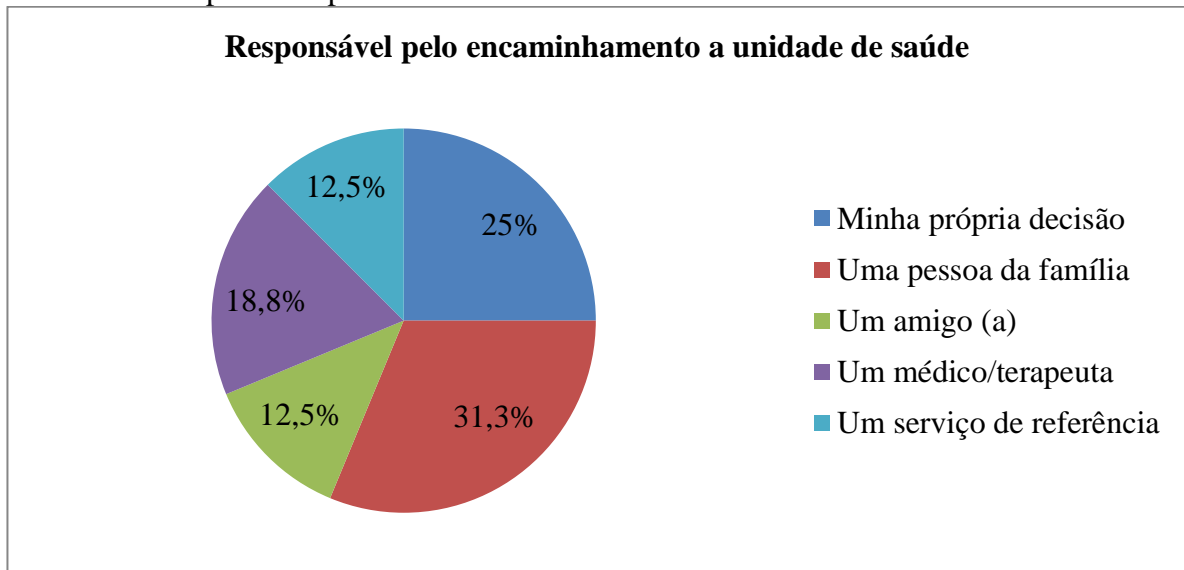
**Gráfico 3:** Unidades de saúde procuradas após tentativa de suicídio.



**Fonte:** Própria (2022).

No gráfico 4, onde se apresentam os responsáveis pelo encaminhamento dos participantes para a unidade de saúde após a tentativa de suicídio, a opção uma pessoa da família é a mais votada com 31,3%, em seguida a própria decisão com 25%, depois um médico ou terapeuta com 18,8% e, por fim, um amigo e um serviço de referência ambos com 12,5%. Além disso, é possível perceber que a maioria dos encaminhamentos foram incentivados por uma terceira pessoa.

O Ministério da Saúde (2017) adverte que, como esse momento de crise suicida é permeado por sentimentos e pensamentos de intenso sofrimento e que nem sempre é possível saber o que fazer e como fazer para superar esses sentimentos, é importante conversar e incentivar a pessoa a buscar ajuda de profissionais de saúde mental, de urgência e emergência ou de apoio em algum serviço de saúde.

**Gráfico 4:** Responsável pelo encaminhamento a unidade de saúde.

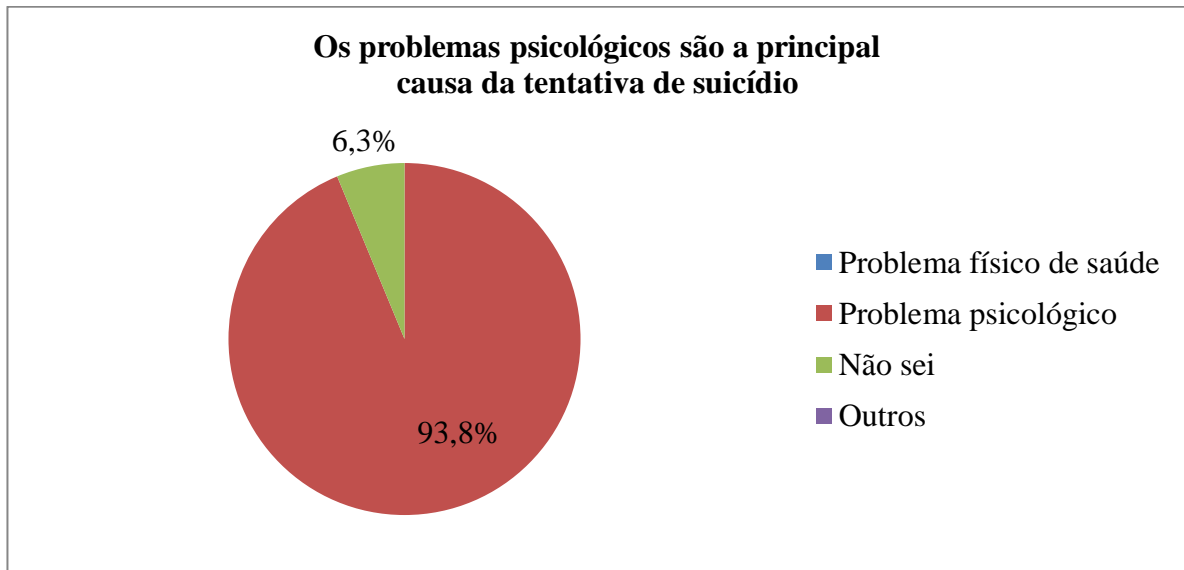
**Fonte:** Própria (2022).

No que se refere ao conhecimento dos participantes da pesquisa sobre seu estado de saúde em relação à tentativa de suicídio, como exposto no Gráfico 5, 93,8% da população da amostra declaram acreditar que a tentativa de suicídio está ligada a um problema psicológico, enquanto apenas 6,3% não souberam responder o motivo, demonstrando consciência de seu problema.

Os resultados alinham-se as conclusões da Associação Brasileira de Psiquiatria (2014) que afirma que um dos principais fatores de risco das tentativas de suicídio são as doenças mentais que, em muitos casos, não estão diagnosticadas e nem são tratadas. Dentre as doenças mentais mais frequentes estão a depressão, ansiedade, bipolaridade, dependência química, transtorno de personalidade e esquizofrenia.

Além disso, o Ministério da Saúde (2021) reforça essa ideia ao considerar que apesar do comportamento suicida envolver um conjunto de fatores que vão desde os de natureza biológica, cultural, sociológica, econômica, política, psicológica, grande parte das pessoas que apresentam algum tipo de comportamento suicida é acometida por transtornos mentais.



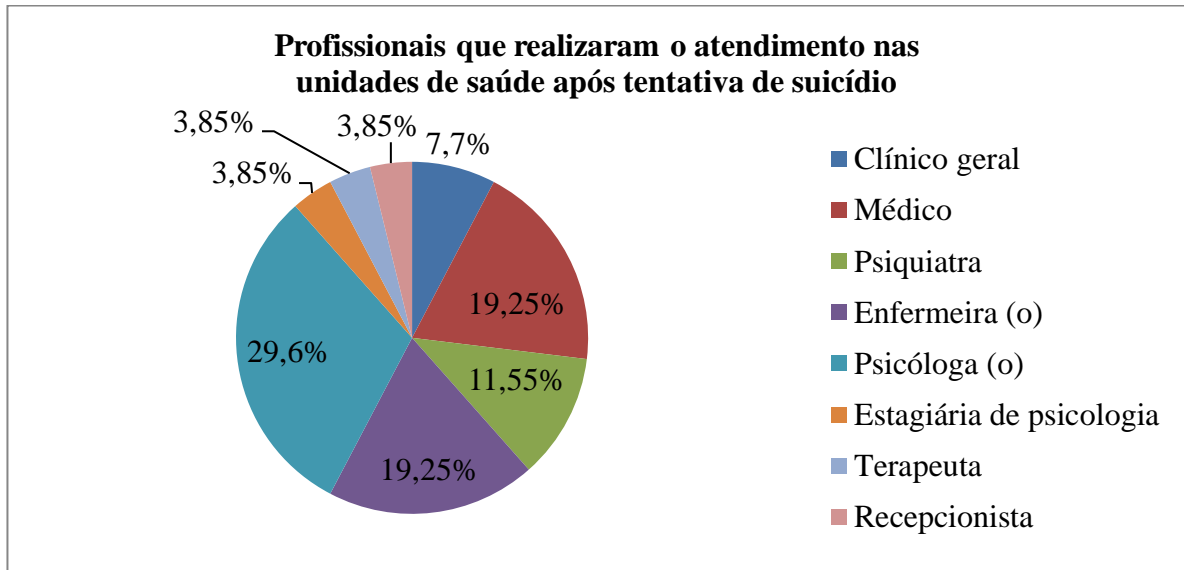
**Gráfico 5:** Causas da tentativa de suicídio.

