



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ISABELA CAROLYNE SENA DE ANDRADE

DINÂMICA FAMILIAR DE PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA:
APLICAÇÃO DO MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO

SALVADOR
2023

ISABELA CAROLYNE SENA DE ANDRADE

**DINÂMICA FAMILIAR DE PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA:
APLICAÇÃO DO MODELO CALGRAY DE AVALIAÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa “Cuidado na Promoção à Saúde, Prevenção, Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos Humanos”.

Orientadora: Profa. Dra. Nadirlene Pereira Gomes

SALVADOR
2023

ISABELA CAROLYNE SENA DE ANDRADE

**DINÂMICA FAMILIAR DE PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA:
APLICAÇÃO DO MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa “Cuidado na Promoção à Saúde, Prevenção, Controle e Reabilitação de Agravos em Grupos Humanos”.

Aprovada em 24 de fevereiro de 2023

BANCA EXAMINADORA

Cíntia Mesquita Correia 

Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Medicina e Saúde Pública.

Ridalva Dias Martins 

Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal da Bahia

Maria Enoy Neves Gusmão 

Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal da Bahia

Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira _____

Doutora em Ciências de Enfermagem. Professora na Escola Superior de Saúde (ESS) da UTAD.

Telmara Menezes Couto 

Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Para todos os tipos, formas, configurações, tamanhos, cores e universos familiares: as que escolhemos por afeto e as de laço consanguíneo...

[...] ainda para “aquela pessoa” dona de uma voz chorosa e triste, alma profunda e olhar penetrante que marcou a minha vida: você foi a tragédia que impulsionou minha arte...

AGRADECIMENTOS

A todos os acreditáveis “**Deuses**”, **Santos**, **Orixás** e **Mestres Espirituais** que existem, as energias que me circundam e protegem desde o meu nascimento e ao grandioso e misterioso Universo por tudo que me proporcionou até aqui.

À **minha orientadora**, professora e educadora que me falou, apontou direções e aceitou continuar comigo nessa jornada desafiadora. Gostaria de usar a palavra “tempo” para esses seis anos (mestrado e doutorado) acadêmicos cronometrados, mas prefiro “espaço”. O espaço nós podemos determinar o tamanho, os limites e até onde ele vai. É ter a garantia de uma futura continuidade. Também nesse espaço você me respeitou, deixou eu ser, (re)escrever, (re)inventar e crescer. Para um espírito alegre e descontraído como o seu e um espírito livre como o meu, isso foi uma junção que deu certo. Também por isso, eu cresci. Obrigada.

À **banca orientadora**, pelas contribuições, participações e ideias nessa tese.

À **psicóloga Milena Fraga**, vou te confessar que nem acredito que cheguei até aqui e até hoje. Você tem um papel tão imerso e profundo nessa jornada, que eu prefiro me absentar de palavras para somente dizer: “Obrigada. Pelo profissionalismo e pela humanidade”. Se todo mundo tivesse um pouquinho de suporte profissional como o seu, com certeza o mundo seria melhor.

CIATOX-BA/NEPS: desde 2015 o serviço vem me colhendo e apresentando muitos profissionais incríveis. Pude aprender e desenvolver habilidades que levarei para a vida. Vocês são “o cenário de afetos” que descrevo aqui e que me fez chegar até esse momento! Em especial: a terapeuta ocupacional **Maíra Oliveira** e a enfermeira **Cíntia Mesquita**.

A **EEUFBA** é onde eu cresci como profissional, o lugar que me fez enquanto pesquisadora e abriu as portas do mundo para mim. Espero em breve voltar permanentemente para retribuir tudo que me proporcionou.

Rede Procurso de Ensino foi onde eu dei os primeiros passos aprendendo como ser e estar na sala de aula com tantos mundos e histórias diferentes. Fazer parte da formação de duas turmas de técnicos em enfermagem foi um aprendizado que levarei para a minha vida. É um daqueles “trabalhos” ou “empregos” que a gente leva para sempre na memória.

Laboratório VID@ eis algumas (das muitas) coisas que aprendi nele: logo quando cheguei conheci a **Professora Normélia Diniz** e o psicodrama, a intensidade na fala e no sentir me pegaram de jeito. **Com Marta Leiro**, do Conjunto de Mulheres do Calafate, aprendi que ser uma “Bruxa” (símbolo e logo do CMC) é sinônimo de elogio, grandiosidade, misticidade e orgulho, afinal foram elas que intensificaram a história do feminismo. E com carinho especial, um agradecimento a **Jemima, Joana, Luana e Jordana** por esses anos de parceria.

Ao Grupo de pesquisa CURARTE por me acolher de braços abertos e permitir a minha gestão ao longo desses três anos. **À Profa. Cátia Romano** em especial e a Terapeuta em *Pranic Healing*, nossa **Mestra Maisa Maiochi**, por acreditar no meu potencial e depositar a confiança nessa missão tão importante. Juntas, iremos levar a *Pranic Healing* para o mundo científico!

Josinete, obrigada pelos puxões para a realidade, pela atenção, pela amizade, pela cumplicidade em tantos momentos. Com os cactos que a vida nos deu, nós aprendemos a lidar com os espinhos e ainda fazer nascer flores junto a eles. Passamos muito juntas e sei que vamos passar ainda mais.

Ionara, foram muitas as vezes que você me levantou sem nem saber, que compartilhamos, que fomos do Farol da Barra à Itapuã e caminhamos juntas nesses últimos anos. De uma forma ou de outra, o universo sempre nos junta, fisicamente ou no pensamento. Estamos sempre juntas. Acho que isso quer dizer alguma coisa grande, afinal.

Tarsila, uma vez você me disse que eu sou uma das pessoas que “permite que você exista”. Mas pensando bem, você é essa pessoa. A pessoa que afeta a mim e todas as estrelas que têm brilho nesse universo. Porque você é além, e a nossa conexão de mais de 20 anos me ajuda a encontrar a beleza, a simplicidade e as cores em tudo que eu vejo.

Aos momentos de ócio necessários, os maravilhosos jogos de tabuleiro, gargalhadas sinceras e suporte: as amigas **Gabriela**, minha querida “Gabão”, **Alessandra**, meu “bicho do mato” e ao meu eterno “*brother from another mother*”, **Icaro Gabriel** (que é minha família consanguínea e também de escolha!)

À **minha família de origem, com laços de consanguinidade** e que todos os dias eu (re) construo afetos: **tio Dal**, **minha afilhada Andara**, **minha prima Jéssica**, e a **minha mãe Claudeci**. Nós compartilhamos de memórias do passado que me construíram e fazem parte do que eu sou no presente.

As minhas avós **Maria de Lourdes** e **Creuza** e também a minha querida **Maria Lídia** (família de coração): sei que nas suas orações meu nome nunca faltou, e eu me sinto abençoada. “Bênça”!

Costumo dizer que reconheci o amor depois que EU comecei a escolher com quem quero estar. E eu escolhi vocês: **Belgo e Bolinho**, companheiros de quatro patas que já se foram; **Safe, Toffe e Amora**, que hoje tornam meus dias vivos, meu coração e alma lugares habitáveis.

Pai, meu guardião protetor, “chefe dos Índios Tupinambá”. Por vezes falamos línguas diferentes, mas em comum temos uma linguagem só nossa, de pai e filha única, de parceiros e suporte para a vida: o amor.

A casa em que moramos é vital. A minha teve uma sala ampla, iluminada, com três cachorros correndo soltos, um escritório feito por mim e onde fiz essa tese, aroma de livro novo, um quarto confortável para descanso e uma cozinha sempre com cheirinho de comida e café feitos na hora, por uma pessoa em especial. Em espaços bem resumidos essa é a descrição da casa que morei esses últimos anos, que foi abrigo, conforto e meu primeiro e verdadeiro lar. **Cíntia**, você me deu esse lar, uma história e uma família. E por isso, eu espero um dia poder agradecer como você merece.

A solidão me faz companhia desde o dia que nasci, mas com **a Arte** eu consigo me expressar, ter companhia e sentir prazer nas pequenas coisas que acontecem no dia a dia. Para a arte em forma de ciência, música, poema, poesia, filme, teatro, séries de TV, história em quadrinhos, grandes pinturas e livros eu agradeço a inspiração, criação e vitalidade. Sou uma nerd confessa e o que eu amo fazer, principalmente com essas inspirações, sempre me movimentou. Essa tese é o maior exemplo disso, até aqui.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

Hoje reconheço mais do que nunca a importância do fomento para a pesquisa no Brasil e no mundo, especialmente e crucialmente nesses anos turbulentos em que desenvolvi minha pesquisa (2019-2022). Dessa forma, agradeço a **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB)** pela concessão, integral, da bolsa de estudos, que me proporcionou a aquisição de livros, materiais didáticos, softwares e a participação em eventos científicos nacionais e internacionais de extrema relevância para meu crescimento acadêmico e profissional.

A casa da Família Loucura

Era uma casa muito assombrada
Tinha teto, mas na mente não tinha nada
No quintal a árvore maior dava frutos diferentes
A cada ano novas sementes

Sem nunca largar do pé
Alguns frutos insistiram a arvore fazer companhia
Tal esta que se perduraria
Numa tal doentia monotonia
Que arrastou dona Maria

As janelas e portas não mais se sustentavam
As folhas, raízes e frutos invadiram a casa
Abalando as estruturas
Surpreendendo até mesmo a misteriosa loucura

O guardião se isolava
E a arvore no quintal sua dor espalhava
Fazendo chover e relampejar
Até a casa inundar

Mas aos domingos a casa se refazia
Na melodia de tão obscura melodia
A nudez é vista novamente
Viva! recebemos nosso paciente

Fruto incerto e duvidoso que adorava o gozo
Certa vez o chão da casa parecia abrir
Era a inocência que morria ali

Ao fim da tarde a casa se encobria com a fumaça sombria e arrastada
Era a hora do café com a TV quebrada
No badalar do sino o descontrole se contenta
Todos precisam dormir para encarar
Mais um dia de tormenta

No espelho do quarto o reflexo da arvore envelhecia
Parecia que o caos e desespero na casa nunca desaparecia
Um pedido de socorro nunca escutado
Parece que mais um fruto naquela noite seria velado

A TV nunca foi consertada.
O controle não existia.
Seria possível essa casa entrar em sintonia?

Finalmente quando amanhece
a casa abre os grandes olhos alienados
Esse é apenas mais um dia
que a loucura terá seu reinado validado

Infelizmente é tarde demais
As raízes da arvore invadiram a casa
Até o fruto dos frutos apodreceram

Cena indescritível de narrar
Todo visitante que hoje a casa vai
Impossível não indagar:
Será que nesse quintal algum fruto sadio nascerá?

Dra Enfa Isabela Carolyne Sena de Andrade

(Autoria própria)

RESUMO

ANDRADE, I.C.S. **Dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida: aplicação do modelo calgary de avaliação.** 2023. 240f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador – Ba, 2023.

Os elevados índices e as repercussões do comportamento suicida tornam o fenômeno um sério problema de saúde pública, o que requer estratégias de prevenção e enfrentamento. Considerando a relevância da família enquanto componente do suporte social, urge a necessidade da compreensão acerca da dinâmica das relações familiares no contexto da ideação suicida. Dessa forma, essa tese aborda os seguintes capítulos para compor a história da arte: I- Comportamento suicida: das raízes históricas ao rizoma da contemporaneidade (Comportamento suicida: uma teia de *complexus*; -Panorama global do comportamento suicida como problema de saúde pública: Epidemia silenciosa?); II-Das partes para o todo: a família como um sistema (não) funcional (Reforma psiquiátrica e família: visibilidade e participação do sistema familiar da pessoa com sofrimento psíquico; Família e comportamento suicida) e III-A pandemia do covid-19 e o sofrimento psíquico. Compreender a dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, fundamentado no referencial teórico-metodológico do Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), que se refere a um modelo de avaliação familiar que abarca a estrutura, o desenvolvimento e a funcionalidade do sistema familiar. Em relação ao local de estudo, esse foi desenvolvido no Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS), um serviço ambulatorial especializado no atendimento às pessoas com comportamento suicida no estado da Bahia. No que tange aos participantes do estudo, foram 07 famílias e 09 familiares de pacientes com comportamento suicida acompanhados no NEPS. Os critérios de inclusão foram os seguintes: cônjuges, familiares consanguíneos ou familiares com laços de afetividade de usuários em acompanhamento regular no NEPS; ter idade igual e/ou maior a 18 anos e estar em condição emocional e cognitiva. Na primeira etapa do estudo, em encontro virtual com os usuários, para conhecer seus familiares antes, fora construído o genograma e ecomapa. Esse primeiro é uma árvore familiar que inclui informações adicionais sobre relacionamentos entre as pessoas, já o ecomapa, complemento do genograma, consiste em uma representação gráfica das relações e contatos entre os membros da família, a comunidade, serviços de saúde e outras instituições, permitindo avaliar suas redes e apoios sociais. Para essa construção fora utilizado o software GenoPro®, desenvolvido pela GenoPro SDK com o objetivo de auxiliar o armazenamento de dados, a construção e apresentação de genealogias familiares. Emergiram dessa tese quatro manuscritos, a saber: Avaliação estrutural em famílias de pessoas com comportamento suicida: Aplicação do Modelo Calgary; Avaliação de desenvolvimento em famílias de pessoas com comportamento suicida: Aplicação do Modelo Calgary; Avaliação funcional em famílias de pessoas com comportamento suicida: Aplicação do Modelo Calgary e Expressões de cuidado na dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida. Assim, a discussão girou em torno da estrutura das gerações de pessoas com comportamento suicida, que é marcada ao longo do tempo por histórias e eventos adversos de vida. Os relatos de familiares de pessoas com comportamento suicida que mostraram também que os eventos acontecidos no núcleo familiar, marcaram de forma profunda os estágios do ciclo vital da família. Além disso, os resultados revelaram, como é intensa e diversa a funcionalidade de cada núcleo familiar. Isso porque são muitas as formas que cada uma encontra para manter-se estruturada e resiliente apesar dos obstáculos encontrados, entre eles o adoecimento psíquico e o comportamento suicida de um dos seus membros. Elucidar a estrutura, desenvolvimento e funcionalidade das famílias de pessoas com comportamento suicida, torna possível vincular-se, compreender e intervir nos conflitos, (des)harmonia e

desarranjo do núcleo familiar. Isso porque com a aplicação do Modelo Calgary de Avaliação das famílias de pessoas com comportamento suicida permite ao profissional organizar e aprimorar o atendimento e acompanhamento dessa família bem como utilizar todas essas ferramentas como fatores de proteção para as tentativas de suicídio. Seguindo mais além, importante salientar que a atuação cíclica da prevenção do suicídio também é uma forma de reduzir o adoecimento, estresse e desgaste no núcleo familiar. Assim, com esse estudo registra-se o MCAF de famílias das pessoas com comportamento suicida, abrindo caminhos e espaços para estudos com a aplicação do Modelo Calgary de Intervenção. Dessa maneira, esse movimento pode fazer com que a família atue de forma positiva e resiliente e atue como suporte principal na vida das pessoas com comportamento suicida.

Palavras-Chaves: Suicídio. Família. Modelo Calgary. Comportamento suicida. Enfermagem.

ABSTRACT

ANDRADE, I.C.S. **Family dynamics of people with suicidal behavior: application of the calgary evaluation model.** 2023. 240f. Thesis (Doctorate in Nursing and Health) – Graduate Program in Nursing and Health, School of Nursing, Federal University of Bahia. Salvador – Ba, 2023.

The high rates and repercussions of suicidal behavior make the phenomenon a serious public health problem, which requires coping prevention strategies. Considering the importance of the family as a component of social support, there is an urgent need to understand the dynamics of family relationships in the context of suicidal ideation. Thus, this thesis addresses the following chapters to compose the history of art: I- Suicidal behavior: from historical roots to the rhizome of contemporaneity (Suicidal behavior: a web of complexus; -Global overview of suicidal behavior as a public health problem: Epidemic silent?); II-From the parts to the whole: the family as a (non)functional system (Psychiatric reform and family: visibility and participation of the family system of the person with psychological distress; Family and suicidal behavior) and III-The covid-19 pandemic and psychic suffering. To understand the family dynamics of people with suicidal behavior. This is a study with a qualitative approach, based on the theoretical-methodological framework of the Calgary Family Assessment Model (MCAF), which refers to a family assessment model that encompasses the structure, development and functionality of the family system. Regarding the place of study, this was developed at the Nucleus for the Study and Prevention of Suicide (NEPS), an outpatient service specialized in caring for people with suicidal behavior in the state of Bahia. With regard to the study participants, there were 07 families and 09 family members of patients with suicidal behavior followed at NEPS. Inclusion criteria were as follows: spouses, consanguineous relatives or family members with affection ties of users in regular follow-up at NEPS; be aged 18 years and/or older and be in an emotional and cognitive condition. In the first stage of the study, in a virtual meeting with the users, to get to know their family members beforehand, the genogram and ecomap were constructed. The first is a family tree that includes additional information about relationships between people, while the ecomap, a complement to the genogram, consists of a graphic representation of the relationships and contacts between family members, the community, health services and other institutions, allowing assess their networks and social supports. For this construction, GenoPro® software was used, developed by GenoPro SDK with the objective of helping data storage, construction and presentation of family genealogies. Four manuscripts emerged from this thesis, namely: Structural assessment in families of people with suicidal behavior: Application of the Calgary Model; Developmental assessment in families of people with suicidal behavior: Application of the Calgary Model; Functional assessment in families of people with suicidal behavior: Application of the Calgary Model and Expressions of care in the family dynamics of people with suicidal behavior. Thus, the discussion revolved around the structure of generations of people with suicidal behavior, which is marked over time by stories and adverse life events. The reports of relatives of people with suicidal behavior that also showed that the events that took place in the family nucleus, profoundly marked the stages of the family's life cycle. In addition, the results revealed how intense and diverse the functionality of each family nucleus is. This is because there are many ways that each one finds to remain structured and resilient despite the obstacles encountered, including psychological illness and the suicidal behavior of one of its members. Elucidating the structure, development and functionality of families of people with suicidal behavior makes it possible to bond, understand and intervene in conflicts, (dis)harmony and disarrangement of the family nucleus. This is because with the application of the Calgary Model for the Evaluation of families of people with suicidal behavior, it allows the professional to organize and improve the care and

follow-up of this family, as well as to use all these tools as protective factors for suicide attempts. Going further, it is important to point out that the cyclic action of suicide prevention is also a way to reduce illness, stress and strain in the family nucleus. Thus, with this study, the MCAF of families of people with suicidal behavior is registered, opening paths and spaces for studies with the application of the Calgary Intervention Model. In this way, this movement can make the family act in a positive and resilient way and act as the main support in the lives of people with suicidal behavior.

Keywords: Suicide. Family. Model Calgary. Suicidal behavior. Nursing.

RESUMEN

ANDRADE, I.C.S. **Dinámica familiar de personas con conducta suicida: aplicación del modelo de evaluación de Calgary**. 2023. 240f. Tesis (Doctorado en Enfermería y Salud) – Programa de Posgrado en Enfermería y Salud, Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahía. Salvador – Ba, 2023.

Las altas tasas y repercusiones de la conducta suicida hacen del fenómeno un grave problema de salud pública, que requiere estrategias de prevención del afrontamiento. Considerando la importancia de la familia como componente del apoyo social, existe una urgente necesidad de comprender la dinámica de las relaciones familiares en el contexto de la ideación suicida. Así, esta tesis aborda los siguientes capítulos para componer la historia del arte: I- Comportamiento suicida: de las raíces históricas al rizoma de la contemporaneidad (Comportamiento suicida: una red de complexus; -Panorama global del comportamiento suicida como problema de salud pública: Epidemia ¿silencioso?); II-De las partes al todo: la familia como sistema (no)funcional (Reforma psiquiátrica y familia: visibilización y participación del sistema familiar de la persona con malestar psíquico; Familia y conducta suicida) y III-La covid-19 Pandemia y sufrimiento psíquico. Comprender la dinámica familiar de personas con conducta suicida. Se trata de un estudio con enfoque cualitativo, basado en el marco teórico-metodológico del Calgary Family Assessment Model (MCAF), que se refiere a un modelo de evaluación familiar que abarca la estructura, desarrollo y funcionalidad del sistema familiar. En cuanto al lugar de estudio, este se desarrolló en el Núcleo de Estudio y Prevención del Suicidio (NEPS), un servicio de consulta externa especializado en la atención de personas con comportamiento suicida en el estado de Bahía. Con relación a los participantes del estudio, fueron 07 familiares y 09 familiares de pacientes con conducta suicida seguidos en el NEPS. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: cónyuge, parientes consanguíneos o familiares con vínculos afectivos de usuarios en seguimiento regular en el NEPS; tener 18 años y/o más y estar en una condición emocional y cognitiva. En la primera etapa del estudio, en una reunión virtual con los usuarios, para conocer previamente a sus familiares, se construyó el genograma y ecomapa. El primero es un árbol genealógico que incluye información adicional sobre las relaciones entre las personas, mientras que el ecomapa, complemento del genograma, consiste en una representación gráfica de las relaciones y contactos entre los miembros de la familia, la comunidad, los servicios de salud y otras instituciones, lo que permite evaluar sus redes y apoyos sociales. Para esta construcción se utilizó el software GenoPro®, desarrollado por GenoPro SDK con el objetivo de ayudar al almacenamiento de datos, construcción y presentación de genealogías familiares. De esta tesis surgieron cuatro manuscritos, a saber: Evaluación estructural en familias de personas con conducta suicida: Aplicación del Modelo de Calgary; Evaluación del desarrollo en familias de personas con conducta suicida: Aplicación del Modelo de Calgary; Evaluación funcional en familias de personas con conducta suicida: Aplicación del Modelo de Calgary y Expresiones de cuidado en la dinámica familiar de personas con conducta suicida. Así, la discusión giró en torno a la estructura de generaciones de personas con conducta suicida, que está marcada en el tiempo por relatos y eventos vitales adversos. Los relatos de familiares de personas con conducta suicida que también evidenciaron que los hechos ocurridos en el núcleo familiar, marcaron profundamente las etapas del ciclo de vida familiar. Además, los resultados revelaron cuán intensa y diversa es la funcionalidad de cada núcleo familiar. Esto se debe a que hay muchas formas que cada uno encuentra para mantenerse estructurado y resistente a pesar de los obstáculos encontrados, incluida la enfermedad psicológica y el comportamiento suicida de uno de sus miembros. Dilucidar la estructura, desarrollo y funcionalidad de las familias de personas con conducta suicida posibilita vincular, comprender e intervenir en los conflictos, (des)armonías y desarreglos del núcleo familiar. Esto se debe a que con la aplicación del

Modelo Calgary para la Evaluación de familias de personas con conducta suicida, permite al profesional organizar y mejorar el cuidado y seguimiento de esta familia, así como utilizar todas estas herramientas como factores de protección. por intentos de suicidio. Yendo más allá, es importante señalar que la acción cíclica de la prevención del suicidio es también una forma de reducir la enfermedad, el estrés y la tensión en el núcleo familiar. Así, con este estudio se registra el MCAF de familias de personas con conducta suicida, abriendo caminos y espacios para estudios con la aplicación del Modelo de Intervención de Calgary. De esta forma, este movimiento puede hacer que la familia actúe de manera positiva y resiliente y actúe como el principal apoyo en la vida de las personas con conducta suicida.

Palabras clave: Suicidio. Familia. Modelo Calgary. Comportamiento suicida. Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Representação conceitual de enfermagem da família.....	96
Figura 2 – A família e suas relações com o suprassistema e subsistema.....	97
Figura 3 – Modelo Calgary de Avaliação Familiar.....	99
Figura 4 – Modelo de genograma adaptado para a construção de árvores genealógicas.....	103
Figura 5 – Modelo de Ecomapa.....	105
Figura 6 – Símbolos utilizados no Ecomapa.....	105

LISTA DE ABREVIATURAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
AFSP	American Foundation for Suicide Prevention
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEATOX	Centro de Informação e Assistência Toxicológica
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CEVS	Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIATOX/BA	Centro de Informação e Assistência toxicológica da Bahia
CiNEPS	Cinema do NEPS
CIT	Centro de Informação Toxicológica
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COEPE	Comissão de Ensino e Pesquisa
CONEP	Conselho Nacional de Saúde
CVV	Centro de Valorização a Vida
DATASUS	Departamento de Informação em Saúde do Sistema Único de Saúde
EEUFBA	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
GGB	Grupo Gay da Bahia
HGRS	Hospital Geral Roberto Santos
LGBTQIA+	Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti, Transgênero e Transexual, <i>Queer</i> , Intersexo, Assexuado (a) e outras possibilidades
MCAF	Modelo Calgary de Avaliação Familiar
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEPS	Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio
NESC/UFRJ	Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PPSUS	Programa Pesquisa Para o SUS
PRAVIDA	Projeto de Apoio à Vida
PNPS	Plano Nacional para Prevenção do Suicídio
PUC-RS	Pontifícia Universidade Católica, do Rio Grande do Sul
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede Atenção Psicossocial
RS	Estado do Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SESAB	Secretaria de Estado da Saúde da Bahia
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
SISNEP	Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos
SP	Estado de São Paulo
SUPRE	Suicide Prevention Program
SVS	Secretaria de Vigilância na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAB	Transtorno Afetivo Bipolar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDM	Transtorno Depressivo Maior
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VID@	Grupo de Estudos Violência, Saúde e Qualidade de Vida
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA	21
2 INTRODUÇÃO	28
3 CONTEMPLANDO O ESTADO DA ARTE	33
3.1 COMPORTAMENTO SUICIDA: DAS RAÍZES HISTÓRICAS AO RIZOMA DA CONTEMPORANEIDADE.....	33
3.1.1 Comportamento suicida: uma teia de <i>complexus</i>	42
3.1.2 Panorama global do comportamento suicida como problema de saúde pública: Epidemia silenciosa?	52
3.2 DAS PARTES PARA O TODO: A FAMÍLIA COMO UM SISTEMA (NÃO) FUNCIONAL.....	69
3.2.1 Reforma psiquiátrica e família: visibilidade e participação do sistema familiar da pessoa com sofrimento psíquico	69
3.2.2 Família e comportamento suicida	74
3.3.3 A pandemia do covid-19 e o sofrimento psíquico	79
4 METODOLOGIA	84
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	84
4.2 UM CENÁRIO DE AFETOS: O NÚCLEO DE ESTUDO E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO (NEPS).....	84
4.3 OS (AS) COLABORADORES DA PESQUISA.....	86
4.4 PROCESSO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	88
4.4.1 Referencial teórico-metodológico: Modelo Calgary de Avaliação Familiar	91
4.4.2 Genograma	101
4.4.3 Ecomapa	103
4.4.4 O Software Genopro®	105
4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	107
5 RESULTADOS	110
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES DO ESTUDO	110
5.2 DESCRIÇÃO DOS GENOGRAMAS DAS FAMÍLIAS DE PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA.....	110
5.3 A DINÂMICA FAMILIAR DE PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA	155
5.3.1 Manuscrito 1 - Avaliação estrutural em famílias de pessoas com comportamento suicida: aplicação do Modelo Calgary	156

5.3.2 Manuscrito 2- Avaliação de desenvolvimento em famílias de pessoas com comportamento suicida: aplicação do Modelo Calgary	167
5.3.3 Manuscrito 3 - Avaliação funcional em famílias de pessoas com comportamento suicida: aplicação do Modelo Calgary	179
5.3.4 Manuscrito 4: Expressões de cuidado na dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida: revisão integrativa.....	191
6 PRODUTO DA TESE	214
6.1 Cartilha digital: “O que fazer se meu familiar tentar suicídio?” (desenvolvida a partir dos resultados do manuscrito 4)	214
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	226
REFERÊNCIAS	228
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	257
APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO	260
APÊNDICE C - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS	264
APÊNDICE D – TABELA DE CATEGORIZAÇÃO SOCIODEMOGRAFICA DOS COLABORADORES DA PESQUISA (Grupo 1, USUÁRIOS)	268
APÊNDICE E – TABELA DE CATEGORIZAÇÃO SOCIODEMOGRAFICA DOS COLABORADORES DA PESQUISA (GRUPO 2, FAMILIARES).....	270
ANEXO A – LISTA DE SIMBOLOS DO GENOGRAMA- GENOPRO.....	271
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFBA.....	272
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - SESAB.....	273

1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

Sempre tive pressa. Fui a escola com 2, porque era muito sozinha, filha única e tinha energia para inventar 111 brincadeiras durante o dia. Eu era advogada, veterinária, professora, cozinheira, enfermeira, cabelereira e até motorista de caminhão! Aos 4 já sabia ler e escrever. De placa de outdoor, à revista em quadrinho e até livro do Ziraldo. Com 5 ganhei meu anel dourado ABC pela alfabetização na escola, foi maravilhoso. Queria até me adiantar uma série para que eu me formasse aos 16! Aos 17 fui para a faculdade, aos 21 ganhei o diploma de honra ao mérito como estudante com as notas mais altas da turma de formandos de 2015.2, aos 23 finalizo minha primeira especialização e o mestrado, aos 24 vem a aprovação no TOEFL, com a conclusão no curso de nível avançado no inglês, aos 27 consigo meu primeiro emprego como professora em uma Instituição de Ensino Superior (IES) e aos 28, chego aqui na finalização do meu doutorado. Ufa! Tantas etapas e desafios que ainda faltam concluir...

Permitam-me agora retornar e aprofundar no ponto dessa história onde se inicia a minha jornada acadêmica de aproximação com a temática do meu estudo:

Desde 2015, pude conhecer e acompanhar as histórias de vida de pessoas com ideiação suicida e também dos seus familiares. Essa incrível (e profunda) jornada teve início ainda durante a graduação, quando atuei como estagiária de enfermagem pelo Programa de Estágio Não Obrigatório na rede de atenção e gestão da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) em um serviço especializado no atendimento a pessoas com comportamento suicida, o Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS). Lá pude notar que os familiares mesmo não participando dos atendimentos individuais ou grupais, estavam sempre presentes e dispostos a compartilhar suas experiências vividas, ainda que experienciando, muitas vezes, grande peso emocional.

Já em 2016, com a condução e organização da coordenadora e idealizadora do NEPS, integrei as reuniões com os familiares e então pude sentir realmente o quanto é difícil vivenciar o comportamento suicida com um familiar. As reuniões já tinham sido planejadas anteriormente por uma técnica do serviço, psicóloga, que trabalhava com família, porém a equipe pequena e a grande demanda individual, impossibilitou a continuidade do grupo de família. Mais a frente, nos capítulos dessa tese, defenderei a importância de se trabalhar com a família de pessoas com comportamento suicida. Entretanto, hoje compreendo que nem tudo depende dos profissionais: a infraestrutura do espaço, a quantidade de profissionais, as contratações... tudo isso vem de um sistema maior que impede a continuidade de alguns planos fundamentais nos serviços de saúde de forma geral.

Os grupos iniciais foram um sucesso! Os familiares se engajaram em trocar experiência, se encontravam presencialmente a cada quinzena e sempre tinham produtos dos encontros mediados pelos profissionais do serviço. A grande necessidade de tirar dúvidas sobre o comportamento suicida, uso de medicamentos, tratamento psiquiátrico e a rotina como família, fez com que a maioria dos familiares de usuários do NEPS se reunissem e trocassem ideias de como era conviver em cada casa e núcleo familiar com uma pessoa que pensa sobre a morte autoprovocada. Infelizmente com as mudanças do serviço e a escassez de profissionais para trabalhar os grupos de família ao longo do tempo, os grupos ficaram menor a cada ano, até chegar à pandemia do COVID-19 e os encontros se tornarem exclusivamente online.

Ainda Inquieta de como se dá o suporte de familiares para a melhoria das pessoas com comportamento suicida, resolvi buscar o mestrado no sentido de melhor me aprofundar sobre a temática. Assim, em 2017, como aluna regular do curso ofertado pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), desenvolvi e defendi a dissertação intitulada “O suporte social no discurso de pessoas com comportamento suicida”. Esse estudo revelou situações adversas de suporte de familiares e amigos, que vão desde a ausência total de apoio ao longo da vida até a vivência do cuidado de forma contínua, independentemente do risco para o suicídio. Revelou ainda experiências que esboçam a interrupção do cuidado após o ato suicida e outras que este se deu justamente devido à tentativa do suicídio¹.

Dentre os elementos que favorecem o suporte social às pessoas com comportamento suicida, foram pontuados: o vínculo afetivo com o sujeito, que se revela pelas expressões de afeto, carinho e atenção; a experiência prévia de sofrimento psíquico, que sensibiliza para a dor do outro; a empatia com o sujeito, que permite se colocar no lugar do outro; e a compreensão acerca do comportamento suicida, que possibilita o entendimento acerca do fenômeno, bem como de sua gravidade. Tais elementos, que predisõem o suporte social, configuram-se enquanto relevantes contribuições para o cuidado às pessoas em risco para o suicídio uma vez que os profissionais de saúde, com destaque para a enfermagem, poderão utilizar-se dos mesmos e envolver amigos e familiares nesse processo no intuito de criar uma rede que possibilite o cuidado as pessoas com comportamento suicida e conseqüentemente a diminuição da reincidência das tentativas de suicídio².

Na perspectiva de um olhar profissional para atentar-se quanto à relevância do suporte

¹ Resultados extraídos da dissertação “O suporte social no discurso de pessoas com comportamento suicida”, defendida em janeiro de 2019 na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

² Resultados extraídos do artigo intitulado “O suporte social de familiares e amigos: Discurso de pessoas com comportamento suicida”, publicado em novembro de 2019 no volume 24 da Revista Cogitare Enfermagem.

social para o cuidado a pessoas com sofrimento psíquico, urge a inclusão dessa temática nos espaços de formação e programas de educação permanente dos profissionais de saúde, sobretudo na área de enfermagem. Espera-se, dessa forma, melhor preparar os profissionais, não apenas para o reconhecimento de sinais que indicam comportamento suicida, mas também para estratégias de cuidado com fins na prevenção e pós-venção do suicídio, onde se inserem a criação e estímulo para o suporte social da família continuamente.

Em breve resumo, com todo o aprofundamento da temática há 7 anos, e os conhecimentos sobre a historicidade do tema, pude perceber que desde o início da reforma psiquiátrica até os dias atuais, o movimento para melhorias no atendimento, acolhimento e abordagem a pessoas com sofrimento mental, vem sendo intensificado. A exemplo disso está a lei da Reforma Psiquiátrica e os Direitos das pessoas com transtorno mental no Brasil (nº 10.216/2001), os quais preveem a inclusão da família e comunidade como participantes ativos no cuidado as pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade. Assim, a família passa a ser reconhecida como elo fundamental da assistência em saúde mental. Com essas mudanças no cenário da saúde mental, abrem-se caminhos para desenvolvimento e implantação de ferramentas que possam transformar e aprimorar as práticas e saberes em saúde, como é o caso da inserção da família no atendimento e projeto terapêutico.

Ao falar em projeto terapêutico, lembro-me de um fórum internacional em saúde mental que participei e uma palestrante americana³, com expertise por experiência, falou sobre sua jornada de vida, ouvindo vozes, por vezes se automutilando e buscando a morte para cessar o sofrimento. Ela narrou seu projeto e processo terapêutico durante sua vida e a importância do cuidado, empatia e respeito. Foi um discurso grandioso e emocionante, e com isso surgiram vários questionamentos do público (todos profissionais de saúde). Uma dessas perguntas foi sobre o papel da família na vida da pessoa com comportamento suicida, e ela muito sabiamente respondeu “A família é extremamente importante. No meu caso, foi a minha família, no qual incluo meu marido e amigos, que me permitiu continuar. Mas um fato eu confesso: a experiência de cada membro da família sobre a morte autoprovocada é diferente para cada um. Ter um membro adoecido na família pode afetar todo o núcleo familiar de uma maneira que não podemos nem imaginar. Temos que ir até a família para compreender uma parte basal da história do indivíduo”. Logo em seguida uma enfermeira, colega de profissão, também questionou: “Mas e então, como funciona essa dinâmica familiar da pessoa com comportamento

³ O III Fórum Internacional novas abordagens em saúde mental foi realizado em outubro de 2019 e contou com a palestrante Caroline Mazel-Carlton, Diretora de Treinamento da Comunidade de Aprendizagem de Recuperação do Oeste de Massachusetts (WMRLC).

suicida? Se eu compreender essa família eu e minha equipe de saúde podemos ajudar a todos!”. O público sussurrou, questionou e inquietou-se com a tal pergunta. E foi naquele momento, ainda no segundo semestre do meu processo de doutoramento que eu soube que estava trilhando o caminho certo. Exatamente a mesma indagação e objetivo da minha tese que elaborei cuidadosamente desde o mestrado, era também a indagação de uma plateia inteira.

E então, digamos que a satisfação em fazer essa pesquisa surgiu justamente com uma insatisfação profissional (que atravessou o pessoal) sobre o atendimento, abordagem e acolhimento para aqueles que vivenciam o comportamento suicida através da ação do outro, nesse caso, o seu familiar. Quem cuida de quem cuida? Como evitar o adoecimento na família? E quando a família já está adoecida o que fazer? Como funciona essa família com uma pessoa que busca a morte como forma de acabar com a dor da alma? Assim, cedi às necessidades e urgências que as pessoas com comportamento suicida e seus familiares demandam dos profissionais e da rede de atenção à saúde. Compreendi os determinantes profissionais da minha escolha.

Mas como todo bom filme francês, a história não ia se encerra por aí: dia 17.12.2019 eu volto aqui com uma “escrita indesejada”. Realmente pensei que nesse penúltimo parágrafo a minha escrita estivesse se “encerrado”. Eu estava errada. A minha história a partir de agora, deixa de ser minha e passa a ser “nossa”, da família NEPS. Hoje, dia 18.12.2019, mais precisamente às 00:30, transcrevo uma das páginas do meu diário pessoal para compor a história da minha tese, a história da vida e a história do NEPS. Ou melhor ainda, começo redigir aqui a história da minha tese entrelaçada a história da vida do NEPS.

Foi no dia 17.12, às 07:05 da manhã, que o rumo da minha jornada acadêmica, ainda em construção, encontrou-me e atravessou-me sem aviso prévio, de forma profunda e dolorosa, entretanto, silenciosa. Aprendi, então, que um coração pode ser quebrado sem nunca emitir nenhum som. A minha vida pessoal depois desse dia também se modificou, mas por momento, foco nos acontecimentos que me fizeram chegar nessa escrita indesejada. O telefone tocou, ouvi algumas palavras que imediatamente viraram borrões sem sentido para a minha audição e pensei: “como assim?”. Naquela hora o piloto automático do meu (in)consciente colocou uma máscara que eu nunca havia conhecido até então, e precisei falar em voz alta: “Brisa⁴ se suicidou”.

Ela estava internada em uma enfermaria psiquiátrica há cerca de 24 horas com ideiação suicida rígida e persistente, ainda nem havia sido evoluída, provavelmente sem uso de nenhum

⁴Nome fictício

medicamento também. “Enforcamento”. Foi essa a palavra que usaram para dizer que ela não estava mais entre nós. “Como assim?” Repeti várias e várias vezes. Não havia ninguém no local? Que vigilância é essa? Onde estavam os médicos, enfermeiros, técnicos? Alguém? ALGUÉM? Eu tentei agir como profissional, mas o único pensamento que vinha na minha cabeça era: “essa morte poderia ter sido evitada. Brisa se suicidou”

Seguimos todos os protocolos e “planos” elaborados pela equipe técnica do NEPS para que não se desenvolvesse o chamado “efeito Werther⁵” ou “efeito cascata”, que acontece quando uma pessoa muito querida e próxima ou de grande influência se suicida e os outros também acabam fazendo o mesmo ato. Utilizamos das técnicas da Pranic Healing e do Reiki, praticas integrativas e complementares (PICS), para tentar controlar o desespero, que obviamente, foi geral e muito impactante. Um silêncio se fez por um instante, a terapeuta ocupacional falou e o NEPS desabou: “Brisa se suicidou”.

Em meio a tantas perguntas sem respostas, o abraço caloroso foi o único gesto que se fez forte o bastante para acalantar as lágrimas que inundavam a alma e agora transbordavam nos rostos desesperançosos e angustiados de todos. A brisa leve e suave que refrescava os dias quentes de verão agora tinha sido substituída por uma nuvem de tristeza, carregada de dúvidas, lamentos, saudade e fortes chuvas.

Pude sentir os olhares de cada um ali presente, inclusive, dos familiares, das suas irmãs e sua sobrinha que agora são “sobreviventes do suicídio⁶”. Um velório nunca é fácil. O velório de uma pessoa que tirou sua própria vida, com certeza é menos fácil ainda. Dizer “adeus” nessas circunstâncias é profundamente e incontestavelmente uma tarefa que poucos conseguem fazer sem emocionar-se ou questionar-se no seu íntimo mais profundo “qual o sentido da vida?” Essa pergunta vai continuar com respostas bem subjetivas: algumas sem muita certeza, outras em construção, em reflexão, em crenças, oração, Deuses, terapia... Não sei. Talvez o sentido da vida seja aquele que damos a ela?

Enfim. Um fato podemos afirmar: Dubinha, Sorridente, Apoema, Leka Peteka, Arco íris, Estrela, Lis, Nuvem, Eleven, Atalaia⁷ e todos os outros que fazem parte da Galera VIDA NEPS sempre vão lembrar a Brisa. Alguns dias de inverno serão bem frios, escuros e pode até parecer que não existe brisa para sentir, mas os outros dias, entretanto, aqueles dias em que a brisa se fizer presente, serão agradáveis, com ventos úmidos, lentos e que ao tocarem a pele conseguirão também tocar a alma. A partir de agora cada um vai sentir a brisa de um jeito bem

⁵ O efeito Werther será descrito mais detalhadamente no capítulo I.

⁶ “Os sobreviventes” serão descritos mais detalhadamente no subcapítulo “Família e comportamento suicida”;

⁷ Pseudônimos criados pelos usuários e técnicos do NEPS para compor o Jornal Galera Vida NEPS.

particular: no ar, nas memórias, no vento que sopra o mar e nas suas histórias. Dito isso, regresso-me, pois, aos determinantes pessoais da minha escolha.

Após exatos 2 meses e 11 dias da partida de Brisa, retorno mais uma vez para minha aproximação com a temática. Dessa vez é uma escrita surpresa: fora decretada a pandemia do COVID-19 no dia 06/03/2020 aqui no Brasil. O que mais parecia ser um semestre comum do doutorado se transformou em uma experiência única, diferente e totalmente desafiadora. Escrevo agora em julho de 2020, infelizmente, em tempos de pandemia mundial: O COVID-19, assim denominado o novo vírus contagiante, letal e descoberto em tempos “recentes”, assombra e para o mundo de forma devastadora.

Após a paralisação de todas as atividades de comércio (exceto hospitais de urgência e emergência, farmácias e supermercados), escolas, universidades, transportes públicos e estabelecimentos alimentícios como bares e restaurantes, tivemos que nos acostumar a conviver com um “novo normal”: uso de máscara, álcool em gel e medição de temperatura para entrar em qualquer lugar, além é claro, do distanciamento físico entre as pessoas. Tempos difíceis. Mais pessoas desempregadas, passando fome, perdendo familiares por conta do COVID-19, congestionamento das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) do Sistema Único de Saúde (SUS) e das redes privadas, o país sem ministro da saúde e sendo infestado por fakes News.

Enquanto o ex-ministro da educação brincava de ser mestre, doutor e pós doutor, muito dos meus companheiros professores e discentes do mestrado e doutorado estavam realmente na academia. Uns tentando encontrar a vacina para o vírus, outros registrando números de mortes e curas diárias, ou se desdobrando para (re)inventar maneiras de assistência e cuidado remotamente, cuidando de pessoas com transtornos mentais, pessoas com comportamento suicida ou em situação de violência, dos povos indígenas, da população negra, da população LGBTQIA+ ou ainda tentando entender como seria nosso futuro enquanto professores e pesquisa(dor)es.

Comigo não foi diferente: demorei a me adaptar, mas segui em frente. Continuei a participar das oficinas quinzenais do NEPS e das reuniões de família. Os trabalhos online aumentaram consideravelmente enquanto o contato físico e os encontros presenciais diminuiriam na mesma intensidade. Em virtude desse contexto pandêmico, foram adequadas algumas ações para continuidade e acompanhamento, de forma remota, dos usuários do Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio, bem como dos seus familiares. Usualmente, de forma presente, as oficinas de informação, ocorrem quinzenalmente as terças-feiras das 14:00 às 17:30 horas. Essa oficina tem a condução e coordenação da terapeuta ocupacional do serviço e participam em média de 10 a 25 usuários, além de estudantes de graduação e pós-graduação de

universidades e cursos diferentes. Para além disso, o grupo de família, que ocorre mensalmente as sextas-feiras, também continua ativo, entretanto em horário diferenciado, das 20:00 às 22:00, e por aplicativo de reuniões online. Com o “desconhecido” da pandemia em março e abril as oficinas e acompanhamento com os familiares teve uma pausa e agora nos últimos meses de maio de maio, junho e julho retornaram regularmente. Apesar de não me deixar sair de casa, entendi que a pandemia trouxe para minha tese (e para mim) novas formas de estar junto, mesmo separados.

Enquanto isso não passa, vamos ajudando enquanto pesquisadores e pessoas sensíveis a causa do COVID-19. Algumas das atividades desenvolvidas até agora foram: Cards de ampla divulgação em mídia social sobre a COVID-19 e sua interface com a saúde mental dos profissionais que estão na linha de frente; Cards de ampla divulgação em mídia social sobre a COVID-19 e sua interface com a saúde mental das pessoas que estão em distanciamento social e em casa com a família; Em elaboração: Artigo científico intitulado “Atendimento de Pranic Healing ao paciente com COVID-19: Relato de experiência do terapeuta” e também a revisão sistemática intitulada de “Formas de cuidado na dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida: revisão sistemática”.

Agora é 2023 e a vida mudou bastante. Os artigos citados acima foram aceitos e hoje se encontram divulgados no mundo a fora, para quem quiser ler. Cheguei à conclusão de que a minha aproximação com a temática só vai se encerrar até o dia que eu resolver parar de pensar nela (o que provavelmente não aconteça tão cedo), porque durante todos esses anos e as novas experiências que venho tendo, sempre me deparo com uma situação que me remete a minha tese. Fiz ela com carinho, dedicação e sobretudo respeito e compreensão à ciência e a todas as pessoas que convivem com a dor de perder um ente por suicídio ou que tentaram/tentam suicídio.

Pode parecer um “clichê”, mas a vida e a morte sempre andam lado a lado, em todas as situações que podemos imaginar. Embaixo e em cima, no colorido e no preto e branco, no deserto e na floresta tropical, no Norte e no Sul, no rico e no pobre, no(a) doutor(a) e no(a) trabalhador(a) que não tem o ensino médio completo, das famílias monoparentais as estendidas, nos povos originários, na comunidade LGBTQIA+, nos idosos, jovens adultos, adolescentes, nos romances e na vida real. Por isso todas as escritas, matérias, reportagens, trabalhos de conclusão de curso, dissertações, artigos, livros e teses sobre a temática do comportamento suicida, feitos com responsabilidade, são importantes e devem ser ressaltados, pois no fundo, todos eles querem transmitir uma mesma mensagem: A valorização da vida.

2 INTRODUÇÃO

Os elevados índices e as repercussões do comportamento suicida tornam o fenômeno um sério problema de saúde pública, o que requer estratégias de prevenção enfrentamento. Considerando a relevância da família enquanto componente do suporte social, urge a necessidade da compreensão acerca da dinâmica das relações familiares no contexto da ideação suicida.

O comportamento suicida configura-se enquanto fenômeno complexo multifatorial com altos índices de morbimortalidade mundialmente. Compreende um contínuo que engloba desde ideias e/ou pensamentos recorrentes de morte (ideação suicida), perpassando por planejamentos acerca da própria morte, tentativas de suicídio, suicídio e providências pós-morte, como as cartas de despedida (BOTEGA, 2015).

Atualmente, no *ranking* de países com mais casos de morte por suicídio, encontra-se pelo menos um país de cada continente do mundo, sendo que os números aparecem com proporções maiores a cada ano. A exemplo disso, a pesquisa populacional realizada com as taxas de suicídio no Japão e na Coreia do Sul entre 1985 e 2010 mostrou que os dois países tiveram números elevados de mortes autoprovocadas (JEON; REITHER; MASTERS, 2016). Estima-se que, em todo o mundo, um milhão de pessoas morrem anualmente por suicídio, sendo esta a segunda maior causa de óbito entre os jovens de 15 a 29 anos. Nos últimos 45 anos, as taxas globais de mortalidade por suicídio tiveram acréscimo de 60%, com destaque para República da Coreia, Trinidad e Tobago devido a números elevados de suicídios (WHO, 2014). Nos Estados Unidos da América (EUA), as taxas de suicídio aumentaram em cerca de 16% entre os anos de 2006 e 2014 (CURTIN; WARNER; HEDEGAARD, 2015).

No Brasil, os números de mortes por suicídio também são alarmantes, com uma elevação de 12% entre os anos de 2011 e 2015, colocando o país na 8ª posição no *hanking* mundial e na 4ª colocação latino-americana dos maiores índices de suicídio (OMS, 2015). Estudo que investigou a tendência da mortalidade no período de 2000 a 2012 revelou maior crescimento percentual das taxas de suicídio no Nordeste (72,4%), seguido do Norte (37,2%) e do Sudeste (34,8%) (MACHADO; SANTOS, 2015).

Outro aspecto que chama atenção são as tentativas de suicídio, que também vêm aumentando consideravelmente, com sérias implicações sobre a produtividade econômica. Na Índia cerca de 15.797 pacientes são internados por ano em hospitais com lesão auto infligida, gerando gastos estimados de U\$298 milhões para o país (ADAMS et al., 2017). No Brasil, conforme dados do estado de São Paulo, em 2003, o suicídio e as tentativas foram responsáveis

pelas maiores taxas de internações por causas externas no país, com custo médio de mais de R\$1 milhão de reais (COSTA et al., 2015).

Estima-se que em 2020, o ônus das tentativas de suicídio e a morbidade que essas trazem alcance, aproximadamente, 2,4% em todo o mundo (SILVEIRA; SANTOS; FERREIRA, 2012). No cenário nacional, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no período de 2011 a 2016, cerca de 1.173.418 casos de violências interpessoais ou autoprovocadas, das quais 42% tiveram relação com casos de automutilação e tentativas de suicídio (BRASIL, 2017).

Apesar dos índices elevados relacionados às mortes e tentativas de suicídio, sabe-se que são acontecimentos evitáveis se investirmos em sua prevenção. Essa necessidade foi anunciada desde o lançamento do primeiro Relatório de Saúde Mental, em 2001, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconizou estratégias para a redução do suicídio. Nesse contexto, tendo como prioridade a diminuição em 10% das taxas globais de suicídio até 2020, aprovou-se durante a sexagésima sexta Assembleia Mundial da Saúde, em 2013, o Plano de Ação de Saúde Mental da OMS. Segundo tal plano, além do caráter de impulsividade das circunstâncias que envolvem o ato suicida, o acesso facilitado aos meios que causam mortes, como substâncias tóxicas e armas de fogo, contribuem para o aumento dos casos; além das intervenções dos fatores culturais, sociais, psicológicos e psiquiátricos no comportamento suicida (WHO, 2013).

No Brasil, as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio (Portaria Nº 1.876) foram promulgadas em 2006 com o objetivo de reduzir os danos associados aos comportamentos suicidas em toda a sociedade (BRASIL, 2006). Por conseguinte, em 2009 e 2013, foram implementadas as Estratégias Nacionais para Prevenção do Suicídio com vistas a desenvolver medidas de prevenção e proteção que favoreçam a identificação de qualquer indício de comportamento suicida (BRASIL, 2013). Além disso, também teve como objetivo direcionar a atuação do setor saúde no conjunto de ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos (WHO, 2013).

Infelizmente, mesmo diante do crescente perfil de morbimortalidade relacionado ao comportamento suicida e do compromisso assumido pelo Ministério da Saúde desde 2006, o Brasil ainda não alcançou a elaboração de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. Sendo com isso, em 2017, publicada uma nova agenda de ações estratégicas com vistas à redução de tentativas e mortes por suicídio, considerando as melhores práticas e intervenções ao agravo, no período de 2017-2020 (BRASIL, 2017).

Nessa perspectiva, salienta-se a magnitude em torno do comportamento suicida, bem como o interesse pela compreensão do fenômeno, onde se insere seu caráter multifatorial. Estudos já alertam que não é possível afirmar uma única causa que leve o indivíduo a atentar contra sua própria vida, sinalizando a existência de fatores de risco relacionados a tais episódios. Evidências científicas internacionais apontam que casos de suicídio na família; história prévia de tentativa de suicídio; presença de transtorno mental; doenças físicas incapacitantes e/ou crônicas; vivência de violência sexual; uso abusivo de álcool e outras drogas; traços de impulsividade; estar na adolescência ou ser pessoa idosa são algumas situações de risco mais comumente observadas nas pessoas com comportamento suicida (SCHREIBER; CULPEPPER, 2018; MCCLATCHEY et al., 2017).

Na contramão dos fatores que potencializam o risco para o ato suicida, importante também ressaltar acerca dos elementos protetivos, que predisõem a estabilidade emocional, o desejo pela vida e a autoestima para aqueles que enxergam a morte como saída para o sofrimento. Entre tais fatores, inclui-se: maior grau de escolaridade, que se relaciona ao acesso à informação e conhecimento sobre estratégias de enfrentamento; ser casado e ter filhos, sugerindo que a companhia e a responsabilidade diária da vida em família diminuem o estresse e aumentam a vigilância em relação ao bem-estar físico e emocional; a religiosidade, que muitas vezes proporciona uma busca de sentido para vida, controla atos impulsivos e desperta o sentimento de felicidade nas pessoas; e ainda as relações interpessoais, como a comunidade, amigos e família, visto que garantem suporte emocional e social para enfrentar as adversidades da vida (LEWITZKA, 2017; BURSHEIN et al., 2016).

No que diz respeito ao suporte emocional e social às pessoas em risco para o suicídio, pude experienciar, desde 2015, quando iniciei a minha aproximação com a temática do suicídio e, posteriormente, com a pesquisa desenvolvida em minha dissertação de mestrado, a complexidade que permeia o comportamento suicida, sobretudo, na dinâmica das relações familiares. À época, em entrevista às pessoas com comportamento suicida (mulheres e homens) acompanhadas no único serviço público do Brasil, voltado, exclusivamente, ao acompanhamento de pessoas em risco de suicídio, que desenvolve ações na assistência e prevenção voltadas ao usuário, suas famílias e aos profissionais de saúde através de capacitação técnica, o suicídio - Núcleo de Estudos e Prevenção do Suicídio, evidenciei, através dos achados da pesquisa, elementos que favorecem o apoio por parte de familiares e amigos, bem como as situações que revelaram a (não) existência desse suporte.

Importante destacar que o suporte social pode ser compreendido como um conjunto de ações e interações interpessoais que contribuem para que os indivíduos se percebam valorizados

e respeitados diante de suas necessidades de afeto, estima, pertença, identidade e segurança, permitindo-lhes a mobilização de recursos para lidarem com questões emocionais. Estudo brasileiro com 87 pessoas que tentaram suicídio evidenciou que receber algum tipo de suporte e acolhimento durante a vida fizeram com que se sentissem estimulados, compreendidos e fortalecidos, favorecendo o despertar da autoestima para seguir em frente e realizar projetos (FIGUEIREDO et al., 2015).

Em relação ao suporte familiar, cabe ressaltar que o conceito de família na atualidade estende-se a configurações que vão além dos laços de consanguinidade. Os laços de sangue, historicamente reconhecidos como o principal parâmetro para a definição da composição familiar, passaram, no último século, a dar espaço a outras características de aceção da família, a exemplo do parentesco da conjugalidade, da coabitação e das afinidades. Uma pesquisa sobre família de crianças internadas, realizada com profissionais de um hospital universitário de Porto Alegre, mostrou que, para estes, as relações familiares vão além da consanguinidade, constituindo-se por pessoas que apresentam uma relação de reciprocidade e cuidado mútuo, podendo ser identificados como madrinhas, padrinhos, vizinhos e amigos (NETO et al., 2016).

Independentemente da configuração assumida pela família chama atenção para a forma como cada um de seus membros age e reage em diferentes situações, visto que a família representa um sistema composto por elementos interdependentes que podem, a qualquer momento, influenciar na estabilidade, integridade e, conseqüentemente, na totalidade desse mesmo sistema (VASCONCELLOS, 2010). Nessa perspectiva, torna-se impossível compreender a totalidade das relações familiares, sem o conhecimento acerca de cada uma de suas partes - membros da família -, e vice-versa.

Tal compreensão, à luz do pensamento sistêmico, fez-me, ainda em minha dissertação de mestrado, perceber que, embora o discurso de pessoas com comportamento suicida acerca do suporte social que receberam, ou não, de familiares e amigos seja relevante para entender e minimizar os riscos de suicídio, não será suficiente para entender, como um todo, o funcionamento da família em face do comportamento suicida. Isso reforça a ideia sobre a complexidade de organização dos sistemas, não sendo possível minimizá-los ao somatório de todas as partes, anulando assim, a individualidade de cada um de seus membros (GOMES; BOLZE; BUENO, 2014).

Diante do exposto, considerando a relevância de penetrar ainda mais a compreensão acerca do sistema familiar em face do risco de suicídio, delinheio a seguinte questão de pesquisa: Como está organizado a dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida? Partindo do pressuposto de que a família é parte essencial no núcleo de formação do sujeito, delinea-se

como objetivo geral: Compreender a dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida e como objetivos específicos: Identificar a estrutura da família de pessoas com comportamento suicida; descrever o desenvolvimento da família de pessoas com comportamento suicida e desvelar a funcionalidade da família de pessoas com comportamento suicida.

Acredito que ao propor a escuta das narrativas dos envolvidos no contexto do comportamento suicida será possível conhecê-los e, mais adiante, compreendê-los no que diz respeito a sua dinâmica familiar e também ao cuidado do seu ente em sofrimento psíquico. Além disso, a compreensão acerca das relações interpessoais na família é de fundamental importância para o entendimento do processo de adoecimento psíquico, bem como será possível identificar os familiares que possam acompanhar e participar ativamente no processo terapêutico da pessoa em risco para o suicídio. Assim, a pesquisa apresentará subsídios em prol da prevenção e pós-venção do suicídio.

3 CONTEMPLANDO O ESTADO DA ARTE

Nos subcapítulos que seguem faço uma abordagem sobre a temática do suicídio. Essa perpassa desde a historicidade com seus mitos, construção de estigmas e a arte envolvida com a morte autoprovocada, seguindo da complexidade que interliga os vários elementos do comportamento suicida até a perspectiva global dos dados epidemiológicos e desenvolvimento de políticas de saúde pública que ajudem ou fortaleçam os elos entre o usuário, seus familiares e o profissional da equipe multidisciplinar.

3.1 COMPORTAMENTO SUICIDA: DAS RAÍZES HISTÓRICAS AO RIZOMA DA CONTEMPORANEIDADE

“[...] Ser ou não ser, eis a questão: será mais nobre
em nosso espírito sofrer pedras e setas
com que a fortuna, enfurecida, nos alveja,
ou insurgir-nos contra um mar de provocações
e em luta pôr-lhes fim? morrer, dormir: não mais.
Dizer que rematamos com um sono a angústia
a as mil pelejas naturais- herança do homem:
Morrer para dormir... É uma consumação
Que bem merece e desejamos com fervor.
Dormir... talvez sonhar: eis onde surge o obstáculo[...]"
(SHAKESPEARE, 1603)

Shakespeare já no ano de 1603, espalhava dúvidas e incerteza com a primeira fala do monólogo da “Tragédia de Hamlet, príncipe da Dinamarca”. As poucas palavras serviram para causar um impacto profundo, entretanto reflexivo na população europeia que nesse tempo, vivia o auge do renascimento. Traduzindo, a partir dessa incrível peça atemporal e revolucionária, as perguntas “Viver ou morrer?” “Estar ou não estar?” veio à tona nas mentes de milhares de pessoas que viviam como Hamlet: com imperativos e limitações da condição humana.

Shakespeare abriu porta para duas grandes mudanças: a primeira crise de consciência da Europa e para inúmeras encenações no teatro sobre a tentação do suicídio e a revolta contra o tradicionalismo e as proibições vividas no século (MINOIS, 2018). Assim, fez história no período do renascimento, sendo reconhecido pelo brilhantismo, ineditismo e a capacidade de envolver e persuadir o público com suas palavras (COTRIM, 2008). E não o fez diferente em “Romeu e Julieta”, que foi lançado pouco antes de Hamlet. Na peça, Shakespeare aborda a doçura do amor jovem ao tempo em que traz a paixão como elemento avassalador, trágico e mortal.

Romeu e Julieta também daria início a várias discussões sobre o suicídio por amor. Na

obra, o amor é interrompido por uma ordem maior, um veto ao seu recurso, que se inicia pela grande inimizade entre famílias e que proíbe o relacionamento entre os protagonistas. São apenas 5 atos em que Shakespeare faz-se compreender o início do conto, a confusão e a impulsividade no meio da história que levam ao fim trágico com o suicídio dos amantes (CATALDI, 2016; PINHO, 2005).

Assim, a projeção do amor adolescente, paixão ardente e a cena de morte por amor entre Romeu e Julieta criaram asas e habitam até hoje o imaginário de muitas pessoas. Graças à resistência conferida pela tradição, a peça alcança a universalidade e ganha fôlego para atravessar os séculos e ultrapassar fronteiras aparentemente intransponíveis (SOUZA; RODRIGUES; TRINDADE, 2012; OLIVEIRA, 2012). Dessa forma, o amor, a impulsividade e a paixão começam a criar raízes ainda mais romantizadas e profundas. Tal profundidade estende-se ao período do Iluminismo lá no século XVIII, mais especificamente em 1774. Também inspirado pela mortalidade do amor jovem, o escritor Johann Wolfgang Von Goethe, publica nesse ano o livro mais arrematador, polêmico e comentado quando o assunto é paixão e suicídio. “Os sofrimentos do jovem Werther” traduz, por meio de cartas de Werther para seu amigo Guilherme, como é a dor de uma paixão não correspondida. Ao longo dos escritos de Werther é possível sentir a amargura, sofrimento e sentimento de impotência sentido pelo jovem, quando Carlota, sua amada, casa-se com Alberto, médico da cidade, e renega-lhe o amor de uma vida. O protagonista dilacerado e decepcionado com o “amor” começa a emitir sinais de que a vida não mais valia a pena ser vivida, não tinha o brilho e cor como um dia tivera. Sem o amor e afeto de Carlota, Werther não via mais sentido para continuar sua jornada. Assim, envolto a uma cena trágica, sentimentos viscerais, vestido de casaca azul e colete amarelo, Werther tira sua própria vida.

Além de relacionar a morte autoprovocada e o amor, o autor Goethe, sem querer, abriu portas para outras discussões após a escrita do seu livro. A certo ponto, não era imaginável o impacto social que a publicação iria criar. Vestidos de casaca azul, colete amarelo e botas como Werther, os jovens da época começaram a cometer suicídio supostamente “influenciados” pelo seu livro. Não se sabe ao certo o número de mortes, mas, depois desse evento histórico para a Europa, tal fenômeno ficou conhecido como “Efeito Werther”. Pico de suicídios que ocorrem (por imitação ou não) após um suicídio amplamente divulgado.

O médico Phillips criou essa nomenclatura para fazer emergir o assunto do suicídio como um fenômeno “contagioso” (PHILLIPS, 1982), o que infelizmente criou raízes e espalhou-se como ervas daninhas até os dias de hoje. A suposição generalizada de que “falar de suicídio pode induzir outros suicídios” não deveria justificar a tendência ao seu

silenciamento nem continuar considerando-o como tabu: é preciso sim, falar sobre a morte e quando ela é autoprovocada. Afinal, vale ressaltar que, nem Shekapeare, Goethe ou o próprio Phillips, apesar de tanto explorar o suicídio, não o cometeram. Por outro lado, é extremamente importante ressaltar que NÃO se deve falar sobre o suicídio de qualquer jeito, sem fundamentações e sem preparo adequado, pois um discurso leviano, imagens ou produtos da indústria cultural (como filmes e séries), podem também torna-se gatilho para o sofrimento psíquico de quem já está vulnerável de alguma forma (MORETTO et al., 2017).

Dezessete anos após a publicação de Werther, em 1791, Mozart cria a “A flauta Mágica”. Não foi intencionalmente, mas o personagem principal da sua ópera tornou-se o oposto de Werther: Papageno que temia em perder sua amada Papagena, ansiava muito em tirar sua própria vida caso isso acontecesse (chegou a tentar se enforcar), até que encontra em sua jornada três espíritos que dão motivos para ele desistir da sua ideia e resolver seus problemas de outra forma (A MENTE É MARAVILHOSA, 2017; GEPESP, 2018). Apesar de não existirem tantos materiais na literatura sobre o efeito Papageno, sabe-se que esse diz respeito à quando uma superação é amplamente divulgada servindo de inspiração a outras pessoas a desistirem de algum ato que coloque sua vida em risco (BLATT, 2019).

Ambos os efeitos Werther e Papageno, são forças opostas entre si, e seus impactos na sociedade possuem ligação direta com a forma em que se é usado (BLATT, 2019). É possível concluir então que as notícias irresponsáveis e a forma como falar sobre suicídio e sofrimento podem provocar comportamentos suicidas -o efeito ‘Wether-, da mesma forma que matérias de efeito preventivos podem ajudar a diminuir tais comportamentos- o efeito ‘Papageno’- (ABP, 2015). Por isso a questão da consciência social e coletiva é muito importante quando se trata de expor temáticas delicadas e que merecem atenção especial.

Ao emergir a questão social relacionada ao suicídio e a sua historicidade, é impossível não citar os dilemas trazidos por Émile Durkheim. O sociólogo constrói na trajetória do seu livro “O Suicídio”, publicado no ano de 1897, toda uma abordagem sociológica, relacionando as causas do suicídio como social e não individual. E é a partir disso que ele classifica três tipos de suicídio: O egoísta, o altruísta e o anômico.

Em uma releitura do capítulo sobre o suicídio egoísta, segundo Durkheim, é possível afirmar que ele denomina de egoísta aquele tipo de suicídio resultante de uma integração social muito frágil. Isso porque a sociedade não pode se desintegrar sem que, na mesma medida, o indivíduo seja desengajado da vida social e, por conseguinte, que seus próprios fins se tornem preponderantes sobre os fins comuns (VARES, 2017). Por outro lado, para explicar o suicídio altruísta, Durkheim afirma:

“[...] Na ordem da vida, nada pode ser om se lhe falta o comedimento. Para cumprir os fins a que se destina, um caráter biológico não pode ultrapassar certos limites. O mesmo acontece com os fenômenos sociais. [...] Uma individualização excessiva leva o suicídio, uma individualização insuficiente produz os mesmos efeitos. O homem se mata facilmente quando está desligado da sociedade, mas também se mata se estiver por demais integrado nela [...]” (DURKHEIM, 2005).

Assim, Durkheim escreve sobre o suicídio altruísta como resultante de uma forte integração social, ou seja, de uma identificação total do indivíduo com a sua coletividade a ponto de seu ego não mais lhe pertencer ou se confundir com outra coisa que não ele próprio (VARES, 2017). Os exemplos usados pelo autor são extremos: o dos velhos guerreiros bárbaros que tiravam suas vidas por sentirem vergonha de sua situação impotente de derrota ou doença e das viúvas nas antigas sociedades hindus eram obrigadas a se matar, pois sem seu marido e não podendo mais se casar com outra pessoa, perdiam sua função para a sociedade/coletividade (ALMEIDA, 2018).

Já no suicídio anômico, Émile conclui que tanto as crises industriais ou financeiras, como as de prosperidade, têm o mesmo resultado: aumentam os suicídios. Para ele as crises são “perturbações da ordem coletiva” e a coletividade, mais uma vez, diz respeito ao social, sociedade. Ao anômico, corresponde irritação, desgosto e queixas contra a vida (DURKHEIM, 1982; NUNES, 1998)

Apesar de Durkheim utilizar vários dados, epidemiologia e números que faziam sentido na época da escrita do seu livro, hoje é sabido que não somente a sua teoria social sobre o suicídio é relevante para a construção da história (COUTINHO, 2010). O fenômeno é multifacetado e não é possível denunciar apenas uma causa para uma pessoa tirar a própria vida, muito menos classificá-las em categorias. Entretanto, é inegável que suas definições não são de generalizada exclusão, as questões sociais por ele definidas também fazem parte do universo complexo que compreende o comportamento suicida, pois a temática também é considerada um fenômeno social.

Assim, o que Durkheim considerada como “questões sociais e econômicas”, no século XX (1942), no início da 2ª guerra mundial, e faltando apenas 60 anos para o século XXI (2001), Albert Camus em seu livro “O mito de Sísifo” deixa eternizado como:

“[...]Só existe um problema filosófico realmente sério: é o suicídio. Julgar se a vida vale ou não vale a pena ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia. O resto, se o mundo tem três dimensões, se o espírito tem nove ou doze categorias, aparece em seguida. São jogos. É preciso, antes de tudo, responder [...]” (CAMUS, 1942).

Assim, mais do que trazer o “mal-estar”, Camus denuncia o suicídio, evidenciando dois únicos caminhos para a humanidade absurda: suicidar-se ou restaurar-se. De maneira verossímil e profunda, o autor mostra o caminho da restauração nas três partes do livro: O homem absurdo,

A criação absurda e O mito de Sísifo, sempre colocando a vida enquanto valor em xeque. Para ele muitas pessoas morrem por achar que a vida não vale a pena ser vivida enquanto outras se fazem matar pelas ideias ou as ilusões que lhes proporcionam uma razão de viver. Paradoxalmente conclui que o que se chama uma razão de viver é, ao mesmo tempo, uma excelente razão de morrer (CAMUS, 1942).

Nesse contexto, mergulhado em questões existenciais entre o “ser” e tentando explicar sua teoria do “absurdo”, Camus é capaz de fazer uma viagem profunda na história e resgatar Sísifo como personagem fundamental em seu livro. No mito de Sísifo, esse é um homem sábio, que domina a escrita e muito esperto. Certa vez tentou enganar os Deuses do Olimpo e acabou recebendo um castigo eterno de Hades, Deus dos mortos:

“Os deuses condenaram Sísifo a rolar incessantemente uma rocha até o alto de uma montanha, de onde tornava a cair por seu próprio peso. Pensaram, com certa razão, que não há castigo mais terrível que o trabalho inútil e sem esperança” (CAMUS, 1942).

Sísifo envelheceu fazendo esse trabalho todos os dias. Morreu cumprindo esse exaustivo castigo lhe dado pelos deuses. Por isso, de maneira inteligente e brilhante, Camus escolhe Sísifo: sua audácia de enfrentar a morte, negar os deuses, aceitar seu destino e encarar o absurdo sem nostalgia, salto ou apelo. Sísifo todos os dias da sua vida levou uma pedra ao alto da montanha e ao chegar lá em cima, a pedra descia novamente para o lugar onde se tinha iniciado o trabalho. A grandiosidade de Sísifo é justamente essa: sua intenção de esgotamento e seu desejo de ir até o fundo da existência (LAURO, 2018). Em outras palavras, pode-se dizer que Sísifo é um homem absurdo para Camus, ele descreve que o personagem não somente consegue obedecer a seu fardo, mas tem a habilidade de criar em sua mente um novo significado para “o amanhã”.

Outro homem absurdo é o Don Juan, conhecido como “conquistador”, “namorador”, “enganador de mulheres”, mas de vários outros homens com essa mesma característica, ele tem uma diferença: tem consciência dos seus padrões e comportamentos, e isso também o torna absurdo como Sísifo. Entretanto, essa certeza lhe traz consequências que ele também sabia: para a pessoa que vive uma vida impregnada de absurdo, com alegrias sem futuro, o final é sempre mesmo: a solidão.

Juntamente com a solidão, pode surgir o estado de alma vazia, ou cheia pelo nada, em que o coração procura em vão que lhe falta. Esse é um dos sinais mais importantes de que o ‘ser’ está chegando à angústia. E a angústia é uma porta aberta para o absurdo (CAMUS, 1942; LINS, 2016).

“O último momento é o auge. Sísifo desde a montanha, sente o vento bater em seu rosto, o sol já próximo do horizonte preenche a ilha deserta de tons alaranjados. A pedra parece tão pequena de longe. Cada descida é a experimentação de uma nova maneira de sentir. Descer a montanha é ter um bom encontro com as forças da gravidade, é ser um pouco de vento. A boa disposição de si mesmo faz de Sísifo um criador. Ele já não é pedra.” (CAMUS, 1942).

Nesse contexto, faço breve lacuna para uma reflexão: será que Albert Camus, de forma tão intensa e genuína de alguma forma imaginara que no “amanhã” o suicídio seria sim um fenômeno social (como já dito por Durkheim) iluminado pelas luzes dos smartphones e pelas notícias que navegariam, ou melhor, voariam na internet? E pior, que esse cenário seria totalmente consciente pela sociedade? Que seriam esses nossos “fardos” e “prisões”? No palco de tantas superficialidades, desigualdades, futilidades, competitividades e tantas outras “dades”, quando foi que o vazio do outro passou a ser espetáculo para uma plateia chamada “sociedade Absurda”?

Nesse quesito, autores apontam a pós-modernidade como um fenômeno marcado com a cultura do narcisismo e do espetáculo, nas quais as relações são pautadas na superficialidade e rapidez. O Hoje, é vivido como uma época de identidade cultural difusa, onde há uma busca intensa pela proteção face ao desamparo, atenção face ao vazio existencial e mal-estar face as “convivências” e “conveniências”. O suicídio pode surgir como uma conduta para lidar com esses sentimentos tão presentes na vida das pessoas “pós-modernas” (FENSTERSEIFER; WANG, 2006) que tem medo da solidão e de não fixar raízes em algo que faça parte ou possa chamar de “lar”.

Nesse contexto, no pós-modernismo foi possível contemplar das grandes obras do “pai da suicidologia”, o psicólogo Edwin Shneidman. Ele foi um dos pioneiros do Centro de Prevenção do Suicídio de Los Angeles e da Associação Americana de Suicidologia. Dedicou-se ao estudo sobre suicídio e publicou várias obras de importância relevante para o meio. Algumas das obras lançadas já no século XXI são fundamentais para compreender a relação a contemporaneidade com o comportamento suicida, são elas: *Autopsy of a suicidal mind*, 2004 (Autópsia de uma mente suicida); *comprehending suicide: Landmarcks in 20th century suicidology*, 2001 (Compreendendo o suicidio: marcos do século 20 em suicidologia) e *A Commonsense Book of Death: Reflections at Ninety of a Lifelong Thanatologist*, 2008 (Um livro da morte do senso comum: reflexões aos noventa de um tanatologista ao longo da vida) (HWANG, 2018). A sua definição para suicídio e sofrimento ainda é utilizada como carro chefe para muitas abordagens em pacientes que apresentam comportamento suicida:

“O suicídio é compreendido como a melhor solução encontrada pelo indivíduo para escapar de uma dor psicológica insuportável. Esta dor que toma conta da mente está

carregada de estados emocionais negativos (culpa, vergonha, angústia, pânico, solidão) e acompanhada de ideais de morte (cessação), como estímulo para colocar um fim nas emoções intoleráveis” (SHNEIDMAN, 1992)

Foi Shneidman que trouxe o conceito de suicídio como fenômeno multifacetado, com origens biológicas, psicológicas, sociais, culturais, interpessoais e filosóficas. Dessa forma ele conseguiu abarcar conceitos que estão até hoje sendo utilizado por especialistas de todo mundo. A exemplo disso está “*Psycache*”, ou “dor psíquica”, palavra oficial trazida por Shneidnam para falar sobre angustia e sofrimento psíquico. (FUKUMITSU, 2015). Além disso, vale a pena ressaltar que, a partir dos estudos de suicidologia realizados por Edwin que firmou-se a compreensão do suicídio também como fenômeno íntimo, subjetivo e relacionado ao sofrimento e não a loucura.

O sofrimento relacionado ao suicídio, melhor compreendido depois de Shneidman, é uma condição humana muito individual (OLIVEIRA, 2016). Como citado ao longo desse capítulo, a arte em suas várias apresentações (monólogos, teatro, livros, óperas) tentou explicar o sofrimento “imitando” ou “baseando-se” na vida real, o que deu muito certo. De forma geral, buscar compreender o suicídio através das artes é uma forma de “atingir”, “alcançar” e “sensibilizar” diversos públicos para a questão do sofrimento da humanidade.

Nesta perspectiva, é possível compreender que a vida pode imitar a arte, mas também a arte pode imitar a vida, no sentido em que as manifestações artísticas podem ser uma forma de compreender o mundo. Elas traduzem, por vezes, um momento histórico ou um fenômeno social relevante, sob um olhar por vezes mais romantizado ou mais crítico da realidade (OLBERMANN; OLIVEIRA; OLTRAMARI, 2017).

Infelizmente a partir do século XX e ainda mais no século XXI, pudemos notar que a vida pode trocar de papéis com a arte. A exemplo disso está Edgar Allan Poe, grande escritor de livros e contos que por vezes deixava algo registrado sobre a morte e a desordem. Além disso, ele se concentrava no terror psicológico, vindo do interior de suas personagens (PEREIRA; GAMA-KHALIL, 2008). Poe morreu aos 40 anos logo depois de ser encontrado em estado delirante perambulando pela rua, com fortes suspeitas de ter se autointoxicado por monóxido de carbono, pois Poe era considerado um “potencial suicida” (FUKS, 2018).

Ainda nesse contexto, mais uma vez que a vida imitou a arte (ou a arte imitou a vida), foi quando Sylvia Plath, aos 30 anos, fora encontrada morta após ligar o gás e colocar a cabeça dentro do seu forno. Sylvia era uma poeta brilhante e muito inteligente, na mesma medida que era profunda e traumatizada pela morte precoce do seu pai, quando ela tinha 10 anos. No livro “*Mad Girl's Love Song: Sylvia Plath and Life Before Ted*” é registrado que a primeira tentativa

de suicídio de Plath, ao tentar cortar sua garganta, foi no ano em que seu pai morreu (WILSON, 2013): tempos mais tarde essa situação fora registrada em um verso do seu poema intitulado “*Daddy*” (papai). Ela escreve:

“[...] Eu tinha dez anos quando enterraram você.
Aos vinte tentei morrer,
e voltar, voltar, voltar para você [...]”
(*Daddy*- PLATH, 1962)

Depois da sua morte muitos dos seus poemas foram mais reconhecidos ainda, além de algumas escritas inéditas serem divulgadas ao longo dos anos, fazendo enorme sucesso na literatura e no mundo das poesias (ROLLYSON, 2015). Sylvia além de inúmeros leitores vorazes por sua poesia deixou também os filhos Frieda e Nicholas. Esse último aos 47 anos também cometeu suicídio. Ele fora encontrado morto em casa após enforcamento (O GLOBO, 2009).

Anos antes de Sylvia o mundo também ouvia falar sobre Vicent Van Gogh. Aos 37 anos o grande pintor das obras “Noites estreladas” (1889), “Os comedores de batata” (1885) e “Homem velho com a cabeça em suas mãos” (1890), fora encontrado morto no campo em que vivia após dar um tiro no próprio peito. Sua história fora marcada por períodos de isolamento, depressão e episódios considerados um tanto quanto questionáveis.

A exemplo disso está a história por traz de uma das suas obras mais famosas “Autorretrato com a orelha cortada”. Durante algum tempo, Van Gogh viveu em companhia do amigo Gauguin, mas os dois artistas viviam brigando. Há relatos que sua amante teria se envolvido com Gauguin e ao descobrir, Vicent discutiu e agrediu o amigo com uma navalha. Arrependido dos seus atos, ele corta um pedaço de sua própria orelha e manda num envelope para Gauguin. É recolhido para o hospital e em seguida vai para casa e pinta o seu autorretrato sem orelha. Além disso, é relatado que ao pintar sua obra mais famosa intitulada “Noites estreladas” Van Gogh encontrava-se internado, de forma voluntária, em um hospital psiquiátrico. Lá ele construiu seu ateliê de pintura e desenvolveu vários quadros que hoje são muito conhecidos (FRAZÃO, 2019). Mas foi somente após seu suicídio que a fama chegou. Grande parte de sua história está descrita nas 750 cartas que escreveu para seu irmão Theo (BORGES, 2019).

Ainda mergulhando nesse universo artístico, outros casos de pessoas que “faziam arte” também chocaram o mundo. Em 1994, aos 27 anos, Kurt Cobain, vocalista e guitarrista da banda de rock Nirvana, se suicidou com uma arma de fogo dentro da sua casa (ROLLINGSTONE, 2019). Apenas três anos antes da sua morte, Kurt com a banda Nirvana tinham emplacado com muita popularidade o segundo disco em estúdio intitulado

“*Nevermind*”, eles estavam em alta no mundo (MARTIN; KOO, 1997).

Kurt utilizava da música, que falava sobre sentimentos de apatia, desesperança e raiva em relação a uma sociedade da qual ele se sentia um pária, para se expressar para o mundo, e ele fazia isso muito bem, com grande reconhecimento da audiência e foi considerado um revolucionário que lutava contra as injustiças do mundo (GAINES, 1994). Por isso também sua morte tão precoce foi um choque de realidade para os *fans* e sua família. Na Austrália, por exemplo, a estação de rádio Triple J organizou um telefone para os fãs de luto de Cobain, pois após sua morte o suicídio em jovens australianos tem a reputação de ter sido relacionado, com o de Kurt (TOLTZ; O’DONNELL, 1994).

Antes de cometer suicídio ele deixou uma carta de despedida que narra sua solidão e problemas de relacionamento possivelmente causados por excesso de drogas e álcool. Além disso, agradece a sua esposa, filha e *fãs* pela preocupação ao tempo em que aconselha o (os) possíveis leitores da sua carta:

“[...]Obrigado do fundo do meu ardente e nauseado estômago por suas cartas e preocupação nestes últimos anos. Eu sou um bebê errático e triste! Eu não tenho mais a paixão, e por isso lembre-se, é melhor queimar de vez do que se apagar aos poucos. Paz, amor, empatia. Kurt Cobain” (Carta de despedida de Kurt Cobain-tradução livre por BERENGUEL, 2020)

Após sua morte, a vida do cantor foi retratada de várias maneiras: seja com o documentário 'Kurt & Courtney', o livro *Heavier than heaven – Mais pesado que o céu: uma biografia de Kurt Cobain* ou o longa-metragem 'Últimos Dias', filme que narra de forma fictícia os últimos dias de vida de Kurt no cinema (BERENGUEL, 2020).