**Fonte:** Própria (2022).

Ao observar o Gráfico 6, nota-se que vários profissionais participaram do processo de atendimento, variando em cada um dos casos. Dos atendimentos realizados, 29,6% tiveram a participação do psicólogo, 19,25% de enfermeiros e médicos, 11,55% de psiquiatras, 7,7% de clínicos gerais e 3,85% tanto para estagiários de Psicologia quanto terapeutas e recepcionista. Além disso, esses dados expõem a participação dos profissionais de saúde mental no processo de atendimento nas unidades de saúde, uma vez que o atendimento por psicólogos apresenta a maior porcentagem e a soma da porcentagem de psicólogos, estagiários de Psicologia e psiquiatras é de 45%, quase metade dos casos.

Contudo, a Política Nacional de Humanização não estipula profissionais específicos para o acolhimento porque o considera uma postura ética de toda equipe, ou seja, “refere-se a uma ação que deve ocorrer em todos os locais e em todos os momentos no serviço de saúde, desde o horário que o usuário chega até a sua saída” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

**Gráfico 6:** Profissionais que realizaram o atendimento nas unidades de saúde após tentativa de suicídio.



**Fonte:** Própria (2022).

Segundo o Gráfico 7, é possível perceber que o processo de acolhimento foi dividido em quatro características - respeito e dignidade, escuta, compreensão do problema e acolhida - para deixar a avaliação mais detalhada. Destaca-se que 64% das respostas obtidas ou da amostra coletada classificou como positiva as diversas características do acolhimento, sendo a acolhida a característica com índices positivos mais altos.

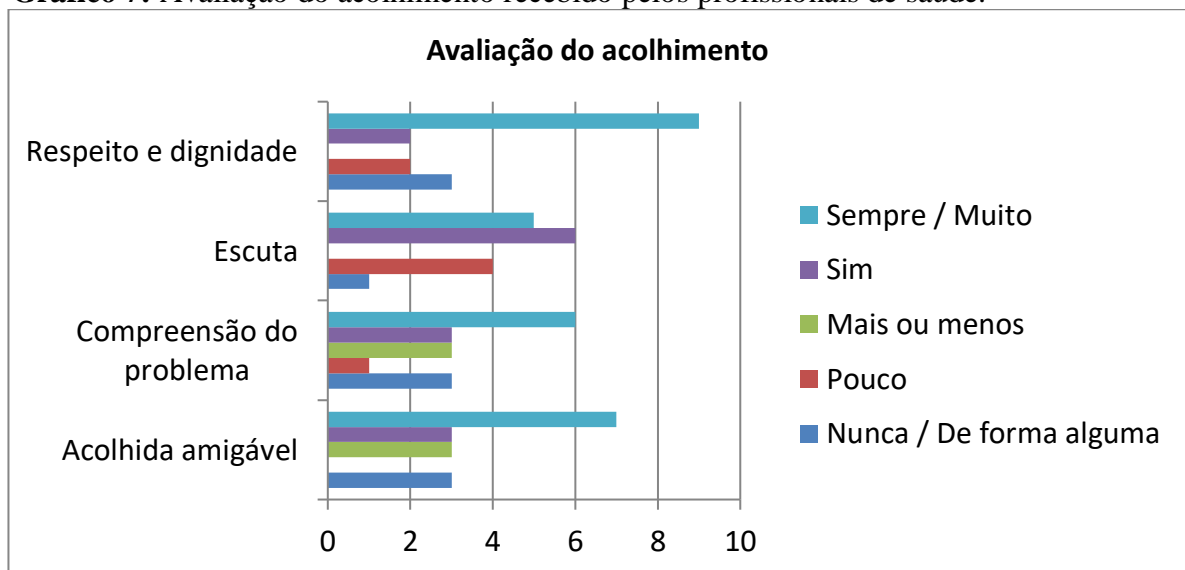
Além disso, observa-se no gráfico 7 que na característica de respeito e dignidade, 56% dos participantes responderam que sempre se sentiram respeitados e 12,5% geralmente se sentiram respeitados, enquanto 18,8% nunca se sentiram respeitados e 12,5% geralmente não se sentiram respeitados. Na escuta, 37,5% foram ouvidos, 31,3% foram ouvidos bastante, 25% não foram ouvidos o bastante e 6,3% não foram ouvidos de forma alguma. Já na compreensão do problema pelos profissionais de saúde, 37,5% disseram que foram muito compreendidos e 18,8% foram bem compreendidos, ao mesmo tempo, em que 18,8% responderam aproximadamente, outros 18,8% que não foram compreendidos de forma alguma e 6,3% que não foram muito compreendidos. Por fim, na avaliação da acolhida, 43,8% acharam os profissionais muito amigáveis, enquanto a definição de uma acolhida amigável, aproximadamente amigável e nada amigável alcançou o valor de 18,8%.

Em vista disso, nota-se que apesar das características de respeito e escuta apresentarem os índices mais altos de respostas negativas (nunca/de forma alguma e pouco), é a compreensão do problema que é mais comprometida no processo de acolhimento, pois apresenta o menor número de respostas positivas. Essa dificuldade na compreensão pode dificultar a classificação

de risco, instrumento comum do acolhimento que permite a avaliação inicial de um paciente quanto à gravidade do problema e determina a necessidade de um atendimento mais urgente, além de afetar o processo de acolhimento.

Segundo o Ministério da Saúde (2009), o acolhimento garante um atendimento de qualidade e humanizado ao indivíduo que sofre, por meio de uma escuta atenta, individualizada e sem discriminação que favorece o compartilhamento de angústias e ideias, o que consequentemente permite intervenções e encaminhamentos mais adequados e a aceitação do tratamento.