E foi justamente no mundo do cinema que todos tiveram outra perda irreparável. Rob Willians, aos 63 anos, cometeu suicídio em 2014, por enforcamento na sua casa. Rob teve uma carreira incrível, com muitos filmes de sucesso que viraram ícones e referências para muitas crianças, jovens e adultos. Lamentavelmente, o ator enfrentava além de dois divórcios, grandes perdas financeiras, uma depressão severa e recente diagnóstico da doença de Parkinson (TOHID, 2016). Todos esses eventos podem ter contribuído para a morte precoce de Rob. Nesse contexto, de acordo com estudo publicado na revista 'PLOS One' houve crescimento de 10% no número de pessoas que tiraram a própria vida nos cinco meses posteriores à morte do ator, reforçando teses sobre o impacto da exposição de suicídios de personalidades (FINK; TENORIO; KEYES, 2018).

Por fim, entre a morte de personalidades cito Gilles Deleuze. O escritor, filósofo e sociólogo Deleuze é mais um exemplo de uma grande mente que se suicidou após uma longa carreira, mais uma vez relacionada a equação arte e suicídio. Entretanto, entre leituras e

devaneios com seus textos, opto por finalizar esse capítulo com a ideia em que ele foi escrito: O rizoma.

A teoria do rizoma é um grande deixado por Deleuze que pode explicar um pouco da historicidade e tudo de mais profundo que há nas raízes do suicídio caminhando até as raízes que o compõe na sua contemporaneidade. O rizoma é um caule que cresce horizontalmente, geralmente subterrâneo, podendo ter também partes aéreas. O rizoma nele mesmo tem formas muito diferentes, desde sua extensão superficial ramificada em todos os sentidos até suas concreções em bulbos e tubérculos. Em um rizoma cada traço não remete necessariamente a um traço linguístico: cadeias semióticas de toda natureza são aí conectadas a modos de codificação muitos diversos, cadeias biológicas, políticas, econômicas, sociais, entre outras (DELEUZE; GUATTARI, 1995). Assim, é possível fazer uma analogia entre a temática do suicídio e o rizoma:

“[...] O rizoma conecta um ponto qualquer com outro ponto qualquer e cada um de seus traços não remete a traços de mesma natureza. Ele não tem começo nem fim, mas sempre um meio pelo qual cresce e transborda. O rizoma se refere a um mapa que deve ser produzido, construído, sempre desmontável, conectável, reversível, modificável, com múltiplas entradas e saídas, com suas linhas de fuga[...]” (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

Mergulhado nessa imensidão da complexidade do comportamento suicida, apesar das linhas tênues que traçam as dúvidas e nuances desse tema, é possível ter uma certeza: Compreender a morte autoprovocada é vestir-se de uma origem com raízes profundas, cujos desenvolvimentos se diversificam cada vez mais altos em direção a seus ramos.

3.1.1 Comportamento suicida: uma teia de *complexus*

O entendimento do significado de “complexo”, por vezes pode parecer sinônimo de “complicado”. Entretanto, ao longo da história e das teorias científicas relacionadas a complexidade, foi possível perceber que essa palavra, na verdade, define tudo aquilo que é tecido em conjunto. Pode ser compreendida ainda como uma cascata, interligação, integralidade e sistema, e a exemplo disso está o suicídio.

Nesse contexto do suicídio, insere-se o comportamento suicida que pode ser compreendido como uma teia de complexos. Isso se dá porque no contexto do adoecimento psíquico existem fatores sociais, biológicos, culturais, econômico, genéticos e espirituais que fazem parte do indivíduo e do sistema em que está inserido, interligando-os. Ao descrever

alguns desses elementos que estão presentes na complexidade do comportamento suicida, é possível perceber sua densidade, profundidade e consistência nas discussões da sociologia, filosofia, história, saúde e antropologia (DER et al., 2016).

Assim, ao falar da pessoa e do sistema ao qual está inserido, esse último pode ser compreendido como uma unidade complexa. Ou seja, um todo que não se reduz à soma de suas partes constitutivas, que no contato mútuo se modificam e conseqüentemente modificam o todo. Isso traz a consciência da multidimensionalidade do sistema, e por outro lado traz também à constatação de que toda visão parcial, unidimensional é pobre, porque está isolada de outras dimensões: econômica, social, biológica, psicológica, cultural, bem como por não reconhecer também que somos seres simultaneamente físicos, biológicos, culturais, sociais e psíquicos, ou seja, seres complexos (MORIN, 2002).

Para compreender mais a fundo todas essas questões que envolvem a temática, nesse capítulo é descrito alguns dos elementos considerados multidimensionais e que fazem parte de um todo (considerando, absolutamente, as subjetividades do indivíduo também). Parto do início de conceitos até um espaço que permitam alcançar a o estigma, os determinantes sociais, a epidemiologia e principalmente o sistema familiar dessas pessoas*.

O comportamento suicida é um conjunto de sinais progressivos que podem culminar no suicídio. Em contrapartida, pode-se afirmar que os comportamentos suicidários englobam uma diversidade de gestos ou atos difíceis de definir, cujo limites são parcialmente sobreponíveis e interpretáveis. Pode perpassar desde a ideação suicida, planejamento de morte, busca por meio letal, parassuicídio, tentativa de suicídio e a consumação do suicídio (SARAIVA, 2010).

Os pensamentos de morte e pensamentos suicidas podem ser definidos como pensamentos sobre a morte e a própria morte respectivamente. Autores referem ainda que esse último pode ser considerado como pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida, antecessores dos atos suicidas ou auto lesivos (SANTOS et al., 2013; BOTEAGA, 2015). É válido diferenciar os pensamentos sobre morte, que são genéricos, recorrentes ou não, visto como um alívio ou sono prolongado, enquanto o pensamento suicida é de fato quando a pessoa pensa em si como provocador da sua morte, tem planos e imagina o local, horário e até mesmo o desfecho e futuras conseqüências (PEIXOTO et al., 2006).

Tais ideias suicidas podem adquirir consistência recorrente ou permanente, evoluindo para a elaboração de um plano que efetive a morte já idealizada e a ação suicida, cujo desenlaçamento pode ser fatal- suicídio- ou não -tentativa de suicídio- (BERTOLOTE, 2012).

* Nesse parágrafo faço um resumo de todos temas dos capítulos abordados na tese.

A pesquisa de método letal faz parte dos planos da morte autoprovoada. Infelizmente os resultados são diversos e o suicídio pode consumir-se de diversas formas.

Pesquisa documental descritiva, realizada por meio dos dados do Departamento de Informação em Saúde do Sistema Único de Saúde (DATASUS), mostrou que os principais métodos para o suicídio foram: lesão autoprovoada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocamento, contabilizando 65,2%, seguido de autointoxicação intencional por pesticidas, com 11,9%, e lesão autoprovoada intencionalmente por arma de fogo de mão, com 9,6% (BATISTA; ARAÚJO; FIGUEREIDO, 2016).

Já pesquisa realizada por meio do Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CEATOX), revelou números relacionados a acidentes devido a exposição a agentes tóxicos. O CEATOX/IJF registrou 410 casos de tentativa de suicídio pelo uso de agentes tóxicos, os quais corresponderam a 11,1% do total de 3.707 casos de exposição humana a diferentes tipos de agentes tóxicos registrados no ano de 2013. Os agentes tóxicos mais usados nas tentativas de suicídio foram os praguicidas (42,9%), principalmente os agrotóxicos (30,2%), os medicamentos (39,5%) e os saneantes de uso doméstico (3,4%). Em 14,2% dos casos, foi referido o uso simultâneo de dois ou mais agentes tóxicos pertencentes a diferentes grupos (GONDIM et al., 2017).

Por outro lado, estudos internacionais mostram que a ingestão de medicamentos, substâncias tóxicas (como pesticidas) e enforcamento são os principais métodos para tentativa de suicídio e suicídio. Pesquisa transversal realizada com dados de 28 552 tentativas de suicídio durante o período de 2011 a 2016, no sul do Irã, mostrou que os métodos de suicídio foram principalmente overdose de medicamentos (84,5%) enquanto pesquisa realizada no Hospital de Ensino Korle-Bu em Gana mostrou que a maior parte das mortes ocorreram por enforcamento, com números muito similares entre homens e mulheres. O enforcamento é comumente método de suicídio utilizado nos países desenvolvidos e em países em desenvolvimento (MOKHTARI et al., 2019; DER, 2016; OMS, 2011; GUNNELL, 2005). Nesse contexto ressalta-se que os meios empregados com mais frequência para o suicídio podem variar de acordo com a conjuntura do país, cultura e acesso ao método letal, podendo ainda ser diferenciado entre as idades e gênero (BOTEGA, 2015).

Apesar de poder acontecer concomitantemente, as tentativas de suicídio podem acontecer rapidamente /logo após a pesquisa do método letal. As tentativas de suicídio são atos autoagressivos deliberados com a intenção de pôr fim à vida, cujo desfecho não é fatal. Uma tentativa de suicídio sempre deve ser levada a sério, tanto por suas consequências clínicas como por ser um importante fator de risco para outras tentativas e para um suicídio consumado no

futuro (BERTOLOTE, 2012). O atento contra a própria vida pode estar relacionado com a impossibilidade de o indivíduo identificar alternativas viáveis para a solução de seus conflitos e sofrimentos, optando pela morte como resposta (MINAYO; TEIXEIRA; MARTINS, 2016).

O pior desfecho do comportamento suicida, tem o mesmo conceito das tentativas, entretanto, resulta com a morte. É possível perceber um consenso genérico em compreender o suicídio como uma questão individual com causas sociais. No âmbito dos que analisam o suicídio em suas dimensões individuais, destacam-se os que estudam os aspectos clínicos individuais, usualmente analisados de modo agregado por especialidades como a epidemiologia e a saúde pública.

Considerada um acontecimento após o suicídio, porém ainda realizada nos planos de morte, as providências pós morte são deixadas pelas pessoas que se suicidaram afim de justificar, despedir-se, esclarecer-se ou ainda fazer a distribuição financeira dos seus bens. A exemplo disso, estão as cartas suicidas que por vezes comunicam aquilo que não foi dito e/ou não foi percebido, revelando aquilo que escapa da percepção concreta e objetiva, oferecendo subsídios para a explicação e compreensão do que se passava com o sujeito que optou por acabar com sua própria vida (CATELÃO, 2013).

Nessa imensidão que compõe o comportamento suicida ainda é possível perceber que existem três características psicopatológicas que as pessoas com risco para o suicídio podem apresentar: A ambivalência, rigidez de pensamento e impulsividade. Estudo nacional com mulheres que sofreram violência doméstica, evidenciou que essas podem desenvolver comportamento suicida, e por meio das representações sociais revelou identificou a urgência de sair da dor de viver e ao mesmo tempo um desejo de viver (ambivalência), atos sem pensar decorridos de eventos negativos vivenciados (impulsividade) e a ideia fixa de morte como única solução para os problemas (rigidez de pensamento) (CORREIA et al., 2018). A Organização mundial de saúde reforça ainda que quando antes esses sinais forem identificados a prevenção para o suicídio pode ser mais eficaz (WHO, 2014).

Para além dos sinais psicopatológicos, é importante reconhecer também que o comportamento suicida não é uma doença e sim um comportamento como o próprio nome sugere. Dessa forma, não é possível apontar apenas causas psicológicas, biológicas ou genéticas para sua ocorrência, o comportamento suicida é um fenômeno multifatorial que independe de raça, classe social, religião ou orientação sexual. Pensando nisso, os estudos recentes com pessoas com comportamento suicida evidenciam uma teia de elementos individuais,

biopsicossociais e filosóficos-existenciais* como possíveis fatores de risco para o suicídio.

A exemplo disso, estão os estudos que mostram que os multifatores de risco que podem ser identificados mais brevemente são: existência de algum tipo de transtorno mental (depressão, ansiedade, transtorno de personalidade *borderline*, bipolaridade, esquizofrenia, entre outros), uso de substâncias psicoativas ou existência de algum tipo de comorbidade que possa vir a potencializar o risco (ex.: álcool + depressão). Além disso é relevante considerar fatores psicológicos: dinâmica familiar conturbada e desestruturada, vivência de violência sexual na infância adolescência ou idade adulta, histórico familiar de suicídio. Há também de se considerar condições clínicas incapacitantes, neoplasias malignas, doenças orgânicas e crônicas, trauma medular e fatores sociodemográficos como isolamento social, estado civil e desemprego (BERTOLOTE, 2012; RIBEIRO et al., 2016; WHO, 2001).

Ainda nesse contexto, é importante ressaltar a diferenciação entre fatores predisponentes (motivos latentes), aqueles que estão profundamente velados ou adormecidos no inconsciente e os fatores precipitantes (motivos manifestos ou “gatilhos”), que são desencadeados por fatores estressores como término de relacionamento amoroso, luto, bullying, perda de emprego, conflitos familiares recentes, relações fluídas, competitividade, insegurança e frustrações. Ressalta-se, entretanto, que a tentativa prévia de suicídio é o fator mais significativo para avaliação do risco, uma vez que servirá como ponto de partida para uma avaliação sobre a existência de planos e métodos, assegurando um tratamento adequado (WHO, 2014).

Imersa nessa estrutura tecida com os fatores de risco, importante ressaltar os determinantes sociais e econômicos também se fazem presente de forma muito decisiva quando o assunto é sofrimento psíquico. Enquanto demasiada pobreza, discriminação sexual/ violência de gênero, experiências precoces/ambiente familiar, exclusão social e estigma são elementos que podem ser desencadeadores de transtornos mental e comportamento suicida, a carência de educação, habitação, lugar de pertencimento e cultura também são determinantes fundamentais e essenciais para a saúde mental (ALVES; RODRIGUES, 2010).

Ainda dentro desse contexto dos determinantes, é possível afirmar que o suicídio causa impacto nos mais vulneráveis das populações mundiais e impõe uma carga ainda maior nos países de baixa e média renda, que são geralmente mal equipados para atender às necessidades de saúde geral e saúde mental de suas populações. Os serviços são escassos e quando existem, são difíceis de acessar e contam com poucos recursos. O acesso a serviços apropriados bem

* Algumas questões filosóficas-existenciais que envolvem o comportamento suicida foram desenvolvidas no capítulo 3.1

como à busca de ajuda é essencial para a saúde e o bem-estar (WHO, 2012).

Assim, uma vez que o usuário tem acesso a um tratamento adequado e profissionais especializados/capacitados para o atendimento em saúde mental, os fatores de risco podem ser contornados pelos fatores de proteção e manutenção à saúde. Nesse contexto, a literatura também traz em seus vastos estudos os fatores de proteção para o suicídio. Dinâmicas familiares positivas, espiritualidade, escolaridade, filhos, ser casado, rede de suporte ampla, boas relações interpessoais, hábitos de vida saudáveis, acompanhamento psicoterápico são elementos e ferramentas que os profissionais devem apegar-se para o tratamento da pessoa em risco para o suicídio (BURTON, 2011; COLS et al., 2005, 2011; GRADUS, 2010; JEGLIC, 2005; PEREIRA et al., 2018; ROY, 2006). A organização Mundial de Saúde corrobora ao afirmar que as fortes conexões com a família e apoio da comunidade; aptidões na solução de problemas, solução de conflitos e tratamento não violento de disputas; crenças pessoais, sociais, culturais e religiosas que desincentivam o suicídio e apoiam a auto preservação; buscar ajuda e acesso fácil a assistência de qualidade para doenças mentais e físicas são aspectos da vida do indivíduo que podem contribuir para diminuição dos sintomas e pensamentos suicidas (WHO, 2012).

Nesse ínterim, também para redução e controle do comportamento suicida a manutenção e continuidade do tratamento é fundamental. Tal tratamento pode ou não envolver o uso de psicotrópicos e deve caminhar junto com a psicoterapia, modalidades terapêuticas, PICS e a participação familiar junto aos profissionais do serviço de saúde (ROTHSCHILD, 1997; HILLARD, 1983; SCHMITT, 2001).

Pesquisa internacional randomizada, mostrou que os medicamentos de uso contínuo associados a psicoterapia podem ser um grande estímulo para redução do comportamento suicida. Os adolescentes que participaram da pesquisa durante um ano, foram medicados por um psiquiatra ao tempo em que fizeram 36 sessões de psicoterapia. O grupo controle com adolescentes que participaram da terapia comportamental dialética obteve resultados até três vezes maior na redução dos sintomas depressivos e suicidas do que os adolescentes que receberam o tratamento psicossocial habitual. Isso mostra que o caminhar junto do uso do medicamento somado a psicoterapia regular, entendendo-se esses como um conjunto de elementos interligados, é mais efetiva do que a terapia medicamentosa isolada (GOLDSTEIN, 2014).

Ainda nesse contexto, estudo internacional mostra que a terapia cognitiva comportamental é uma modalidade de tratamento empiricamente suportada que também é capaz de reduzir comportamentos suicidas em 50% ou mais quando realizada em ambiente

ambulatorial de saúde mental. A eficácia do tratamento é atribuível em parte ao uso de procedimentos que se concentram na redução de duas vulnerabilidades principais do comportamento suicida: a desregulação emocional e cognitiva (BRYAN, 2018).

Já no que se refere as práticas integrativas e complementares em saúde é imperativo reconhecer que as PICS têm grande influência positiva para o tratamento do paciente com comportamento suicida. A exemplo disso está a terapia o Yoga que oferece aos pacientes em sofrimento psíquico ferramentas adicionais para controle e diminuição dos pensamentos de morte, bem como os sintomas subjacentes deste. Ressalta-se ainda que as PICS não substituem a psicoterapia ou medicação apropriada. Se necessário, medicamentos como ansiolíticos, antidepressivos e/ou analgésicos, bem como psicoterapia, podem ser necessários em conjunto (STEPHENS, 2019).

Para além das práticas integrativas existem também as modalidades terapêuticas. O Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS), aposta na visão ampliada de cuidado com a inserção de práticas integrativas e complementares em saúde com estratégias que utilizam a arte como instrumento inspirador de projetos de vida e saúde: o Jornal Galera Vida NEPS, o Espaço de Leitura, a Ciranda Literária, o Cinema do NEPS (CiNEPS), a Oficina de Criação Literária (A Vida em 4 Estações), DVDteca e o Canal do Youtube.

Em outros serviços de saúde as modalidades terapêuticas também são adotadas a fim de trazer benefícios para os usuários em saúde mental. A exemplo disso está a musicoterapia que é capaz de atenuar ou diminuir os riscos de auto-agressão, tentativa ou ideação suicida. Além disso, a estratégia de ações pela musicoterapia, focalizando principalmente a prevenção suicídio, é mais uma reafirmação e reforço sobre as práticas de cuidado em saúde mental (SCHU, 2014).

Assim, nessa associação combinatória de elementos para a prevenção do suicídio, é possível definir alguns caminhos de tratamento para a pessoa com comportamento suicida. O conjunto alinhado entre a terapia medicamentosa, psicoterapia e práticas integrativas e complementares em saúde podem ser um sistema eficiente e eficaz no que diz respeito ao controle e redução de sintomas advindos do sofrimento psíquico.

Nesse sentido, para conseguir uma boa adesão e continuidade no tratamento é também fundamental ter uma equipe multiprofissional preparada e qualificada para o acolhimento da pessoa em sofrimento psíquico. Entretanto, a complexidade que envolve o atendimento à pessoa em risco de suicídio envolve antes mesmo da assistência, o despreparo profissional, disponibilidade para a escuta que ainda perpassa pelo estigma enraizado até chegar na pessoa que precisa de ajuda. Esses são elementos interligados da realidade que mutila e unidimensional

o fenômeno do suicídio: a mutilação corta a carne, deita sangue e espalha ainda mais o sofrimento (MORIN, 2008).

O reflexo disso está nas equipes de saúde, que por vezes, não estão preparadas adequadamente para atender pacientes suicidas. Algumas pesquisas mostram que os principais fatores associados a essa baixa capacidade incluem a falta de conhecimento, experiência em saúde mental e a estigmatização. Esse fato é justificado por meio das ações da equipe de hostilidade e rejeição, que muitas vezes enxergam as pessoas com comportamento suicida como pertencentes a um grupo com condutas estereotipadas. Existe grande evidência de que indivíduos que apresentam comportamento autoagressivo encontrem atitudes negativas e estigmatizadas por parte dos profissionais de saúde (TAYLOR; et al., 2009; PATTERSON; WHITTINGTON; BOGG, 2007; VIDAL; GONTIJO, 2013).

Importante ressaltar que esse último elemento citado, o estigma, uma vez associado ao comportamento suicida pode atuar como um importante barreira que impede as pessoas de receberem ajuda, principalmente aqueles que têm um histórico de tentativas de suicídio e aqueles que perderam alguém por suicídio (STORINO et al., 2018; WHO, 2012). Corroborando, pesquisa bibliográfica mostrou que os últimos estudos sobre a pessoa em risco para o suicídio trazem o estigma como elemento prejudicial que dificulta o cuidado junto a estes indivíduos. Esse afeta não apenas o sujeito, mas todos os familiares, bem como tal associação pode estar relacionada diretamente a novas tentativas de suicídio (SILVA; SOUGEY; SILVA, 2015; BUSS et al., 2014).

Ainda nesse sentido, pesquisa qualitativa internacional com familiares de pessoas que se suicidaram mostrou que o estigma também é uma experiência comum para essas pessoas. As narrativas dos participantes do estudo sugerem que o estigma em torno do suicídio geralmente contribui para o rompimento das relações interpessoais entre os membros da família, amigos e comunidade, deixando assim os enlutados em uma posição de isolamento social (PETERS et al., 2016). Essa ideia é reforçada no seguinte trecho:

“Os códigos apresentados ao indivíduo estigmatizado, quer explícita ou implicitamente, tendem a cobrir certas questões-padrão. Um modelo desejável de revelação e ocultamento é proposto. Por exemplo, no caso de paciente mental algumas vezes recomenda-se que ele esconda devidamente o seu estigma simples conhecido, mas que se sinta bastante seguro sobre a natureza médica e não moral de seus defeitos passados para revelar-se à sua esposa, seus amigos mais chegados e seu empregador. Outras questões-padrão são: fórmulas para se sair de situações delicadas, o apoio que ele deveria dar a seus iguais; o tipo de confraternização que deveria ser mantido com os normais; os tipos de preconceitos contra seus iguais que ele deveria ignorar e os tipos que ele deveria atacar abertamente [...] E principalmente o fato de ter que se defrontar com seu próprio atributo diferencial[...]” (GOFFMAN, 1988).

Para romper a barreira do estigma que gira em torno do processo de assistência e cuidado ao paciente que atenta contra a própria vida e aos seus familiares é preciso compreender que antes mesmo dos julgamentos externos (profissionais, comunidade), ele enfrenta o próprio estigma de ser quem é e carregar consigo um sofrimento psíquico intenso. Isso faz pensar também sobre a família (inclui-se aqui a pessoa com sofrimento psíquico) como um sistema aberto, ou seja, sofre grande influência dos meios externos, como os serviços de saúde e a comunidade, que uma vez estigmatizando-os também os exclui. Mergulhado nisso, é possível ainda emergir uma reflexão sobre um elemento que proporciona uma ligação lógica entre dois sistemas que não poderiam ser conectados diretamente: O comportamento suicida e o “estigma do desviante”.

Assim, ressalta-se a definição de “normal” como tudo aquilo esperado e relacionado a eficiência (tal eficiência que condiciona os padrões de normalidade), enquanto “anormal”, por sua vez, é a perturbação dessa eficiência, algo que destoa e incomoda um grupo de pessoas. Nessa perspectiva o “anormal” é o “desviante” (ROSA, 1980) é o fruto da alienação e hipnose social: são as pessoas com transtorno mental, a pessoa em situação de rua, o usuário de substâncias psicoativas, as pessoas da comunidade LGBTQIA+ e também, principalmente, as pessoas que tentam tirar suas próprias vidas. Todos esses, como o nome sugere, são pessoas: possuem pensamentos, subjetividades, direitos, deveres e dignidade para ter uma vida sem estar na margem da sociedade, vulneráveis ao julgamento dos estigmas impostos. Diante disso, espera-se então que seja possível compreender o que é mais importante no comportamento desviante: não são, na maior parte das vezes, excrescência, excepcionalidade, ruptura ou fenda brusca no pano de fundo da “normalidade”.

Em suma, como citado anteriormente, observa-se que além do “normal” e “anormal” serem um valor de construção social, esse fala mais alto quando ações e palavras de exclusão, repúdio ou punição são direcionadas às pessoas com comportamento dito “desviante”. Nesse sentido, inúmeros são os fatores que podem estar entrelaçados em um sistema cujos elementos são os julgamentos, pré-conceitos e estigma social e profissional. Para esse último, o profissional, entretanto, é de extrema relevância em qualquer intervenção psicoterápica a construção de um bom relacionamento interpessoal entre usuário de saúde e profissionais de saúde.

São várias as pesquisas relativas à teoria das relações interpessoais, principalmente no que diz respeito a “mãe da psiquiatria em enfermagem”, a enfermeira e professora Hildegard Peplau. Essa teórica desenvolveu quatro fases de atendimento da enfermeira ao paciente em saúde mental (orientação, identificação, exploração e resolução) e assim definiu a enfermagem

como “terapêutica”, no sentido de que se trata de uma arte curativa, auxiliando um indivíduo que precisa de cuidados de saúde. Nesse sentido, Peplau refere que, à medida que o profissional orienta e mostra ferramentas para o paciente enfrentar suas situações, durante os encontros diários e regular, os métodos utilizados na prática assistencial torna-se cada vez mais eficiente (PEPLAU, 1952, apud BODAN, 2006).

Na experiência prática com a pessoa em risco para o suicídio, as relações interpessoais proposta por Peplau são também de extrema importância para continuidade e manutenção do tratamento. Especificamente a equipe de enfermagem que está em locais “centrais” para o cuidado e ocupando todos os níveis de complexidade (COSTA et al., 2016), é necessário possibilitar ao paciente revisitar suas experiências anteriores e tentar relacionar com as experiências atuais, afim de reintegrar essas vivências a outras situações de vida, ao invés de serem dissociadas delas e consideradas desagregadas (PEPLAU, 1952, apud BODAN, 2006).

Para além disso, no processo terapêutico segundo Hildegard, é fundamental o trabalho conjunto entre cliente-família e profissional. Assim é possível reconhecer, esclarecer e definir o problema existente, e como consequência diminuir a tensão e a ansiedade associadas à necessidade sentida e ao medo do desconhecido do usuário e da família. Ao reconhecer o papel da família, Peplau consegue inserir o cuidado para esses atores seja no ambiente hospitalar, seja na comunidade (ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005).

Diante disso, nota-se que o profissional que atende o usuário em saúde mental, por vezes pode ser o elo entre o paciente e a família. Por isso a relação terapêutica deve contínua tanto com o paciente e seus familiares, utilizando elementos como atitudes empáticas, comprometimento com os objetivos do tratamento, além de exercitar a escuta interessada, a disponibilidade “para estar” e se fazer presente no cuidar (ESTELLITA; OLIVEIRA; COUTINHO, 2006). Entre outros conceitos, entende-se sobre cuidar:

“Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro [...] sem o cuidado ele (o ser humano) deixa de ser humano. Se não receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, definha, perde sentido e morre[...]” (BOFF, 2014).

O cuidado, conforme citação anterior, vem de dentro: da família, dos amigos, dos profissionais de saúde e da comunidade que acolhe a pessoa em risco para o suicídio. Pode parecer um ato simples, mas o sentimento que é gerado ao ser cuidado pode fazer a diferença entre a vida e a morte, entre o “estar” ou “mal-estar”. Por isso, ao falar em comportamento suicida é preciso olhar atentamente para as características das sociedades como também para cada individualidade, opiniões e sentimentos subjetivos. O olhar atencioso e interessado de

alguém pode dar voz a um sofrimento que é silenciado, pode externalizar as dores da alma e até, se possível, estimular o autoconhecimento e compreensão dos dilemas de sua existência (WADI, 2008).

Enfim, mas não por fim, a construção da teia de componentes imersos no comportamento suicida, perpassou pelas concepções da teoria dos sistemas com Morin, estigma com Erving Goffman, comportamento desviante com Felipe Augusto Rosa, chegando até a importância das relações interpessoais profissional-paciente-família com Hildergard Peplau e o Cuidado com Leonardo Boff. Assim, tecendo todas essas partes juntas, é possível ter noção do enorme sistema que é o fenômeno do suicídio, bem como os infinitos elementos interligados que o compõe sua complexidade.

3.1.2 Panorama global do comportamento suicida como problema de saúde pública: Epidemia silenciosa?

Os elevados índices do comportamento suicida tornam o fenômeno um sério problema de saúde pública, o que requer estratégias de prevenção e enfrentamento. Assim, nesse contexto de prevenção, medidas e precaução com a temática, os registros epidemiológicos tornam-se uma parte fundamental das políticas públicas de saúde, que são requeridas e precisadas para garantir melhorias e transformação social.

Antes mesmo da existência de políticas públicas voltadas para o tema do suicídio, muitos números de mortes e tentativas de mortes autoprovocadas foram registrados desde a antiguidade. A exemplo disso está a pesquisa citada e analisada por Durkheim no seu livro de 1897, “O suicídio”, onde o autor faz uma busca da percentagem de cada sexo (em países europeus) no número total de suicídios entre 1836 à 1877. Os números eram alarmantes: para os homens, o número absoluto em suicídio variou de 2.485 mortes na Dinamarca até 25.341 mortes na França, e para as mulheres, com números também crescentes, variou entre 748 mortes na Dinamarca até 2.534 mortes na Prússia (DURKHEIM, 2005). Como não havia ainda maneiras de se registrar e oficializar as causas de morte, esses números são sabidos através das instituições da época, como por exemplo “os asilos para alienados”.

Nesse interim, mesmo com avanço da modernidade e pós modernidade, a questão social enfrentada desde os antepassados, ganhou forma e proporção, à medida que compreendeu-se que o suicídio é uma morte evitável e um grave problema de saúde de pública. Estima-se que atualmente no mundo, a cada 40 segundos uma pessoa morre por suicídio, totalizando quase 1 milhão de pessoas por ano, sendo também a segunda maior causa de morte entre os jovens de

15 a 29 anos (WHO, 2018).

Dessa forma, com os números elevando-se, os casos de suicídio e tentativa de suicídio crescendo de forma global, esse é considerado um grave problema de saúde pública. Em 2018, a Organização Pan-americana de saúde (OPAS) publicou em seu site oficial uma matéria sobre a oficina de realizada no escritório da OPAS com pesquisadores, dirigentes, acadêmicos e profissionais de saúde. A matéria pontuou como uma fala unânime de todos os convidados que o suicídio é um grave problema de saúde pública e que sua prevenção é uma prioridade para a OPAS/OMS (OPAS, 2018; SILVA, 2019).

Assim, com a definição de problema de saúde pública, os números internacionais relacionados a morte autoprovocadas também ganham destaque. O suicídio é a segunda causa de morte globalmente, sendo as maiores taxas registradas no Leste Europeu, onde 10 países reportaram mais de 27 suicídios por 100.000 pessoas. A América Latina e os países muçulmanos têm números registrados de aproximadamente 6,5 mortes por 100.000 (CICOGNA; HILLESHEIM; HALLAL, 2019).

Ainda a nível internacional, chama atenção os países que ocupam o *ranking* mundial de casos de suicídio, em números absolutos: Índia (258 mil mortes por ano), China (120 mil mortes por ano), Estados Unidos (43 mil mortes por ano), Rússia (32 mil mortes por ano), Japão (29 mil mortes por ano), Coreia do Sul (18 mil mortes por ano), Paquistão (13 mil mortes por ano), Brasil (12 mil mortes por ano), Alemanha (11 mil mortes por ano) e Bangladesh (10 mil mortes por ano). Contudo, quando se olha para as taxas de suicídio a cada 100 mil habitantes, os países que se destacam são Guiana, Coreia do Sul, Coreia do Norte, Sri Lanka, Lituânia, Suriname, Moçambique e Nepal. Chama atenção que dos 10 países listados três são do continente Europeu, três asiático, dois americanos e dois africanos, com uma média mundial de 10,7 suicídios a cada 100 mil habitantes. Isso reforça mais uma vez a magnitude global dos casos de morte autoprovocada (OMS, 2018).

Países populosos com Índia e Brasil, apesar do grande número de casos, apresentam baixas taxas de suicídio quando observados em um panorama abrangente a cada 100 mil pessoas no período de um ano. Por sua vez, a Guiana, com menos de um milhão de habitantes apresenta a maior taxa mundial, 44,0 por 100 mil habitantes (FERREIRA JUNIOR, 2015).

Já na China, muitas são as pesquisas realizadas para compreender os principais fatores que levam ao número significativo por suicídio. Em uma dessas pesquisas, especificamente, fora realizado estudo com jovens escolares do ensino médio acerca dos fatores impulsores para a ideação suicida em algum momento da vida. A pressão para realizações acadêmicas, estrutura familiar, uso de substâncias, brigas ou intimidações, comportamentos descontrolados e

problemas de saúde mental estão associados à foram os principais achados, segundo o discurso dos jovens. É sabido que na China existe um grande investimento e cobrança em relação aos filhos, e isso ainda é acentuado pela política de filho único, o que gera grande peso emocional para os adolescentes (ZHANG et al., 2019).

Outro país com taxas crescentes de morte autoprovocada são os Estados Unidos da América (EUA). A taxa mundial de suicídio registrada pela OMS é de 11,4 óbitos por 100 mil habitantes, na proporção de 15,0 para homens e 8,0 para mulheres. Juntamente aos EUA, a Europa ocidental e Oceania apresentam taxas intermediárias de suicídio (WHO, 2014).

A Rússia apesar de ser um país desenvolvido e subsidiado por políticas públicas avançadas, é um dos lugares da Europa com maior taxa de suicídio. Dados da Organização Mundial de Saúde apontam que de fato os países do continente Europeu concentram uma maior taxa relacionada ao suicídio a exemplo a Lituânia (51,6 por 100.000 habitantes), Rússia (43,1 por 100.000 habitantes) e Bielo-Rússia (41,5 por 100.000 habitantes), podendo este aspecto contribuir significativamente para uma maior ampliação de pesquisas nestes países com objetivo de compreender e minimizar a ocorrência deste evento na população (DA SILVA; LIMA; SOUGEY, 2016).

Nesse ínterim, sabe-se que o suicídio é uma das principais causas de morte prematura. Isso se dá principalmente entre indivíduos com idade entre 40 e 64 anos (ou adultos de meia idade) em muitos países ocidentais e asiáticos, a exemplo do Japão (OMS, 2014). Nesse país, a taxa de suicídios era continuamente alta, em torno de 25,0 / 100.000 habitantes até 2011, depois diminuiu levemente até o ano de 2014 (MINISTRY OF HEALTH, LABOUR AND WELFARE OF JAPAN; 2014). Entretanto, mesmo com a pouca diminuição, ainda ocupa a 5ª posição no *ranking* mundial de mortes autoprovocadas.

Ainda no contexto asiático, poucas são as pesquisas registradas no Paquistão sobre a morte autoprovocada. Entretanto o relatório publicado pela OMS em 2014 sobre suicídio estimou que em 2012, houve aproximadamente 13.377 suicídios, sendo 7085 no sexo feminino e 6021 no sexo masculino (o que contradiz outros estudos relacionados a gênero e suicídio). Nesse caminho, o Paquistão registra taxas de 7,5 mortes por 100.000 habitantes, um aumento de 2,6% se comparado aos números do ano 2000. (SHEKHANI, 2018; WHO, 2014).

Já no continente Europeu, a Alemanha registra aproximadamente 10 mil suicídios por ano, com 13,6 mortes a cada 100 mil habitantes. Um estudo longitudinal realizado em distritos na Alemanha entre 2007 à 2011, mostrou que entre as regiões analisadas em sua maioria houve um crescimento notável no risco de suicídio e tentativas, especialmente no sul do país. Apesar de só publicado em 2017, o estudo mostra que os números de morte aumentaram e hoje, quase

10 anos depois a Alemanha ocupa a 9ª posição do *ranking* mundial de mortes autoprovocadas (HELBICH et al., 2017).

Em Bangladesh, um estudo de revisão buscou por artigos publicados no país acerca dos números e taxas de suicídio. Conclui-se que em Bangladesh a faixa etária mais produtiva está sendo afetada pelo suicídio, enquanto em outras partes do mundo os grupos etários mais velhos são mais propensos a morte autoprovocada. Essas mortes prematuras causam danos ao desenvolvimento econômico do país e às estruturas familiares, e o resultado final pode se prolongar para a geração futura no que diz respeito ao desenvolvimento físico, psicológico, social e econômico (ARAFAT, 2016).

A Índia por sua vez, ganhou destaque em uma nota da organização mundial de saúde, no seu site oficial. A informação mostra que o suicídio é um problema emergente e sério de saúde pública no país, mas evitável com intervenções oportunas, baseadas em evidências e geralmente de baixo custo. A faixa etária mais vulnerável e afetada é entre 15 e 29 anos, sendo a taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes em 2015 é de 15,7 (muito elevada, comparando-se a média global que é de 10,7 por 100 mil habitantes) (WHO, 2019).

Já a nível nacional, o Brasil, apesar de ser considerado um país com baixo número de suicídio, levando em consideração as mortes por 100 mil habitantes (6,3%), tem a morte autoprovocada como a terceira maior causa de morte entre jovens de 15-29 anos (WHO, 2014). A taxa de suicídio no Brasil subiu 62,5% desde 1980 e contabilizou-se 11.821 mortes no levantamento global em 2012 (BRASIL, 2017). Já no último levantamento global em 2016 (WHO, 2018), o Brasil registou 13467 casos de mortes e 48204 de tentativas de suicídio entre 2011 e 2016, esses números representaram taxa de crescimentos ainda maiores que homicídio e acidentes de trânsito (WHO, 2019).

Dentro do Brasil, os estados que mais registraram aumento de casos estão no Norte e Nordeste (regiões com os maiores índices de pobreza do país). Os números nos últimos anos subiram cerca de 77,7% no Norte e 51,7% no Nordeste. Os estados de Tocantins, Acre, Roraima, Bahia e Paraíba lideram os números em crescimento de tentativa de suicídio e suicídio. Apesar do crescimento duplicado, os estados do sul ainda são os maiores em números absolutos da morte autoprovocada. A análise das notificações das lesões autoprovocadas no sexo feminino apontou que a grande maioria delas, 89,4%, residia na zona urbana, e os casos se concentraram nas regiões Sudeste (51,2%) e Sul (25,0%). Ressalte-se que 84,0% dos casos ocorreram na residência, seguidos de 4,8% em via pública. Entre os homens, a grande maioria deles, 86,2%, residia na zona urbana, e os casos se concentraram nas regiões Sudeste (49,6%) e Sul (26,2%) ocorreram na residência 72,4% dos casos, e 10,4% em via pública

(WAISELFISZ, 2014).

O Boletim de Vigilância do Suicídio e Tentativa de Suicídio elaborado pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), vinculado à Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, mostrou que o Rio Grande do Sul tem uma das maiores taxas de suicídio, contando 14 / 100.000 suicídios por habitante para homens e mulheres entre 3,2 e 4,7 / 100.000 suicídios por habitantes para mulheres. Além disso Santa Catarina e Mato Grosso do Sul em 2015 apresentaram respectivamente 8,8 e 8,5 óbitos por 100 mil habitantes (CEVS, 2018).

Como conseqüente, é possível perceber que as tentativas de morte autoprovocada que chegam aos hospitais no país são crescentes e causam pacto no setor da saúde. Calcula-se que, do total de eventos mórbidos ocorridos em 2002, 1,4% decorreu de tentativas de suicídio, com previsão de que este percentual aumente para 2,4% em 2020 (WHO, 2003). No Brasil, conforme dados do estado de São Paulo, em 2003, o suicídio e as tentativas foram responsáveis pelas maiores taxas de internações por causas externas no Brasil, com custo médio de mais de R\$1 milhão de reais (COSTA et al., 2015).

Além de onerar o Sistema Único de Saúde (SUS), com uma verba que poderia ser destinada para outros setores como educação, transporte e infraestrutura, as tentativas de suicídio veem impactando de forma negativa no perfil de morbimortalidade do país. Recentes pesquisas mostram que nos últimos anos na faixa-etária de indivíduos entre 15 a 44 anos, as tentativas de suicídio são a sexta causa de incapacitação. E entre cada suicídio existe em média, 5 a 6 pessoas próximas ao falecido que sofrem conseqüências emocionais, sociais e econômicas (BERNARDES, 2010; WHO, 2014). A morbimortalidade é refletida principalmente nas conseqüências das tentativas de suicídio, podendo levar, quando não consumado, desde danos físicos sem perigo, quanto a danos físicos com risco de vida (SCHLÖSSER; MORE; ROSA, 2014).

Ainda pode-se citar um agravante bastante significativo quando se fala sobre ideações suicidas ou tentativas de suicídio. Nos casos de avaliação psicológica para possível aposentadoria ou recebimento de benefício de prestação continuada (BPC), a depressão é um grande causador de incapacidade para as atividades laborais, e quando há presença de episódios graves, como por exemplo, tentativa de suicídio, ideação suicida constante e recorrente é um diferencial para prognósticos negativos (CRUZ JUNIOR, 2011).

Corroborando, estudo realizado na Inglaterra, com análise baseada em uma amostra de probabilidade aleatória, mostrou a grande proporção de morbimortalidade devido a causas psiquiátricas e sofrimento psíquico. O resultado mostrou que deficiências específicas e múltiplas, em sua grande maioria, estão relacionadas às tentativas de suicídio. A implicação

clínica disso é um perfil de incapacidade dos indivíduos, que não podem exercer atividades práticas e habilidades organizacionais que implicam nas questões administrativas e principalmente financeiras (MELTZER et al.; 2012).

Nesse contexto, também a nível internacional, a *American Foundation for suicide prevention* (AFSP), mostrou em pesquisas recentes que em 2015, cerca de 575 mil pessoas foram internalizadas por causa de tentativa de suicídio e automutilação no EUA. No mesmo ano, essas causas custaram cerca de 69 bilhões de dólares para os serviços de saúde (AFSP, 2017).

Mesmo com toda essa a complexidade e cascata de consequências que gira em torno comportamento suicida, infelizmente é possível ainda prever a ocorrência desse tipo de morte mais frequentemente em grupos onde a vulnerabilidade e fragilidade social se fazem presentes (DGS, 2013). Além disso, ressalta-se ainda que pequenos agricultores, presidiários e moradores de rua também têm de 2 a 7 vezes mais probabilidade de se matar (SUPER, 2017).

Na população carcerária chama atenção ainda que desde 2013 os números vêm alertando para o crescimento do comportamento suicida nas prisões. Pesquisa realizada com 472 internos em uma prisão da Espanha revelou que pelo menos um terço da amostra está em risco de acordo com o instrumento de avaliação sociodemográfica, sendo a resposta dos itens 13 e 15 que eles exploram respectivamente ideação suicida e história de tentativas suicídio 34,2% dos presos pensaram em cometer suicídio algum dia e 22,5% dos internos entrevistados cometeu pelo menos uma tentativa de suicídio em sua vida (SAAVEDRA; LOPÉZ, 2013).

Para além disso, recentemente as pesquisas vêm mostrando que o suicídio nas tribos indígenas aumentou consideravelmente, entre 3 à 4 vezes a mais do que já havia sido registrado. Isso tem gerado muitas discussões sobre a injustiça social, perda da identidade cultural e falta de perspectiva de vida para os índios (UNICEF, 2014; AZUERO, 2017). Corroborando, estudo estatístico nacional mostrou que as taxas de mortalidade por suicídio entre crianças indígenas são elevadas em comparação as das não indígenas, afetando, de modo igual, meninos e meninas (SOUZA, 2019).

Para além disso, estudo nacional realizado em reservas indígenas dos povos Guarani e Kaiowá, revelou que a violência é frequente nessas reservas. Isso ocorre em sua grande maioria entre jovens adultos com idade entre 12 e 22 anos, do sexo masculino. A eminente maioria (95%) cometeu suicídio pela prática do enforcamento. As causas para o suicídio variam desde explicações orientadas pela cosmologia, o feitiço, formas culturais de morrer, desterritorialização de seus Tekoha e a inserção econômica marginal (STALIANO; MONDARDO; LOPES, 2019). Corroborando, estudo colombiano afirma o suicídio dos povos

indígenas como um problema de saúde pública, dadas as taxas mais altas de suicídio do que na população em geral, afetando preferencialmente homens jovens, baixos em nível socioeconômico, desempregados e usuários de substâncias (SANTIAGO et al., 2019).

Nesse contexto, outra população que sofre com a morte autoprovocada é o grupo de lésbicas, gays, bissexuais e trans (LGBT). O relatório internacional sobre o comportamento suicida e de automutilação na população LGBT demonstra que esses jovens correm um risco muito maior de suicídio e dano pessoal, em comparação com seus colegas heterossexuais ou cisgêneros (MCDERMOTT; HUGHES; RAWLINGS, 2016). Corroborando, uma pesquisa internacional de metá-análise concluiu que o grupo LGBT participante do estudo tinham uma probabilidade duas vezes maior de ter tentado suicídio durante a vida e uma prevalência 1,5 vezes maior de transtornos de depressão e ansiedade (SEMLYEN et al., 2016).

Apesar dos poucos dados produzidos e registrados sobre essa temática, sabe-se que a vulnerabilidade, preconceito e desigualdade se faz presente para as (o) LGBT, e com isso a possibilidade da morte como fim do sofrimento pode se tornar mais frequente. Isso pode ser comprovado pelo relatório produzido no Brasil, pelo Grupo Gay da Bahia (GGB) que contabilizou mortes de LGBT em 2018. Os números mostram que de 153 mortos pela homotransfobia, 42 se suicidaram. Em 2017 foram contabilizados 58 casos em meio aos 445 registros das mortes (GGB, 2019). O relatório afirma ainda que essas realidades são vivenciadas dia após dia pelos homossexuais, e tornam-se agravantes conseqüentemente. Infelizmente o suicídio é visto como uma válvula de escape do indivíduo que sofre por ser diferente dos seus grupos padronizados (GGB, 2018; BAERÉ; CONCEIÇÃO; GANDOLFO, 2018).

Ainda nesse contexto de insegurança e instabilidade, a população negra ganha visibilidade no que diz respeito ao adoecer e a morte. Isso se dá porque a forma como acontece essas mortes refletem contextos de vulnerabilidade que são expressos em iniquidades em saúde referentes a essas pessoas. Nesse sentido, o preconceito, negligência, não pertencimento, isolamento social, discriminação racial e o racismo institucional podem ser fatores de alta relevância para a morte autoprovocada nessa população (BRASIL, 2018).

O caderno do Ministério da Saúde laborado juntamente com a Universidade de Brasília, traz os principais dados sobre óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros. Entre 2012 a 2016 enquanto o número de mortes por suicídio em jovens brancos cresceu de 3,65% para 3,76% a cada 100 mil habitantes, para os jovens negros, esse número foi maior, aumentando de 4,88% para 5,46% mortes a cada 100 mil pessoas (BRASIL, 2018).

Com base na Pesquisa de Comportamentos de Risco para Jovens, realizada pela AFSP em 2017, 7,4% dos jovens matriculados no ensino médio relataram que haviam feito pelo menos

uma tentativa de suicídio nos últimos 12 meses. Entre esses estudantes, os alunos negros relataram a maior taxa de tentativa (9,8%) quando comparado as taxas de estudantes brancos (6,1%). Aproximadamente 2,4% de todos os estudantes relataram ter feito uma tentativa de suicídio que exigia tratamento por um médico ou enfermeiro. Para aqueles que necessitam de tratamento, as taxas foram mais altas para os estudantes negros (3,4%) (AFSP, 2017).

Estudo internacional com jovens brancos e negros relacionado a tentativa de suicídio e suicídio, revelou que enquanto o efeito da idade no suicídio demonstra uma diferença óbvia entre homens e mulheres brancos (com pico de 75 a 79 para homens brancos e 45 a 54 para mulheres brancas), os jovens negros são predominantemente mais suscetíveis ao suicídio, com risco no início dos 20 anos para homens negros e no final dos 20 anos para mulheres negras (WANG, 2016).

Os estudos com os adolescentes, outro grupo vulnerável para as tentativas de suicídio, também veem sendo desenvolvidos na comunidade acadêmica. Pesquisa de larga escala com 13.362 alunos do ensino médio, mostrou que em relação ao comportamento suicida, 3,8% (502) dos jovens relataram ter feito uma ou mais tentativas de suicídio ao longo da vida. Número esse alarmante, uma vez que o estudo ainda traz variáveis como deficiência ou limitações para realizar atividades, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDH), triplicando o risco para desenvolver comportamento suicida (MOSES, 2017).

Mesmo nesse contexto da tentativa de suicídio associada a TDH e deficiências, não é possível concluir qual fator leva um adolescente atentar contra a própria vida. Assim, são citados e trabalhados em campo os principais “gatilhos” que levam a esse ato de desespero. A exemplo disso está problemas de relação interpessoal, pais ausentes, disfunção familiar, abuso de drogas, tabagismo, baixa autoestima, desesperança, depressão, solidão, sentimento de inferioridade e ideação suicida recente (VALDIVIA, 2015; MELO; SIEBRA; MOREIRA, 2019).

Apesar dos fatores que contribuem para o suicídio variarem entre faixas etárias e grupos demográficos, as populações mais vulneráveis, como citadas anteriormente, precisa de atenção especial no que diz respeito aos esforços para prevenção contra suicídio. Pois, apesar desses números que corroboram com o extenso e global problema de saúde pública, apenas 38 países dos 183 países que enviam dados à Organização Mundial da Saúde, adotam estratégias nacionais de prevenção ao suicídio - o Brasil é um deles - (WHO, 2014).

É imperativo tratar das causas específicas do suicídio e desenvolver planos de ação para adequar cada país as suas necessidades. Dessa forma, para o Brasil especificamente, é de extrema urgência desenvolver e investir em uma estratégia nacional de prevenção ao suicídio

que permita que as comunidades se unam, e comecem a enfrentar o suicídio sem os estigmas impostos culturalmente (WHO, 2012).

Nesse interim, é imprescindível ressaltar a importância que os profissionais de saúde têm na construção e participação das estratégias para prevenção do suicídio. A organização Mundial de saúde no seu relatório de 2000, bem como pesquisas realizadas em serviços de atenção primária, mostram que a equipe da atenção básica tem um longo e próximo contato com a comunidade e são bem aceitos pela população local e esse fato provê um elo vital entre a comunidade e o sistema de saúde. Em muitos países em desenvolvimento, onde os serviços de saúde mental não estão bem estruturados, o profissional de atenção primária é frequentemente o primeiro recurso de atenção à saúde. Nesse contexto, o conhecimento da comunidade permite-lhe reunir o apoio dos familiares, amigos e organizações, estando em posição de oferecer cuidado continuado. (WHO, 2000; PINTO; GIOVANELLA, 2018; PERUZZO et al., 2018).

Diante o contexto da atenção primária a saúde, é válido ressaltar que não existem serviços/centros especializados somente para o atendimento as pessoas com comportamento suicida. Entretanto, em 2011, após instituída a Rede de atenção psicossocial (RAPS), estratégia de Saúde da família (ESF), Unidade Básicas de Saúde (UBS), Centro de Convivência, Consultório na Rua, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), atenção Hospitalar e serviços de urgência e emergência (Unidade de Pronto Atendimento- UPA 24h, e o Serviço Atendimento Móvel de Urgência- SAMU 192), estão articulados com a gestão e coordenação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para direcionar a assistência também as pessoas com sofrimento psíquico (BRASIL, 2018).

Apesar de uma ampla rede “estruturada”, é possível se deparar com obstáculos reais quando se trata da assistência de qualidade a pessoa com comportamento suicida. É de extrema importância que todos os serviços citados como parte da RAPS precisam de profissionais (equipe multidisciplinar) que se sintam seguros e preparados para lidar e prestar assistência a pessoa com sofrimento psíquico. Entretanto, a realidade evidenciada em estudos nacionais e internacionais mostra que o despreparo no acolhimento e insegurança na abordagem faz parte do dia-a-dia desses profissionais. Além disso, as queixas de falta de preparo, capacitações e deficiência na abordagem da temática, dificultam a assistência para as pessoas com comportamento suicida (FREITAS; BORGES, 2017; ENZO et al., 2018).

Estudo que avaliou algumas instituições de saúde no Brasil mostrou que apenas uma possuía psicólogos que atuavam na emergência. Entretanto, nesse serviço que tinha psicólogo, o protocolo de atendimento instituída que além dos procedimentos padrões de atendimento

clínico, o paciente quando estável fosse imediatamente encaminhado ao serviço de psicologia. Neste atendimento, o profissional procurava coletar o maior número de informações sobre a história de vida do paciente e da tentativa, com o intuito de, ao fim da entrevista, ter condições de avaliar o risco de novas tentativas e possivelmente encaminhá-lo para algum serviço da rede de atenção psicossocial (FREITAS; BORGES, 2017). Como as pesquisas e entrevistas de profissionais mostram, a prevenção do suicídio vai muito além da tecnicidade aprendida nos livros. É necessária uma escuta interessada –sem julgamentos- e compreensão acerca do comportamento suicida para que possa haver o estabelecimento de vínculo com paciente.

É nesse contexto que os profissionais têm mostrado intenso trabalho e motivação na prevenção do suicídio, tanto a nível mundial, quando nacional. Estudo em instituições dos Estados Unidos mostra que os socorristas são treinados para terem uma resposta eficaz dos logo após uma morte suicida, pois assim podem desempenhar um papel crítico na redução de riscos e na promoção da cura para a família, amigos e a comunidade em geral, ajudando as pessoas que estão recentemente enlutadas a lidar com a situação imediata (NORTON; KENNETH, 2017).

Seguindo esse pensamento, ressalta-se que a prevenção do suicídio se tornou prioridade nas agendas de saúde pública de todo o mundo. Desde 1999 a OMS recomenda a todos os países envolver ativamente a comunidade para encontrar formas localmente viáveis de implementar intervenções em nível da população. Assim, com essas iniciativas dos órgãos públicos e profissionais sensibilizados para o cuidado, foi possível imaginar, desenvolver e colocar em práticas políticas e ações de prevenção do suicídio:

- Art. 122 do Código Penal - Decreto Lei 2848/40

Sancionada em sete de dezembro de 1940, o artigo 122 artigos da lei 2848/40 do código penal, discorre sobre a questão de crimes contra a vida, mais especificamente, o induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio. O artigo prevê como pena, reclusão de dois a seis anos, se o suicídio se consuma; ou reclusão, um a três anos, se da tentativa de suicídio resulta lesão corporal de natureza grave. Ainda sobre a penalidade, essa é duplicada caso o crime é praticado por motivo egoístico ou se a vítima é menor ou tem diminuída, por qualquer causa, a capacidade de resistência (BRASIL, 1940).

Ressalta-se ainda que o artigo não direciona o crime a pessoas específicas, valendo para todos que de algum modo contribuiu para alguém tirar sua própria vida. Considera-se então a família, os amigos, profissionais de saúde ou alguém que produziu conteúdo midiático

propositalmente com intuito de difamar, humilhar, denigrir ou estimular que o outro atente contra a própria vida (FRAGOSO, 1973).

Assim, com essa mobilização para implementação do artigo 122, é possível perceber que desde a década de 40 houve um movimento pensado na penalidade e reclusão de pessoas que de alguma maneira, participasse ou influenciasse no suicídio de outrem. Sendo considerado crime de autoria, induzir o outro a tirar sua própria vida efetivamente foi considerado uma transgressão humana, infração e violação contra a vida.

- Centro de Valorização da Vida (CVV); (1962)

O CVV, criado em São Paulo no ano de 1962, é uma instituição sem fins lucrativos que realiza apoio emocional e prevenção do suicídio. Atende de forma voluntária todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo, por e-mail, *chat* e telefone 24 horas todos os dias (CVV, 2020).

A linha telefônica “188” foi implementada em 2017 no Rio Grande do Sul, e devido a tanta demanda, expandiu-se para todos os estados do Brasil. Nesse mesmo ano, foi firmada com o Ministério da Saúde uma parceria com o Centro de Valorização da Vida para que todas as ligações do país, para o CVV fossem gratuitas (CVV, 2020)

- *Suicide Prevention Program* (SUPRE) (1999)

Em 1999 a OMS lançou o SUPRE, uma iniciativa mundial para a prevenção do suicídio. Este manual reúne uma série de recursos e informações direcionadas a grupos sociais e profissionais que são relevantes na prevenção ao suicídio. A exemplo disso estão os manuais para pessoas que trabalham na mídia, profissionais da saúde, educadores, agências sociais, governos, legisladores, comunicadores sociais, representantes da lei, famílias e comunidades (WHO, 2000a).

O documento intitulado “Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia” foi lançado em 2000 pela Organização Mundial de Saúde no programa SUPRE. Ainda de forma muito tímida, o manual de prevenção do suicídio para profissionais da mídia, foi elaborado com intuito de instrumentalizar, alertar e orientar os profissionais que trabalham com meios de comunicação que divulgam informações (WHO, 2000a).

Ainda no ano de 2000, seguindo a sequência de lançamentos de publicações, o programa de prevenção do suicídio da OMS, liberou o documento “Prevenção do suicídio: um manual

para profissionais da saúde em atenção primária”. Nesse contexto, entende-se que a equipe multidisciplinar que trabalha na atenção primária, por vezes pode ser o primeiro contato quando uma pessoa busca ajuda para o sofrimento psíquico. Observa-se também que o atendimento na atenção básica forma um elo entre comunidade e saúde, favorecendo a identificação e possível acompanhamento a pessoa com comportamento suicida (WHO, 2000b).

- Portaria nº 2.542/GM, de 22 de dezembro de 2005

Depois do grande alerta da OMS sobre a gravidade do problema de saúde pública que representa o suicídio, o ministro de estado da saúde colocou em vigência a portaria 2.542 que institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio (BRASIL, 2005).

A multidisciplinaridade que envolveu a criação dos grupos de trabalhos, envolveram profissionais de diversas áreas e diferentes órgãos/instituições do Brasil. Foram convocados três representantes da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS; um representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SEGETS/MS; um representante da Secretaria de Vigilância na Saúde - SVS/MS; um representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; um representante do Programa SUPRE-OMS; um representante da Universidade de Brasília - UnB; um representante do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - NESC/UFRJ; um representante da Pontifícia Universidade Católica, do Rio Grande do Sul - PUC-RS; um representante do Núcleo de Epidemiologia do Instituto Phillippe Pinel e um representante do Centro de Valorização da Vida – CVV (BRASIL, 2005).

- Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006

Após a portaria que instituiu o desenvolvimento de grupos de trabalho sobre a temática do comportamento suicida, o ministério da saúde em suas competências lançou a portaria 1.876. Essa institui, de fato, as diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2006).

Nas diretrizes elaboradas dessa portaria estão presentes tópicos de extrema importância para a prevenção do suicídio. A exemplo disso, está o custeio de pesquisas para divulgação dos resultados na comunidade e em serviços de saúde, promover a integralidade no atendimento as

peças com sofrimento psíquico, articular a rede de atenção do SUS para intercâmbio de informações, educação permanente para a equipe multidisciplinar. Assim com a vigência dessa portaria, esperou-se reduzir o número de mortes por suicídio apostando nas ações de prevenção e promoção em saúde (BRASIL, 2006; HECK et.al., 2012).

- Manual de prevenção ao suicídio para profissionais da saúde mental (2006)

Também em 2006, com o lançamento das diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, foi desenvolvido o manual de prevenção ao suicídio para profissionais de saúde mental. Esse tem como objetivo informar e capacitar os profissionais, estruturar o atendimento e incentivar a pesquisa em saúde mental (BRASIL, 2006). O manual faz correlações do comportamento suicida com os transtornos mentais, a fim de orientar a detecção precoce de certas condições mentais associadas ao comportamento suicida, bem como o manejo inicial de pessoas que se encontrem sob risco suicida e medidas de prevenção (BRASIL, 2006).

- Notificação compulsória: Portaria GM/MS nº104 de 2011 e Portaria GM/MS nº 1271, de 2014

Um avanço em relação à questão da notoriedade das autolesões foi à portaria GM/MS nº 104 de 2011 que instituiu as tentativas de suicídio e suicídio como notificação compulsória. Assim, a portaria 1271 de 06 de junho de 2014 foi criada no intuito de revogar e complementar a portaria anterior. Essa define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional (BRASIL, 2014, 2017).

Em relação às tentativas de suicídio e o seu desfecho, que são de notificação compulsória desde 2011, não é possível ter precisão sobre os números absolutos. Isso se dá porque os registros que determinam oficialmente as condições que resultam a morte, por vezes, são subnotificadas no departamento de informática do sistema único de saúde (*DATASUS*). Além disso, a insuficiente capacidade dos sistemas de registro dos países de baixa e média renda e o estigma/criminalização levam as pessoas a manterem em segredo seus pensamentos suicidas e as famílias a escondem quando ele de fato ocorre (OPAS, 2018).

Além disso, os dados informados pela rede de atendimento do SUS, não são contabilizados com registros dos hospitais da rede privada ou ainda a causa de morte por suicídio pode ser relacionada ao método, como por exemplo, morte por arma de fogo,

intoxicação exógena ou outros acidentes. Assim, pode-se deferir que existem mais casos de tentativa de suicídio e morte autoprovocadas do que os dados epidemiológicos conseguem apontar, com uma perspectiva de 30% a 40% de casos subnotificados (BERNADES; TURINI; MATSUO, 2010).

- Setembro Amarelo: (2015)

Pensando e criado pelo Centro de Valorização da Vida, Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), o setembro amarelo, também conhecido como mês “amarelo”, é dedicado à realização de campanhas de conscientização da prevenção do suicídio. Tem como objetivo de pintar, iluminar e estampar o amarelo nas mais diversas resoluções, garantindo mais visibilidade à causa (CVV, 2019).

O mês de setembro foi escolhido porque desde 2003, o dia 10 de setembro é considerado o dia mundial para a prevenção do suicídio. Nesta data, também são promovidos em todo o mundo, acordos e medidas práticas para prevenir essas mortes. Nesse contexto, por causa de uma morte por suicídio, o amarelo foi escolhido como a cor representante do mês de prevenção. Um garoto chamado Michael Emme reformou seu carro, escolheu sua pintura amarela brilhante e o comprou antes mesmo de tirar a carteira de habilitação, e assim ficou conhecido como “*Mustang Mike*”. Sete minutos após de tirar sua vida com uma arma de fogo, os pais de Michael o encontraram dentro *mustang* amarelo com um bilhete de despedida (ACP, 2016).

No velório do filho, os pais de Mike confeccionaram um cartão colado a uma fita amarela, no intuito de estimular os jovens a buscar ajuda para o sofrimento psíquico e problemas emocionais que poderiam estar passando. Após uma enorme repercussão, meses depois, as fitas amarelas ganharam o mundo e hoje são reconhecidas como principal símbolo do setembro amarelo (ACP, 2016).

Movimento como esse dos pais de Michael são imprescindíveis para a prevenção do suicídio. O setembro amarelo, como exemplo disso, visa à conscientização da população acerca do suicídio, com ações de prefeituras, escolas, igreja e, ampla divulgação da mídia. Espera-se assim que seja possível alcançar o maior número pessoas, bem como o esclarecimento sobre as questões voltadas ao suicídio, seu impacto e enfrentamento (COSTA et al., 2018).

- *Project Semicolon* (projeto ponto e vírgula)

Criado em 2013, por meio de uma grande mobilização das redes sociais, o projeto ponto e vírgula (como é conhecido no Brasil), é uma organização dedicada à prevenção do suicídio, que tem grande repercussão, principalmente, entre os adolescentes.

A idealizadora e criadora do projeto, Amy Bleuel, iniciou um pequeno movimento nas mídias sociais, sobre valorização da vida, para honrar seu pai que morreu por suicídio. Ela viu o projeto crescer e atingir milhares de seguidores ganhar forma e proporção mundial, mas infelizmente em 2018, ela perdeu sua batalha para a depressão e se suicidou aos 31 anos. Segundo Bleuel, a escolha do símbolo do projeto foi muito significativa, pois afirmou que na literatura, um autor usa ponto e vírgula não para terminar uma frase, mas para continuar. A pessoa que pensa sobre suicídio ou que tentou o suicídio, para Amy e todos os apoiadores do projeto ponto e vírgula, são os autores de suas próprias vidas e a cada dia uma pessoa, mesmo em sofrimento intenso, está escolhendo continuar. Por isso, para simbolizar a continuidade da vida, o símbolo principal do movimento é o ponto e vírgula, que também fora marcado na pele de pessoas com comportamento suicida, que apoiam a causa ou que já perderam alguém próximo por conta do suicídio, por meio de uma tatuagem do referido símbolo (PSY CENTRAL, 2018).

- Estratégias para a vigilância e prevenção do suicídio (2017)

Em setembro de 2017, o Ministério da Saúde lançou a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil (2017-2020). Esse documento estabelece um rol de ações relacionadas à qualificação da vigilância e ao fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção do suicídio e atenção às vítimas de tentativas e suicídio e seus familiares (BRASIL, 2017).

- Portaria nº 3.491, de 18 de dezembro de 2017

A portaria nº 3.491 trata-se sobre a implementação de incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017).

A portaria ainda prevê os valores de custeio para os entes federados que queiram ou já desenvolvam projetos relacionados à prevenção do suicídio. Assim, em consonância com as

Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, e com a Agenda de Ações Estratégicas para Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil, tendo em vista a articulação entre as Redes de Atenção à Saúde, determinou valores que variam entre R\$ 100.000,00 à 250.000,00 à depender da quantidade de regiões de saúde beneficiadas (BRASIL, 2017a).

- Projeto de lei n.º 6.989, de 2017

Apesar de ser apenas um projeto de lei, a ideia de incluir procedimento de retirada de conteúdos que induzam, instiguem ou auxiliem a suicídio de aplicações de internet, tem sido muito valorizada (DECOM, 2017). Algumas publicações, fotos ou até mesmo vídeos expõem as mortes por suicídio, por vezes podem causar mal-estar e terem efeito gatilho para o espectador que possa estar em sofrimento psíquico.

Nesse sentido, uma tese baseada em estudo de casos de notícias de suicídio divulgadas na internet, mostrou a enorme proporção que as mídias sociais podem ter na vida das pessoas. A internet leva a espetacularização da vida ao seu máximo, o limite entre o público e o privado foi reduzido a uma linha tênue difícil de ser distinguido e a privacidade parece ter virado uma ideia ultrapassada do século passado. Os comentários e discursos sobre as reportagens foram inúmeros, sempre envolvendo religião, estigma ou juízo de valor à pessoa que se suicidou. Além disso, também se notou pelos comentários dos internautas a grande culpabilização dos familiares que aparentemente “não notaram o sofrimento do ente”, principalmente quando trata-se de notícias relacionadas a jovens e adolescentes. (JÚNIOR, 2016).

Diante o exposto, fica evidente a importância dos projetos de leis e manuais lançados para a imprensa em relação a orientação e divulgação da temática. É claro que se deve falar sobre o suicídio e sua prevenção, a fim de desconstruir mitos e estigmas e construir possibilidades para ressignificar o sofrimento. Entretanto, a grande questão nesse contexto que deve ser repensada e trabalhada é a maneira como se é falado, noticiado e exposto tal fenômeno, afinal, mesmo que lançada no mundo virtual, a notícia tem um público com subjetividades reais.

- Portaria SES n.º 678/2018.

A Secretaria do Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES) instituiu em 2018 o observatório de Análise de Situação do Suicídio no Estado do Rio Grande do Sul (RS). Considerando o RS como o que apresenta as maiores taxas de óbitos por suicídio do país, o SES lançou a portaria 687/2018 com o objetivo de garantir a realização de uma vigilância

ativa e qualitativa e produzir conhecimento e condições para o aperfeiçoamento da atenção à saúde dos usuários em situação de risco para o suicídio e seus familiares ou sobreviventes (SES, 2018).

Infelizmente a iniciativa ainda está restrita somente ao estado RS, mas sem dúvida o observatório contribui muito para a identificação e vigilância dos casos de suicídio. Assim, para os estados em crescentes números de tentativa de suicídio seria de fundamental importância essa ferramenta que ajuda os profissionais de saúde na qualificação da abordagem, acolhimento e compreensão do comportamento suicida.

- Portaria nº 1.315 de 11 de maio de 2018

A portaria nº 1.315 do Ministério da Saúde, habilita os estados a receberem Incentivo Financeiro de custeio para desenvolvimento de Projetos de Promoção da Saúde, Vigilância e Atenção Integral à Saúde, direcionados para Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2018).

Essa portaria é lançada para dar início, vigência e validade a portaria nº 3.491/2017 que prevê a verba para os estados que desenvolvam projetos para a prevenção do suicídio. Sendo assim, ficaram habilitados às cidades de Manaus (AM), Campo Grande (MS), Teresina (PI), Boa Vista (RR), Porto Alegre (RS) e Florianópolis (SC) a receberem o incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de Projetos de Promoção da Saúde, Vigilância e Atenção Integral à Saúde, direcionados para Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2018).

- Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019

Uma das poucas leis que envolvem a temática do suicídio, institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Essa é uma estratégia permanente do poder público para a prevenção desses eventos e para o tratamento dos condicionantes a eles associados (Brasil, 2019).

Vale ressaltar que a política ainda não foi lançada e sim adiada, enquanto outros países já estão em fase de avaliação da política nacional. A exemplo disso está a Suíça, que tem o modelo de vigilância ao comportamento suicida adotada como padrão para toda a Europa (espero que até a publicação dessa tese, essa lei já esteja em vigor).

Nesse contexto de políticas públicas, pode-se observar muitas portarias, poucas leis e contáveis movimentos a favor da prevenção do suicídio (relacionados as esferas publicas). Isso reflete, além do cenário nacional com número elevado de suicídios, principalmente na ausência de políticas públicas referentes às famílias das pessoas com comportamento suicida ou que efetivaram o suicídio.

Sabe-se que uma família (independente da sua estruturação) como suporte social em diversas áreas na vida do sujeito, a exemplo, do enfrentamento a adversidades, aspectos sociais, emocionais, espirituais e até mesmo relacionadas às questões de saúde. Assim sistematizar, dar direitos e estabelecer o papel da família no acompanhamento dos seus familiares com comportamento suicida é de extrema importância para manutenção e continuidade da prevenção do suicídio. Famílias cuidadas e saudáveis tornam-se uma sólida base na vida da pessoa e permitem que desafios externos sejam enfrentados e novos passos sejam dados em conjunto (ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005).

Diante disso, nota-se que a família tem um papel fundamental, principalmente nas situações de enfermidades e adversidades. Nesse contexto de comportamento suicida, políticas públicas e subjetividades, a vasão para a epidemia “silenciosa e silenciada” toma conta das mídias, dos lares, dos pensamentos e até mesmo das famílias de todo mundo.

3.2 DAS PARTES PARA O TODO: A FAMÍLIA COMO UM SISTEMA (NÃO) FUNCIONAL

Nos capítulos que seguem, é feita uma abordagem sobre a família e a sua importância na vida da pessoa com comportamento suicida. Por isso, é importante relembrar e reafirmar o papel e sentido que o núcleo familiar veio ganhando ao longo do tempo perpassando pela reforma psiquiátrica, construção da família de laços sanguíneo e de afeto até a dinâmica (não) funcional da mesma.

3.2.1 Reforma psiquiátrica e família: visibilidade e participação do sistema familiar da pessoa com sofrimento psíquico

No século XVIII, na Europa, o médico Philippe Pinel propôs uma nova forma de assistência para os chamados “loucos”. Um resquício de ideia sobre o surgimento da chamada “humanização dos loucos” começara a aparecer e eles foram denominados de pacientes com “direito” a soltura das correntes que os aprisionava as celas, camas, e paredes dos manicômios.

O tratamento previsto por Pinel baseava-se em reeducação dos alienados, respeito as normas e no desencorajamento de condutas inconvenientes. Ele achava que a disciplina exercida do médico para o paciente devia ser com firmeza, mas também com gentileza. Assim, as ideias de Pinel foram passadas para frente, porém, perderam força no quesito “moral” e no século XIX eram observados como forma de tratamento para os pacientes: banhos gelados, terapia da dor, surras, máquinas giratórias e afogamentos (BORGES, 2013).

Nesse mesmo período o Brasil copiou o modelo hospitalocêntrico trazido da Europa e a partir disso os manicômios foram administrados pelas Santas Casas de Misericórdia. O primeiro hospício foi aberto em 1852, no Rio de Janeiro, e fora chamado Pedro II. O objetivo era claramente “limpar” a cidade de pessoas “livres”, “loucas”, “ociosas” e “improdutivas” (MIRANDA-SÁ, 2007). Verdades sejam ditas, Foucault já trazia desde o seu livro “A história da loucura” que esse também era o objetivo do “*Nau dos loucos*”: várias pessoas que eram consideradas “a margem da sociedade” eram colocadas em um navio que não tinha parada, eles morriam no meio do mar e lá mesmo eram deixados. “Os excluídos”, confiados aos marinheiros da época, se tornavam prisioneiros da sua própria partida (FOUCAULT, 1972).

Voltando para a Europa, o século XX seguiu com as imposições dos anos anteriores, até que Franco Basaglia (psiquiatra Italiano) iniciou pesquisas e duras críticas ao modelo hospitalocêntrico e ao tratamento que era dado aos pacientes. A partir daí dá-se início a luta manicomial que teve grande repercussão mundial, fazendo surgir inclusive no Brasil na década de 70 a reforma psiquiátrica (BEZERRA JUNIOR; AMARANTE, 1992). Assim, após várias visitas de Basaglia ao Brasil, com suas ideias inovadoras e na luta para o fim dos manicômios, aos poucos, foram criadas e repensadas novas possibilidades assistenciais para os pacientes em psiquiatria.

Em 1987, o estado de São Paulo (SP) inaugurava o primeiro CAPS do país e simultaneamente, em Santos (SP), iniciou-se a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, fato com grande repercussão nacional que proporcionou a construção da rede extra-hospitalar com a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) (MOREIRA et al.; 2008). Além disso, também em 1987, os movimentos de trabalhadores em saúde mental, a partir do congresso de Bauru, assumem o lema: “Por uma sociedade sem manicômios” que vem desencadear na formulação e na mobilização do projeto de lei 3657/1989 de autoria do então deputado Paulo Delgado (DELGADO, 1989).

Esse projeto, mais tarde tornou-se a Lei 10216/2001, que decretou a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e veio para contribuir de forma decisiva para o crescimento da consciência crítica quanto a atual situação psiquiátrica brasileira, favoreceu

ainda a ampliação do debate sobre o pensamento antimanicomial não apenas entre os técnicos e usuários mas também dos familiares e de outros segmentos da sociedade (BEZERRA JUNIOR; AMARANTE, 1992). A partir disso, a família, parte fundamental e imprescindível no tratamento e ao paciente em saúde mental, começou a ganhar visibilidade e direitos em relação a participação ativa no acompanhamento do seu ente no serviço de saúde.

Nesse sentido, é possível fazer uma breve retrospectiva com os acontecimentos mais importantes durante o processo de início da reforma psiquiátrica (considerando-se que ainda hoje estamos nesse processo) no que diz respeito a participação e visibilidade da família:

- 1987 - 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental foi fundamental para os acontecimentos posteriores no que diz respeito a luta antimanicomial e reforma na psiquiatria. Entre outros quesitos, ficou registrado que a partir daquele dia a decisão sobre diagnóstico, tratamento e regime de tratamento é da responsabilidade da equipe assistencial multiprofissional, e pode ser legalmente questionada pelo cliente, familiares ou entidades civis. Além disso, os serviços de saúde ficariam responsáveis por organizar programas de reabilitação de doentes crônicos, bem como instituir programas de ressocialização a partir de levantamento social e financeiro de famílias que possam acolher e zelar, sob supervisão, por doentes incapacitados (BRASIL, 1988).

- 1992 – 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental

Com grande participação dos familiares, a II Conferência Nacional de Saúde Mental foi constituída através da mobilização de milhares de pessoas e de diferentes atores sociais e dos setores social, político e cultural -nas conferências municipais, regionais e estaduais. Nesse ano ficaram mais claras e definidas as ideias e objetivos para a continuidade da reforma psiquiátrica, principalmente no que diz respeito a família.

No Capítulo 1 das diretrizes relacionadas a atenção integral, previu a valorização e incentivo a atenção informal em saúde mental desenvolvida por religiosos, grupos de autoajuda, organização de familiares, organização de pais e outras, que respondem cada vez mais às necessidades de grande parte da população, efetivando uma interação democrática com os recursos formais dentro da nova política de atenção à saúde mental. Além disso evitar culpabilizar o usuário e sua família, e promover o atendimento integrado da família inserida no contexto comunitário e social também foram pautas discutidas e de grande relevância para o

momento.

Já no capítulo 2 que falava sobre cidadania, o desenvolvimento de um programa de esclarecimento e apoio à família, à comunidade e aos trabalhadores de saúde mental, sobre a proposta de fechamento dos manicômios e substituição por outros serviços foi impulsionado pelos profissionais de saúde. Além disso o estímulo e a ampliação aos espaços de discussão democrática entre usuários, técnicos, familiares e comunidade, socializando informações e otimizando o atendimento da rede de serviços fora um objetivo agregado a ideia anterior do acolhimento e abordagem a família.

No capítulo 3 intitulado “A atenção à saúde mental e municipalização” as recomendações gerais foram de incentivar a participação da família nos serviços de saúde mental, garantindo a assistência especializada necessária, e a terapia familiar, se for o caso. Em consonância a isso, nos capítulos 8 e 12 respectivamente, a família continuou a ser mencionada de forma prioritária: Primeiro acertou-se a garantia em lei da criação das Comissões de Saúde Mental ou de Reforma Psiquiátrica, com a participação da população, usuários e familiares, técnicos, entidades sindicais, de classe, jurídicas e formadoras, e demais entidades ligadas aos Conselhos de Saúde. Depois disso a formação de conselhos comunitários, com a cooperação do Ministério Público para assistir, auxiliar e orientar as famílias, de modo a garantir a integração social e familiar dos usuários foi uma das pautas que deu mais relevância para a questão familiar das pessoas com sofrimento psíquico e transtorno mental.

Para além disso, ao final da 2ª conferência, fechando as leis e decretos que foram desenvolvidos, a atenção aos familiares visou a participação e integração desses no tratamento do seu ente de forma contínua e assídua. Os profissionais de saúde chegaram à conclusão que era necessário propiciar ao paciente internado por períodos prolongados, já desospitalizado, a oportunidade de desenvolver suas potencialidades manuais, artísticas, esportivas, entre outras, com a criação e funcionamento constante de oficinas. Assim, nos momentos de criação, os profissionais capacitados para o atendimento aos pacientes também atenderiam seus familiares, propiciando sua reinserção familiar e social, bem como em busca de possíveis demandas, dúvidas ou dificuldades na convivência e acompanhamento com o usuário do serviço mental (BRASIL, 1994).

- 2001 - 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental

A III Conferência Nacional de Saúde Mental é convocada logo após a promulgação da lei 10.216, e sua etapa nacional é realizada no mesmo ano, em dezembro de 2001. As etapas

municipal e estadual envolvem cerca de 23.000 pessoas, com a presença ativa de usuários dos serviços de saúde e de seus familiares, e a etapa nacional conta com 1.480 delegados, entre representantes de usuários, familiares, movimentos sociais e profissionais de saúde (BRASIL, 2005).

Nessa conferência definiu-se e reforçou-se ainda mais o conceito e objetivos do controle social. Esse ficou entendido como a participação ativa dos usuários e familiares nos dispositivos cotidianos dos novos serviços de saúde mental, por meio dos grupos operativos, assembleias, associações de usuários, familiares e trabalhadores, presença real em eventos e seminários, projetos comuns, bem como de participação cidadã na comunidade local. Assim, ainda hoje a definição de controle social deve e é levada ao pé da letra: A participação dos usuários e familiares deve ser ativa do que diz respeito ao processo de cuidado, de reelaboração do sofrimento e dos sentidos de vida, e de reinvenção concreta da vida, em suas diversas dimensões existenciais, subjetivas, culturais, de gênero, sociais, de trabalho, de moradia, de cuidado com o corpo, de lazer e cultura (BRASIL, 2001).

Desde então, com muitos dos direitos e deveres da família entendidos como papel social e de fundamental importância na vida das pessoas, a atenção aos familiares tornou-se uma preocupação central no campo das ações e estratégias no âmbito da saúde mental. Acompanhar e cuidar de um familiar em sofrimento psíquico, estando em crise ou não, se constitui uma tarefa que acarreta gastos financeiros e disponibilidade de tempo. O cenário de cuidados no âmbito familiar se torna ainda mais complicado quando trata-se de estruturas familiares diversificadas, onde existe mais de uma pessoa com sofrimento psíquico ou alguma comorbidade, ou quando a mulher da casa também assume o papel de chefe da casa, mãe, cuidadora e ainda precisa trabalhar para sustentar a família.

Assim, surgem várias demandas que precisam de atenção e ajuda dos profissionais de saúde para poder mediar possíveis conflitos e problemas que surgem na família de uma pessoa com sofrimento psíquico (MELO, 2012).

[...] De meu ponto de vista, as demandas dos familiares precisam ser reconhecidas e valorizadas pelo campo da reforma psiquiátrica, e é de fundamental importância investir maciçamente em metodologias e abordagens de assistência em saúde mental adequada para eles[...] (VASCONCELOS, 2010).

Corroborando, o trecho do livro intitulado “Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira” do autor Eduardo Mourão Vasconcelos, traz importantes reflexões em torno dos grandes desafios para a reforma psiquiátrica brasileira, entre eles o necessário fortalecimento da organização do movimento de usuários e familiares dos serviços de saúde mental. Isso requer principalmente por parte dos trabalhadores repensar completamente sua formação e

instrumentos convencionais de atuação profissional centrados apenas no saber e na iniciativa exclusivos dos trabalhadores, fazendo dos usuários apenas “objetos do tratamento (BRASIL, 2001).

Dessa forma será possível dar continuidade as ideologias e ideias que surgiram desde o início da reforma psiquiátrica. Assim a família torna-se ativa na luta e na participação por direitos dos seus familiares com transtorno mental e sofrimento psíquico. Assim, a família pode e deve ser compreendida como um sistema unido, onde um afeta o todo e o todo se constitui de cada um.

Importante reforçar que uma vez propondo compreender a dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida e sofrimento psíquico, que fazem uso dos serviços de saúde mental, intensifico e valorizo a participação destes na RAPS. Dessa forma será possível ampliar o cuidado visando os objetivos iniciais da reforma psiquiátrica: O modelo Calgary poderá ser aplicado de forma a contemplar o atendimento integralizado em saúde. Ou seja, na prática, isso quer dizer que além do usuário passar pela consulta com os profissionais da rede, os seus familiares também serão atendidos com o mesmo suporte da equipe treinada e equipada para compreender as demandas familiares e realizar possíveis intervenções para facilitar a continuidade e assiduidade na frequência do tratamento, auxiliar no bem-estar do núcleo familiar e também atuar na prevenção de agravos a saúde física e mental dos seus membros.

3.2.2 Família e comportamento suicida

O núcleo familiar, seja ele construído de laços-sanguíneos ou afetivos, tem profunda relação com a complexidade que envolve o comportamento suicida. Isso porque a sua função estrutural e psicossocial dar-se-á desde os primeiros anos de vida, constituindo elo vital para construção de valores, ideais e história de vida.