**Gráfico 7:** Avaliação do acolhimento recebido pelos profissionais de saúde.



**Fonte:** Própria (2022).

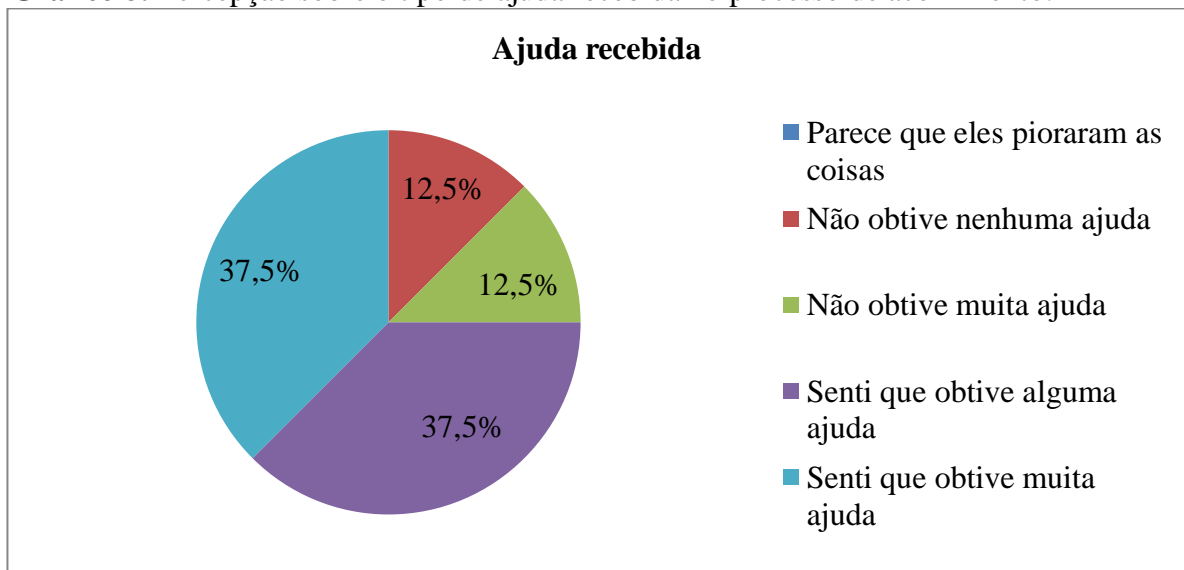
Conforme os dados obtidos nos Gráficos 8 e 9, é possível perceber uma discordância de percepções ao se comparar o tipo de ajuda recebida e a compreensão da equipe sobre o tipo de ajuda necessária no processo de acolhimento.

No Gráfico 8, a maioria dos participantes teve uma visão mais positiva do acolhimento recebido ao assinalar que obtiveram muita ajuda e alguma ajuda na mesma proporção, correspondendo a 37,5% para cada, totalizando em 75%, enquanto só 12,5% assinalaram que não obtiveram muita ajuda e outros 12,5% que não obtiveram nenhuma ajuda.

Em contrapartida, no Gráfico 9, a percepção sobre a compreensão da equipe da unidade sobre o tipo de ajuda necessária mostra que 5 participantes (31,3%) acharam que foram muito compreendidos e 3 participantes (18,8%) bem compreendidos, ao mesmo tempo, em que 5 participantes (31,3%) acharam que foram pouco compreendidos e 3 outros (18,8%) não se sentiram compreendidos de forma alguma.

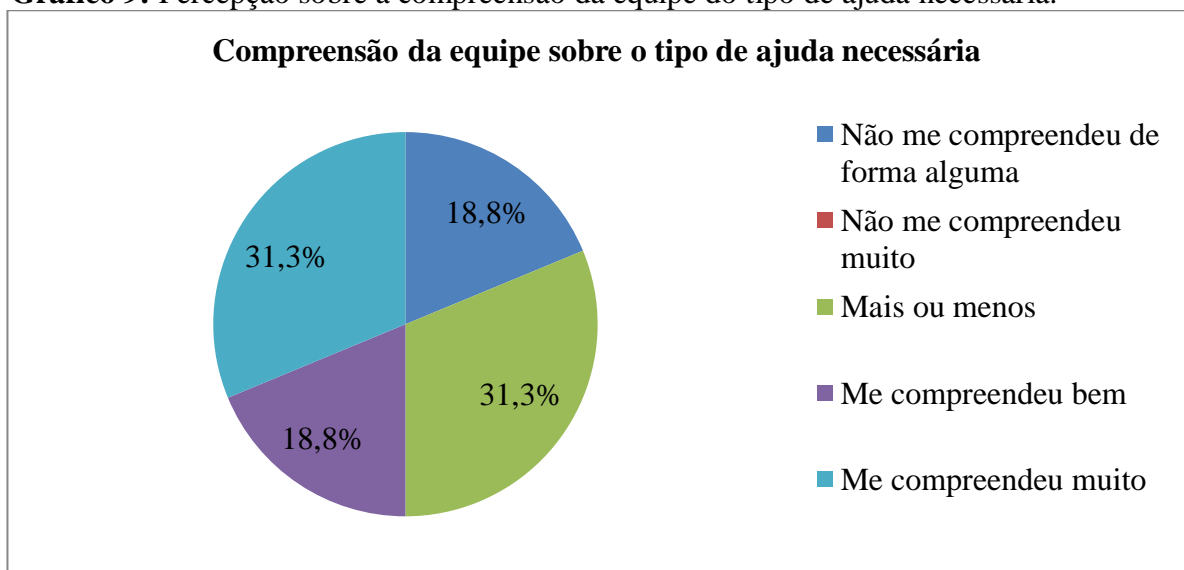
Segundo o Ministério da Saúde (2009), o acolhimento é um momento onde serão compartilhados ideias, angústias, medos, expectativas, além da identificação de risco e vulnerabilidade do paciente através da avaliação do grau físico e psíquico. Entretanto, nem sempre o grau psíquico de sofrimento é considerado, dada mais ênfase a doença do que o sujeito e suas necessidades, devido à alta demanda de tarefas e a falta de uma escuta especializada e universal por parte dos profissionais, que gera problemas ao nível de encaminhamentos a outros profissionais de saúde.

**Gráfico 8:** Percepção sobre o tipo de ajuda recebida no processo de acolhimento.



**Fonte:** Própria (2022).

**Gráfico 9:** Percepção sobre a compreensão da equipe do tipo de ajuda necessária.

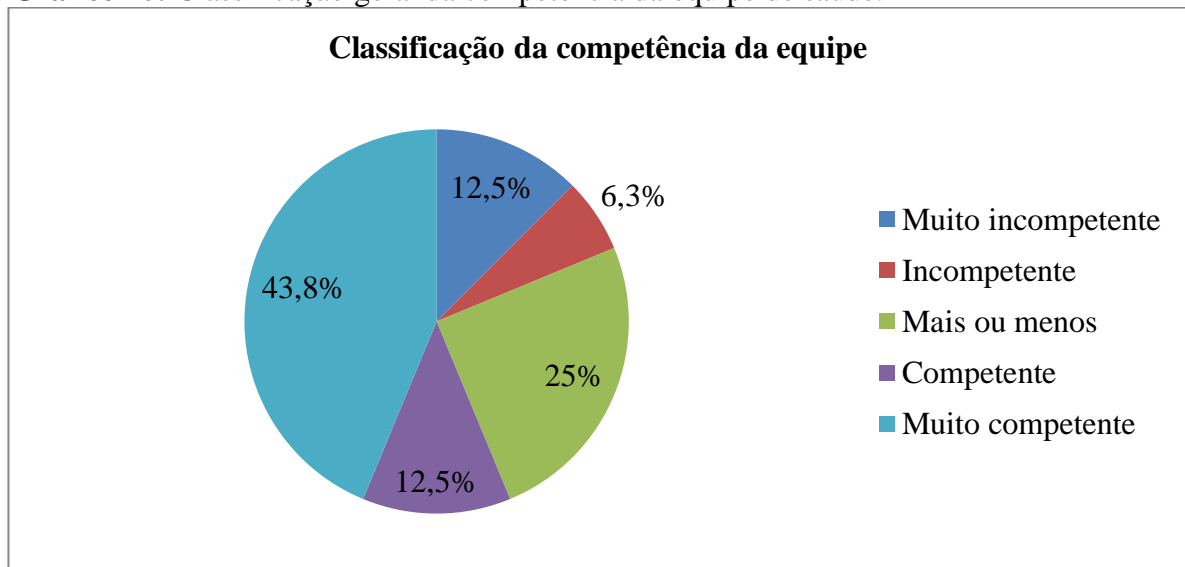


**Fonte:** Própria (2022).

Apesar dos resultados trazidos no quadro anterior, o Gráfico 10 apresenta uma boa classificação geral sobre a competência da equipe, tendo a classificação “muito competente” o maior número (43,8%) de votos. Já os outros participantes, classificaram a competência da equipe em aproximadamente competente (25%), competente (12,5%), muito incompetente (12,5%) e incompetente (6,3%).

De acordo com Brasil (2020), a competência está ligada com a capacidade e habilidades que um indivíduo possui para lidar e agir em alguma determinada situação. Em vista disso, na área da saúde, por exemplo, para os profissionais serem considerados competentes são necessárias algumas características além dos conhecimentos, habilidades e o saber fazer, como a integridade, ética, responsabilidade, motivação, empatia, altruísmo, comunicação, trabalho em equipe, planejamento e inteligência emocional. Como na pesquisa essas características não foram apontadas e a percepção é uma visão individual, não dá para saber qual critério de avaliação foi utilizado pelos participantes, porém as questões anteriores podem ter servido de auxílio nesse processo de avaliação geral.

**Gráfico 10:** Classificação geral da competência da equipe de saúde.



**Fonte:** Própria (2022).

No Quadro 8, observa-se que, fora três participantes que responderam nenhum, treze participantes conseguiram trazer aspectos positivos sobre o acolhimento com características que remetem ao acolhimento humanizado, como o respeito, atenção, prontidão e acolhida. Dentre as características citadas, as mais votadas foram o acolhimento (5), prontidão (3) e atenção (2). Já as menos votadas, com apenas um voto em cada, estão o respeito, conselhos e esforço.

Pires e Braga (2009) afirmam que, ao longo da história, o cuidado em saúde mental sofreu diversas modificações, tanto ao nível da concepção de loucura quanto ao modelo tradicional e individualista de se fazer Psicologia. As pessoas com sofrimento mental, que antes eram extremamente estigmatizadas, excluídas e discriminadas pela sociedade, receberam o devido atendimento com práticas de cuidado humanizado e integral, ou seja, que não se volta apenas para as questões psíquicas, mas, também, para os problemas sociais, mentais e físicos. Esse acolhimento humanizado é considerado uma das diretrizes mais importantes da Política Nacional de Humanização, pois assegura um atendimento de qualidade e humanizado por meio da escuta atenta e aceitação global do usuário atendido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

**Quadro 8:** Pontos positivos do acolhimento recebido pelos profissionais da unidade de saúde após tentativa de suicídio.

<b>Categorias de respostas</b>	<b>Participantes</b>
Acolhimento	5
Respeito	1
Prontidão	3
Conselhos	1
Esforço	1
Atenção	2
Nenhum	3
<b>Total</b>	<b>16</b>

**Fonte:** Própria (2022).

Como exposto no Quadro 9, mais da metade dos participantes da pesquisa não apresentaram críticas negativas acerca do acolhimento recebido pelos profissionais de saúde após tentativa de suicídio, sobrando apenas sete participantes (43,75%) que listaram diversos pontos negativos, como a desrespeito, julgamento, demora no atendimento e falta de frequência no acompanhamento. Dentre esses pontos, destaca-se o julgamento com 4 votos, que pode estar ligada com o despreparo dos profissionais de saúde de realizar o processo de acolhimento, mas também de lidar com casos relacionados à tentativa de suicídio.

Em concordância com os resultados apresentados no Quadro 4 sobre o julgamento no processo de acolhimento, Barbosa (2012), afirma que os profissionais de saúde tem pouco preparo para lidar com os pacientes psiquiátricos, pois apesar dos atendimentos iniciais serem iguais aos demais pacientes, há uma exclusão e um tom de preconceito e estigma por parte dos profissionais, ligados muitas vezes à formação profissional pouco adequada que não permite experiência em atendimentos de emergência, como são os casos de tentativa de suicídio, e a falta de ligação entre as redes de serviço de saúde.

**Quadro 9:** Pontos negativos do acolhimento recebido pelos profissionais da unidade de saúde após tentativa de suicídio.

<b>Categorias de respostas</b>	<b>Participantes</b>
Desrespeito	1
Falta de acompanhamento	1
Julgamento	4
Demora no atendimento	1
<b>Total</b>	<b>7</b>

**Fonte:** Própria (2022).

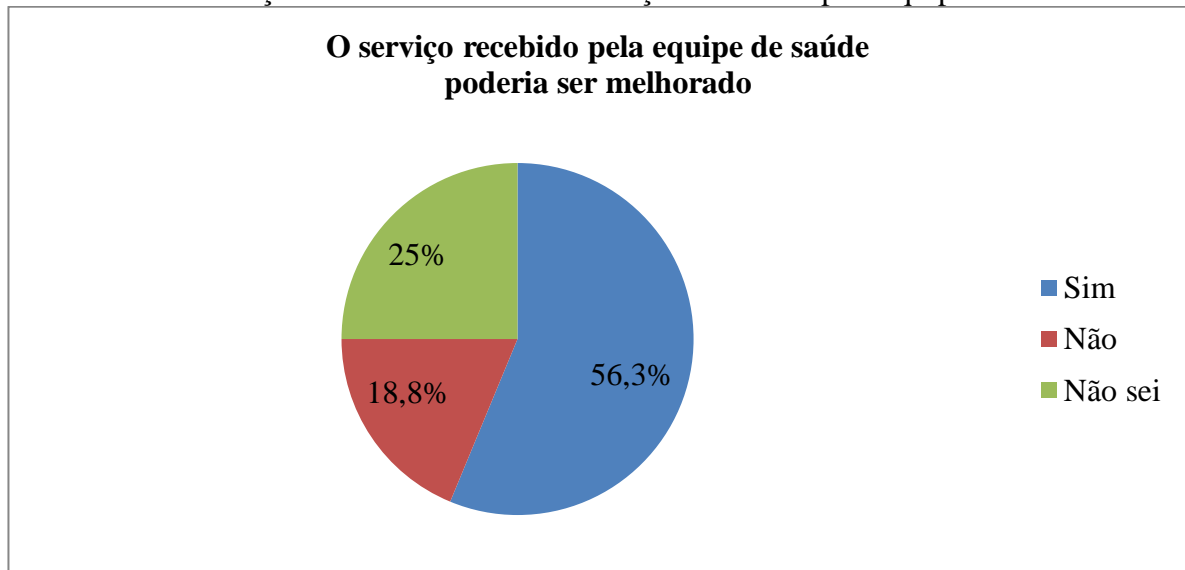
No Gráfico 11, a perspectiva da amostra constatou que mais da metade dos participantes (56,3%) acham que o serviço recebido pela equipe de saúde poderia ser melhorado, seguido de 25% que não souberam responder e 18,8% que não concordam com isso.

Já no que concerne à percepção sobre a melhoria dos serviços de saúde, apenas nove participantes opinaram, uma vez que a pergunta era obrigatória apenas para quem havia dito que o serviço de saúde poderia ser melhorado. Sendo assim, conforme exposto no Quadro 5, nota-se que as respostas foram manifestadas de maneiras diferentes, mas o contexto ao qual se referem é direcionado a capacitação dos profissionais e a realização adequada do acolhimento, expressos pelas frases “profissionais mais capacitados” e características como mais “atenção, empatia e cuidado”.

Alinhada a essa concepção do Quadro 10, Betha (2021) comenta sobre soluções de melhoria para o atendimento público de saúde e cita oito soluções, como a otimização do atendimento, minimização de falhas na gestão com profissionais capacitados e a capacitação dos profissionais, um dos maiores desafios da saúde pública brasileira.

Quando os atendimentos de saúde envolvem casos de comportamento suicida, a capacitação profissional também precisa estar direcionada para o comportamento suicida, composta de entendimento sobre o comportamento suicida, avaliação, abordagem e acompanhamento de uma pessoa com comportamento suicida, para servir como auxílio aos profissionais de saúde na prevenção, identificação precoce e intervenção (SECRETARIA DE SAÚDE, 2021).

Além disso, nesse atendimento, o acolhimento se torna uma base fundamental, pois é a partir dele que os profissionais conseguem compreender a crise suicida, identificar fatores de riscos e de proteção, analisar a necessidade clínica ou cirúrgica para fazer o direcionamento à urgência e emergência, além de amenizar o sofrimento do indivíduo em crise e construir o vínculo (SECRETARIA DE SAÚDE, 2021).