No contexto do comportamento suicida, a relação entre família e suicídio tem sido analisada de vários contextos. Entre eles, pode-se citar a dualidade que a família representa, uma vez que pode ser compreendida como fator de risco e/ou fator de proteção para o comportamento suicida. Assim, uma das vertentes estudadas é a história familiar e como essa pode influenciar de forma direta nas ações do sujeito.

Uma das primeiras publicações resgatadas sobre histórico familiar de suicídio em pessoas com transtornos psiquiátricos, mostrou que pelo menos 4,9% dos pacientes admitidos em um hospital psiquiátrico apresentavam um suicídio efetivo ou possível em familiares de

primeiro grau. Os autores concluíram ainda que 68% dos pacientes tinham alguma perturbação afetiva e aproximadamente 78% dos seus familiares que se mataram também tinham algum transtorno afetivo (MARIS; BERMAN; SILVERMAN, 2000). Nesse interim, é possível afirmar que existem associações entre transtorno afetivo, suicídio e histórico familiar. Corroborando, pesquisa realizada com pessoas de 50 distritos de Columbia (EUA), revelou, através de entrevista aprofundada e dados estatísticos que existe uma grande relação entre a exposição infantil às tentativas de suicídio dos pais, com o abuso de substâncias, bem pensamentos e tentativas de suicídio. Isso porque em sua grande maioria, os entrevistados relataram abuso de opioides, tranquilizantes e sedativos e atento contra a vida em parte da vida, recentemente e/ou atualmente. (O'BRIEN; VAUGHN; LECLoux, 2015).

Ainda nesse contexto, outro estudo realizado no Centro Médico de Cuidados Críticos Avançados, localizado em Yokohama, mostrou que de todas as vítimas que chegam na emergência por tentativa de suicídio, pelo menos 14,9% tinham histórico familiar de tentativa de suicídio. Na pesquisa os indivíduos foram divididos em dois grupos com base na presença ou ausência de histórico familiar de tentativa de suicídio, e as diferenças entre os dois grupos foram analisadas posteriormente. Assim, foram observadas taxas significativamente mais altas de motivo de suicídio relacionado às relações familiares e de automutilação deliberada em tentativas de suicídio com os pacientes que tinham histórico familiar de tentativa de suicídio do que naqueles sem essa história (NAKAGAWA et al., 2009). Estudo brasileiro também confirma o histórico familiar como importante fator de risco para a tentativa de suicídio e o suicídio. Pesquisa realizada na região norte do Ceará incluiu 153 casos e 153 controles de pacientes para analisar a associação de fatores considerados de risco com a tentativa de suicídio. Para os que tentaram suicídio os números mostraram que 15% tinham como fator de risco o histórico familiar de suicídio, para os não tentantes, metade deles referiram pelo menos uma ideação suicida durante a vida (FELIX et al., 2019).

Ainda é possível também destrinchar outras vertentes que mostram a ligação do histórico familiar de suicídio aos fatores genéticos (KENDLER, 2020). A exemplo disso está a pesquisa de análise estatística do gene chamado LRRTM identificou que para as variáveis de tentativa de suicídio e transtorno bipolar dos pacientes estudados, os resultados mostraram-se muito semelhantes. Ou seja, as formas alternativas dos alelos do gene LRRTM sinalizaram para pelo menos cinco haplótipos dos alelos (parte que possivelmente seria “hereditária”) para os homens e um haplótipo dos alelos para as mulheres (REICHMAN, 2019).

Para além do histórico familiar, se existe outro fator em que a família atua diretamente são as relações familiares e estruturas familiares, seja elas conflituosas ou harmoniosas.

Pesquisa quantitativa internacional com pacientes que tentaram suicídio e foram atendidos em serviço de emergência revelou que os entrevistados relataram problemas familiares ou de relacionamento e depressão como os motivos mais comuns para sua tentativa (CEREL; FREY; MAPLE, 2016).

Já na fase da fase da adolescência os conflitos familiares são ainda mais citados nos estudos: Existem fatores que apresentam grande probabilidade de desencadear o surgimento de comportamentos suicidas, como a existência de conflitos nas relações interpessoais do jovem (a nível familiar e entre pares) e os problemas de caráter acadêmico (PEREIRA, 2011). Além disso, acontecimentos de vida negativos, falta ou inexistência de suporte social e familiar, padrões de vinculação inseguros e conflitos e dificuldades nas relações familiares (GULDIN, 2015; GONÇALVES; FREITAS; SEQUEIRA, 2011). No tocante a isso, estudo desenvolvido nos EUA, com adolescentes que apresentavam ideação suicida, revelou que os laços afetivos constituídos nas relações familiares se apresentaram como aspecto positivo para a redução das tentativas de suicídio (KYLA, RALLIS, 2016).

Quando se trata dos idosos, os conflitos familiares também se mostram presentes: estudo realizado com 63 idosos que residem em 14 diferentes localidades do país onde há elevados coeficientes de mortalidade por suicídio revelou que as dificuldades e os problemas familiares se encaixam entre os múltiplos fatores precipitantes para o comportamento suicida. As perdas significativas de parentes; a ocorrência de processos migratórios que os distanciaram dos seus familiares; ausência de expressões afetivas, sensação de abandono e isolamento; perda de autonomia para manejar seu próprio dinheiro e discórdias familiares foram algumas das principais motivações citadas pelos idosos para as ideações e tentativas de suicídio (MAGALHÃES et al., 2015).

Como mostrado nos estudos anteriores, o comportamento suicida pode ser altamente relacionado a estrutura familiar. As famílias disfuncionais e conflituosas, pais que usam álcool e outras drogas, a desestrutura, a quebra de vínculos, as privações econômicas e sociais na família estão associados a comportamentos suicidas (GONZÁLEZ-CASTRO et al., 2017; MEKAOUI et al., 2016; JAVIER; CARLOS, 2009). Além disso, o histórico de violência na família é também um fator bastante ressaltado nos estudos com pessoas em sofrimento psíquico. São inúmeras as correlações entre pessoas que tem comportamento suicida, família e a perpetração da violência durante a infância, adolescência e na vida adulta (CORREIA et al., 2019; WOLFORD-CLEVENGER et al., 2016; WILLIAMS et al., 2016) .

Ao tempo que as relações familiares conflituosas são notáveis fatores de risco para o suicídio, os estudos mostram também que uma vez essa família em harmonia, vivendo sem

julgamentos e estruturada como suporte social, pode também ser uma grande ferramenta transformadora para as pessoas que atentam contra a própria vida. A estrutura familiar, além de prover um bom suporte social, demonstra ser uma excelente barreira contra possíveis comportamentos de risco, presentes nas atividades de vida diária e nos estilos de vida, como também prova ser um eficiente meio de transmissão de informações relacionadas à saúde (TURAGABECI et al., 2007). As relações familiares têm se apresentado como um importante fator de proteção no comportamento suicida em adolescentes (VERAS; SILVA; KATZ, 2017).

Além disso, ressaltando a importância da família para a pessoa em sofrimento psíquico, estudo em Gana demonstrou o importante papel que as famílias podem desempenhar na detecção e intervenção precoces de crises suicidas. Uma indicação importante é que os membros da família conseguem se comunicar efetivamente com seu membro que tentou suicídio. O estudo ainda concluiu que é muito positivo envolver essas famílias em quaisquer intervenções terapêuticas e que essa implicação é extremamente importante em qualquer programa de intervenção para melhora do paciente com comportamento suicida (DOKU; OSAFO; AKOTIA, 2019).

Corroborando, estudo realizado com 1386 adolescentes espanhóis de 14 escolas secundárias, revelou que intervenções de saúde mental que promovam a função familiar adaptativa e um clima escolar positivo são necessárias para prevenir a depressão e o comportamento suicida entre os adolescentes. Isso pode implicar positivamente na eficácia de programas de saúde pública que buscam reduzir o comportamento suicida, promovendo a função adaptativa da família e um clima escolar positivo, diminuindo a depressão e ideação suicida (ROBLEDILLO, 2019).

Ainda nesse contexto, no Brasil, pesquisa realizada em um serviço ambulatorial que presta serviço para pessoas com comportamento suicida, identificou que além do suporte social ser um fator positivo para controle e redução do comportamento suicida, os elementos que favorecem o acontecimento desse suporte são: o vínculo afetivo com o sujeito, a experiência prévia de sofrimento psíquico, a empatia e a compreensão acerca do fenômeno do suicídio (ANDRADE et al., 2019).

Apesar da importância comprovada do suporte familiar e presença ativa dos entes queridos na vida da pessoa com comportamento suicida, o ciclo familiar pode também sofrer alterações e transtornos durante o longo dos anos. Um fenômeno já bem documentado é a manifestação do sentimento de sobrecarga, que muitas vezes leva esses familiares a sofrer uma piora em sua saúde física e mental, favorecendo o surgimento de problemas psicológicos como a depressão e ansiedade (TREICHEL et al., 2017; TREICHEL et al., 2016).

Por vezes a dúvida, incerteza e insegurança sobre a temática do suicídio também podem fazer com que os familiares não compreendam porque seus entes buscam a morte como solução para os problemas da vida. Estudo com familiares de pessoas em sofrimento psíquico, mostrou através do discurso, que no núcleo familiar existem várias “teorias” relacionada aos motivos que levaram a pessoa a tentar. Apesar das falas dos serem direcionadas para como se sentiram, foi possível perceber os sentimentos de: dúvidas, tristeza, surpresa, desconforto, descrença no indivíduo. Além disso, tornou-se evidente diante das repetidas declarações da maioria dos membros da família que eles não conseguiam entender por que seus parentes queriam morrer (DOKU; OSAFO; AKOTIA, 2019).

A partir da percepção destas interações é possível reforçar o papel do profissional de saúde, sobretudo no campo da enfermagem, na construção coletiva do cuidado, a partir da tríade enfermeira-paciente-família (WAGNER; WAGNER; TALBOT, 2004). Isso é possível porque o enfermeiro deve estabelecer espaços para ouvir, conhecer e encaminhar familiares dos pacientes, buscando alternativas para um cuidado mais atento, dialógico e transversal (TREICHEL, 2019). A exemplo disso, estão as atividades individuais e coletivas com a família de pacientes, incluindo consultas individuais para escuta e orientação ativa, grupos de apoio terapêutico, entre outros (SOARES et al., 2011).

É nesse momento também que a educação permanente acontece, na consulta de enfermagem, o profissional repassa seus conhecimentos e tira dúvidas dos familiares em relação ao comportamento suicida. Dessa forma os enfermeiros têm a oportunidade de ajudar a minimizar o risco de resultados inoportunos, além de liderar iniciativas de qualificação para os demais integrantes da equipe interdisciplinar (SOARES et al., 2011).

Ainda nesse contexto, a revista *Nursing Management* lançou um editorial escrito por uma enfermeira professora da universidade de *Kingsborough Community* sobre a avaliação e prevenção do suicídio em pacientes que estão hospitalizados, mas também aos que frequentam os serviços de saúde mental da atenção primária. Assim, ela ressalta que o enfermeiro deve atentar-se imprescindivelmente nas suas competências de enfermagem em relação a avaliação do comportamento suicida, mas também do cuidado após o suicídio, pois os efeitos são estendidos aos familiares, “vítimas” diretas e/ou secundárias do adoecimento no núcleo familiar (SMITH, 2018).

O lembrete no editorial da revista infelizmente traz à tona um assunto muito discutido nos últimos tempos: “O que fazer quando perder alguém para o suicídio?”. É possível afirmar atualmente que após o suicídio de um ente da família os efeitos psicológicos, emocionais, econômicos e sociais podem se estender por todo núcleo familiar. Por isso, o termo *postvention*

ou pós-venção em português, é usado para descrever um “pacote” de intervenções projetadas para pessoas afetadas por suicídio, que podem incluir profissionais, amigos, equipe de resgate do corpo e principalmente os familiares mais próximos que buscam entender o luto. Todos esses são os “sobreviventes do suicídio” (BECKER et al., 2017; ANDRIESSEN, 2012; WHO, 2014).

O luto por suicídio está associado a uma série de consequências, incluindo fragilidades na saúde mental e aumento do risco de suicídio. Apesar disso, os sobreviventes pelo suicídio podem relutar em procurar ajuda de amigos, familiares e profissionais. Por vezes, falar sobre a morte do familiar que tirou sua própria vida, pode ser tão doloroso que os fóruns na internet e sites de redes sociais são uma avenida popular de apoio aos enlutados (BAILEY, 2017). Também são incluídos como atividades da pós-venção os grupos de autoajuda, que promovem a sensação de pertencimento, local para compartilhar a dor e formas de ressignificar o luto ou ainda toda atividade terapêutica que aconteça depois do suicídio (SHNEIDMAN, 1996; WHO, 2008).

Importante ressaltar que as estratégias de pós-venção podem ser operacionalizadas a partir da perspectiva clínica, ou seja, a perspectiva dos profissionais e serviços de saúde mental, e também da perspectiva da saúde pública, com o desenvolvimento de políticas e estratégias gerais para a população (ANDRIESSEN, 2012). E é a partir disso que é possível inserir os profissionais de enfermagem como agentes no processo de pós-venção. Para isso, é importante que esses profissionais estejam capacitados para abordar o suicídio de uma maneira ampla e sem preconceitos, incluindo atividades de pós-venção no grupo familiar -integralidade no atendimento- (DUTRA et al., 2018), afinal a pós-venção caminha junto com a prevenção do suicídio.

Destarte, no contexto do comportamento suicida tanto da prevenção e pós-venção, a compreensão acerca das relações interpessoais, em particular a partir das configurações familiares, é de fundamental importância para o entendimento do processo de adoecimento psíquico. Isso porque a íntima relação deste com a família e o ambiente com os quais as pessoas interagem é de importância fundamental para o desenvolvimento social e da jornada de vida.

3.3.3 A pandemia do covid-19 e o sofrimento psíquico

Existem “acontecimentos” que comprometem a saúde, que marcam uma pessoa, um estado, um país ou o planeta terra em massa. Para esses últimos eventos dá-se o nome de pandemia, ou seja, a disseminação mundial de uma nova doença que se espalha por diferentes continentes com transmissão sustentada de pessoa para pessoa (OMS, 2021).

Ao longo da história do mundo foram registradas pouquíssimas pandemias, mas que deixaram consequências em milhares de pessoas e até dizimaram famílias inteiras. A exemplo disso estão a “peste bubônica”, cólera, gripe espanhola, gripe suína (mais conhecidas como H1N1) e a mais recente, denominada COVID-19. Em comum, todas elas têm, além dos grandes danos causados à saúde da população global, os métodos possíveis para o não contágio, como uso de máscaras nos locais indicados pelas autoridades sanitárias, a quarentena (caso contato com pessoa que tenha tido a doença), restrições de deslocamentos e o mais importante: distanciamento/isolamento social, conforme indicado em cada situação (OLIVEIRA et al, 2020).

As informações mais precisas e atuais sobre pandemias, suas causas e consequências estão surgindo também e com muita divulgação a partir da pandemia do COVID-19. Em março de 2020, com a pandemia do Corona Vírus, os profissionais de saúde têm sido, mais do que nunca, convocados a se pronunciar sobre a emergência sanitária global e uma dessas emergências diz respeito a saúde mental e a pandemia. (HOCHMAN; BIRN, 2021; FARO et al, 2020)

Acerca disso, pesquisas emergentes apontam para as consequências para a saúde mental por conta da COVID-19 diferente das pandemias anteriores, com sintomas de ansiedade, depressão e estresse são comuns em população geral. Isso pode ser observado também em outras pesquisas internacionais, que mostram a magnitude, os envolvimento globais, número de mortos, imposição de políticas de distanciamento social, medidas de confinamento, bloqueio, redução de atividades não essenciais serviços de saúde e acesso limitado aos cuidados de saúde, bem como o isolamento como fatores de grande impacto social e econômico. Em especial o distanciamento físico e a quarentena que podem ser associadas à solidão que, por sua vez, é um fator de risco para suicídio em muitos grupos (BRODEUR et al., 2020; DANIEL; GOLDSTON, 2012; MCCLELLAND et al., 2020)

Os fatores associados as sequelas psicológicas da pandemia provavelmente persistirão por meses e anos. Estudo indica que a pandemia de COVID-19 está associada a angústia, ansiedade, medo de contágio, depressão e insônia na população em geral e muito entre os profissionais de saúde. Isolamento social, ansiedade, medo de contágio e dificuldades econômicas podem levar ao desenvolvimento ou exacerbação de depressão, ansiedade, uso de substâncias e outros transtornos psiquiátricos em populações vulneráveis, incluindo indivíduos com transtornos psiquiátricos pré-existent e pessoas que residem em áreas de alta prevalência de COVID-19 (KUMAR; NAYAR, 2020; ANJUM; SAMIAA et al, 2020)

Para além disso, condições psiquiátricas relacionadas ao estresse, incluindo

humor e uso de substâncias distúrbios estão associados ao comportamento suicida. Os sobreviventes do COVID-19 também podem estar em risco elevado de suicídio. A crise do COVID-19 pode aumentar as taxas de suicídio durante e após a pandemia. Consequências para a saúde mental da crise do COVID-19, incluindo o comportamento suicida provavelmente estará presente por muito tempo e atingirá o pico depois da pandemia real (SHER, 2022; CHEN et al 2020).

Outra pesquisa mostra ainda que durante a mesma década, a taxa de suicídio aumentou durante a epidemia de gripe espanhola, mas não tão quanto durante a Primeira Guerra Mundial (WASSERMAN, 1922). A diminuição dos fatores de integração social durante a epidemia de gripe espanhola é provavelmente um elemento a se considerar para esses números elevados, de acordo com a teoria social do suicídio de Durkheim. Fazendo uma relação com a situação atual do COVID, é possível levantar o paradoxo de uma sociedade globalizada favorecendo tanto a expansão viral por meio de trocas quanto uma “epidemia de solidão” via confinamento (COURTET, 2020).

O isolamento é associado a pensamentos e comportamentos suicidas e pacientes hospitalizados não estão recebendo visitas, o que pode aumentar o risco de suicídio também (REGER et al., 2020). Atividades comunitárias e religiosas que podem ser de apoio e reconfortante em momentos estressantes têm restrições de isolamento durante a Pandemia do covid19. Isso pode levar a um aumento ainda maior da tendência suicida. A frequência semanal a serviços religiosos tem sido associada a um aumento de 5 vezes menor taxa de suicídio em comparação com aqueles que não frequentam (VAN DER WEELE et al., 2016)

Outros estudos mostram que comparado com 7 meses antes da pandemia, os entrevistados se consideram menos sociáveis e principalmente solitários. Por exemplo, de acordo com o item avaliado “Sinto falta de ter pessoas ao meu redor” aumentou em 34 pontos percentuais de outubro de 2019 a maio de 2020, e o ponto “experimentar o vazio” aumentou em 16% pontos. Muitos relataram ter sido pessoalmente afetados pela perda do contato social, perda de trabalho, atividades próprias ou por estar menos frequentemente ao ar livre (VAN TILBURG et al, 2021).

Como consequência disso, a OMS afirmou que “taxas aumentadas de estresse e ansiedade é o principal impacto psicológico da pandemia até agora”, com um alerta de que “como novas medidas especialmente quarentena são introduzidas, seu impacto no cotidiano do público ativa, meios de subsistência, níveis de solidão, drogas nocivas e o uso de álcool, depressão e comportamento suicida ou automutilação também devem aumentar (OMS 2020).

Estudos internacionais com objetivo de avaliar a saúde mental, o uso de substâncias e a ideação suicida durante a pandemia, foram realizadas pesquisas de painel representativo entre adultos com idade ≥ 18 anos nos Estados Unidos durante 24 a 30 de junho de 2020. No geral, 40,9% dos entrevistados relataram pelo menos um transtorno mental adverso ou condição de saúde comportamental, incluindo sintomas de transtorno de ansiedade ou transtorno depressivo (30,9%), sintomas de um transtorno relacionado a trauma e estressor (TSRD) relacionado à pandemia (26,3%) e ter iniciado ou aumentado o uso de substâncias para lidar com estresse ou emoções relacionadas ao COVID-19 (13,3%). A porcentagem de entrevistados que relataram ter considerado seriamente o suicídio nos 30 dias anteriores à conclusão da pesquisa (10,7%) foi significativamente maior entre os entrevistados com idade entre 18 e 24 anos (25,5%) e trabalhadores essenciais (21,7%) (CZEISLER et al., 2022)

Ainda no íterim da saúde mental e comportamento suicida, especialistas especularam que os problemas mentais, econômicos, comportamentais e psicossociais ligados à pandemia do COVID-19 podem levar a um aumento no comportamento suicida. No teste mais abrangente do link COVID-19 com suicídio até o momento, meta-análise mostra os dados de 308.596 participantes em de 54 estudos realizados ao total. Os resultados sugeriram taxas aumentadas de eventos para ideação suicida (10,81%), tentativas de suicídio (4,68%) e autoagressão (9,63%) durante a pandemia de COVID-19 quando comparadas com as taxas de eventos de estudos pré-pandêmicos. A análise indicou que pessoas mais jovens, mulheres e indivíduos de países democráticos são mais suscetíveis à ideação suicida durante a pandemia de COVID-19. (DUBÉ, 2021)

Embora questões extremamente importantes, como contenção de vírus, tratamento de pacientes e o progresso do desenvolvimento de vacinas estão sendo abordados, também é necessário abordar os efeitos prolongados da saúde mental desestabilizada globalmente. Isso inclui principalmente o olhar voltado para os núcleos familiares afetados, bem como a dinâmica e cotidiano de cada membro.

Considerando as particularidades e a realidade de cada núcleo familiar, entendemos que o fortalecimento dos laços familiares é elemento crucial para uma convivência saudável. Com isso, a Universidade Federal da Paraíba divulgou um texto sobre algumas situações que podem ajudar na saúde mental da família bem como enfrentar os desafios trazidos pela pandemia do COVID-19: manter diálogo (não monólogo) e boa comunicação; realizar atividades que integram o núcleo familiar; identificar os problemas que estão afetando a família e buscar soluções de forma conjunta; compreender, ajudar e, se necessário, perdoar; cuidar e proteger e estabelecer e cooperar com a nova rotina familiar (UFPB, 2020).

Importante salientar que nesse contexto todos os esforços de intervenção e prevenção em nível comunitário, incluindo estratégias de comunicação em saúde, projetados para alcançar esses grupos podem ajudar a abordar várias condições de saúde mental associadas à pandemia de COVID-19. Embora o cenário de pandemia potencialize o sofrimento, existem medidas protetivas passíveis de serem adotadas. Uma resposta interdisciplinar abrangente é necessária e deve incluir intervenções seletivas, indicadas e universais como forma de prevenção (GUNNELL et al., 2020).

Destarte, é possível compreender com toda a divulgação e grande alcance da pandemia do COVID-19 que essa afetou milhares de famílias no planeta. Embora seja recente e ainda doloroso é preciso pensar em alternativas para que esses núcleos familiares e cada um de seus membros possa seguir na vida (com vida). O acolhimento e compreensão pode ser uma ferramenta construtora de possibilidades para agarrar-se e tentar vencer as barreiras físicas e mentais impostas pelo vírus.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, fundamentado no referencial teórico-metodológico do Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), que se trata de um modelo de avaliação familiar que abarca a estrutura, o desenvolvimento e a funcionalidade do sistema familiar (WRIGHT; LEAHEY, 2018). Para o desenvolvimento da avaliação familiar, seis pressupostos teóricos dão forma, embasamento e contexto ao modelo: pós-modernismo; teoria da comunicação; cibernética; teoria da mudança; biologia da cognição e a teoria dos sistemas.

A escolha pela abordagem qualitativa se dá pela especificidade do objeto de estudo, os significados das ações e interações experienciadas pelos familiares de pessoas com comportamento suicida. Esse método de abordagem favorece a compreensão a partir da interpretação dos fenômenos vivenciados, dos significados atribuídos a estes ao longo de suas experiências (POLIT; BECK, 2011), bem como as aspirações, atitudes, opiniões, percepções, crenças e valores extraídos de cada pessoa em sua convivência social (MINAYO, 2014).

4.2 UM CENÁRIO DE AFETOS: O NÚCLEO DE ESTUDO E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO (NEPS)

As inquietações, questionamentos, indagações e os afetos para e com o mundo são inevitáveis. Questionar-se e questionar o outro, inquietar-se, afetar-se, transformar-se fazem parte de um ciclo natural que rege a vida de muitas pessoas e que apesar desses processos aparentemente serem comum a muitos, é indiscutivelmente subjetivo, particular, sentido e vivido de maneira única. E esse entendimento profissional em relação a minha posição ética e de cuidado enquanto enfermeira deu-se no momento que fui lotada como estagiária no Centro de Informação e Assistência toxicológica da Bahia CIATOX/BA, e lá descobri o Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS).

O NEPS, local do estudo desse estudo, é um serviço ambulatorial especializado no atendimento às pessoas com comportamento suicida no estado da Bahia. O acompanhamento a pacientes que dão entrada no Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) iniciou-se em 1991, com o serviço de psicologia do Centro de Informação e Assistência toxicológica da Bahia CIATOX/BA - composto por apenas uma psicóloga. Em 2007, com o reconhecimento do trabalho de prevenção, orientação e tratamento às pessoas com risco para o suicídio, além da

crescente demanda dos atendimentos, ampliou-se o serviço com a inauguração do NEPS. Este passou a contar com uma estrutura física de quatro consultórios e espaço (auditório) para os atendimentos individuais e grupais de segunda a sexta-feira (CORREIA, 2018).

Atualmente, o NEPS é composto por profissionais da equipe multidisciplinar, são eles: 1 Enfermeira, 3 Psicólogos, 3 Psiquiatras e 2 Terapeutas Ocupacionais. As avaliações ocorrem quando o paciente dá entrada no HGRS por violência autoprovocada ou intoxicação exógena e por encaminhamentos de outros profissionais que atuam, em geral, nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e na área educacional, a exemplo de escolas e universidades públicas e privadas, independentemente dos casos de intoxicação. Além disso, com o quantitativo crescente de pessoas que apresentam ideação suicida e/ou tentaram suicídio, o NEPS tem recebido casos que chegam por demanda espontânea, em busca de tratamento. Com as avaliações, realiza-se uma triagem relacionada à gravidade para o risco de suicídio e, a partir daí, faz-se o seguimento quanto ao atendimento ambulatorial no NEPS ou encaminhamento para os dispositivos da RAPS (CORREIA, 2018).

O NEPS oferece tratamento ao paciente em crise, mas também desenvolve atividades de pesquisa na área do suicídio, além de oferecer cursos de capacitação profissional sobre a abordagem ao paciente suicida e estágios para estudantes de graduação. Desde que iniciou suas atividades, de outubro de 2007 até março de 2011, o NEPS realizou aproximadamente 7.792 atendimentos (PREVENÇÃO, 2012) e até o ano de 2019 foi cenário de estudo para duas dissertações de mestrado, uma tese de doutorado e nove artigos científicos (quatro deles em andamento de publicação para revistas científicas na área de enfermagem).

Como citado anteriormente em relação aos tratamentos e rotinas convencionais em saúde, o NEPS também aposta na visão ampliada de cuidado com a inserção de práticas integrativas e complementares em saúde, e com estratégias que utilizam a arte como instrumento inspirador de projetos de vida e saúde: o Jornal Galera Vida NEPS, o Espaço de Leitura, a Ciranda Literária, o cinema do NEPS (CiNEPS), a Oficina de Criação Literária (A Vida em 4 Estações), DVDteca, o Canal no Youtube e o Grupo de Família (CARVALHO, 2019).

Nesse contexto, importante ressaltar que as reuniões de grupo com os familiares e amigos dos usuários teve início em junho de 2009. Foi criado com intenção de ser “Reuniões informativas” sobre o suicídio para grupos de familiares e amigos dos usuários acompanhados no NEPS. Essas reuniões não pretendiam preencher a lacuna dos grupos de família, mas em razão do pequeno número de técnicos, optou-se por priorizar o acompanhamento dos tentantes. A ideia de realizar essas reuniões, a princípio mensais, surgiu a partir do relato de usuários nos

quais referiam as dificuldades e os frequentes conflitos que ocorriam dentro de seus lares, com familiares e amigos depois da tentativa de suicídio. Os relatos eram tão absurdos que pareciam inacreditáveis. Foi então que os técnicos do serviço sentiu a necessidade de abrir um espaço para que os familiares pudessem falar acerca de suas dúvidas, medos e angústias relativos à tentativa de suicídio do ente querido, para, em seguida, pôr em prática a principal finalidade, dessas reuniões: informar sobre os aspectos envolvidos nas tentativas de suicídio e no suicídio, para minimizar os equívocos e os estigmas gerados pela desinformação acerca do fenômeno, fatores que contribuía sobremaneira para formas desrespeitosas e por vezes banalizadas de tratarem esse grave problema. A hipótese inicial era que, reduzindo os equívocos, seria possível reduzir também os mal-entendidos responsáveis por grandes desentendimentos entre os familiares e um consequente olhar mais responsável e empático diante do tentante. Em suma, o objetivo geral dessas reuniões informativas é “informar para prevenir” novas tentativas ou mesmo o suicídio (OLIVEIRA et al, 2011).

Assim destaca-se o ineditismo do NEPS no acompanhamento às pessoas em risco para o suicídio, sendo o único, no país, vinculado a um Centro de Informação Toxicológica e referência estadual nos atendimentos especializados para o comportamento suicida.

4.3 OS (AS) COLABORADORES DA PESQUISA

No que tange aos colaboradores do estudo, estes foram familiares de pacientes com comportamento suicida acompanhados no NEPS. Os critérios de inclusão foram os seguintes: cônjuges, familiares consanguíneos ou familiares com laços de afetividade de usuários em acompanhamento regular no NEPS; ter idade igual e/ou maior a 18 anos e estar em condição emocional e cognitiva. A pesquisadora contou com o apoio da equipe multiprofissional do NEPS, no sentido de considerar os familiares que estivessem em condições psicológicas e emocionais para participar do estudo.

Não participaram do estudo, os familiares que também eram usuários do NEPS e tinham comportamento suicida; não participava ativamente no tratamento do familiar; que não compareceram a entrevista após três tentativas de agendamento. Conforme recomenda o referencial metodológico do Modelo Calgary de Avaliação Familiar, também não foram entrevistadas as famílias que estivessem passando por sofrimento emocional, físico, espiritual ou ruptura decorrente de uma crise (por exemplo, doença aguda ou terminal, óbito e lesão); se a família estivesse enfrentando situações sérias para ameaçar a relação de seus membros (como

por exemplo, vícios em jogos e substância psicoativas e doença terminal) ou ainda as famílias que tivessem um membro para ser hospitalizado por um tratamento de saúde mental, tentativa de suicídio ou surto psiquiátrico (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

O processo de aproximação com os colaboradores do estudo deu-se a partir da minha inserção nos grupos de família e atividades que ocorrem mensalmente no NEPS com os usuários. Importante ressaltar que esses grupos de família são conduzidos pela psicóloga coordenadora do serviço e tem o objetivo de reunir os familiares dos usuários para que estes possam contar suas vivências sobre dificuldades com seus entes que tem o comportamento suicida e sobre como se sentem em relação ao sofrimento e adoecimento psíquico.

Além disso as reuniões são informativas, com temáticas como depressão e suicídio, tendo como finalidade também diminuir os equívocos causados pela falta de conhecimento ou por informações distorcidas sobre este fenômeno, responsável por provocar dificuldades no relacionamento em família e, conseqüentemente, no tratamento do familiar. Embora o objetivo geral dessas reuniões com familiares seja informar para prevenir, este também é um espaço para acolher queixas, dúvidas e dificuldades enfrentadas pela família no trato com esses pacientes, bem como discutir os efeitos da depressão e da tentativa de suicídio na dinâmica familiar, buscando alternativas menos nocivas para lidar com tal situação. Os resultados alcançados nesses encontros possibilitam uma relação familiar mais saudável, repercutindo positivamente no tratamento do paciente (CARVALHO, 2019). Com as discussões do grupo de família e o relato do vivido de cada familiar, é possível ainda conhecer o contexto social de cada usuário que os profissionais assistem no NEPS.

Desde 2015, acompanhando as oficinas ainda como estagiária de enfermagem e em 2016 à 2018 no mestrado, foi possível conhecer algumas famílias que são bastante assíduas em relação ao tratamento do seu familiar com comportamento suicida. Por isso, utilizei desses encontros prévios e da participação nas oficinas terapêuticas-realizadas entre setembro de 2019 à maio de 2021 para desenvolver as entrevistas e compreender melhor como se dá o funcionamento de cada família.

Infelizmente, após os primeiros anos de encontro com os familiares, as reuniões ficaram espaçadas e com menos participantes. Ainda com o advento da pandemia, foram realizados apenas 3 encontros com familiares, de forma virtual. Os problemas de conexão com a internet, acesso ao celular ou desconhecimento dos aplicativos de comunicação virtual foram os principais motivadores para grande redução dos participantes nos encontros. Esse fato gerou distanciamento entre técnicos do serviço e familiares, principalmente dos pacientes recém-admitidos que ainda estavam em construção do vínculo terapêutico com serviço.

Dito isso, descrevo na próxima sessão como fora o processo para coleta de dados com os dois grupos (usuários e seus familiares) durante quase 8 meses entre marcações e remarcações de entrevistas e possíveis encontros presenciais.

4.4 PROCESSO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Para a coleta e análise de dados, foram utilizadas as ferramentas e passo a passo conforme descrito no Modelo Calgary de Avaliação Familiar. Como a ambiência com o serviço iniciou-se (por mim) desde 2015, já conhecia algumas histórias e famílias previamente, e por isso, as entrevistas para construção do genograma, considero a parte “mais profunda” da coleta de dados. Essa primeira fase de coleta de dados ocorreu no período do mês 07 de 2021 ao mês 11 de 2021, com 11 usuárias (os) do NEPS, por meio de aplicativo de comunicação virtual, o *Google Meet*.

Os encontros com os usuários foram marcados previamente cerca de 3 a 5 dias antes. O contato se fez por um aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para smartphones. Como citado nos critérios de exclusão, as pessoas que não compareceram ou responderam o convite depois de três tentativas, foram retiradas do estudo. Houve três pessoas que tentei contato por três vezes, insistentemente, e que seriam também profundamente importantes para o estudo. Entretanto, com o suporte da terapia ocupacional fui orientada sobre a situação de cada família e usuário no momento: uma delas estava em crise no casamento, com forte ideação suicida; outra estava desempregada, vendendo frutas em um carrinho de mão o dia todo para sustentar a filha de 2 anos; e a terceira tinha acabado de perder uma amiga de infância para o câncer. Indiscutível. O respeito e a consideração por cada dor, foram absolutamente prioridade e predominante naquele momento tão delicado e frágil de cada uma.

Assim, seguiu-se os passos da pesquisa para entrevistar os 11 usuários (as) que tinham aceitado o convite. Os encontros online para montagem do genograma duraram entre 55 minutos à 2 horas e 40 minutos. Ao iniciar o encontro, fora compartilhada a tela de projeção do GenoPro da entrevistadora, para que fosse possível a visualização da construção do genograma em tempo real. Assim, foi mais fácil desfazer ou reconstruir algum passo do genograma caso os usuários (as) solicitassem. Uma discente da Universidade, que estava vinculada ao Programa Institucional de Bolsas de Extensão (PIBIEX), participou ativamente dos encontros, para auxiliar na construção do genograma, bem como fazer anotações de detalhes e informações que por acaso a pesquisadora deixou escapar. No momento do convite para os encontros, fora perguntado antes para todos os participantes, se eles concordavam com a presença da estudante. Apenas três dos 11 entrevistados alegaram não se sentir bem com a presença de outra pessoa

nos encontros.

Assim, após a construção do genograma os usuários (as) foram informados que seus familiares seriam entrevistados e se quisessem poderiam utilizar do contato da pesquisadora para acrescentar ou retirar informações do genograma, bem como tirar dúvidas sobre a pesquisa. Dois dias depois de um dos encontros, uma das pessoas que participaram, me procurou pelo contato telefônico que estabelecemos e pediu para que fosse acrescentado na árvore genealógica um tio, irmão de seu pai, que tinha se suicidado no quintal de sua casa, enforcado em uma árvore. Ela queria que essa informação fizesse parte do seu genograma e não fosse esquecida, afinal, fez e faz parte da sua história de vida.

Uma semana depois, outra pessoa que participou do encontro, advertiu-me sobre não querer que os familiares dela fossem entrevistados, uma vez que tinha saído de casa após grave discussão com seu pai e sua irmã. A usuária estava em plena crise suicida, residindo temporariamente com o namorado e a sogra após, segundo ela, ter “rompido vínculos” com a irmã. Ela relatou ter tomado seus remédios de costume, estar anestesiada, cabeça pesada e com uma “dor na alma”, pois achava que estava grávida e sua família não aceitava. Após um manejo da crise suicida feita pela equipe do NEPS e alguns dias de conversa comigo, a paciente acalmou-se e voltou para casa duas semanas depois. Ela não estava grávida naquele momento e reatou laços com sua família nuclear, assim pude continuar com as entrevistas e também com seu acompanhamento. Hoje, enquanto escrevo essa tese, após seis meses, ela descobriu que está gestante e logo irá parir. Os conflitos familiares retomaram, mas irei continuar acompanhando esse caso e se possível, fazendo o que me propus a fazer para além da pesquisa: mostrar ferramentas e meios para que o outro possa se ajudar a continuar na vida de forma menos dolorosa e pesada.

Foi somente depois de conhecer a família e construir o genograma dos 11 usuários que surgiu os nomes fictícios para cada um. No primeiro momento, apenas foi inserido o último nome de cada participante para identificá-los, e assim também seria identificado o nome de suas famílias. Entretanto, pensando no anonimato da pesquisa, comecei a pensar em nomes que de alguma maneira, os descrevesse sem expô-los. Algo surgiu em todas as conversas durante os encontros online enquanto eu fazia o questionário de cada um, a data e mês de nascimento sempre era citada pelos usuários junto a uma característica relacionada aos signos do zodíaco.

“Nada mais complexo do que isso... estrelas no céu”, pensei. Para falar a verdade, a ideia veio após uma reunião com uma discente que me ajudava nas entrevistas, ela sugeriu que colocássemos os signos como “pseudônimo” de cada um. Mas uma vez feito os 11 genogramas, percebi que os signos começaram a se repetir, então decidi abranger as constelações como

nomes fictícios para os usuários e suas famílias.

Os complexos, como citado no capítulo II dessa tese (“Comportamento suicida: uma teia de *complexus*”) podem ser também padrões peculiares de reação formados a partir da experiência pessoal de cada um com um determinado tema, como a família por exemplo (HOLLIS,1999). Justamente essa descrição da árvore genealógica os fez relembrar acontecimentos e traumas da infância, dificuldades e repressões, interações e padrões familiares interligados que agem como representação para os gatilhos prestes a serem apertados, justificativas para ações e reações durante a vida e complexos emocionais. E isso não é muito diferente do que vemos nas constelações: várias estrelas, interligadas e agrupadas que são utilizadas para representações na ciência, na vida das pessoas e nos mitos... são as justificativas para os objetos, animais, criaturas mitológicas ou deuses.

No segundo momento, no *locus* da pesquisa e/ou *online*, ocorreram as entrevistas direta com os familiares que mais foram citados no genograma e convivem com os usuários do NEPS. As entrevistas aconteceram entre o mês 02 de 2022 ao mês 08 de 2022, com cerca de 2 horas de duração. Ao total, participaram 9 familiares, das 11 famílias, isso porque 2 familiares de duas famílias foram entrevistados: mãe e filho de Leão e mãe e irmã de Libra, conforme mostra o apêndice d, com tabela de categorização sociodemográfica dos colaboradores da pesquisa. Para todos os familiares de todas as famílias foram utilizadas as perguntas do questionário de coleta de dados seguindo o modelo Calgary de avaliação familiar, conforme mostra o apêndice C

Respeitando-se os critérios da metodologia do Modelo Calgary de Avaliação familiar, não participaram da entrevista as famílias que perderem um ente recentemente (Família Orion), que o paciente tivesse tentado suicídio até 30 dias antes da entrevista (Família Capricórnio), se recusaram a participar por conta da grande carga emocional que as entrevistas geram (Família Ursa Maior) ou estivessem passando por um processo de doença crônica/terminal (Família Peixes) descoberto após a construção dos genogramas.

Para ser mais específica, alguns exemplos que me chamaram atenção estão a seguir: o caso de um familiar de 30 anos, que viu sua mãe tentar suicídio por quatro vezes e cuidou dela as quatro vezes, invertendo os papéis: ela foi a mãe no sentido dos “dos cuidados” por muitos anos. Ou por exemplo, a família que perdeu três membros (que tinham papéis simultâneos de marido, pai, irmão, filho, tio...) pela COVID-19, no mesmo ano, em um curto período de aproximadamente três meses cada. Ou ainda, “a família” em que eu, pesquisadora, não consegui identificar, por meio do genograma e ecomapa, ninguém que se encaixasse na pesquisa como suporte social: pais e avós falecidos, sem companheiro (a), irmãos sem contatos à anos, sem

religião específica, aposentada pelo INSS (o que significa sem trabalho ou contato com suporte social institucional), apenas uma vizinha que entra em contato com os técnicos do serviço quando a paciente não responde as mensagens ou está em casa, mas não atende a porta. Ela é uma forma de vigilância para a tentativa de suicídio, mas não a acompanha no tratamento no NEPS efetivamente.