**Gráfico 11:** Avaliação sobre a melhora dos serviços recebidos pela equipe de saúde.

**Fonte:** Própria (2022).

**Quadro 10:** Percepção sobre a maneira que os serviços de saúde poderiam ser melhorados.

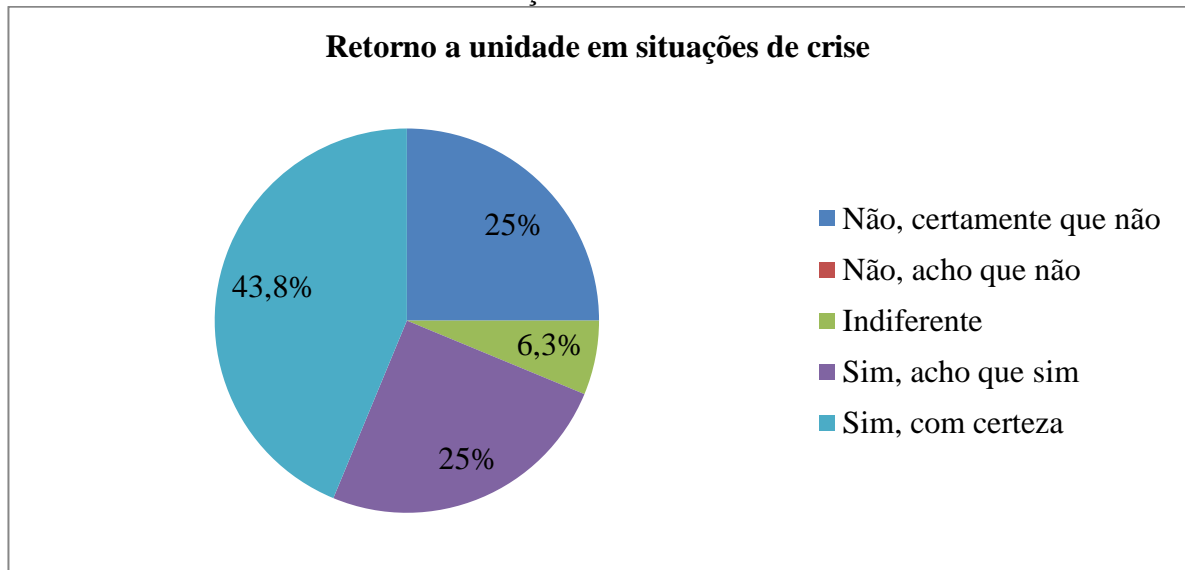
<b>Categorias de respostas</b>	<b>Participantes</b>
Empatia	2
Capacitação dos profissionais	2
Atenção	3
Falta de acompanhamento	1
Ambiente mais espaçoso	1
<b>Total</b>	<b>9</b>

**Fonte:** Própria (2022).

No que se refere o Gráfico 12, os dados da pesquisa apontam que 43,8% com certeza voltariam a procurar a unidade, 25% voltariam a procurar, 25% certamente não voltariam a procurar e 6,3% se mostra indiferente à volta de procura da unidade em casos de se necessitar de ajuda, o que significa que a maioria dos participantes voltaria a procurar a unidade de saúde em situações de crise e/ou necessidade de ajuda.

Os resultados da pesquisa se alinham aos dados do Datafolha (2018) que avaliou, em uma pesquisa encomendada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), como os brasileiros enxergam a saúde pública no país. Dentre os 2.087 entrevistados, 97% disseram ter buscado algum tipo de atendimento no SUS, onde 39% avaliaram a qualidade dos serviços prestados pelo SUS do Brasil como bom/excelente, 38% como regular e 22% como péssimo/ruim, apesar das reclamações sobre tempo de espera, falta de recursos financeiros para o sistema de saúde e má gestão (apud BRASIL, 2020). Barbosa (2012) afirma que os profissionais parecem não compreender que alguns usuários procuram o serviço por ser o único disponível para atendê-lo e não percebem a importância da criação de vínculos com os usuários.



**Gráfico 12:** Retorno a unidade em situações de crise.

**Fonte:** Própria (2022).

Segundo os resultados apontados no Gráfico 13, quanto ao recebimento de auxílio do profissional psicólogo nas unidades de saúde após tentativa de suicídio, 75% dos participantes responderam que receberam auxílio, contra 25% que não obtiveram esse auxílio, o que pode ter feito um diferencial sobre a avaliação dos serviços.

A inserção do psicólogo nos serviços públicos de saúde ocorreu no final da década de 1970, com a finalidade de construir modelos alternativos ao hospital psiquiátrico, com vistas à redução de custos e maior eficácia dos atendimentos, por meio da formação de grupos multiprofissionais (CARVALHO; YAMOTO, 2002 apud PIRES; BRAGA, 2009). O psicólogo, assim como os outros profissionais nesse contexto de saúde pública, tem como principais atribuições à prevenção e promoção da saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e melhoria da qualidade de vida, visando desenvolver uma atenção integral à população atendida, porém, ao contrário dos outros, estuda os fenômenos psíquicos e o comportamento dos indivíduos, tendo foco na prevenção e tratamento de doenças mentais ou distúrbios psíquicos (PAIM, 2016; BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2008).

**Gráfico 11:** Auxílio de algum psicólogo da unidade após tentativa de suicídio.



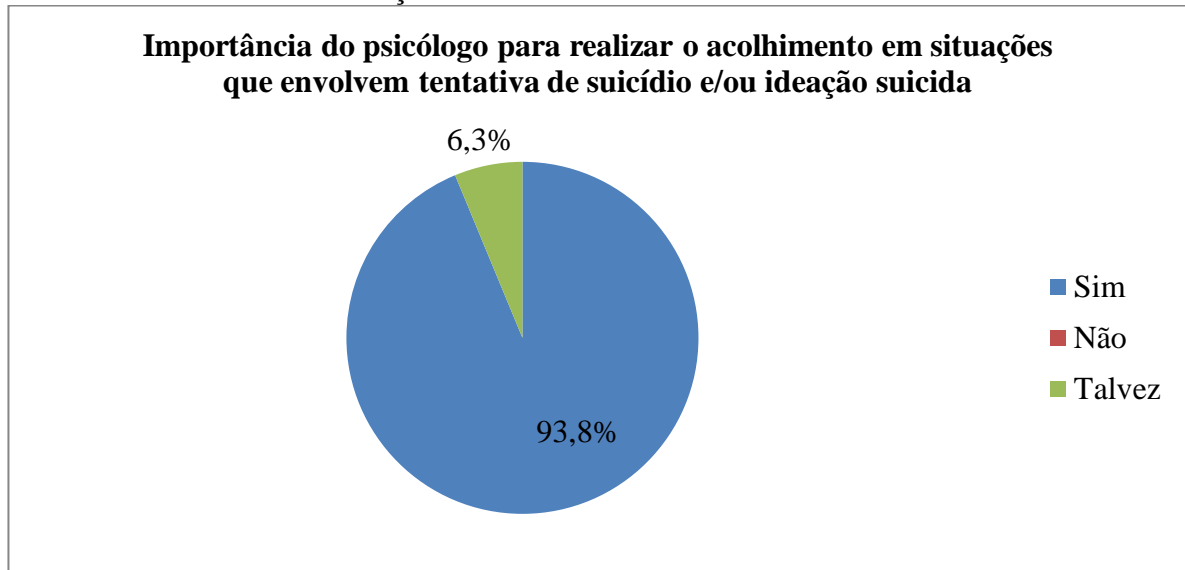
**Fonte:** Própria (2022).

No Gráfico 14, a perspectiva da amostra constatou que quase 100% dos participantes concordam que o psicólogo é importante no processo de acolhimento em situações que envolvem tentativa de suicídio e/ou ideação suicida. Especificamente, 93,8% concordaram com a afirmativa e 6,3% marcaram a opção talvez.

De maneira geral, conforme apresentado no Quadro 11, o psicólogo contribui no acolhimento ao comportamento suicida com a sua capacidade de escuta atenciosa, compreensiva e sem julgamentos, além do acompanhamento psicológico frequente. As categorias que receberam votos de dois participantes foram à compreensão, acolher sem julgar, atenção e acompanhamento. Já as que receberam apenas um voto foram os conselhos, capacitação profissional para lidar com crises, escuta, positividade e muitas.

Em concordância com os gráficos 14 e 15, Hillman (1993 apud ZANA; KOVÁCS, 2013) afirma que o psicólogo é um profissional fundamental quando se trata da questão do suicídio, uma vez que é um profissional treinado a ouvir e acolher sem julgar. Além disso, o psicólogo dispõe de diversas estratégias e ferramentas de cuidado que podem auxiliar nos comportamentos suicidas, como a intervenção em crise, avaliação de risco, notificação compulsória de violência autoprovocada, projeto terapêutico singular, grupos de apoio, acolhimento, vínculo e corresponsabilização e continuidade do cuidado (CRP DF, 2020).

**Gráfico 14:** Importância do psicólogo realizar o acolhimento em situações que envolvem tentativa de suicídio e/ou ideação suicida.



**Fonte:** Própria (2022).

**Quadro 11:** Contribuições do psicólogo para o acolhimento ao comportamento suicida.

<b>Categorias de respostas</b>	<b>Participantes</b>
Compreensão	2
Acolher sem julgar	2
Conselhos	1
Atenção	2
Capacitação profissional para lidar com crises	1
Escuta	1
Acompanhamento	2
Positividade	1
Muitas	1
<b>Total</b>	<b>13</b>

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa aspirou entender a percepção do adulto jovem quanto ao acolhimento recebido nos serviços de saúde após tentativa de suicídio, uma vez que os comportamentos suicidas têm aumentado nas últimas décadas, principalmente entre os adolescentes e adultos jovens, apresentando-se como um grave problema de saúde pública. A partir do levantamento de dados por meio de um questionário e da análise e interpretação de dados sobre o processo de acolhimento suicida, foi possível conhecer a percepção desse adulto jovem.

O questionário, estruturado com perguntas fechadas e abertas e direcionado para a avaliação do acolhimento ao comportamento suicida, possibilitou, mesmo de maneira *on-line*, conhecer a percepção do adulto jovem sob risco de suicídio sobre o acolhimento recebido pelos serviços de saúde, cumprindo-se o objetivo geral da pesquisa. Além disso, conseguiu descrever os tipos de acolhimento recebido, identificar os principais pensamentos dos adultos jovens em relação ao acolhimento recebido, apontar estratégias de melhorias e compreender as contribuições dos profissionais de saúde, com o psicólogo, nesse processo de acolhimento.

Segundo a análise dos dados, a maioria dos participantes da amostra apresentou uma visão positiva em relação ao acolhimento recebido pelos profissionais de saúde, o que refutou, em partes, a hipótese inicial da falta de uma rede de apoio eficaz para o sofrimento psíquico do adulto jovem com comportamento suicida. Porém, mesmo tendo uma visão positiva, os participantes apontaram para a necessidade de uma capacitação profissional da equipe, direcionada ao comportamento suicida, através do treinamento de uma escuta especializada, atenciosa e sem julgamento.

Em vista disso, a pesquisa contribuiu como um caminho para se pensar na qualificação profissional da equipe no atendimento humanizado, já que este é uma ação que deve ocorrer em todos os locais e em todos os momentos do serviço de saúde, além da preparação dos profissionais para lidar com o comportamento suicida com base nas percepções da amostra.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: CFM/ABP, 2014.

BARBAGLI, Marzio. **O Suicídio no Ocidente e no Oriente**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2019.

BARBOSA, Sara Pinto. **Atendimento ao paciente psiquiátrico: cotidiano de um serviço de pronto atendimento do interior do Estado de São Paulo**. Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: < <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-06112012-183302/publico/SARABARBOSA.pdf>>. Acesso em: 13 de Dezembro de 2022.

BECK, Judith. **Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BECK, Aaron T.; RUSH, A. John; SHAW, Brian F.; EMERY, Gary. **Terapia cognitiva da depressão**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BOCK, Ana Mercedes Bahia; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria de Lourdes Trassi. **Psicologias: Uma introdução ao estudo da Psicologia**. 15 ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

BORGES, Nicodemos Batista et al. **Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA, Neury José. **O suicídio e sua prevenção**. 1. ed. Editora Unesp, 2013.

BETHA. **8 Soluções para melhorar o atendimento público de saúde**.

BRASIL, 2020. **Saúde Brasil: como o brasileiro vê a saúde pública no país**. Estadão, São Paulo, 18 de maio de 2020. Disponível em: <[summitsaude.estadao.com.br/desafios-no-brasil/saude-brasil-como-o-brasileiro-ve-a-saude-publica-no-pais/](http://summitsaude.estadao.com.br/desafios-no-brasil/saude-brasil-como-o-brasileiro-ve-a-saude-publica-no-pais/)>. Acesso em: 13 de Novembro de 2022.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL. **Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação**. Distrito Federal: CRP, 2020. Disponível em: <[www.conselho.saude.gov.br/images/CRPDF-Orientacoes\\_atuacao\\_profissional.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/images/CRPDF-Orientacoes_atuacao_profissional.pdf)>. Acesso em: 13 de Novembro de 2022.

[http://conselho.saude.gov.br/images/CRPDF-Orientacoes\\_atuacao\\_profissional.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/CRPDF-Orientacoes_atuacao_profissional.pdf)

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2017.

KAZDIN, Alan E. **History of behavior modification: experimental foundations of contemporary research**. Baltimore: University Park Press, 1978.

KNAPP, Paulo. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KÖCHE, José Carlos. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa**. Petrópolis, RJ : Vozes, 2011.

MEDEIROS, Josiane de Souza; PADILLA, Vinicius. **Guia informativo sobre a prevenção do suicídio: assistência estudantil em defesa da vida**. Amazonas: UFAM, 2016. Disponível em: <<https://edoc.ufam.edu.br/bitstream/123456789/2178/1/Cartilha%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20ao%20Suic%C3%ADio.pdf>>. Acesso em: 01 de Maio de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf)>. Acesso em: 19 de Junho de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim epidemiológico: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil**. Brasília-DF. Volume 52. N 33. Set. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/rede-hu-manizasus/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus/rede-hu-manizasus/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)>. Acesso em: 19 de Junho de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Suicídio. Saber, agir e prevenir**. 2017. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/suicidio\\_saber\\_agir\\_prevenir.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/suicidio_saber_agir_prevenir.pdf)>. Acesso em: 13 de Novembro de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Unidade de pronto atendimento (UPA 24h)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <[www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/u/unidade-de-pronto-atendi-mento-upa-24h-1](http://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/u/unidade-de-pronto-atendi-mento-upa-24h-1)>. Acesso em: 17 de Junho de 2022.

MOREIRA, Márcio Borges; MEDEIROS, Carlos Augusto. **Princípios básicos de análise do comportamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. 6ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

PAPALIA, Diane E; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento humano**. 12 ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PIRES, Ana Cláudia Tolentino; BRAGA, Tânia Moron Saes. **O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional**. Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 151-162, 2009. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2009000100013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2009000100013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 de Novembro de 2022.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2 ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

QUESADA, Andrea Amaro; NETO, Carlos Henrique de Aragão; OLIVEIRA, Josianne Martins; GARCIA, Marina Saraiva. **Suicídio na atualidade**. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2020.

RANGÉ, Bernard et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Guia Intersetorial de Prevenção do Comportamento Suicida. Rio Grande do Sul: Comitê estadual de promoção da vida e prevenção do suicídio do estado do rio grande do sul, 2019. Disponível em: < <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190837/26173730-guia-intersetorial-de-prevencao-do-comportamento-suicida-em-criancas-e-adolescentes-2019.pdf>>. Acesso em: 19 de Junho de 2022.