Reforço aqui, que foram várias as tentativas de contato com os familiares. Alguns disseram não se sentir preparados para falar sobre a “tentativa de suicídio” e isso é totalmente compreensível. A exemplo disso, está o caso de um familiar de 30 anos, que viu sua mãe tentar suicídio por quatro vezes e cuidou dela as quatro vezes, invertendo os papéis: ela foi a mãe no sentido dos “dos cuidados” por muitos anos. Ou por exemplo, a família que perdeu três membros (que tinham papeis simultâneos de marido, pai, irmão, filho, tio...) pela COVID-19, no mesmo ano, em um curto período de aproximadamente três meses cada. Ou ainda, “a família” em que eu, pesquisadora, não consegui identificar, por meio do genograma e ecomapa, ninguém que se encaixasse na pesquisa como suporte social: pais e avós falecidos, sem companheiro (a), irmãos sem contatos à anos, sem religião específica, aposentada pelo INSS (o que significa sem trabalho ou contato com suporte social institucional), apenas uma vizinha que entra em contato com os técnicos do serviço quando a paciente não responde as mensagens ou está em casa, mas não atende a porta. Ela é uma forma de vigilância para a tentativa de suicídio, mas não a acompanha no tratamento no NEPS efetivamente.

As entrevistas tiveram um teor emocional grande, principalmente no que diz respeito as lembranças dos episódios de tentativa de suicídio do familiar, ou quando estavam internados por conta de consequências das tentativas de suicídio. Apesar disso, ao final das entrevistas ao lembrarem de um momento feliz e único ao lado dos seus entes, os familiares conseguiram ressignificar todo o sofrimento anterior, enfatizando que a vida é mais importante do que qualquer obstáculo que possa surgir durante a jornada.

4.4.1 Referencial teórico-metodológico: Modelo Calgary de Avaliação Familiar

O modelo de avaliação e intervenção familiar constitui uma abordagem sistêmica cujos benefícios estão extremamente ligados ao bem-estar da família. Existem alguns modelos de avaliação e intervenção familiar construídos por profissionais de saúde, entre eles: Modelo de Hanson, Modelo de Friedman, Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar, Modelo de enfermagem de saúde e família e o Modelo Calgary de Avaliação familiar (UNIVERSIDADE DE AVEIRO, 2019).

Nessa tese, ressalta-se o Modelo Calgary de avaliação da família (MCAF). Esse foi um dos quatro modelos identificados na monografia *The Family Nurse: Frameworks for Practice*. É uma adaptação da estrutura de avaliação desenvolvida pelas enfermeiras Tamm e Sanders em 1983 na Universidade de Calgary e progressivamente aperfeiçoado desde as primeiras edições dos livros da enfermeira e professora Emérita da Universidade de Calgary, Lorraine Wriqth. O modelo está fortemente ligado as teorias do pós-modernismo; teoria da comunicação; cibernética; teoria da mudança; biologia da cognição e a teoria dos sistemas (WRIGHT, 2018) e por isso permite visões amplas de mundo, por exemplo, ao abordar o pós-modernismo, feminismo e biologia da cognição. Eis o que sugere cada uma das seis teorias que compõem o Modelo Calgary:

- Pós-modernismo

Apesar de ganhar visibilidade no final dos anos 1970, o pós-moderno e a pós-modernidade já estavam começando a se fazer surgir desde a passagem dos anos 1950 para 1960. O termo surgiu primeiramente no universo da crítica literária, mas foi no contexto da cultura pop que, a noção de pós-moderno foi se delineando (SANTELLA, 2009). É considerado modernista tudo aquilo anterior ao que for considerado “Iluminado” e conseqüentemente a influência de ideias, ideais, conceitos e concepção vindo do pós-moderno é totalmente não desejável para os conservadores rígidos (WRIGHT; LEAHEY, 2018).

Assim, uma das características mais importante revelada pelos estudos sobre pós-modernidade, mostram dos estudos sobre pós-modernidade são as polêmicas sobre “traição” ao período Iluminista e seus pensamentos, ideias. Os críticos, entretanto, convergem em um ponto: o pós-moderno trouxe algo novo e bastante distinto para a nossa sociedade (SANTELLA, 2009). De forma geral, o pós-modernismo abre janelas e novas portas para as visões de mundo, que se tornam ampliadas e aceita por muitos. A exemplo disso está a ideia da pluralidade: são vários os caminhos para entender e experienciar as vivências de mundo. Isso se encaixa muito bem na avaliação da família: por exemplo, uma enfermeira que busca de vários modos compreender a “doença” do seu paciente, busca pela multiplicidade que inclui a família, sociedade, interação em meios de trabalho entre outros aspectos. Assim, é possível ampliar a visão e chegar a um denominador que possa beneficiar o paciente e sua família que de certa forma também vivencia o processo da doença.

- Cibernética

A Cibernética foi concebida pelo matemático Norbert Wiener, que estudou os sistemas estabelecendo uma analogia entre o funcionamento destes e o das máquinas. O matemático descreveu dois tipos de sistemas: o fechado (que enuncia uma tendência à desordem até o estado de caos) e o sistema aberto, caracterizado por permeabilidade à energia e à informação, capaz de desenvolver níveis de retornos e interação com o mundo externo (MELO; RIBEIRO, 2016). Apesar de ter criado essa teoria com o olhar voltado para as máquinas, é tão incrível como ela pode se ajustar-se ao sistema familiar: sistemas abertos (“famílias abertas”) tendem a receber influências do meio externo, podendo trocar vivências, experiências e energias, enquanto o sistema fechado (“famílias fechadas”) tem a isolar-se e repetir padrões que a ruíem até chegar o caos. Ainda nesse contexto, importante ressaltar que a cibernética ajuda a compreender o conceito de sistema aberto e fechado através do estudo da dinâmica dos sistemas pela abertura e fecho dos seus limites. A exemplo disso está a menor unidade viva: a célula, um sistema que possui um mundo interior, onde mantém em ordem um imenso mundo de moléculas (ressaltando a importância do sistema organizado) e ao mesmo tempo tem um mundo exterior, de onde sobrevive, pois consegue as substâncias de que necessita (SANTOS, 2012). Assim, pode-se relacionar a família: a abertura do sistema implica as constantes troca de informação, matéria e energia entre o sistema e o ambiente.

Um outro conceito muito importante da cibernética diz respeito aos sistemas familiares que tem a capacidade de autorregulação. Em outras palavras, após o “caos” ou “crise” a família (mesmo que involuntariamente) tem o potencial de voltar a seu estado de equilíbrio homeostático (VASCONCELLOS, 2010). É certo que cada família se cuida, se observa, se trata e se “faz” e “refaz” de um modo bem subjetivo, afinal cada família é única, independente se tiver a mesma configuração (estendida, monoparental, afetividade, tradicional, reconstituída, entre outras.

- Teoria da comunicação

A teoria da comunicação diz respeito ao modo como ocorre a interação entre os indivíduos da família. Gregory Betenson, utilizou da teoria e conceitos da cibernética para criar tal teoria, a qual desenvolveu conceitos importantes para trabalhar com as famílias. A exemplo disso estão as três dimensões que contemplam essa teoria: a semântica, a sintaxe e a pragmática (GOMES; BOLZE; BUENO; CREPALDI, 2014). De forma resumida, a sintaxe se refere à transmissão da informação; a semântica está relacionada ao significado dos símbolos e a pragmática diz respeito aos aspectos comportamentais da comunicação (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 1973).

Assim, com essa teoria é possível afirmar que a comunicação afeta o comportamento ocasionando implicações nas relações familiares. Por isso, também, é de extrema importância compreender a comunicação não verbal, pois essa transmite uma mensagem que não fora dita ou verbalizada na presença de outra pessoa. Além disso, um outro conceito muito importante é que toda comunicação tem dois canais de transmissão: digital e analógico. Para esse conceito é importante compreender a diferença entre digital e analógico: a primeira diz respeito a comunicação verbal ao qual é comum e a segunda é o “não dito”, é o tipo de mensagem mais pertinente ao olho do profissional observador (WRIGTH; LEAHEY, 2018). A exemplo disso está a fala “A minha tentativa de suicídio foi porque eu lembrei do abuso sexual que sofri. Mas eu já superei, estou bem” e o entrevistado está com o olho cheio de lágrimas, olhando para baixo, cabisbaixo. É essa a mensagem analógica: a lágrima, o olhar triste e desesperançoso.

No modelo Calgary existe uma “seção” focada somente na comunicação: é necessário compreender como se dá a comunicação não verbal, verbal, circular e emocional. Todos esses trazidos pela teoria da comunicação.

- Teoria da mudança

A teoria da mudança é uma ferramenta metodológica que pertinente avaliar o projeto de uma intervenção social e apontar possíveis ajustes requeridos no esquema de funcionamento dos programas/projetos (DUGAND, BRANDÃO; 2017). A mudança, por mais estranha que pareça, é necessária e aparentemente os sistemas de relacionamento tendem a mudança progressiva. A mudança é uma alteração na estrutura da família que ocorre como compensação das perturbações e tem finalidade de manter a estrutura e a estabilidade (MATURANA, 1978).

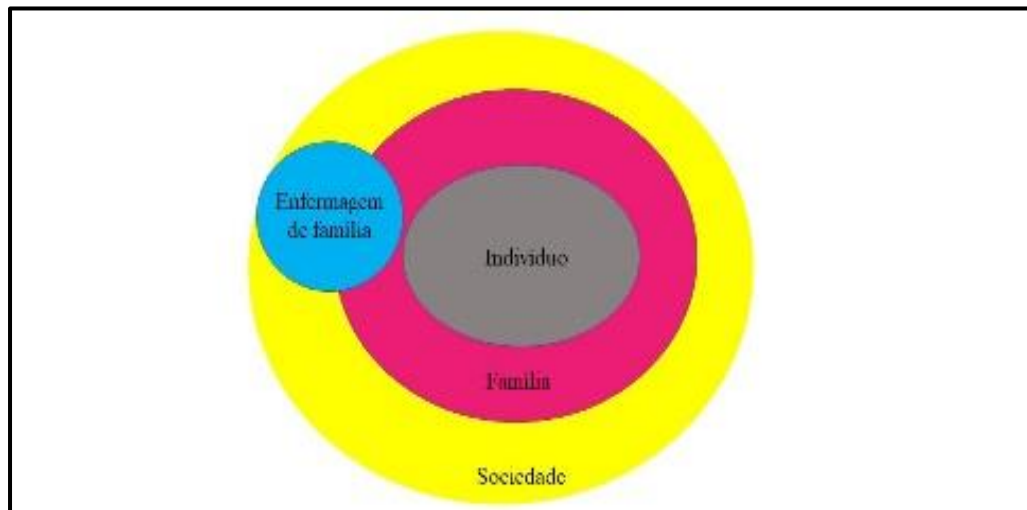
Um dos conceitos da teoria da mudança é: A mudança é dependente da percepção do problema. Para a entrevista com a família isso quer dizer que a enfermeira deve ouvir cada parte do todo e ser perspicaz para compreender que não existe “uma única verdade” quando trata-se do sistema familiar. Assim, todas as visões apresentadas por cada membro da família são validas e a mudança somente pode ocorrer quando o ‘todo’ é considerado. (WRIGTH; LEAHEY, 2018).

Ainda nesse aspecto, é importante ressaltar que entre os conceitos da teoria da mudança, existe um ponto que os ligam: considerar a estrutura, contexto e desenvolver objetivos de tratamento viáveis de acontecer são elementos fundamentais para que haja o trabalho com as famílias. Mergulhando nessa ideia, a teoria da mudança no modelo Calgary também significa que somente a compreensão do problema não acarreta a mudança, mas quando modifica-se as crenças e comportamentos o sistema familiar pode liberta-se das amarras e padrões existentes

(WRIGTH; LEAHEY, 2018).

Assim o cuidado de enfermagem pode ser vislumbrado de quatro formas de abordar a família, nomeadamente, como contexto, como um todo, como um sistema e como um componente da sociedade (Figura 1).

Figura 1 – Representação conceitual de enfermagem da família.



Fonte: Adaptado de (Hanson et al, 2005)

Dessa forma, quando todo o contexto é considerado e as crenças ressignificadas a mudança na família pode acontecer. Entretanto, vale atentar-se que é esperado que nem todos os membros vão reagir da mesma maneira. Por isso é papel fundamental da enfermeira facilitar a mudança, através de “ajustes” (LOBOS, 1975) terapêuticos considerando as questões bio-psico-espirituais-sociais.

- Biologia da cognição

A Teoria Geral dos Sistemas combina conceitos do Pensamento Sistêmico e da Biologia por meio da ideia de que o universo pode ser pensado como um grande organismo vivo (PINHEIRO; CREPALDI; CRUZ, 2012). Assim, reafirma-se mais uma vez que os fenômenos não podem ser vistos isoladamente, e sim, como parte de um todo.

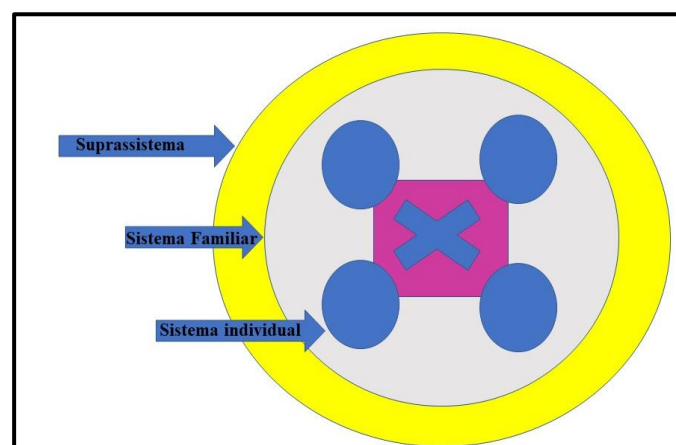
Um dos conceitos da biologia da cognição diz respeito a globalidade, ou seja, todos os sistemas funcionam como um todo coeso e mudanças em uma das partes provocam mudanças no todo. Somando a isso, o conceito de não-somatividade afirma que o sistema não é a soma das partes, devendo-se considerar o todo em sua complexidade e organização; assim, embora o indivíduo faça parte da família, ele mantém sua individualidade (GOMES; BOLZE; BUENO; CREPALDI, 2014).

- Teoria dos sistemas

A teoria dos sistemas criada pelo biólogo Von Bertalanffy, abrange grande número de disciplinas como citado anteriormente. Nessa imersão, sabe-se que o primeiro dos critérios fundamentais do pensamento sistêmico diz respeito à mudança das partes para o todo, a partir do entendimento de que as propriedades essenciais são do todo de forma que nenhuma das partes as possui, pois estas surgem justamente das relações de organização entre as partes para formar o todo (VASCONCELLOS, 2010). De forma mais ampla, a teoria sistêmica trata da auto estabilização e auto- manutenção do sistema, ou seja, a capacidade da família de voltar a seu estado de equilíbrio homeostático, a sua dinâmica habitual depois de algum evento adverso (como por exemplo crises ou tentativa de suicídio). Caso esses eventos negativos não minem o sistema, ele poderá promover sua transformação, levando-a a um novo regime de funcionamento, tratando assim da capacidade de automudança do todo (VASCONCELLOS, 2010).

O primeiro conceito da teoria sistêmica está relacionado a estrutura da família: entende-se que um sistema familiar é parte de um suprassistema mais amplo composto de muitos subsistemas. Nesta perspectiva, o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) dá abertura ao profissional para avaliar a organização familiar considerando o subsistema individual, o subsistema familiar e o suprassistema (FIGUEREDO; MARTINS, 2010).

Figura 2 – A família e suas relações com o suprassistema e subsistema.



Fonte: Adaptado de (WRIGHT; LEAHEY, 2018).

Em outras palavras, o círculo maior representa as relações mais externas, como a vizinhança, família afastada, igreja, comunidade, enquanto o círculo do meio, formado pelo sistema familiar, são as relações mãe-filhos, irmãos, conjugais, entre outros, ou seja, são os próprios subsistemas que se formam dentro do sistema maior (família) (WRIGHT; LEAHEY, 2018).

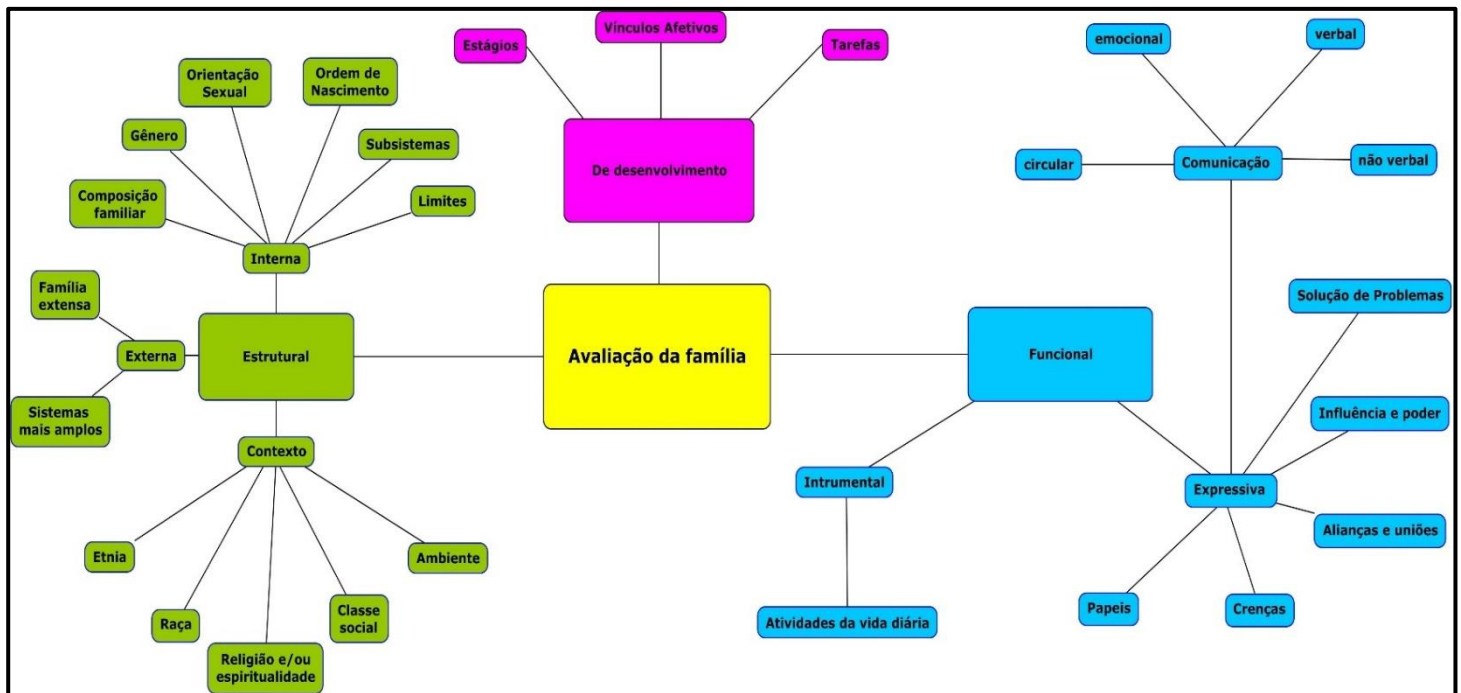
Um outro conceito muito utilizado na teoria dos sistemas parte do pressuposto que a família como um todo é maior que a soma de suas partes. Isso quer dizer que a família em sua totalidade é muito mais do que considerar apenas suas partes (cada membro). Assim, é possível observar que os indivíduos são compreendidos melhor quando em um contexto mais amplo, que geralmente é a família (DIAS, 2000).

Ainda nesse contexto, compreendendo a família como um ‘todo’ é imprescindível levar em consideração que as alterações em cada parte (membro) da família podem afetar o todo. Segundo a teoria dos sistemas, nada acontece isoladamente e qualquer modificação, desajuste, conflito, atrito ou desarmonia podem causar impacto sobre todos os outros membros do sistema (ANDRADE; MARTINS, 2011)

Apesar de ser afetada com as energias externas e modificações internas de seus membros, a família é também capaz de criar um equilíbrio entre essas mudanças e a estabilidade. Isso se dá porque cada família possui uma dinâmica própria que lhe confere, para além da sua individualidade, a sua autonomia (DIAS, 2011). Nesse sentido, essa tese busca compreender qual a dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida que as fazem reequilibrar-se e reorganizar mediante a morte autoprovocada como busca para alívio da dor psíquica. Para isso, será importante considerar os comportamentos dos membros da família de um ponto de vista de causalidade circular, ou seja, podem ser repetidos. A circularidade depende de uma estrutura de relacionamento recíproca (WRIGHT; LEAHEY, 2018).

Assim, após citadas os seis pressupostos teóricos que contemplam o MCAF é importante mencionar que cada fundamento desse pode ser interpretado em numa perspectiva multidimensional da família. Por isso, para abordar cada visão de mundo ou conceitos peculiares citados, esse modelo integra as dimensões estrutural, de desenvolvimento e funcional, cada uma delas dividida em categorias e subcategorias (MOURA; KANTORSKI; GALERA, 2006; LEAHEY WRIGHT; LEAHEY, 2008). Esses podem ser representada na figura 3 a seguir:

Figura 3 – Modelo Calgary de Avaliação Familiar.



Fonte: Adaptado de (WRIGHT; LEAHEY, 2018)

Essas categorias podem ser consideradas como um diagrama ramificado que pode servir como um modelo para avaliar a família ou como estrutura para o trabalho clínico. Assim a enfermeira pode fazer perguntas para a família sobre ela mesma com o objetivo de obter respostas sobre sua estrutura, desenvolvimento e funcionalidade em determinado momento no tempo:

“[...]As famílias em geral não se apresentam aos profissionais de cuidados de saúde para serem “avaliadas”. Mais exatamente, elas se apresentam ou são encontradas por enfermeiras quando estão enfrentando uma doença ou procurando assistência para melhorar a qualidade de vida. O MCAF ajuda a orientar as enfermeiras a auxiliar as famílias[...]” (WRIGHT; LEAHEY, 2018).

Na avaliação estrutural da família, a enfermeira irá descobrir quem faz parte do núcleo familiar e qual o vínculo afetivo entre seus membros. Essa estrutura é dividida em estrutura interna e estrutura externa:

A estrutura interna (conforme figura 3) abrange seis subcategorias: (1) na composição da família, é necessário considerar as várias formações de família, inclusive as famílias constituídas por laços de afetividade ou as famílias monoparentais, homoafetivas, adotiva entre outras; (2) o gênero é outro elemento que constitui princípio fundamental de organização, sendo importante considera-lo uma vez que homens e mulheres tem suas experiencias de mundo de forma muito diferentes; (3) Nesse contexto, a orientação sexual também é uma subcategoria de

relevância pois inclui as populações de maioria e minoria sexuais; (4) A ordem de nascimento refere-se a posição dos filhos na família em relação a idade e gênero, assim pode-se avaliar os vínculos entre irmãos (ãs) pois esses formam um subsistema de bastante interesse e trocas na família; (5) Nesse contexto, os subsistemas como citado, também são levados em consideração. Por exemplo, Sra. Virgem ao mesmo tempo que é mãe de Filho e Filha, também é esposa de Sr. Virgem, irmã de outras cinco pessoas. Sra Peixes, ao mesmo tempo que é filha de Mãe Peixes também ocupa as funções de irmã, avó, mãe, esposa e assim sucessivamente. Essas relações uma vez identificadas na família podem ser fundamentais na compreensão dos vínculos afetivos e papéis sociais; (6) os limites, refere-se à subcategoria, como o nome sugere, para definir regras na família. Os limites podem ser difusos (diminui a diferenciação familiar, pois todos os membros são íntimos emocionalmente e tendem a perder a autonomia individual), podem ser ainda limites rígidos (aqui os subsistemas tendem a se separar. O autoritarismo e outras crenças rigorosas podem afetar as relações nos subsistemas) e por fim o limite difuso (que diz respeito a “troca de papéis”: um filho trabalha desde cedo e ajuda em casa fazendo o papel do pai ou a menina que cuida dos irmãos todos os dias para que sua mãe vá trabalhar e acaba assumindo o papel dela) (WRIGTH; LEHAEY, 2008).

Já na estrutura externa, onde serão construídos o genograma e ecomapa (subcapítulo 4.4.2), fazem parte duas categorias: (1) a família extensa, que inclui a família de origem e a família de procriação bem como a atual geração da família adotiva; (2) e os sistemas mais amplos que se refere a instituições sociais mais amplas e outras pessoas com as quais as famílias tem contato significativo (WRIGTH; LEHAEY, 2018).

Em relação a avaliação do desenvolvimento, esta categoria tem como um dos objetivos centrais de transformar ao longo do tempo as histórias familiares nos ciclos de vida. Por isso nessa parte da avaliação é considerado toda a trajetória da família e os significados de eventos ou fatos marcantes (FRÁGUAS et al., 2001). Assim são considerados: (1) os estágios, é onde será delineado os ciclos vital da família, como por exemplo, origem, histórias, fatos importantes (formação do casal, casamento, nascimento dos filhos, saída dos filhos de casa ou até mesmo se for uma família no fim da vida etc); (2) acompanhado isso vem as “tarefas”, que cada membro da família deve desempenhar nesses processos dos estágios de ciclos vitais e como se dão os (3) vínculos afetivos entre si e com o suprassistema (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Já a avaliação funcional da família diz respeito a como essas pessoas interagem e se comportam um com os outros. O funcionamento instrumental refere-se as atividades rotineiras da vida diária (dormir, alimentar-se, ir trabalhar, ir para escola, tomar medicamentos etc). Chama a atenção que nessa parte da avaliação, para o caso de famílias com pessoas com

comportamento suicida pode-se conhecer a rotina e funções de cada um, por exemplo, quem acompanha as consultas, quem ajuda com horários de terapia ou ingestão dos psicotrópicos (se for o caso). Já na avaliação do funcionamento expressivo são consideradas nove subcategorias: (1) comunicação verbal que segura-se nos significados das palavras ditas ; (2) comunicação emocional que traz as variações de emoções e sentimentos que ocorrem na família e como esses sentimentos são expressos; (3) comunicação não-verbal que são as mensagens “parafraçadas” ou escondidas em algum gesto, olhar e postura corporal; (4) comunicação circular que diz respeito a reciprocidade na comunicação entre os membros da família; (5) solução de problemas, com o nome sugere, verifica a capacidade da família para dar soluções aos problemas vivenciados; (6) papéis que são os padrões estabelecidos de comportamento dos membros da família; (7) influência e poder que são os métodos para atingir o comportamento de outra pessoa, por exemplo, a capacidade de regular as visões de mundo, realidade e julgamento dos outros; (8) as crenças estão relacionadas aos valores, atitudes e argumentos de cada um e (9) as aliança e uniões que sustenta-se no equilíbrio e na intensidade dos relacionamentos entre a família e/ou entre a família e a enfermeira (WRIGHT; LEAHEY, 2018).

Em suma, diante do exposto, é importante reafirmar que o MCAF foi desenvolvido e adaptado para a pesquisa qualitativa no campo da saúde mental para discutir entre outros aspectos, a construção de vínculos, dinâmica familiar, identificação de pessoas para o cuidado do usuário em saúde e até mesmo questões como a sobrecarga e adoecimento na família. Assim, independente de qual membro da família está sendo assistido, é fundamental ter um claro entendimento do contexto interpessoal do problema: Quem faz parte deste sistema familiar? Quem cuida de quem cuida? Há pessoas importantes para a pessoa ou família que não estão presentes? (AUN et al., 2001; WAGNER, TRONCO, ARMANI; 2011).

Nesse sentido, o estudo aqui se pautará na exploração da dinâmica familiar de configurações familiares diversas, sejam elas extensas ou nucleares, afetivas ou de laços sanguíneos, partindo do pressuposto de que as famílias são afetadas por fatores múltiplos e que é dessa forma que se produz as subjetividades e processos de subjetivação. Enfatizo que para isso, será imperativo considerar as configurações, contexto, ambiente, organização e movimentação de cada família assim como descrito no Modelo Calgary de Avaliação Familiar, respeitando sempre a singularidade e a complexidade de cada núcleo familiar.

4.4.2 Genograma

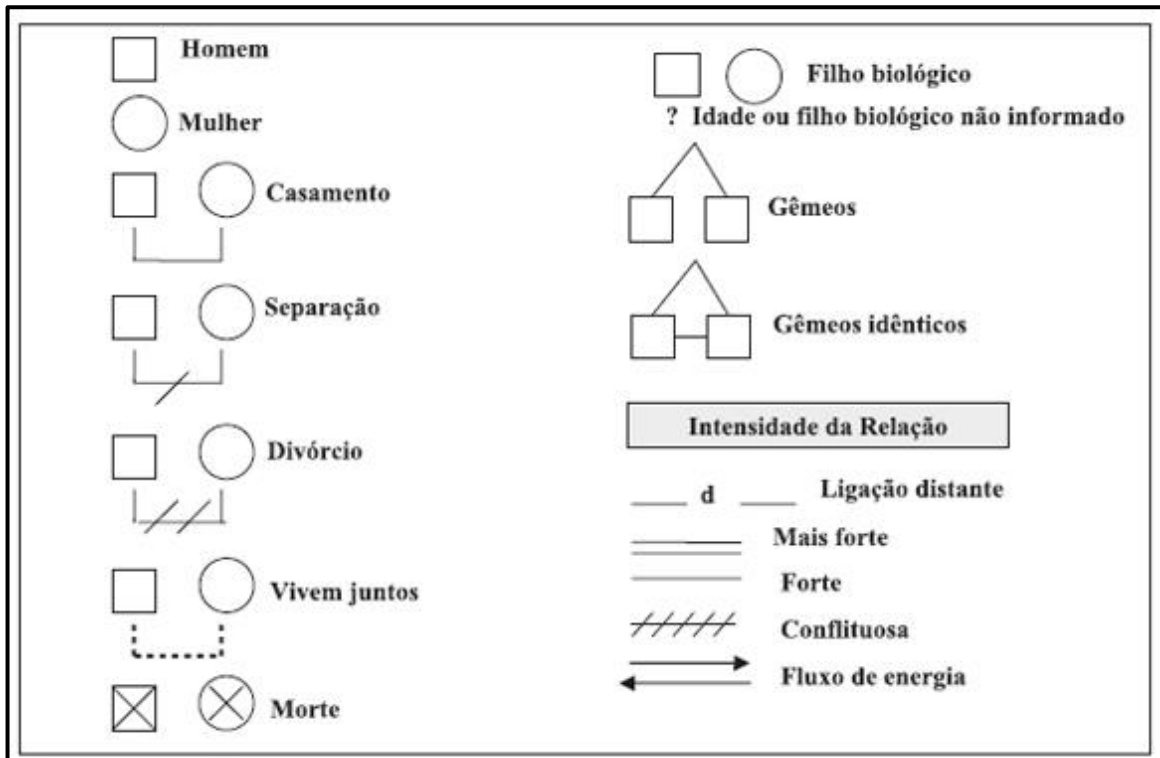
O genograma é uma árvore familiar que inclui informações adicionais sobre relacionamentos entre as pessoas. É geralmente utilizado por enfermeiros, pesquisadores, médicos, terapeutas e sociólogos que trabalham na descoberta dos problemas e padrões familiares (GENOPRO, 2020). O instrumento tem como objetivo principal auxiliar na avaliação, planejamento e intervenção familiar e permite ainda, observar de forma clara quais membros constituem a família, além da identificação das principais enfermidades, facilitando o plano terapêutico (FIGUEREDO; MARTINS, 2010).

É possível afirmar ainda que o uso do genograma faz associação à teoria de sistemas familiares de Bowen. Esse pesquisador, no início do seu trabalho com famílias, propôs a utilização de diagrama familiar que possibilitaria coletar e organizar importantes dados sobre o sistema familiar multigeracional. Esse diagrama foi renomeado, em 1972, por outro pesquisador, Guerin, como genograma familiar (WENDT; CREPALDI, 2008).

Compreendido como uma ferramenta de participação, o genograma é montado na primeira entrevista junto a família do paciente, conforme o MCAF. Ele oferece dados de extrema importância sobre relacionamento ao longo do tempo, incluindo dados sobre saúde, ocupação, religião, etnia e migrações. No genograma, os membros da família são colocados em séries horizontais que significam linhagens de geração, as crianças são colocadas em linhas verticais em ordem decrescente de classificação (começando pela mais velha). Todos os indivíduos da família devem ser representados além disso, o mínimo recomendado pelo MCAF é de pelo menos três gerações de cada família (WRIGHT, 2018). Nome e idade da pessoa devem ser anotados dentro do símbolo (quadrado ou círculo) e dados significativos, anotados fora (etilista, tabagista, hábitos sejam eles saudáveis ou não, entre outros). É importante ainda que estejam anotadas todas as informações relevante à história da saúde-doença de todos os familiares, em especial as doenças crônicas degenerativas ou histórico de transtorno mental. (BRASIL, 2006).

Para a confecção do genograma utiliza-se dos ícones gráficos convencionalmente utilizados em genética e na construção de árvores genealógicas. O importante é que todos os indivíduos, mesmo que não tenham relação familiar direta ao núcleo familiar, mas que contribuem para o estabelecimento da rede de cuidados estejam ali representados, ou seja, sua elaboração o genograma deve ser ampliado ao máximo para o estudo do caso (BRASIL, 2006). Isso pode ser notado na figura 4:

Figura 4 – Modelo de genograma adaptado para a construção de árvores genealógicas.



Fonte: Adaptação de (Wright; Leahey, 2002)

Ao desenvolver o genograma juntamente com a família observa-se a necessidade de uma escuta empática e acolhimento dos entrevistados. Isso exige envolvimento recíproco entre enfermeiro/paciente ou pesquisador-pesquisados e, se possível, ser realizado por alguém que possa dar suporte emocional, tendo em vista a mobilização ocasionada nos informantes. Ao desenvolver o conceito de ressonância em 1990, o pesquisador Elkaïn abre portas para a compreensão dos conteúdos que surgem entre profissional e paciente, de modo que os mesmos possam ser trabalhados a favor de ambos. O conceito permite e autoriza que os dois sistemas paciente/terapeuta, ou no caso da pesquisa, entrevistador/entrevistado, interajam a partir da sua condição humana e, desse modo, legitima a experiência da intersubjetividade num contexto relacional (WENDT; CREPALDI, 2008).

Nesse contexto, é importante ressaltar que na abordagem das famílias, a compreensão da família pode não ser suficiente, pois a mesma se relaciona com o meio e com outros atores sociais (outras famílias, pessoas ou instituições) e estas relações são fundamentais para se atingir e preservar o equilíbrio bio-psico-espírito-social da unidade familiar (BRASIL, 2012). E é nesse contexto que surge o ecomapa.

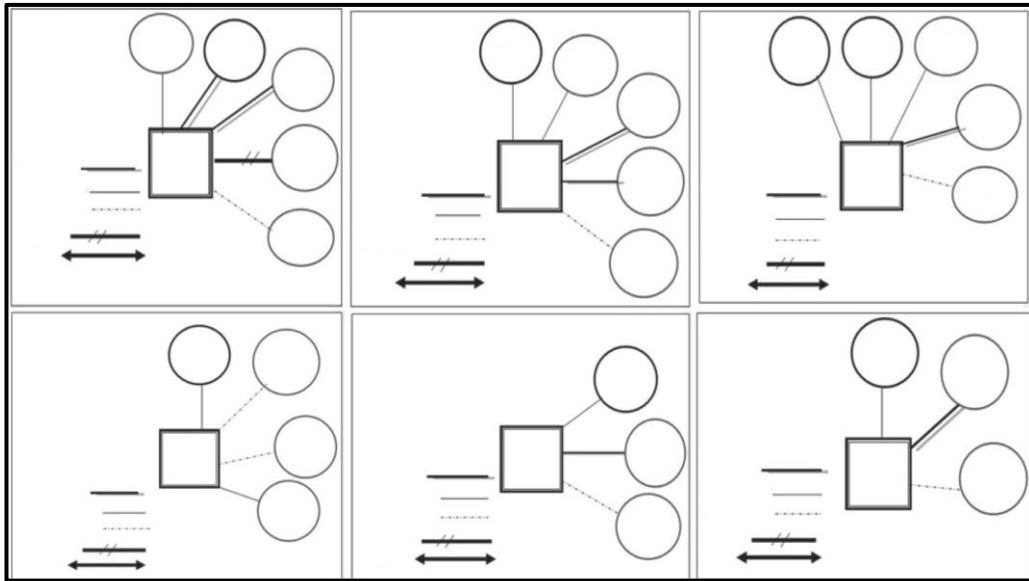
4.4.3 Ecomapa

O ecomapa é um complemento do genograma e consiste em uma representação gráfica dos contatos dos membros da família com a comunidade, permitindo avaliar as redes e apoios sociais disponíveis (FIGUEREDO; MARTINS, 2010).

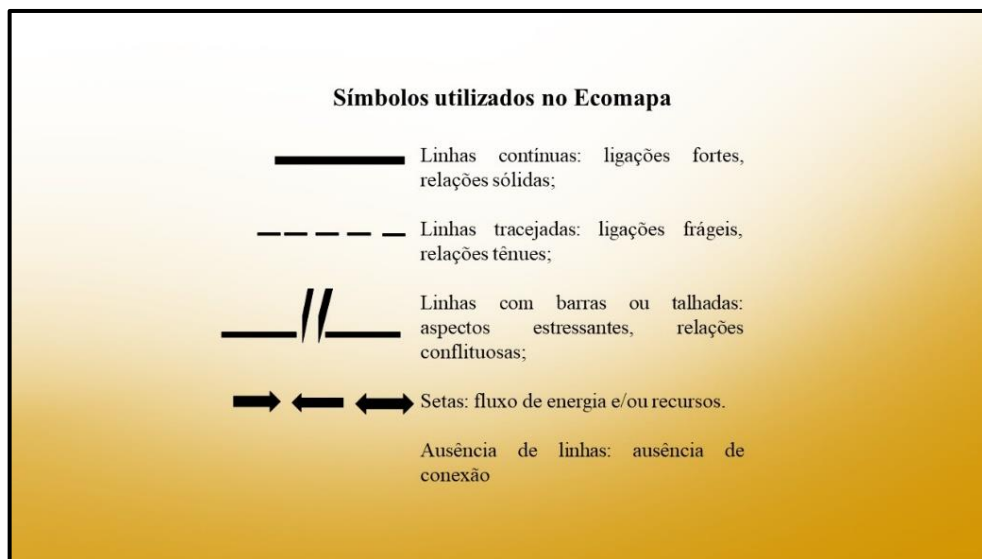
O objetivo primário do ecomapa é representar os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos, ou seja, representar uma visão geral da situação familiar, retratando as relações importantes de educação ou aquelas oprimidas por conflitos entre a família e o mundo. Consegue ainda demonstrar o fluxo ou a falta de recursos e as privações da família, retratando também as relações importantes de educação ou aquelas oprimidas por conflitos entre a família e o mundo. Além disso, pensando mais abertamente, o ecomapa pode reestruturar comportamentos, relacionamentos e vínculos no tempo com as famílias bem como modificar as percepções das famílias sobre si mesmas. Este procedimento de mapeamento delinea pontes a construir e recursos a serem buscados e mobilizados para cada família (BRASIL, 2006).

Um estudo do tipo observação participante, que selecionou casos de tentativas de suicídio a partir da notificação dos casos aos pesquisadores, pelo Centro de Informações Toxicológicas (CIT), revelou através do uso do ecomapa que a rede de apoio social pode ser um preditor do ato suicida, assim como serve de recurso para prevenção do suicídio, sob a ótica da teoria de enfrentamento do estresse e também para planejamento de ações de promoção de saúde mental. Ao final os autores dão destaque para o uso da ferramenta, o ecomapa, sinalizando que este fora um instrumento de grande utilidade para o enfermeiro durante a pesquisa. É um instrumento de avaliação que pode ser utilizado para ajudar o usuário a trabalhar seus vínculos, destacando aqueles que precisam ser mantidos, rompidos ou fortalecidos como suporte social. Nessa pesquisa especificamente o ecomapa serviu como recurso para identificação e avaliação da rede de apoio social, a qual se apresentou fragilizada, sugerindo a vulnerabilidade psicossocial do sujeito a novas tentativas de suicídio. (MACHADO; SOARES; MASTINE, 2014).

A seguir as figuras 5 e 6 representam o modelo de um ecomapa simples e o significado dos seus símbolos, respectivamente:

Figura 5 – Modelo de Ecomapa.

Fonte: (MACHADO; SOARES; MASTINE, 2014)

Figura 6 – Símbolos utilizados no Ecomapa

Fonte: Adaptação de (BRASIL, 2012)

Algumas das características do ecomapa inclui a utilização da mesma simbologia do genograma; registro em círculos externos os contatos da família com membros da comunidade ou com pessoas e grupos significativos; e linhas que indicam o tipo de conexão (BRASIL, 2012), conforme mostrado na figura 3 acima. Importante ressaltar que uma família que tem poucas conexões com a comunidade e entre seus membros necessita de maior investimento da equipe de saúde para melhorar seu bem-estar.

4.4.4 O Software Genopro®

O GenoPro® é um software desenvolvido pela GenoPro SDK com o objetivo de auxiliar o armazenamento de dados, a construção e apresentação de genealogias familiares. A ferramenta abarca várias vantagens ao nível da sua construção, uniformização, armazenamento e apresentação de dados (COSTA, 2013).

O software desenha árvores genealógicas e foi desenvolvido com o objetivo de estruturar genogramas para que todos os membros da família com todas as relações (não apenas familiares e genealógicas) possam ser organizadas graficamente (GENOPRO, 2020). Em suma, o GenoPro® permite a representação das diversas formas de relações familiares/ conjugais que incluem também o casamento, o divórcio, formas várias de coabitação, o noivado, o namoro e até mesmo relações temporárias, eventualmente de uma noite apenas (COSTA, 2013).