SECRETARIA DE SAUDE. **Manual de orientações para o atendimento à pessoa em risco de suicídio**. Brasília, 2021. Disponível em: <[www.saude.df.gov.br/documents/37101/183291/Manual-de-orientacoes-para-o-atendimento-a-pessoa-em-risco-de-suicidio.pdf/67c4072f-448f-d7d5-b049-73960ec1e73c?t=1648938681954](http://www.saude.df.gov.br/documents/37101/183291/Manual-de-orientacoes-para-o-atendimento-a-pessoa-em-risco-de-suicidio.pdf/67c4072f-448f-d7d5-b049-73960ec1e73c?t=1648938681954)>. Acesso em: 19 de Junho de 2022

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 1. ed. São Paulo : Cortez, 2013.

SOUZA, Renilson Rehem. **Cconstruindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. Rio de Janeiro: IMS, 2002.

WENZEL, Amy; BROWN, Gregory K; BECK, Aaron T. **Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ZANA, Augusta Rodrigues de Oliveira; KOVÁCS, Maria Julia. **O psicólogo e o atendimento a pacientes com ideação ou tentativa de suicídio**. Rio de Janeiro: 2013. Disponível em: <[www.pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812013000300006](http://www.pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000300006)>. Acesso em: 13 de Novembro de 2022.

## **ANEXO A**



Ofício nº 1272/GAB/SMS/2022.

Sinop-MT, 07 de julho de 2022.

**Ilma Senhora**  
Valeska Kinjo Falconi

Prezada,

Considerando que a Comissão de Integração Ensino-Serviço – CIES, “são *Instâncias Intersetoriais e Interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde*” (Portaria 1.996/07 art. 2º §2º e na NOB/RH-SUS).

Considerando que a criação da CIES é uma determinação da Lei Orgânica da Saúde “*Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior*” (Lei 8080/90).


Considerando que a CIES SINOP foi criada em 30.07.2015 pelo Conselho Municipal de Saúde. (Resolução 029/2015).

Considerando que, dentre outras atribuições, a CIES tem a função de regulamentar a integração ensino-serviço por intermédio da articulação das Instituições de Ensino para a promoção coordenada de estratégias de intervenção no campo da formação dos profissionais da saúde e do desenvolvimento dos trabalhadores do SUS.


Sendo assim, a CIES-Sinop avaliou o projeto de pesquisa intitulado “**PERCEPÇÕES DO ADULTO JOVEM QUANTO AO ACOLHIMENTO RECEBIDO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE APÓS TENTATIVA DE SUICÍDIO**”, a demais deliberou pela **RECOMENDAÇÃO**, conforme **Parecer 199/2022/CIES/SMS/SINOP**, anexo.

Diante do exposto, **AUTORIZO** o projeto para execução no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, visto que, não houve Recomendação da CIES Municipal, conforme parecer supracitado, com base Resolução CNS 466/2012.

Solicito a apresentação do relatório das atividades executadas pelo projeto na unidade para serem anexado aos pareceres desta comissão.



**Patrícia Akemi Kamitani**  
Coordenadora da Comissão de  
Integração Ensino Serviço- CIES



**Daniela Cristina de Oliveira Galhardo Barbosa**  
Portaria nº1729/2021  
Secretária Municipal de Saúde



**PARECER Nº. 199/2022/CIES/SMS/SINOP**

**PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROJETO DE PESQUISA**

Comentários do relator, frente à Resolução CNS 466/12 e complementares:

Identificação	<b>Título do Projeto:</b>
	PERCEPÇÕES DO ADULTO JOVEM QUANTO AO ACOLHIMENTO RECEBIDO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE APÓS TENTATIVA DE SUICÍDIO
	<b>Pesquisador responsável:</b>
	VALESKA KINJO FALCONI
	<b>Data de apresentação ao CIES e número do processo:</b>
<b>Estrutura do Protocolo:</b>	
<p>O projeto é para apresentação de um Trabalho de Curso, do Curso de Psicologia da UNIFASIFE – Centro Universitário, apresenta adequação dos dados identificatórios, descrição sucinta das justificativas e dos objetivos do estudo, bem como, adequação dos materiais e métodos, referência bibliográfica pertinente e responsabilidade do pesquisador na condução do estudo.</p>	
<b>Adequação da metodologia aos objetivos do CIES:</b>	
adequado	
<b>Adequação das condições:</b>	
adequado	
<b>Avaliação dos riscos e benefícios do estudo e retorno dos benefícios para CIES/SMS-Sinop/MT:</b>	
adequado	
<b>Adequação do termo de consentimento e forma de obtê-lo (objetividade, linguagem adequada, descrição dos procedimentos, riscos e desconfortos, garantias e acesso ao pesquisado e ao CIES):</b>	
adequado	
<b>Tratamento adequado dos dados e materiais biológicos:</b>	
NSA	

VI - Parecer do	Aprovação: APROVADO <i>Claudia Jaqueline Martinez Munkes</i>
-----------------	---

<b>Relator</b>	Pendências (enumerar motivos):  Não aprovado (enumerar motivos):
<b>VII – Data da reunião e assinatura do Coordenador</b>	Aprovação ad referendum:  Aprovação final:     Daniela Cristina de Oliveira Galhardo Barbosa Portaria nº1729/2021 Secretária Municipal de Saúde

## **ANEXO B**

## **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Título do estudo:** Percepção do Adulto Jovem Quanto ao Acolhimento Recebido nos Serviços de Saúde Após Tentativa de Suicídio

**Pesquisador Responsável:** Luiza Alvarenga Marques de Medeiros

**Endereço:** Rua Alcides Faganelo, 122 – Delta, Sinop-MT

**Telefone:** (66) 98437-2094

Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado (a) para participar de forma voluntária da pesquisa intitulada “Percepção do Adulto Jovem Quanto ao Acolhimento Recebido nos Serviços de Saúde Após Tentativa de Suicídio”.

Esta pesquisa possui interesse acadêmico, e tem como prioridade conhecer a percepção dos adultos jovens sobre o acolhimento recebido pelos profissionais de saúde das unidades de saúde de Sinop após tentativa de suicídio e/ou ideação suicida.

Para tanto, peço por gentileza que efetue a leitura das informações abaixo.

### **Objetivo do estudo:**

Conhecer a percepção do adulto jovem com comportamento suicida sobre o acolhimento recebido pelos serviços de saúde, com ênfase no setor de urgência e emergência, após uma tentativa de suicídio por meio de relatos de suas experiências.

### **Procedimentos que serão realizados:**

Caso você considere participar desta pesquisa, ela consistirá na condição de responder individual e virtualmente um questionário, baseado na Escala de Avaliação da Satisfação dos Usuários com os Serviços de Saúde Mental (SATIS-BR), estruturado em 28 perguntas objetivas e discursivas, sendo 7 perguntas relacionadas a dados sociodemográficos para identificação e 21 perguntas sobre o serviço de acolhimento recebido pelos profissionais de saúde após tentativa de suicídio e/ou ideação suicida, com duração média de 10 minutos.

### **Riscos e Benefícios:**

Sua participação na presente pesquisa oferece risco alto, tendo em vista que o participante poderá se mostrar constrangido ou desconfortável ao responder alguma das questões propostas na escala, ter o retorno de pensamentos suicidas, o que será resolvido com a disponibilidade de efetivar desistência imediata de sua participação na pesquisa, receber atendimento psicológico imediato da pesquisadora, ou mesmo ser encaminhado para atendimento psicológico gratuito e prioritário na clínica escola da UNIFASIPE. Contudo, caso considere a participação nesta pesquisa, o participante poderá contribuir com informações que apontem a descrição dos acolhimentos recebidos pelos adultos jovens após tentativa de suicídio pela equipe dos serviços de saúde, nos setores de urgência e emergência.

### **Dados relacionados a pesquisa:**

A presente pesquisa não possui custo financeiro de qualquer espécie a você.

Ao participar da pesquisa, você possui garantia do sigilo de sua identificação pessoal, pois todos os dados serão resguardados na responsabilidade da pesquisadora e sua equipe para eventuais esclarecimentos relacionados à pesquisa.