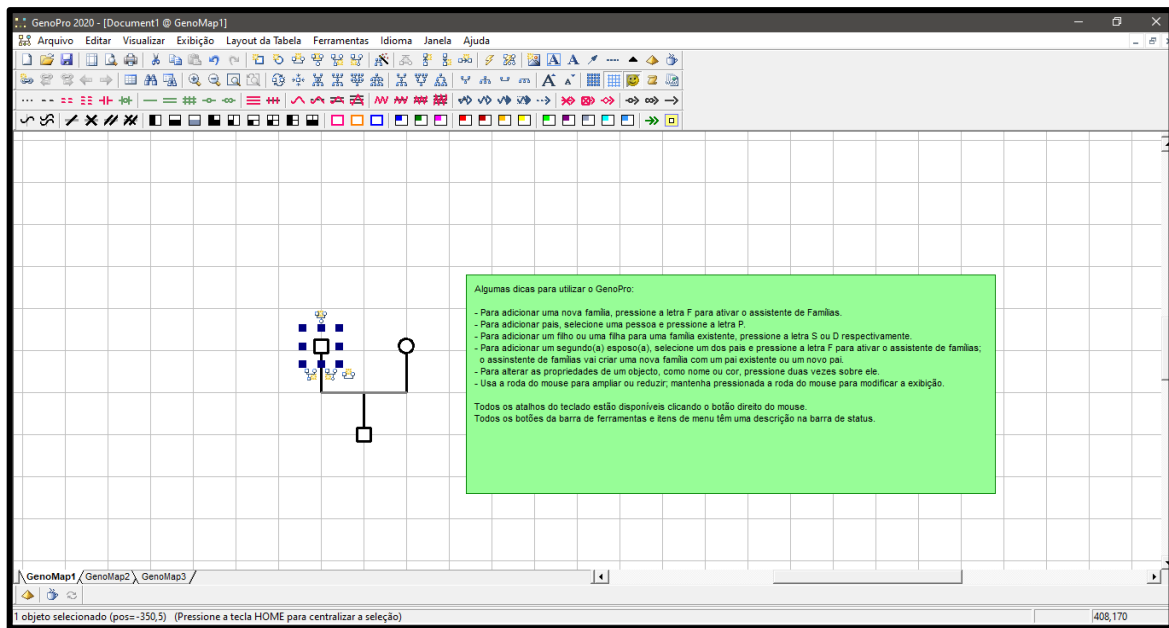
O software ainda facilita a construção de árvores genealógicas simples, mas também permite a construção fácil e rápida de árvores genealógicas complexas. A sua versão mais atual é de 2020, que se apresenta com um programa mais completo e autoexplicativo (GENOPRO, 2020).

Após ser adquirido pelo Laboratório de Pesquisa Violência, Saúde e Qualidade de Vida (VID@), o software fora entregue eletronicamente e no recibo de compra incluiu 3 chaves de registro, sendo utilizada 2 em computadores diferentes e a terceira guardada para a renovação (após um ano).

No site do GenoPro® é possível obter todas as informações relacionadas a história do programa até possíveis situações problema na construção dos genogramas. A exemplo disso, está o “Tutorial GenoPro” disponibilizado, em PDF, para download, seguido do manual com todos os símbolos e seus significados (ANEXO I).

Na figura 7 é possível ver a interface do GenoPro no momento em que se inicia a construção dos genogramas. Utilizando das dicas rápidas (no quadro verde) o manuseio se torna autoexplicativo:







Figura 7 – Interface do Software GenoPro



Fonte: Autoria própria, 2022.

Para a equipe de saúde que utiliza desse software é possível construir e salvar um genograma por paciente atendido e ali fazer anotações do seu histórico pessoal e familiar. Assim, toda vez que o usuário ou alguém da sua família compareça ao serviço para atendimento, todas as informações sobre aquele caso específico estarão armazenadas em um documento no formato *.gno* (GenoPro Document), como mostra a figura 8:

Figura 8 – Genogramas salvos como documento

 Família Capricórnio	11/03/2022 18:57	GenoPro Document	6 KB
 Família Leão	11/03/2022 18:57	GenoPro Document	8 KB
 Família Libra	11/03/2022 18:57	GenoPro Document	6 KB
 Família Peixes	11/03/2022 18:57	GenoPro Document	7 KB
 Família Virgem	11/03/2022 18:57	GenoPro Document	8 KB
 SampleGenogram	11/03/2022 18:37	GenoPro Document	4 KB

Fonte: Autoria própria, 2022.

O GenoPro esteve presente a todo momento, desde o primeiro momento das entrevistas com os usuários para a construção, até a análise de dados para construção dos manuscritos. De fato, o software foi uma ferramenta decisiva para organização, coleta, análise e armazenamento dos dados colhidos nas entrevistas.

Entretanto, ressalto aqui que apesar das melhorias e qualidade de organização de dados e consequentemente para a assistência que esse software trás, o genograma e informações

familiares podem ser desenvolvidos de outras maneiras, caso não esteja disponível no serviço de saúde o GenoPro. A exemplo disso estão os modelos de genogramas e programas de armazenamento de dados disponíveis na internet de forma gratuita.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

No sentido de obter autorização para a realização do estudo, a pesquisadora submeteu o projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), por meio da Plataforma Brasil, em dezembro de 2020, com os documentos necessários para liberação da pesquisa. Ao todo, foram liberados 4 pareceres consubstanciados, entre o mês 03/2021 ao mês 04/2021, pelo CEP da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Concomitante a isso, o projeto foi enviado para a Comissão de Ensino e Pesquisa (COEPE) do Centro de Informações Antiveneno da Bahia para apreciação, conforme regimento interno do serviço. Antes, no entanto, o mesmo foi apresentado à Coordenação do NEPS, a fim de que os profissionais de enfermagem, psicologia, psiquiatria e terapia ocupacional, que identificam os familiares envolvidos no acompanhamento dos pacientes assistidos por risco de suicídio, tivessem conhecimento da proposta e pudessem opinar sobre sua viabilidade.

Após aprovação desses dois setores, o projeto foi submetido novamente, por meio da Plataforma Brasil, ao CEP da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), o qual liberou parecer favorável para a pesquisa no mês 06 de 2021. Dessa forma, essa pesquisa tem como número de CAAE 41798720.5.3001.0052 e formalmente aprovada com nº de parecer 4.794.107 (CEP SESAB) e nº de parecer 4.661.158 (CEP EEUFB@), com início da coleta de dados no mês 07 de 2021.

A fim de garantir as questões éticas serão ofertadas aos familiares, em linguagem clara e sucinta, informações sobre os objetivos, relevância e operacionalização da pesquisa. Nesse contexto, ressalta-se que serão rigorosamente respeitados os princípios da bioética criados por Beauchamp e Childress em 1989 (AZAMBUJA; GARRAFA, 2015) para a pesquisa em seres humanos: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.

O princípio da beneficência diz respeito ao dever de ajudar aos outros, dos benefícios da pesquisa e de fazer ou promover o bem. Reconhece o valor moral do outro, considera-se em todas as hipóteses os benefícios e reduzir possíveis danos as pessoas que participam da pesquisa (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005). Nesse projeto em específico, será considerado os riscos e os benefícios potenciais (individuais e coletivos) para os familiares, provendo antecipadamente, junto com a equipe multidisciplinar, uma busca nos prontuários dos pacientes

no que se relaciona ao histórico familiar de possíveis transtornos mentais ou instabilidade emocional. Dessa forma, o familiar que se encaixar nesses critérios não será entrevistado e outros serão selecionados. Assim, os selecionados, uma vez que a pesquisadora já possui aproximação e contato prévio, considera-se ser mais fácil estar junto para uma conversa breve antes da entrevista e saber o que é bom e confortável para cada um. Já de forma coletiva, a beneficência ganha destaque para os resultados esperados do estudo: a partir do saber extraído da vivência/experiência dos colaboradores pôde-se promover reflexões que orientem para uma maior compreensão acerca da dinâmica da relação familiar no contexto do comportamento suicida. Além disso a pesquisa servirá como base teórica e prática não somente para o NEPS, mas para outros serviços que atendam pessoas com comportamento suicida, pois, o Modelo Calgary de avaliação familiar permite uma abrangência para todos os níveis de atendimento em saúde.

Já o princípio da não maleficência implica diretamente em garantir a ausência de qualquer mal-estar e prejuízos para o participante da pesquisa (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005). Assim, será considerado avaliar e evitar os danos previsíveis nas entrevistas, a qual ocorrerão em local reservado, que permitirá maior privacidade para falar sobre suas experiências. Para isso, fora garantido ainda o anonimato (com a utilização de nomes fictícios), a confidencialidade e o bem-estar das pessoas que colaborarão com o estudo. Além disso, considerar-se-á como risco o constrangimento que cada participante poderá sentir ao compartilhar suas vivências, por informações pessoais ou confidenciais. Em casos de algum familiar expressar ou verbalizar desconforto emocional ou ativação de fortes emoções ao relembrar o vivido, a entrevista será cessada e se necessário, será assegurado apoio psicológico e/ou psiquiátrico imediato pelos profissionais que atuam no serviço em que ocorrerá a pesquisa.

Em relação aos princípios da justiça, esse relaciona-se com a equidade: ou seja, a obrigação ética de tratar cada indivíduo, conforme o que é moralmente correto e adequado, de dar a cada um o que lhe é devido (CAMPOS; OLIVEIRA, 2017). A pesquisadora deve tratar de maneira igualitárias todos os familiares dessa pesquisa, independente dos interesses, riquezas, oportunidades e grupos sociais.

O princípio da autonomia, por sua vez, permitiu que as pessoas que participaram da pesquisa sejam responsáveis, independentes e livres nas suas escolhas pessoais e que devam ser tratados com respeito pela sua capacidade de decisão. Assim, as pessoas têm o direito de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida (CAMPOS; OLIVEIRA, 2017). Para o presente projeto foi assegurado aos familiares seu direito de optar em participar da pesquisa e de desistir em qualquer uma das etapas, sem que haja prejuízo para os atendimentos grupais

e individuais sua e do seu ente no NEPS. Além disso, puderam contactar a pesquisadora por telefone e/ou endereço eletrônico (e-mail), em caso de dúvidas e/ou esclarecimentos, a fim de que lhes sejam assegurado o direito de, devidamente esclarecido, decidir quanto a participação e continuidade na pesquisa.

Todos os aspectos éticos foram registrados em Orientações aos Colaboradores/Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A) que foi assinado na decisão de participar do estudo. Ressalta-se que a todo momento a pesquisa foi realizada respeitando-se as diretrizes e normas regulamentadoras contidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CONEP), que atende às exigências éticas e científicas fundamentais quanto à pesquisa em seres humanos (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS

Nesse capítulo serão apresentados a caracterização dos colaboradores, a interpretação e descrição dos genogramas, bem como os manuscritos, nos quais estão dispostos os achados desse estudo.

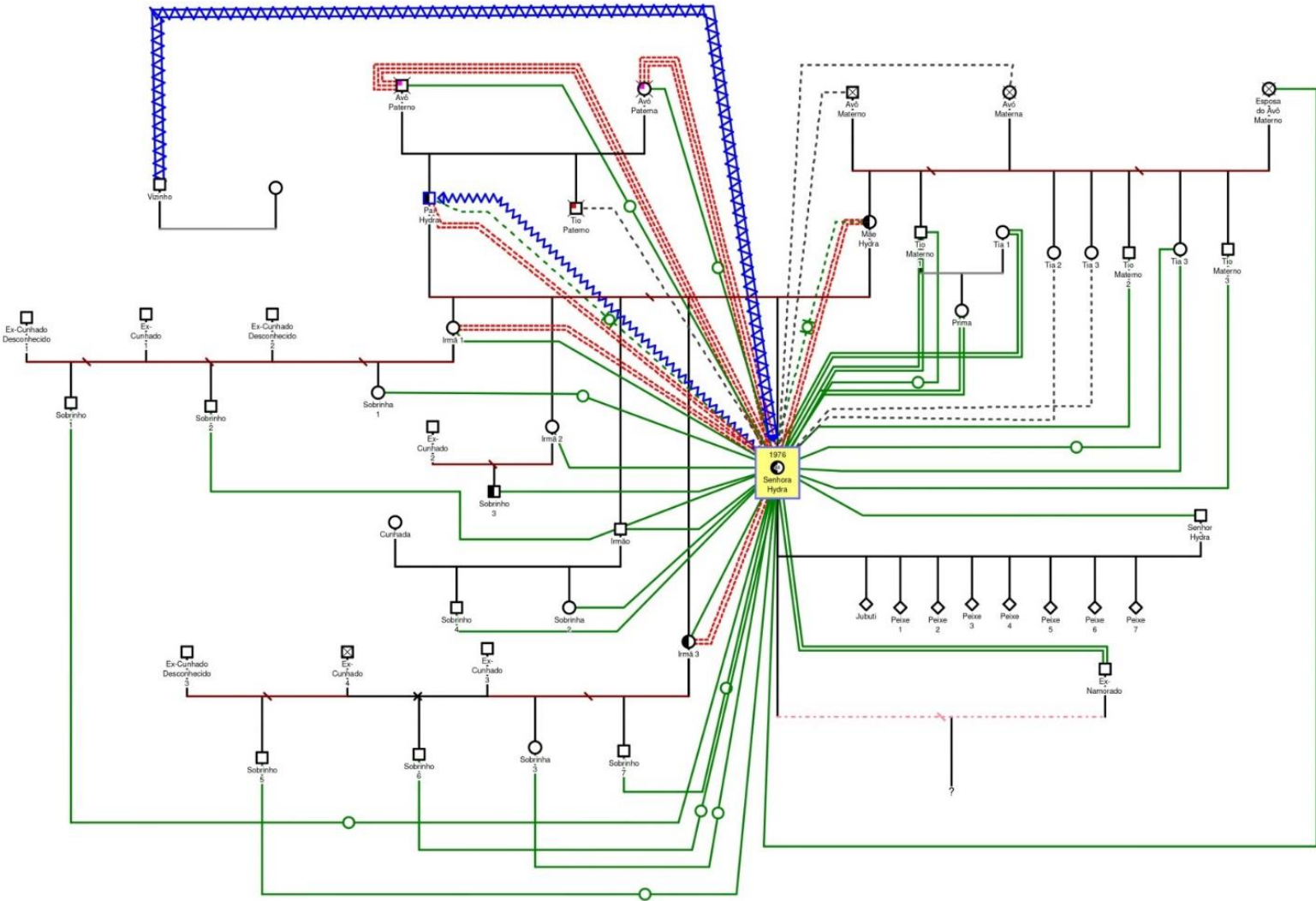
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES DO ESTUDO

Participaram da primeira fase dessa pesquisa 11 pessoas que tentaram suicídio e são acompanhados regularmente no Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio. Todos eles residem em Salvador, Bahia, Brasil. Foi realizado de forma online uma oficina para criação do genograma de cada um dos colaboradores, a fim de conhecer suas famílias e aprofundar nas relações entre cada membro.

Para a segunda fase dessa pesquisa foram entrevistadas 07 famílias e 09 familiares dos usuários entrevistados na primeira fase. Isso porque a família Leão e Libra tiveram dois participantes cada: Mãe e Irmã de Libra e Mãe e Filho de Leão, conforme mostra o Apêndice D. A idade dos familiares variou entre 20 à 69 anos, sendo em sua maioria pessoas que se autodeclararam pardas (08), casadas (04), católicas (03), com média de 2 filhos (06). As relações de parentesco variaram desde mãe, tia (o), filha (o), prima (o) e irmã (o) dos usuários do NEPS.

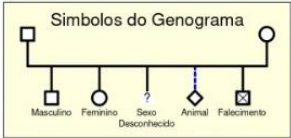
5.2 DESCRIÇÃO DOS GENOGRAMAS DAS FAMÍLIAS DE PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA

DESCRIÇÃO DO GENOGRAMA: FAMÍLIA HYDRA



GEDEBA
ver a sigla completa

NEPS
Núcleo de Estudo e
Prevenção do Suicídio



- Relacionamentos Familiar**
- 2
 - 3 Casamento
 - - - 5 Separado de fato
 - *— 1 Vivo
 - - - 1 Caso de amor e separados

- Relacionamentos Emocionais**
- - - 2 Relações Cortadas Restauradas
 - - - 5 Distante / Próximo
 - 4 Amizade / Próximo
 - 1 Abuso Sexual
 - 1 Abuso Emocional
 - 4 Desacordo/Conflito
 - 2 Ódio
 - 13 Harmonia
 - 10 Amor

▲ 1 Secret

- 44
- 3 Doença física ou mental
- 2 Câncer
- 1 Alcoolismo, Doença física ou mental
- 1 Doença Cardíaca

● 1 Doença física ou mental

Entrevistada: Hydra

Descrição do genograma: A paciente possui 44 anos, do gênero feminino, é evangélica e tem formação em assistente social. Hydra é casada, não tem filhos e é uma das pacientes mais antigas do Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio.

Hydra nasceu em uma cidade no interior da Bahia em 1976 e mudou-se para Salvador ainda na infância. Na construção do seu genograma consta quatro gerações: avós, pais, filhos e netos, sendo a geração de Hydra a terceira. Ela não possui filhos, mas criou/cria seus sobrinhos, a quarta geração, como se os fossem.

Na geração inicial, dos avós, é necessário destaque para o núcleo paterno da paciente, composto centralmente pelos seus avós Avô Paterno e Avó Paterna já falecidos. Na primeira infância da paciente, seus avós paternos representavam um importante suporte emocional e fator protetivo, seu avô faleceu quando a paciente tinha sete anos em decorrência de leucemia, já sua avó faleceu na sequência, um ano após a morte do Avô Paterno, como consequência de um câncer de mama. A ligação emocional de Hydra com seus avós paternos é de amor, mas também de ódio. A ambivalência se faz presente nos sentimentos de Hydra à medida que relembra sua infância: ela culpa Deus, o Universo e os próprios Avós por terem morrido e a deixado vulnerável para as violências que lhe aconteceram na infância e adolescência, mas ao mesmo tempo a lembrança, segurança e a representatividade que eles tiveram em sua vida, a fez experienciar o sentimento de amor.

Avô Paterno e Avó Paterna tiveram dois filhos, o Pai Hydra, pai da paciente, e o Tio Paterno. Hydra tem ligação inferior e distante com este tio, falecido 15 dias antes da entrevista da paciente por consequência de um infarto agudo no miocárdio. Já no seu núcleo materno, composto centralmente pelos seus avós Avô Materno e Avó Materna, ambos são falecidos sem a paciente ter conhecido sua avó. O casal teve dois filhos, são eles: Mãe Hydra, mãe da paciente, e Tio Materno 1, de 62 anos. Tio Materno 1 é aposentado e padrinho da paciente, ele representa uma ligação emocional de amor, amizade, cumplicidade e suporte financeiro para os indispensáveis e necessários medicamentos de Hydra. No núcleo familiar de Tio Materno 1, há ainda sua esposa Tia 1 de 60 anos, formada em gastronomia, também aposentada e madrinha de Hydra, o casal tem ainda uma filha, Prima, advogada de 34 anos. A paciente tem ligação emocional próxima e de amizade com Prima e Tia 1.

Ainda em seu núcleo materno, em detrimento da separação de Avô Materno e Avó Materna, em seu segundo casamento com Esposa do Avô Materno, também já falecida, Avô Materno teve mais cinco filhos, são eles: Tia 2, Tia 3, Tio Materno 2, Tia 3 e Tio Materno 3.

Com Tia 2 e Tia 3 a paciente tem ligação emocional inferior e distante, já com Tio Materno 2 e Tio Materno 3 possui ligação de harmonia. Ressalta que Tio Materno 3 é uma peça fundamental em sua vida, pois foi ele que ouviu falar do NEPS e a levou até lá para buscar ajuda e acompanhamento terapêutico. Por fim, com sua tia Tia 3, Hydra tem ligação emocional de amor e harmonia, destacando alguns desacordos que se dão por conta dos comentários negativos feitos por Tia 3 relacionados ao Pai Hydra.

Hydra é fruto da relação de seus pais Pai Hydra e Mãe Hydra, que a pouco tempo encontram-se separados. Hydra não aceitou a separação recente dos pais. Pai Hydra tem vício em álcool e jogos de azar com diagnóstico de esquizofrenia, já tendo internações por surtos psiquiátricos com alucinações. Mãe Hydra de 45 anos, diagnosticada com depressão grave e comportamento suicida, já fez tentativas de suicídio por via medicamentosa, e é acompanhada no NEPS há alguns anos. A ligação emocional de Hydra com seu pai é de abuso emocional, conflito e desacordo, mas de relações cortadas restauradas à amor, já com sua mãe é de conflito e desacordo, mas também de relações cortadas restauradas à amor.

Ainda no seu núcleo familiar central, Pai Hydra e Mãe Hydra tiveram cinco filhos, são eles: Irmã 1, Irmã 2, Irmão, Irmã 3 e a paciente. Irmã 2 de 43 anos é formada em administração e trabalha em uma faculdade, e fruto de seu casamento rompido com Ex-Cunhado 2, tiveram Sobrinho 3, de 21 anos, estudante de engenharia da computação, que apresentou crise epiléptica e faz acompanhamento psicológico. Sobrinho 3 já morou com a paciente por dois anos, com quem tem ligação emocional de harmonia e amor.

Irmão mora em Goiás, tem 40 anos, trabalha como motorista e é casado com Cunhada, o casal têm ainda dois filhos, sendo eles: Sobrinho 4, de 17 anos e Sobrinha 2, de 10 anos. A paciente tem ligação emocional de harmonia e amor com estes quatro familiares. Há ainda sua Irmã 1 de 47 anos que trabalha como vendedora em uma ótica, tem três filhos, sendo eles: Sobrinho 1 de 24 anos, fruto de um casamento rompido com companheiro desconhecido de Hydra; Sobrinho 2 de 25 anos, fruto de outro casamento rompido com Ex-Cunhado 1; e por fim, Sobrinha 1, enfermeira de 27 anos, fruto de um outro casamento rompido com um companheiro também desconhecido da paciente. Hydra tem ligação emocional de amor com Sobrinha 1 e Sobrinho 1 e relação de harmonia com Sobrinho 2. Já com Irmã 1, a paciente tem ligação emocional de conflito e desacordo, mas também de harmonia. Descreve os desacordos como discussões sobre a criação dos sobrinhos, relação com os pais e críticas a vida uma da outra.

Por fim, Irmã 3 de 42 anos, tem diagnóstico de transtorno de personalidade Borderline e comportamento suicida com inúmeras tentativas de suicídio, ela recebe tratamento no

ambulatório de saúde mental do Hospital Universitário professor Edgard Santos (HUPES), já tendo passado por algumas internações psiquiátricas. Irmã 3 tem quatro filhos, são eles: Sobrinho 7, Sobrinha 3, Sobrinho 6 e Sobrinho 5. Sobrinho 7 tem 24 anos é afilhado da paciente e estudante de logística e Sobrinha 3 de 18 anos, estudante de ensino médio, que atualmente mora com Hydra e faz acompanhamento psicológico, são frutos do casamento rompido de Irmã 3 com Ex-Cunhado 3. Sobrinho 6 de 11 anos é fruto da relação da irmã da paciente com Ex-Cunhado 4, já falecido, e por fim, Sobrinho 5 de 2 anos é fruto da relação rompida de Irmã 3 com um companheiro desconhecido da paciente. Hydra tem ligação emocional de amor com estes quatro sobrinhos. Atualmente, dois deles moram com ela e ela assumiu o papel de responsável por eles. É importante pontuar que os sobrinhos de Hydra correspondem a um apoio emocional valioso e extremamente importante para a mesma. Eles são um fator de proteção que a faz lembrar e sentir que a vida pode valer a pena se viver, mesmo nos momentos mais difíceis.

Partindo para o núcleo afetivo da paciente, há destaque para Ex-Namorado com quem relacionou dos 12 aos 18 anos. Eles romperam porque Ex-Namorado alegava que Hydra não era mais “virgem”, sem saber do histórico e violência que a mesma havia passado anteriormente. Numa dada experiência sexual do casal, a paciente engravidou de Ex-Namorado, mas não manteve a criança. Este ex-companheiro não tinha conhecimento dos abusos sexuais sofridos pela paciente na época do término, Hydra relata que Ex-Namorado é uma pessoa de confiança e que conversam até hoje sobre tudo, sua ligação emocional com este ex-companheiro é próxima e de amizade.

Atualmente Hydra é casada com Marido, com quem mantém união estável há 21 anos e possui ligação emocional de harmonia. Eles possuem juntos o gosto por animais de estimação, são eles: Jubuti, jabuti de 16 anos, e seus sete peixes, Peixe 1, Peixe 2, Peixe 3, Peixe 4, Peixe 5, Peixe 6 e Peixe 7. O aquário cultivado pela paciente e seu companheiro tem diversas raças de peixes e ela afirma na construção do seu genograma, que um dos seus passatempos preferidos é assistir e ajudar o companheiro a limpar e cuidar do aquário, pois a manutenção dura o dia todo e eles conversam sobre tudo, escutam música e dão risada durante esse tempo. No início, cada peixe representava um sobrinho de Hydra ou tinham um nome relacionado a eles, mas quando iam morrendo ela ficava muito triste e por vezes entrava em crise, por isso, com o passar do tempo, não os nomeou mais.

Hydra foi diagnosticada com depressão, comportamento suicida com ideação rígida sobre a morte autoprovocada e comportamento parassuicidário. Em seu genograma consta também o diagnóstico de Cleptomania, sensação crescente de tensão imediatamente antes de

cometer o furto, caracterizado pelo prazer e gratificação ou alívio no momento de cometer esse (DSM V- APA, 2013), compulsão sexual, compulsão alimentar e ingestão de sabonetes.

Com a construção do genograma não será possível discorrer as causas de todos esses transtornos e mais o comportamento suicida. Entretanto, é possível descrever e registrar mais da história de Hydra que foram capturados nessa figura que representa sua árvore genealógica e ecomapa. Isso ajuda a entender que cada estrada é única, podem ter várias bifurcações durante o caminho, mas todas elas levarão ao caminho que o motorista escolhe. Algum questionamento sobre isso?

Após o falecimento de seus avós paternos, a paciente descreve que se iniciaram as ações de abuso emocional provocadas pelo seu pai, bem como a mudança para Salvador para o bairro onde foi abusada dos 8 aos 17 anos por seu vizinho, amigo íntimo da família que trabalhava com seus pais. Na balança familiar seus avós eram a rocha ancorada no quintal da casa. Isso quer dizer que eles eram as pessoas que mantinham e sustentavam a família com equilíbrio (ou que eles achavam que era). Depois do falecimento precoce deles, a família se desestrutura e algumas histórias são desenhadas com mais ênfase do que outras.

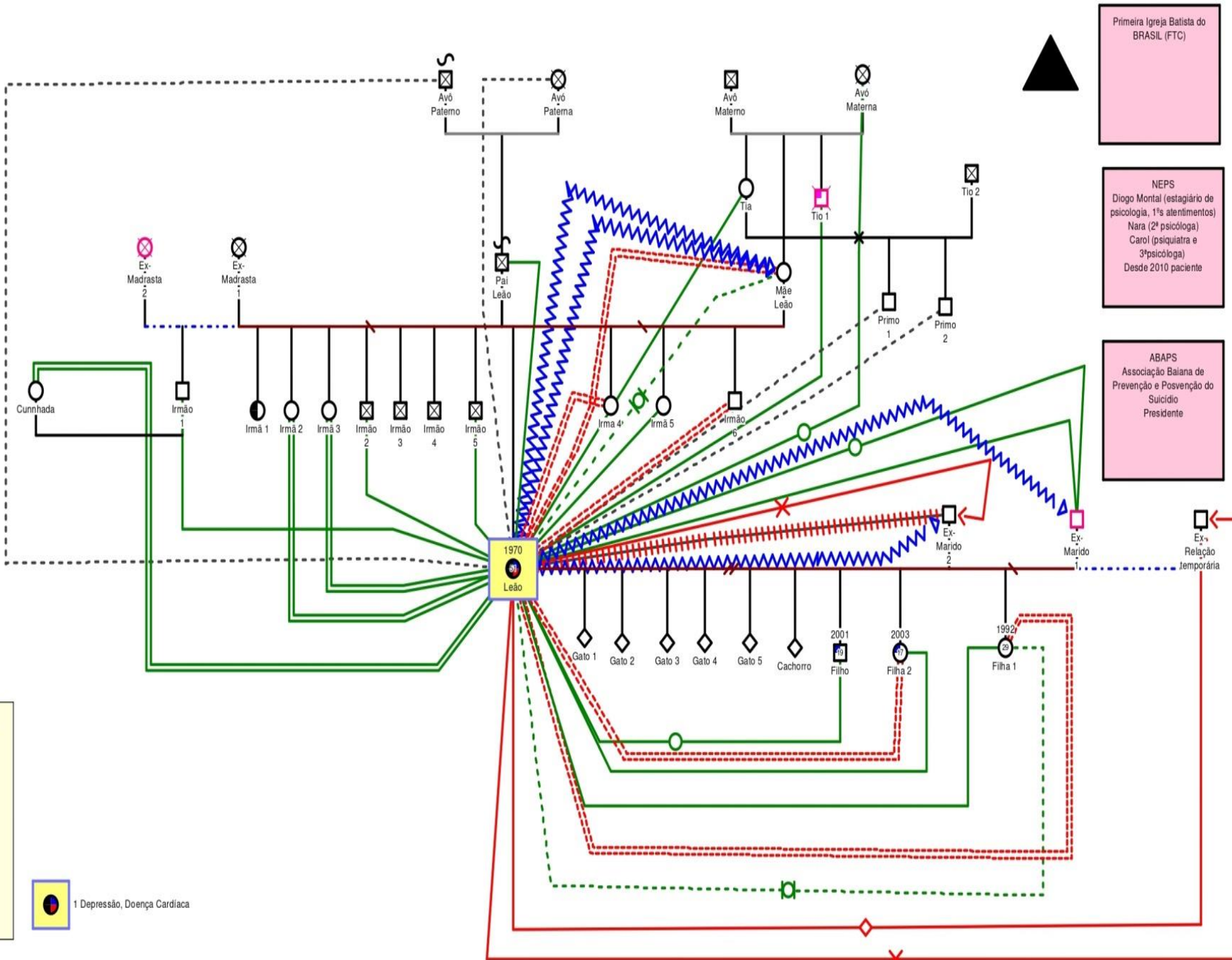
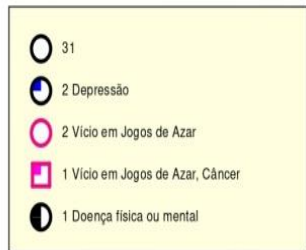
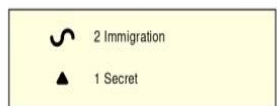
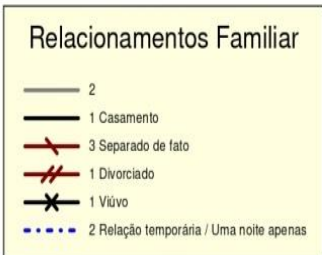
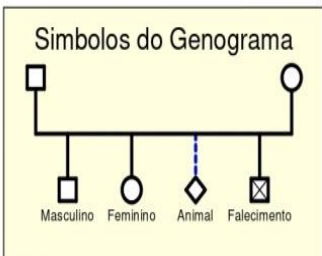
Mais uma vez o triângulo preto se faz presente no genograma de uma família. Irmã 3 também foi abusada sexualmente por esse mesmo homem, porém tal fato só foi de conhecimento da paciente recentemente. Hydra relata que o modo utilizado por esse homem, para disfarçar e chamar a atenção das crianças do bairro para seu quarto, eram os doces e pães. Sempre ofertava algo em troca. Ela mesma relata em seu genograma que a compulsão alimentar pode ter raízes desse fato, uma vez que ao passar dos anos, ganhou peso, teve obesidade e quando adulta precisou de tratamento para fazer uma cirurgia bariátrica, pois dessa vez, sua vida estava a depender da sua saúde física.

Atualmente a paciente recebe apoio institucional do Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS), no qual faz atendimento com a equipe da terapeuta ocupacional, enfermagem e psiquiatria. Compõe ainda o seu núcleo institucional o Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA), onde recebe atendimento de psicologia. Afirma ainda não frequentar nenhuma igreja atualmente e considerava a universidade que cursou Assistência Social um apoio institucional importante para sua vida.

Todos os fatos sobre Hydra chamam atenção. Um deles é que Hydra foi a cobra de nove cabeças que Hércules enfrentou e quase acabou com sua vida. Toda vez que ele cortava uma cabeça de Hydra, outra duas apareciam. É como se Hydra renascesse mais forte após a morte e o corte brusco depois que tentaram tirar a força algo dela. Outra situação: a nebulosa fantasma, como também é conhecida a constelação de Hydra, é enorme, ocupa um azul imenso no céu,

mas é considerada uma das constelações com menos estrelas brilhantes de todas! É como se Hydra vivesse na sombra do passado, de passado e para o passado. Bom, o que realmente é bonito em se observar em Hydra, com um telescópio, bem de perto, é que ela está ali todos os dias. Com chuva ou sol, mesmo tendo problemas em colocar suas estrelas para brilhar, mesmo com muitas nuvens ofuscando o que tem para mostrar. Hydra aparece, reaparece e continua a tentar.

DESCRIÇÃO DO GENOGRAMA: FAMÍLIA LEÃO



Primeira Igreja Batista do BRASIL (FTC)

NEPS
Diogo Montal (estagiário de psicologia, 1ºs atendimentos)
Nara (2ª psicóloga)
Carol (psiquiatra e 3ª psicóloga)
Desde 2010 paciente

ABAPS
Associação Baiana de Prevenção e Posvenção do Suicídio
Presidente

1 Depressão, Doença Cardíaca

Entrevistada: Leão

A entrevistada possui 51 anos, nascida em 11/08/1970, do gênero feminino e tem como profissão atual de artesã. É divorciada, tem três filhos e atualmente mora com dois deles.

Descrição do genograma: Leão é diagnosticada com sintomas depressivos, de ansiedade, comportamento suicida. É paciente do NEPS há 11 anos (iniciou tratamento em 2010), após tentar suicídio por intoxicação medicamentosa. Relata em seu genograma que tentou suicídio quatro vezes, sendo três delas por ingestão de medicamentos, onde sua primeira tentativa foi aos 14 anos por precipitação no Elevador Lacerda (ponto turístico da cidade de Salvador, na Bahia), na qual foi impedida por uma pessoa em situação de rua que se encontrava no local. Sua segunda tentativa, ocorreu após sua separação com seu Ex-marido², na qual Leão ingeriu mais de 100 medicamentos diversos. Além disso, sofria de comportamentos parassuicidários com o uso excessivo de bebidas alcóolicas e nicotina.

No seu genograma foram citadas 4 gerações, sendo elas: avós, pais, a geração dela e dos irmãos, filhos e sobrinhos. A paciente é fruto da relação conjugal de seu Pai Leão e de sua Mãe Leão que chegou ao fim após separação. O pai Leão tinha 73 anos quando a paciente nasceu, faleceu em 1990 aos 92 anos e possuía cerca de 54 filhos. Sua relação com Leão é descrita como “ligação emocional de harmonia”. A mãe de Leão atualmente tem 69 anos, e a sua relação com Leão perpassa por abuso psicológico, abuso moral, ligação emocional de conflito e desacordo e atualmente possuem relações cortadas restauradas. Fruto desta relação, além de Leão que corresponde à filha mais velha, o casal teve ainda outros três filhos, são eles: Irmã 5, do gênero feminino, com quem tem ligação emocional de harmonia; Irmã 4, de 49 anos, evangélica, com a qual possui desentendimentos provenientes de questões ligadas à religião e ligação emocional de conflito e desacordos; e por fim, Irmão 6, de 47 anos, do gênero masculino, a qual tem ligação emocional de conflito e desacordo.

Em seu núcleo familiar materno, há seu Avô Materno já falecido e sua Avó Materna, falecida em 2008 quando estava sob os cuidados de Leão. Esta residiu com a avó nos seus últimos anos de vida e possuía ligação emocional de amor. Fruto deste matrimônio, além da mãe da paciente o casal teve ainda dois filhos, são eles: Tio 1, do gênero masculino, falecido aos 33 anos em decorrência de um câncer de fígado, o qual tinha ligação emocional de harmonia; Tia de 75 anos, do gênero feminino, viúva cinco vezes com a qual nutre ligação emocional também de harmonia. Neste ponto, é necessário destaque para a relação de Tia com seu falecido marido Tio 2, da qual tiveram dois filhos, o Primo 1 e o Primo 2. A paciente se mudou da sua cidade de origem aos 7 anos para cuidar destes primos, entretanto, ambos

possuem ligação emocional distante e inferior.

Em seu núcleo familiar paterno, há ainda sua Avó Paterna e seu Avô Paterno, ambos já se encontram falecidos, com símbolo de imigração (país não citado da Europa) registrado no genograma. Leão tem uma ligação emocional inferior e distante com essa parte da família. Os avós tiveram mais filhos, entretanto somente é citado no genograma o pai de Leão. Proveniente do primeiro casamento de Pai Leão com sua Ex-Madrasta 1, falecida por Doença de Chagas, a paciente possui sete irmãos, são eles: Irmão 5, que já se encontra falecido e embora a paciente não tenha conhecido nutre ligação emocional de harmonia; Irmão 3 e Irmão 4 também falecidos; Irmã 2, de faixa etária entre 70 e 80 anos, com quem tem ligação emocional próxima e de amizade; Irmã 3 de idade entre 70 e 80 anos, com a qual tem ligação emocional de próxima e de amizade; Irmão 2, falecido aos 93 anos com o qual nutria ligação emocional de amizade e próxima, há destaque para seu dois filho Irmão 2, Sobrinho de 51 com quem também tem ligação próxima e de amizade. Ressalta-se aqui que a Irmã 1 de Leão, se casou com um primo delas e esse cometeu suicídio em 1979 no quintal de casa. Ainda em seu núcleo paterno, o Irmão 1, é fruto da relação extraconjugal de Pai Leão com a Ex-Madrasta 2, que era secretária do lar do mesmo, e juntos tiveram mais cinco filhos, os quais não são citados de maneira aprofundada. Atualmente o Irmão 1 tem 55 anos e reside em São Paulo e eles possuem uma ligação emocional de harmonia com a paciente, ele é casado com a sua Cunhada de 49 anos e que corresponde a um importante suporte social para Leão sendo amigas íntimas nutrindo relação próxima, de cuidado e respeito.

Em relação a vida conjugal de Leão é importante destacar os três ex-companheiros citados por ela. Ex-Marido 1, com quem esteve casada e hoje se encontram separados de fato, o fim da relação se deu por conta do alcoolismo e outras situações relacionadas a conflitos. Hoje Ex-Marido 1 mantém ligação emocional de amor e harmonia com Leão, apesar de na época da relação a paciente ter sofrido abuso emocional. O casal teve a Filha 1 de 29 anos, que assim como Leão, possui diagnóstico de ansiedade. Filha 1 foi responsável pelo cuidado de Leão após a sua quarta tentativa de suicídio, onde na época tinha 16 anos. Tinham relação conflituosa e de muitos desentendimentos, mas hoje possui relações cortadas restauradas tendo uma ligação emocional harmoniosa. Após a separação com Ex-marido 1, Leão teve uma Ex-Relação temporária, que tinha características ciumentas e manipulativas, em 2011. Ela relata ter dado fim ao breve relacionamento após perceber essas características no ex-parceiro.