Para todo e qualquer problema ou eventualidade resultante da pesquisa, a responsabilidade será da pesquisadora (*contatos abaixo*) e sua equipe.

### **Participação voluntária:**

O presente termo esclarece que a sua participação nesta pesquisa é de caráter voluntário e sem pagamento de qualquer espécie, onde a decisão da participação ou não participação não acarretará penalidade alguma. Como também, a decisão em desistir da pesquisa poderá ocorrer a qualquer momento mesmo após o início da sua participação. Para tanto, será necessário entrar em contato com a pesquisadora responsável (*contato abaixo*) e apresentar a mudança de decisão em caráter inquestionável, a fim de que se faça atender sua decisão de imediato.

**Sigilo e Privacidade:**

Sigilo e privacidade são prioridades nesta pesquisa, na qual terá os dados utilizados apenas e somente pela equipe do estudo, ou seja, pessoas que não fazem parte da pesquisa não terão acesso aos dados. O TCLE-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegura que em nenhum momento será divulgado o seu nome como participante desta pesquisa.

**Contatos:**

- **Pesquisadora responsável:** Luiza Alvarenga Marques de Medeiros

Fone: (66) 98437-2094, e-mail: [luiza@medeirosemarques.com](mailto:luiza@medeirosemarques.com)

- **Co-pesquisadora:** Valeska Kinjo Falconi

Fone: (66) 99692-3936, e-mail: [valeskafalconi@live.com](mailto:valeskafalconi@live.com)

- **Comitê de Ética em Pesquisa da UFMT** Campus Universitário de Sinop

Endereço: Avenida Alexandre Ferronato, 1200 – CEP 78556-267. Setor Industrial Norte, Sinop – MT. Telefone: (66) 3533-3199, e-mail: [cepsinop@gmail.com](mailto:cepsinop@gmail.com) – para questões sobre os direitos dos participantes envolvidos ou sobre questões éticas.

*“Ao assinar abaixo, confirmo e concordo que li as afirmações contidas neste termo de consentimento, que foram explicadas conforme os procedimentos do estudo e, que tive a oportunidade de fazer perguntas, sendo assim, estou satisfeito com as explicações fornecidas e decido participar voluntariamente deste estudo”.* **Uma via do presente termo será entregue a mim e outra será arquivada junto aos materiais de coleta pelo pesquisador.**

Assinaturas:

---

Assinatura do participante de Pesquisa

---

Assinatura do Pesquisador principal

---

Assinatura do Co-Pesquisador

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **APÊNDICE**

**Questionário para pesquisa de monografia: Percepção do Adulto Jovem Quanto ao  
Acolhimento Recebido nos Serviços de Saúde Após Tentativa de Suicídio**

Olá, sou a Valeska Kinjo Falconi, acadêmica do décimo semestre de Psicologia da UNIFASIPE e, sob a orientação da professora Luiza Alvarenga M. de Medeiros, venho convidar você a participar da pesquisa Percepção do Adulto Jovem Quanto ao Acolhimento Recebido nos Serviços de Saúde Após Tentativa de Suicídio. Esta pesquisa possui interesse acadêmico e tem como prioridade avaliar o acolhimento realizado pelos profissionais de saúde, do município de Sinop, após uma tentativa de suicídio e/ou ideação suicida entre os anos de 2020 até o momento.

**Dados Sociodemográficos**

1- Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

2 – Qual sua idade? \_\_\_\_\_

3- Qual seu estado civil?

- ( ) Solteiro
- ( ) Casado (a) ou vive com companheiro (a)
- ( ) Separado
- ( ) Divorciado
- ( ) Viúvo

4- Com quem você vive atualmente? \_\_\_\_\_

5- Que tipo de moradia você tem atualmente?

- ( ) Casa/apartamento próprio
- ( ) Casa dos pais ou outros familiares
- ( ) Casa de amigos
- ( ) Abrigo de emergência
- ( ) Hospital ou instituição
- ( ) Pensão
- ( ) Rua

6- Grau de escolaridade:

- ( ) Ensino fundamental incompleto
- ( ) Ensino fundamental completo
- ( ) Ensino médio incompleto
- ( ) Ensino médio completo
- ( ) Superior Incompleto
- ( ) Superior Completo

7- Atualmente você está trabalhando?

- ( ) Sim ( ) Não

**Avaliação da Satisfação dos Usuários com o Acolhimento Após Tentativa de Suicídio ou  
Ideação Suicida**



1- Você tentou suicídio ou teve alguma ideação suicida entre os anos de 2020 até o momento em questão?

Sim  Não

2- Qual método você utilizou para a tentativa de suicídio?

Automutilação

Envenenamento

Afogamento

Asfixia

Ingestão de medicamentos

Outros \_\_\_\_\_

3- Logo após essa tentativa de suicídio ou ideação suicida, qual unidade de saúde você procurou? (UPA, UBS, CAPS, hospital, etc) \_\_\_\_\_

4- Quem encaminhou você a este serviço?

Minha própria decisão

Uma pessoa da família

Um amigo (a)

Um médico / terapeuta

Um serviço de referência

Outros \_\_\_\_\_

5- O que você pensava ser seu problema quando foi admitido na unidade?

Um problema físico de saúde

Um problema psicológico

Outros \_\_\_\_\_

6- Você foi atendido por quais profissionais? \_\_\_\_\_

7- Qual sua opinião sobre a maneira como foi tratado, em termos de respeito e dignidade?

Nunca me senti respeitado

Geralmente não me senti respeitado

Mais ou menos

Geralmente me senti respeitado

Sempre me senti respeitado

8- Quando você falou com a pessoa que admitiu você na unidade, você sentiu que ele (a) ouviu você?

Não me ouviu de forma alguma

Não me ouviu o bastante

Mais ou menos

Me ouviu bem

Me ouviu bastante

9- Até que ponto a pessoa que te admitiu na unidade pareceu compreender o seu problema?

Não me compreendeu de forma alguma

Não me compreendeu muito

Mais ou menos

Me compreendeu bem

Me compreendeu muito

10- Qual sua opinião sobre o tipo de ajuda dada a você no processo de acolhimento?

- Parece que eles pioraram as coisas
- Não obtive nenhuma ajuda
- Senti que obtive alguma ajuda
- Senti que obtive muita ajuda

11- Em geral, como você classificaria a acolhida dos profissionais de saúde da unidade?

- Nada amigável
- Pouco amigável
- Mais ou menos
- Amigável
- Muito amigável

12- Em geral, como você acha que a equipe de saúde compreendeu o tipo de ajuda de que você necessitava?

- Não me compreendeu de forma alguma
- Não me compreendeu muito
- Mais ou menos
- Me compreendeu bem
- Me compreendeu muito

13- Em geral, como você classificaria a competência da equipe?

- Muito incompetente
- Incompetente
- Mais ou menos
- Competente
- Muito competente

14- Se você precisar de ajuda novamente, você voltaria a essa unidade?

- Não, certamente que não
- Não, acho que não
- Indiferente
- Sim, acho que sim
- Sim, com certeza

15- Do que você mais gostou no acolhimento recebido pelos profissionais de saúde da unidade?

---

16- Do que você menos gostou no acolhimento recebido pelos profissionais de saúde da unidade? \_\_\_\_\_

17- Na sua opinião, o serviço recebido pela equipe de saúde poderia ser melhorado?

- Sim
- Não
- Não sei

18- Se você respondeu sim para a pergunta de cima, de que maneira você acha que ele poderia ser melhorado? \_\_\_\_\_

19- Você teve auxílio de algum psicólogo na unidade?

Sim    Não

20- Você acha importante ter um psicólogo para realizar o acolhimento em situações que envolvem tentativa de suicídio e/ou ideação suicida?

Sim    Não    Talvez

21- Caso a resposta acima seja sim, quais contribuições você acha que o psicólogo poderia trazer nessas situações? \_\_\_\_\_