Nessa sequência, o Ex-Marido 2, com quem foi casada e esteve juntos por 10 anos, é relatado por Leão como um homem ausente e promíscuo. Havia uma relação de amor unilateral onde Leão nutria amor pelo mesmo, mas não era correspondida da mesma forma, sendo um

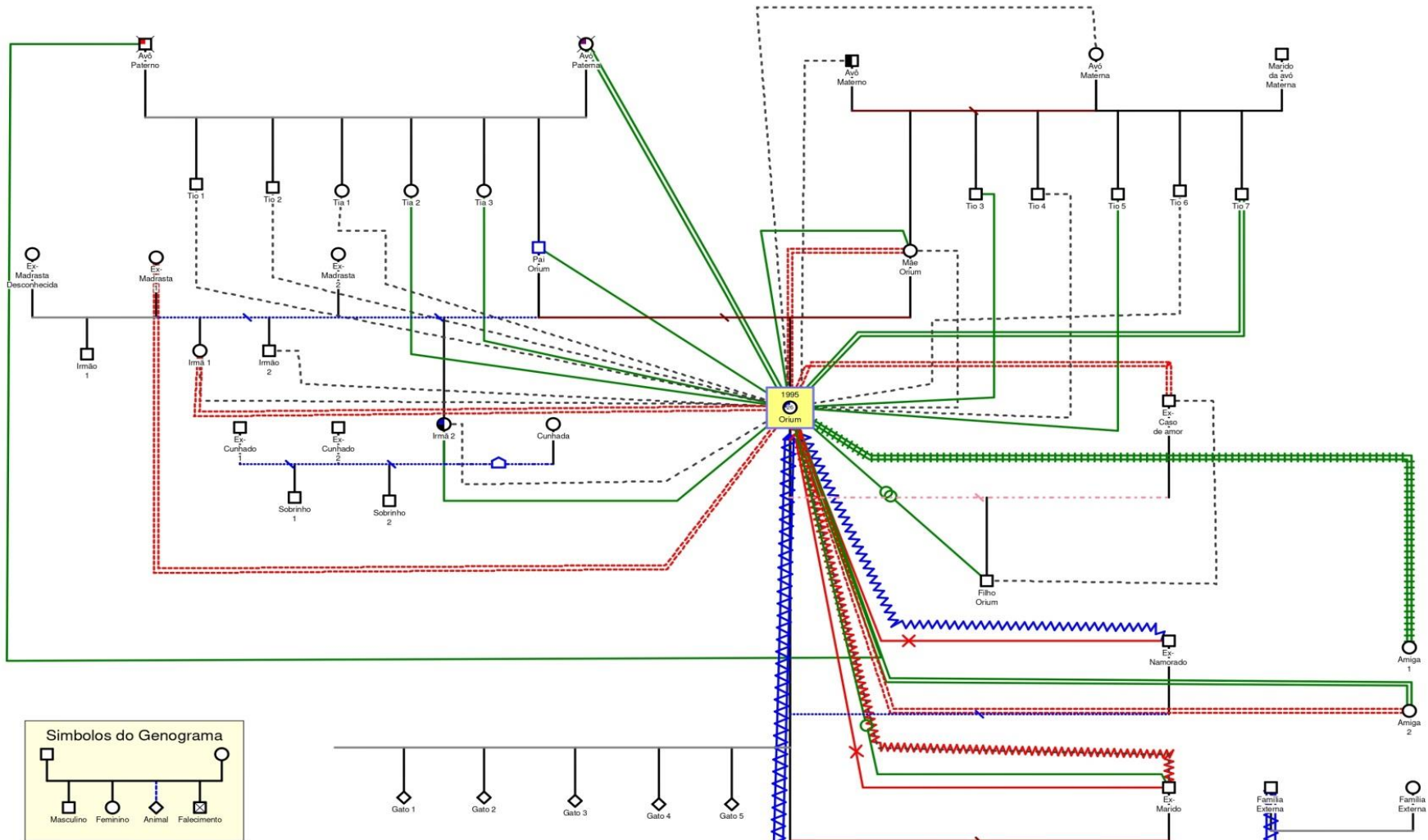
relacionamento marcado por desconfianças e traições. O término desta relação foi bastante traumático, sendo impulsionado por uma traição, época a qual o Ex-Marido 2 demonstrou traços de manipulação, desconfiança e abusou emocionalmente da paciente. Fruto desde casamento o casal teve dois filhos, são eles: Filho de 20 anos, com quem tem ligação emocional de amor, relata que ele escolheu morar com a avó paterna após apresentar sintomas depressivos durante a adolescência; E Filha 2 de 18 anos, também diagnosticada com depressão leve, com a qual apesar de ter conflitos e desacordos, moram juntas e possuem ligação emocional de harmonia.

Surgiu também no genograma, os animais de estimação citados por Leão: Gato 1 (que está com ela há 11 anos); Gato 2; Gato 3; Gato 4 e Gato 5; E Cachorro, poodle de 10 anos que era da Irmã 5, mas ela adotou. Todos aparecem como profundos suportes afetivos para Leão. Por fim, relata não ter relações externas de amizade e como suporte social institucional, além do NEPS, a Associação Baiana de Prevenção e *Pósvenção* do Suicídio (ABAPS) e a Igreja Batista a qual frequenta regularmente.

Na história identificada por meio do genograma de Leão, há um símbolo forte e marcante representado pelo triângulo preto. Quando esse símbolo aparece no genograma significa que há um segredo no núcleo familiar, os quais envolvem informações que são ocultas ou partilhadas diferentemente entre as pessoas da família (KROM, 2000). Isso pode se dar por inúmeras razões: vergonha, medo, preconceito, julgamento dos outros... não tem como precisar ao certo. Ao passo que Leão relata ter sido abusada sexualmente por um padre na escola católica que frequentava na sua infância, os membros da família Leão assumem posturas rígidas e de silêncio e alguns de apoio e suporte.

Dito isso é possível perceber que algumas situações de violência, silêncio e abuso emocional se repetem na família Leão. O pai Leão aos 73 anos que casa com a mãe Leão ainda de menor, possuem entre si relações conflituosas e de abuso psicológico. Leão, que nos dois casamentos também sofre abuso psicológico e tem relações conflituosas e violentas com os ex-parceiros. Continua em sua terceira geração com relações difíceis, de silêncio e distante com a Filha 1, Filha 2 e Filho 1, segundo ela, ainda tentando lidar com as relações conjugais e parentais do passado, além dos ensinamentos rigorosos e comportamento que lhe fora repassado pela primeira geração dos avós maternos Leão.

DESCRIÇÃO DO GENOGRAMA: FAMÍLIA ÓRION



Núcleo de Estudo e Prevenção ao Suicídio (NEPS)

Instituto Social Objeto (ISO)
Não serviu como um suporte social



Simbolos do Genograma

- Masculino (square)
- Feminino (circle)
- Animal (diamond)
- Falecimento (square with diagonal line)

Relacionamentos Familiar

- 4: Casamento
- 3: Separado de fato
- 1: Vivendo juntos
- 5: Relação casual e separados
- 1: Caso de amor e separados

Relacionamentos Emocionais

- 12: Distante / Inferior
- 3: Amizade / Próximo
- 1: Melhores Amigos / Muito Próximos
- 1: Distânt-Violence
- 1: Abuso Sexual
- 1: Abuso Emocional
- 5: Desacordo/Conflito
- 8: Harmonia
- 1: Amor
- 1: Amando

Legend of Health and Personal Issues

- 38: (Symbol)
- 1: Diabetes
- 1: Depressão
- 1: Doença física ou mental
- 1: Doença Cardíaca
- 1: Alcoolismo
- 1: Depressão

▲ 1 Secret

Entrevistada: Órion

Descrição do genograma: A paciente possui 26 anos, nasceu no estado de São Paulo, é solteira, tem um filho e atualmente se encontra morando em Salvador.

O desenvolvimento do genograma se deu a partir de quatro gerações: avós, pais, filhos e netos. Orion é a terceira geração e seu filho a quarta, conforme descrito e construído por ela.

Em seu núcleo familiar paterno, seu avô, Avô Paterno, foi um representante da família que a paciente cuidou nos últimos anos de vida. Ele faleceu logo após sua esposa, aos 68 anos, em decorrência do terceiro acidente vascular cerebral (AVC) que sofreu, sua ligação emocional com Orion é de harmonia. Há ainda sua Avó Paterna, falecida há 1 ano e 9 meses, a mesma era diabética e seu óbito se deu após contrair uma infecção no estômago, as duas tinham uma relação de cuidado e harmonia, tendo uma ligação emocional próxima e de amizade.

Avô Paterno e Avó Paterna tiveram seis filhos, sendo eles: Tio 1, Tio 2, Tia 1, Tia 2, Tia 3 e o pai da paciente, Pai Orion. Com estes três primeiros Orion tem ligação emocional inferior e distante. Já com sua Tia 2, possui uma relação mais próxima. Tia 2 encontrou a paciente desacordada na sua última tentativa de suicídio, entretanto, mesmo com essa situação, essa não corresponde a um suporte afetivo, pois não compreende os sofrimentos psíquicos da paciente. Há destaque também para sua Tia 3, que Orion tem mais contato, sendo alguém próximo que visita com frequência o filho paciente sendo um suporte para sua criação. Para Orion, ela não é um suporte social afetivo, pois não compreende o seu sofrimento psíquico. Sua ligação emocional com suas tias Tia 2 e Tia 3 é de harmonia.

Já no núcleo familiar materno, há seu Avô Materno que mora em São Paulo e a paciente não tem muito contato, destaca-se que seu avô materno há alguns anos teve um episódio de surto psicótico, sua ligação emocional com ele é distante e inferior. Já com sua avó, Avó Materna, Orion tem ligação emocional distante e inferior, uma vez que Avó Materna a chamou “maluca”, tendo ainda feito uma brincadeira após uma das tentativas de suicídio, reduzindo a dor psíquica da paciente.

Fruto da relação de Avô Materno e Avó Materna os dois tiveram três filhos, são eles: Mãe Orion, Tio 3 e Tio 4, a paciente tem ligação emocional de harmonia com Tio 3 e distante e inferior com Tio 4.

Avô Materno e Avó Materna se separaram. Originário de seu segundo casamento com Marido da avó Materna, Avó Materna teve mais três filhos, sendo eles: Tio 5, Tio 6 e Tio 7. Tio 5 mora nos Estados Unidos e corresponde a um suporte financeiro para a paciente, tendo

ligação emocional de harmonia; Tio 7 de 26 anos que cresceu junto com Orion e tem ligação emocional de amizade e próxima; e Tio 6 tem quem ligação emocional distante e inferior.

A paciente é fruto da relação conjugal entre seu Pai Orion e de sua Mãe Orion. Pai Orion possui 48 anos, trabalha como eletricista e possui vício em álcool, que foi desenvolvido ainda na primeira infância da paciente. Orion descreve que os dois eram muito próximos e que o afastamento se deu após o seu pai desenvolver o alcoolismo, o que também culminou para o abandono parental. Atualmente Pai Orion se encontra sóbrio, tendo ligação emocional de harmonia e correspondendo a um suporte emocional para a paciente.

Mãe Orion tem 40 anos, trabalha como “*homecare*” e engravidou da paciente aos 14 anos, dando a luz aos 15. Mãe Orion e Pai Orion estiveram casados no período anterior ao desenvolvimento do vício em álcool do pai da paciente, sendo o alcoolismo a causa principal para o rompimento. A mãe de Orion criou sua filha sozinha em detrimento do abandono paterno. Atualmente Mãe Orion corresponde a um suporte financeiro para a paciente, todavia, não corresponde a um suporte emocional por não compreender o sofrimento psíquico de Orion. Foi um suporte após as tentativas de suicídio, mas posterior a recuperação física não compunha mais este suporte, sua ligação emocional é de harmonia, mas também de conflito e desacordo.

No núcleo familiar paterno há destaque para as relações de seu pai que geraram os irmãos de Orion. Fruto da relação de Pai Orion com uma companheira desconhecida da paciente os dois tiveram Irmão 1, irmão mais velho, de idade não identificada e que é desconhecido de Orion. Como resultado da relação casual cortada de Pai Orion com Ex-Madrasta, o ex-casal teve Irmã 1 de 16 anos, que tem ligação emocional distante e inferior e de conflito e desacordo, e Irmão 2 de 17 anos com quem tem ligação emocional distante e inferior. Há destaque para a ligação emocional da paciente com Ex-Madrasta 1, que é de conflito e desacordo, Orion relata que ela fez sua avó paterna ir para o hospital por conta de situações conflituosas.

Ainda no eu núcleo familiar, Irmã 2 é fruto da relação casual cortada de Pai Orion com Ex-Madrasta 2. Irmã 2 tem 31 e é transgênera, candomblecista, tem comportamento suicida e se assumiu lésbica aos 25 anos, e hoje vive com sua companheira Cunhada, a sua ligação emocional é distante inferior, mas de harmonia. Irmã 2 tem dois filhos, são eles: Sobrinho 1, fruto da relação casual cortada com Ex-Cunhado 1; e Sobrinho 2, consequência da relação casual cortada com Ex-Cunhado 2.

Partindo para o núcleo afetivo da paciente se dá destaque para Ex-Caso de amor, com quem teve uma relação casual, que culminou na gravidez de seu Filho de 7 meses, a quem se refere como seu “anjo de luz”, sendo um fator protetivo para a sua melhora. Entretanto, Ex-Caso de amor de 31 anos é um pai ausente, os dois se relacionaram quando a paciente tinha 15

anos e voltaram a ter uma relação casual durante a pandemia, o que ocasionou o filho do casal. Ex-Caso de amor trabalhava no aeroporto como empacotador dos correios e recentemente está desempregado. A ligação emocional de Ex-Caso de amor com Filho Orion é distante e inferior, sendo Orion mãe solo, a ligação emocional de Ex-Caso de amor com a paciente é de conflito e desacordo.

Nas suas relações afetivas há ainda, Ex-Marido com quem esteve casada por dois anos, mudou-se para Bélem e o fim da relação se deu por conta do comportamento violento que Ex-Marido começou a manifestar. Sua ligação emocional com Ex-Marido é de violência, manipulação e amor, pontuando-se que Orion já o amou, mas atualmente a relação é distante, estando afastados.

Por fim, há ainda Ex-Namorado, com quem construiu uma relação casual por cinco anos e descreve como “o ano que mais sofreu”. Sua ligação emocional com este ex-companheiro é de abuso emocional e manipulação. Orion relata que não tem interesse de ter um relacionamento ou um companheiro e pontua que não confia em homem nenhum.

Já em seu núcleo de amigos, há destaque para Amiga 1 que conheceu em um show de Rock. Amiga 1 é formada em psicologia e corresponde a um importante suporte emocional para a paciente, sendo a ligação emocional de melhores amigas, muito próximas. Há também Amiga 2, cunhada do homem que abusou de Orion, e que testemunhou a favor da paciente tendo sido um importante suporte emocional após o abuso, correspondendo a um suporte afetivo como alguém com quem Orion pode contar. Sua ligação emocional com Amiga 2 é de conflito e desacordo, mas também de amizade e próxima.

Para explicar o triângulo preto em seu genograma, Orion descreve ainda a “Família Externa” como a representação esquemática para o homem que a abusou sexualmente. Essa situação ocorreu aos 14 anos quando trabalhou como babá numa residência, o abusador foi o pai do bebê. A violência sexual que sofreu foi o gatilho para o seu sofrimento psíquico e depressão, o que também foi um motivo que a fez abandonar a escola. A paciente relata ter feito cerca de dez tentativas de suicídio até o presente momento de sua entrevista, sendo a primeira delas ocorrida quando tinha 16 anos e a última em 2020 quando já estava grávida, mas não era do seu conhecimento tal fato. Na décima tentativa, onde utilizou objeto perfurocortante, foi encontrada a tempo de ser socorrida por Tia 2.

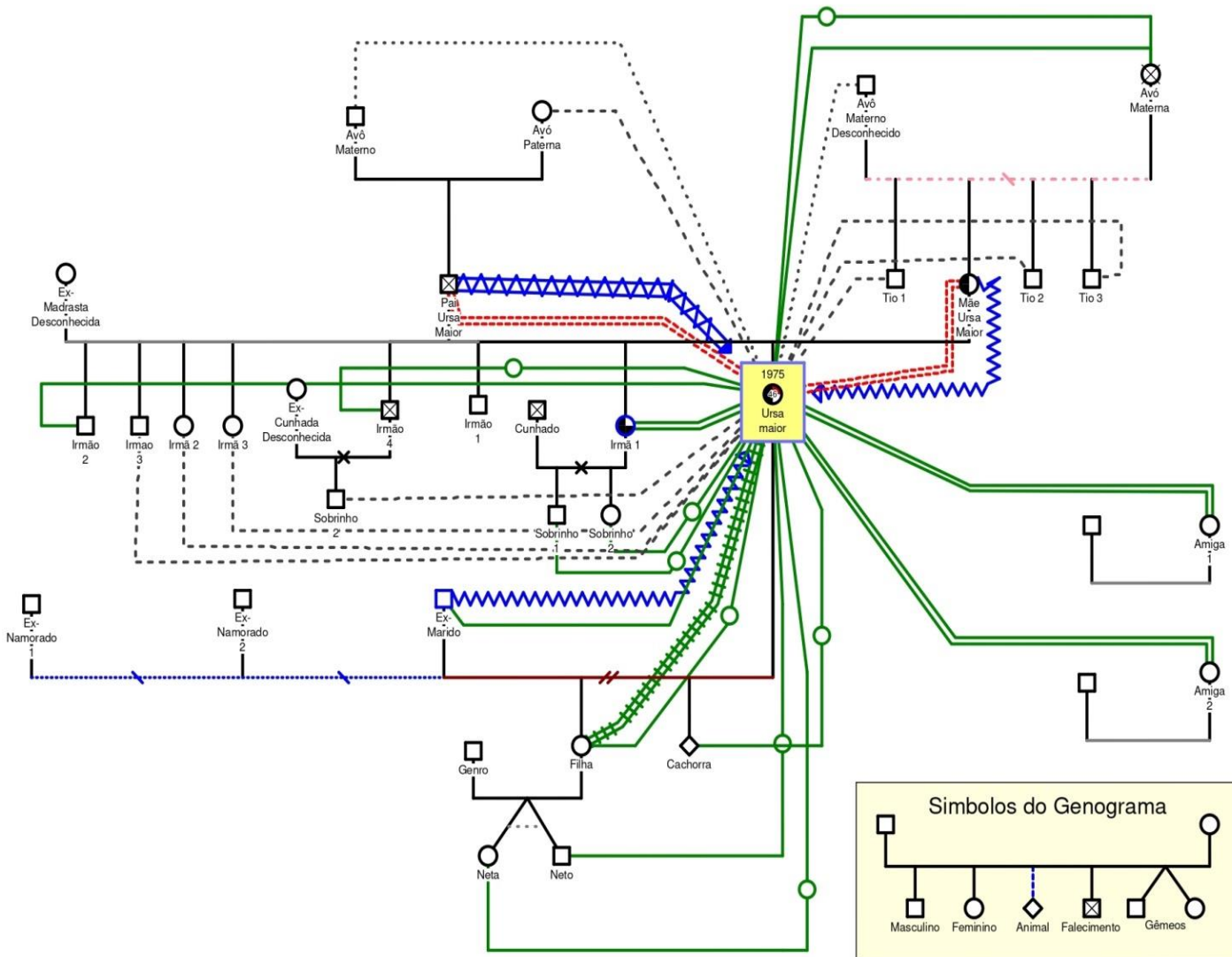
Atualmente Orion recebe apoio institucional do Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS), onde é atendida pela equipe de psicologia e psiquiatria. Há destaque também no NEPS para as relações de amizade com Amiga 1, Amiga 2, Amiga 3 e Amiga 4. É importante, entretanto, ponderar que a paciente relatou não se sentir bem acolhida no NEPS em

decorrência de um desconforto ocorrido durante a terapia grupal, o que ocasionou o seu distanciamento da terapia ocupacional.

Ainda em seu núcleo institucional, ressalta-se o Instituto Social Objetivo (ISO), onde a paciente trabalhou como auxiliar de classe. Porém, tendo havido acúmulo de tarefas com extrapolação e exploração de suas funções, essas implicaram para o sofrimento psíquico de Orion, ocasionando também a sua demissão. Apesar do ISO corresponder a uma entidade social importante para o crescimento profissional e pessoal de Orion, esse não representa um núcleo de suporte institucional.

Orion é vista facilmente. É quente, forte e chama atenção, mais parece um caçador solitário do que um cinturão. Não por acaso essa família fora desenhada individualmente, cada parte que forma “o todo”, com um papel definido, construído, alinhado. Mas da mesma forma que o veneno que se espalhou lentamente no corpo do Deus Orion, após ser picado por um escorpião, o segredo passado entre as gerações germinou em raízes profundas vistas apenas na superfície em forma de sofrimento, adoecimento e tentativas de morte autoprovocada.

DESCRIÇÃO DE GENOGRAMA: FAMÍLIA URSA MAIOR



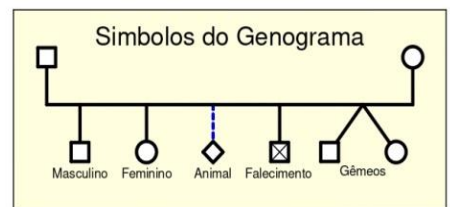
NEPS
Núcleo de Estudo e
Prevenção do Suicídio

Projeto Semeadores Mirins



1 Hipertensão / Pressão Alta

▲ 1 Secret



○ 31
● 1 Alcoolismo, Graves problemas físicos ou mentais, com álcool ou drogas
● 1 Alcoolismo
● 1 Doença física ou mental

Relacionamentos Familiar

- 3
- 3 Casamento
- /— 1 Divorciado
- X— 2 Viúvo
- - - - 2 Relação casual e separados
- - - - 1 Caso de amor e separados

Relacionamentos Emocionais

- - - - 2 Indiferente / Apático
- - - - 8 Distante / Inferior
- 3 Amizade / Próximo
- 3 Melhores Amigos / Muito Próximos
- 1 Abuso Sexual
- 2 Abuso Emocional
- 2 Desacordo/Conflito
- 3 Harmonia
- 8 Amor

Entrevistada: Ursa Maior

Descrição do genograma: A paciente possui 46 anos, do gênero feminino, é cristã, solteira, tem uma filha e dois netos, formação em pedagogia, tem como profissão atual a de empresária de estofados. Atualmente tem uma casa de dois andares onde mora só e os netos a visitam frequentemente já que moram no andar de cima.

O genograma de Ursa Maior consta de cinco gerações: avôs, pais, filhos, netos e bisnetos. A geração da paciente é a terceira, sendo que ela tem uma filha e dois netos, representando a quarta e quinta geração respectivamente. Em seu núcleo familiar paterno há sua avó Avó Paterna com a qual tem ligação emocional distante e inferior e seu avô Avô Paterno, com quem possui ligação emocional indiferente e apática. Pai Ursa Maior é o único filho do casal.

Seu núcleo familiar materno é composto por sua Avó Materna, já falecida, com quem tem vínculo emocional de amor e harmonia, e seu avô que desconhecido da paciente e possui ligação emocional indiferente e apática. Fruto do caso de amor rompido de seus avós, o casal teve quatro filhos, são eles: Tio 1, Tio 2 e Tio 3. Ursa Maior possui ligação emocional distante e inferior com todos eles.

Fruto da relação de Pai Ursa Maior com uma companheira desconhecida da paciente os dois tiveram quatro filhos, são eles: Irmão 3, Irmã 2, Irmã 3, com os quais a paciente tem ligação emocional distante e inferior, e Irmão 2 de 20 anos, com quem tem ligação emocional de harmonia. Advindo de uma segunda relação deste seu irmão com uma outra companheira, também desconhecida de Ursa Maior, os dois tiveram um filho, o Sobrinho 2 que possui ligação emocional distante e inferior.

Ursa Maior juntamente com seus três irmãos são frutos da relação conjugal entre seu Pai Ursa Maior e sua Mãe Ursa Maior. Pai Ursa Maior faleceu há cinco anos e possuía problemas cardíacos, Mãe Ursa Maior tem 62 anos, possui diagnóstico de depressão desde que a paciente era criança, ela faz uso de remédios controlados de forma contínua, está atualmente aposentada e a sua ligação emocional com Ursa Maior é de conflito, desacordo e abuso emocional.

Acerca do seu ciclo de irmãos, há Irmã 1 de 40 anos, que possui diagnóstico de esquizofrenia, sofrendo ainda de uso abusivo de álcool. Sua irmã recebe atendimento em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no mesmo local de Mãe Ursa Maior. Fruto do casamento de Irmã 1 com Cunhado, falecido em acidente de moto, tiveram Sobrinho 1 de 22 anos e Sobrinha 2 de 20 anos, com os quais paciente tem vínculo afetivo de amor. Há ainda

Irmão 1 e Irmão 4. Irmão 1 faleceu aos 18 anos em decorrência de um acidente de carro, a paciente tem ligação emocional de amor por este irmão, e irmão 4 descreve relação emocional de harmonia.

No núcleo afetivo de Ursa Maior há destaque para Ex-Marido, com o qual manteve matrimônio por 17 anos, no início desta relação ambos tinham 14 anos, seu ex-companheiro tem problemas de vício em álcool e tinha uma relação violenta com a paciente. Hoje em dia se encontra privado de liberdade através do sistema prisional em decorrência das acusações de violência física e psicológica feitas por sua atual companheira, o mesmo foi julgado e recebeu sentença embasada na Lei Maria da Penha. A ligação emocional da paciente com Ex-Marido é de harmonia, entretanto quando viveram juntos a relação era de abuso físico e emocional. Fruto da relação conjugal de Ursa Maior e Ex-Marido, os dois tiveram uma filha, a Filha de 26 anos com quem a paciente possui vínculo afetivo de amor sendo melhores amigas. Filha é manicure, casada com Genro de 29 anos e tem ligação emocional de harmonia. Fruto desta relação Filha engravidou de gêmeos aos 15 anos, tendo sido uma gravidez de risco com hipertensão severa. Os gêmeos que hoje tem 11 anos, são Neta e Neto e têm vínculo emocional de amor com Ursa Maior.

Ainda no núcleo afetivo da paciente destaca-se Ex-Namorado 2 com quem teve uma relação casual por quatro anos e atualmente se encontram separados e Ex-Namorado 1, com quem também teve uma relação casual por três anos, e atualmente estão separados há oito meses. Ursa Maior relata ter tido vários namorados, mas como relacionamento sério apenas Ex-Namorado 1 e Ex-Namorado 2, os quais ela terminou o relacionamento sem motivos aparentes.

Por fim, em seu núcleo de amizade é composto por Amiga 1, com quem tem ligação emocional próxima e de amizade e Amiga 2, a qual considera melhor amiga tem vínculo afetivo próximo e de amizade. Também é importante destacar Cachorra, animal de estimação da paciente, da raça *pinsher*, de cinco anos. Ela chegou em casa após períodos de depressão da paciente e ajudou na sua recuperação, sendo um estímulo e companhia até hoje.

Atualmente a paciente recebe auxílio institucional do Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS), onde é atendida pelos serviços de terapeuta ocupacional, psicologia e psiquiatria. Ursa Maior chegou ao NEPS em 2009, após o encaminhamento do Hospital Geral Juliano Moreira (HGJM) posterior a uma tentativa de suicídio. Constitui ainda o suporte institucional da paciente, o projeto social fundado pela mesma em 2014 e que hoje é presidente. Tal projeto social ajuda e incentiva crianças carentes da comunidade através do desenvolvimento de atividades artísticas e de educação, a exemplo de: marcenaria, box, futebol,

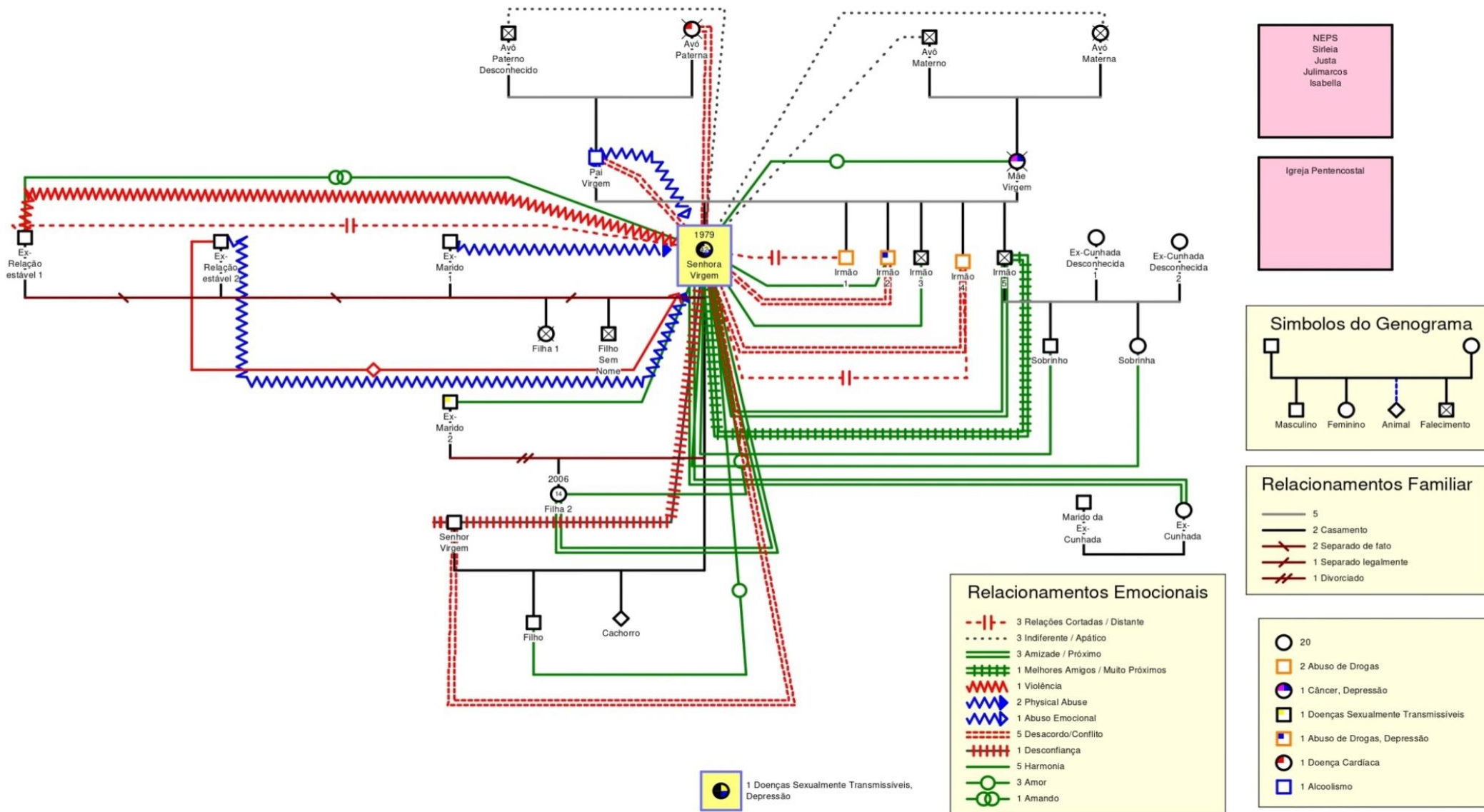
pintura, confecção de artesanatos, objetos de decoração e joalheria etc. Atualmente o projeto tem sede na casa da paciente e atende 73 crianças de sua comunidade.

Voltando a história de Ursa Maior, pela construção do seu genograma é ainda possível resgatar as informações relacionadas a seu estado de saúde mental. Ursa Maior tem diagnóstico de depressão maior e transtorno de humor bipolar, além de hipertensão severa, que foi desenvolvida durante sua gravidez. Sua primeira tentativa de suicídio foi em 2009, a paciente descreve que após o ocorrido teve incontáveis tentativas de suicídio. Dessas é necessário o destaque para a tentativa de suicídio sucedida em 2014, onde em decorrência de cortes profundos, que percorriam membros superiores, pulso, mãos e dedos, provocados por objetos perfurocortantes, a paciente levou cerca de 68 pontos no braço. Sua última tentativa de suicídio aconteceu três dias antes da construção do seu genograma, ela afirma ter feito ingestão de 600 mg de quetiapina, dose superior do que prescrito para uso diário.

Além disso, o triângulo preto, segredo do segredo, também se faz presente nessa família. Ursa Maior relata que seu pai, Pai Ursa Maior, cometeu múltiplas tentativas de abuso sexual durante o período de infância e adolescência da mesma, por isso sua ligação emocional com seu pai é de conflito, desacordo, desconfiança e abuso sexual. Mãe Ursa maior a impedia de contar para alguém o que estava acontecendo em casa, tirando a criança de tempo para que não falasse sobre os abusos sofridos em casa. Ursa Maior recebia “visitas” noturnas do seu pai durante a noite em seu quarto, mas ela não sabe afirmar se o mesmo ocorria com suas irmãs ou somente com ela. O assunto não é trazido e conversado na família, por nenhuma das gerações citadas.

Nessa família antes mesmo de iniciar-se o ciclo da Ursa Maior, a violência sexual, abuso emocional, físico e psicológico já se faziam presentes. Infelizmente com o genograma é possível perceber que essas situações se repetiram e perpetuaram nas gerações, de formas diferentes: a gravidez precoce, a violência do ex-marido e pai dos filhos, a violência do próprio pai, o guardião que se torna algoz, os silêncios que não foram interrompidos ou os cortes bruscos que vieram de forma inesperada e atravessando as gerações. Mesmo com toda essa bagagem e quase todos os movimentos de outras constelações para que parasse de brilhar, Ursa Maior se mostra grande, como seu nome. Não por acaso, optou por abrigar em seus braços outras várias estrelas...

DESCRIÇÃO DE GENOGRAMA: FAMÍLIA VIRGEM



Entrevistada: Virgem

Descrição do genograma: Paciente possui 41 anos, do gênero feminino, é casada, tem dois filhos. Tem atuação profissional como promotora de vendas, 2º grau incompleto e é frequentadora da igreja Pentecostal.

O genograma da paciente foi desenvolvido em quatro gerações: avôs, pais, filhos e netos. Sendo Virgem a terceira geração e seus filhos a última. Em seu núcleo familiar paterno existe Avó Paterna, que já é falecida em decorrência de um infarto sofrido após uma briga familiar. Avó Paterna ainda em vida demonstrava não gostar de Virgem e seus irmãos, se referindo a eles com insultos como “pretos” e “pobres”. O avô paterno é desconhecido da paciente, com o qual definiu a relação como apática e indiferente. Fruto dessa relação tem Tia 1 e Tia 2, irmãs do Pai de Virgem que são pessoas responsáveis pelo seu cuidado e bem-estar desde o dia que nasceu, hoje constituem forte elo de apoio social para a Virgem.

Em seu núcleo familiar materno, há destaque para sua mãe Mãe Virgem, falecida aos 45 anos em decorrência de um câncer de mama com metástase, a mesma tinha diagnóstico de depressão, era evangélica e baiana de acarajé. A paciente tinha 12 anos na época da morte de sua mãe e possui ligação emocional de amor com a mesma. Seu Avô Materno e sua Avó Materna já são falecidos, com os quais também possuía ligação emocional indiferente e apática.

A paciente e seus cinco irmãos (Irmão 1, Irmão 2, Irmão 3, Irmão 4, Irmão 5) são frutos da relação conjugal de seu pai Pai Virgem e de sua mãe Mãe Virgem. Pai Virgem faz uso abusivo de bebidas alcólicas e possui uma relação conflituosa com a paciente sendo controlador e tendo ligação emocional de abuso, desacordo e conflito, a paciente relata humilhações que sofreu do mesmo bem como ameaças de internamento em um hospital psiquiátrico.

Neste ponto, é imprescindível descrever o núcleo familiar composto pelos irmãos da paciente. Virgem possui cinco irmãos, todos do gênero masculino, sendo dois deles já falecidos. Irmão 3 que foi assassinado aos 19 anos como quem possuía ligação emocional de harmonia e Irmão 5, irmão mais velho, assassinado há mais de 20 anos, com quem possuía ligação emocional próxima e de amizade, sendo melhores amigos. Ambos foram assassinados por conta do envolvimento com tráfico de drogas. Acerca de Irmão 5, a paciente relata que o mesmo possui mais de 12 filhos que são desconhecidos, havendo apenas dois filhos deste seu irmão que são conhecidos pela paciente, são eles: Sobrinho e Sobrinha, ambos são frutos de relações de seu irmão com companheiras desconhecidas da paciente. Virgem possui ligação emocional de harmonia com estes dois sobrinhos, mas enfatiza que não são tem relações próximas.

Ainda em seu núcleo de irmãos, há Irmão 2 de 44 anos, que trabalha como mecânico e motorista, tendo sido diagnosticado com depressão e apresenta ideações suicidas além possuir vício em drogas. A paciente possui ligação emocional de harmonia, de desacordo e conflito com o mesmo, tendo em vista que houve uma briga entre os dois por conta de dinheiro e por isso não se falam atualmente, mas anterior a isto possuíam uma relação harmoniosa.

Há também Irmão 4, irmão mais novo de Virgem que possui vício em drogas com o qual tem ligação emocional de conflito e desacordo e relações cortadas e distantes. Irmão 4 atualmente possui a guarda de Filha 2, filha da paciente, contra a vontade da mesma. Por fim, há Irmão 1 de 42 anos que trabalha como marceneiro, com quem a paciente possui relações cortadas e distante, isto se deu após seu irmão depor no tribunal contra Virgem para que essa perdesse a guarda de Filha 2, os dois brigaram recentemente e não se falam até o momento.

O núcleo afetivo da paciente é composto por situações de abuso e violência que são importantes de serem pontuadas. Ex-Marido 1 é um relacionamento de Virgem, com o qual a paciente tem ligação emocional de abuso psicológico. Aos 23 anos a paciente engravidou de Filha 1, fruto de sua relação com Ex-Marido 1, a mesma faleceu aos sete dias de vida, após um parto prematuro ocasionado por um espancamento que a mesma sofreu de seu ex-companheiro, neste período a paciente teve suporte de sua avó paterna. Ainda fruto desta relação Virgem engravidou de um bebê do gênero masculino, o qual teve sua gestação interrompida em decorrência de um aborto provocado pela paciente. Essa refere situações confusas, onde um “pai de santo”, não identificado, fez um chá abortivo e o feto fora expelido um dia depois. Apesar de tudo, a sua relação com o Ex-Marido 1 teve fim em virtude de uma traição descoberta anos depois.

Ex-Marido 2 é ex-companheiro da paciente, com o qual nutre relação emocional de harmonia. Ao longo do tempo houve situações de infidelidade tanto da parte da paciente quanto da parte de Ex-Marido 2. Ele transmitiu sífilis para Virgem após um caso traição, subsequente a isso os dois romperam, tendo um extenso período de tentativas de divórcio que durou cinco anos. Fruto desta relação a paciente teve uma filha. Filha 2, de 14 anos, do gênero feminino, com a qual possui ligação emocional de amor, próxima e de amizade. Em 2019, após Virgem sofrer uma grave crise suicida, Filha 2 fez a escolha de morar com seu tio, Irmão 4, irmão da paciente, que conseguiu judicialmente a guarda da menina. Ainda no núcleo de sua relação com Ex-Marido 2, há destaque para Ex-Cunhada, irmã de Ex-Marido 2, casada com Marido de Ex-Cunhada, com a qual a paciente possui ligação emocional próxima e de amizade.

Dada as pontuações anteriores, retorna-se para o núcleo afetivo da paciente. Nele há destaque para Ex-relação Estável 1, ex-namorado da paciente, com o qual manteve relação por

cerca de seis anos. Os dois romperam após ela descobrir que Ex-relação Estável 1 também mantém relações homoafetivas. Nos momentos de crise, Virgem relata que as vozes que houve em sua cabeça, a orientam para procurá-lo e que reatem o namoro. Atualmente a paciente possui relações cortadas e distantes com Ex- relação estável 1, tendo sofrido violência do mesmo, além de possuir ligação emocional de amor por ainda amar este ex-companheiro.

Posterior a esta relação, Virgem se relacionou com Ex- relação Estável 2 que conheceu no trabalho. Nesta relação havia ciclos de violência física onde ambos quebravam objetos um no outro, além de trocas de socos e arremesso de objetos para fora da casa, a paciente sofreu ainda abuso físico de Ex- relação estável 2 que apresentava a característica de ser ciumento, controlador e violentador. A paciente relata ter sido traída, fato que culminou para o fim da relação.

Logo após esta relação, Virgem conheceu Marido, que é seu atual companheiro, com o qual tem relação de desacordo, conflito e desconfiança. Fruto desta relação os dois tiveram Filho 2 de 2 anos e 9 meses, do gênero masculino, com o qual possui ligação emocional de amor e ódio. O casal tem brigas frequentes já tendo ocorrido algumas separações, em todas elas Marido tomou a iniciativa de reconciliação. A paciente relata que não ama mais o atual companheiro, mas que permanece na relação por conta da família que constituem. Acerca de Filho 2, a paciente pontua que possui dúvidas de seu amor pelo menino em decorrência da forma como ele foi concebido, mas relata que o mesmo é muito apegado à sua irmã, Filha 2.

Ainda no núcleo de sua relação com Marido, há destaque para uma cachorra, de nome não recordado, que os dois possuíam há anos. O animal era muito apegado à paciente, e lhe forneceu suporte nos períodos depressão, auxiliando-a em sua rotina diária, em meio a uma de suas crises suicidas. Virgem relata, que em umas de suas crises, soltou a cachorra na rua longe de casa para que essa não voltasse mais, pois estava com raiva da vida e não queria descontar nela.

Virgem é diagnosticada com depressão e ansiedade, além de ouvir vozes com frequência, o que levanta a suspeita de esquizofrenia (ainda interrogada), entretanto, o quadro não é confirmado como diagnóstico. Virgem tentou suicídio pela primeira vez na adolescência por meio de cortes profundos em sua pele, o gatilho para esta crise suicida foi a violência física que sofreu de seu pai, uma surra após sair de casa para uma festa com amigas. Na sua última crise suicida, cerca de quinze dias antes da data da entrevista da paciente, houve pensamento suicida rígido e a mesma incendiou a casa com os filhos dentro. No momento da entrevista, as vozes que a paciente relatava ouvir, a todo tempo **mandavam** que ela desligasse o telefone, pois nada tinha a ganhar falando sobre sua vida, o mesmo ocorria quando tentava ir a terapia

ou fazer qualquer movimento que dissesse respeito a seu tratamento e acompanhamento em relação à saúde mental e física.

Virgem recebe assistência institucional do Núcleo de Estudo e Prevenção ao Suicídio (NEPS), no qual tem atendimento da terapia ocupacional, psicologia e enfermagem. É necessário ainda o destaque das suas relações no NEPS com Amiga 1, Amiga 2 e Amigo 1, com quem pode contar constantemente para dividir suas angustias e anseios. Eles constituem o suporte social institucional juntamente com a Igreja Pentecostal, a qual a paciente frequenta há alguns anos.

DESCRIÇÃO DE GENOGRAMA: FAMÍLIA CAPRICÓRNIO

Relacionamentos Emocionais

- - - 3 Relações Cortadas / Distante
- - - 1 Relações Cortadas Restauradas
- - - 1 Distante / Inferior
- ==== 2 Amizade / Próximo
- ==== 1 Melhores Amigos / Muito Próximos
- ~~~~ 1 Abuso
- - - 1 Desacordo/Conflito
- ==== 1 Harmonia
- 5 Amor

Relacionamentos Familiar

- 1
- 2 Casamento
- ✕ 1 Viúvo
- 2 Vivendo juntos
- 1 Comprometidos (por longo tempo)
- - - 5 Caso de amor e separados

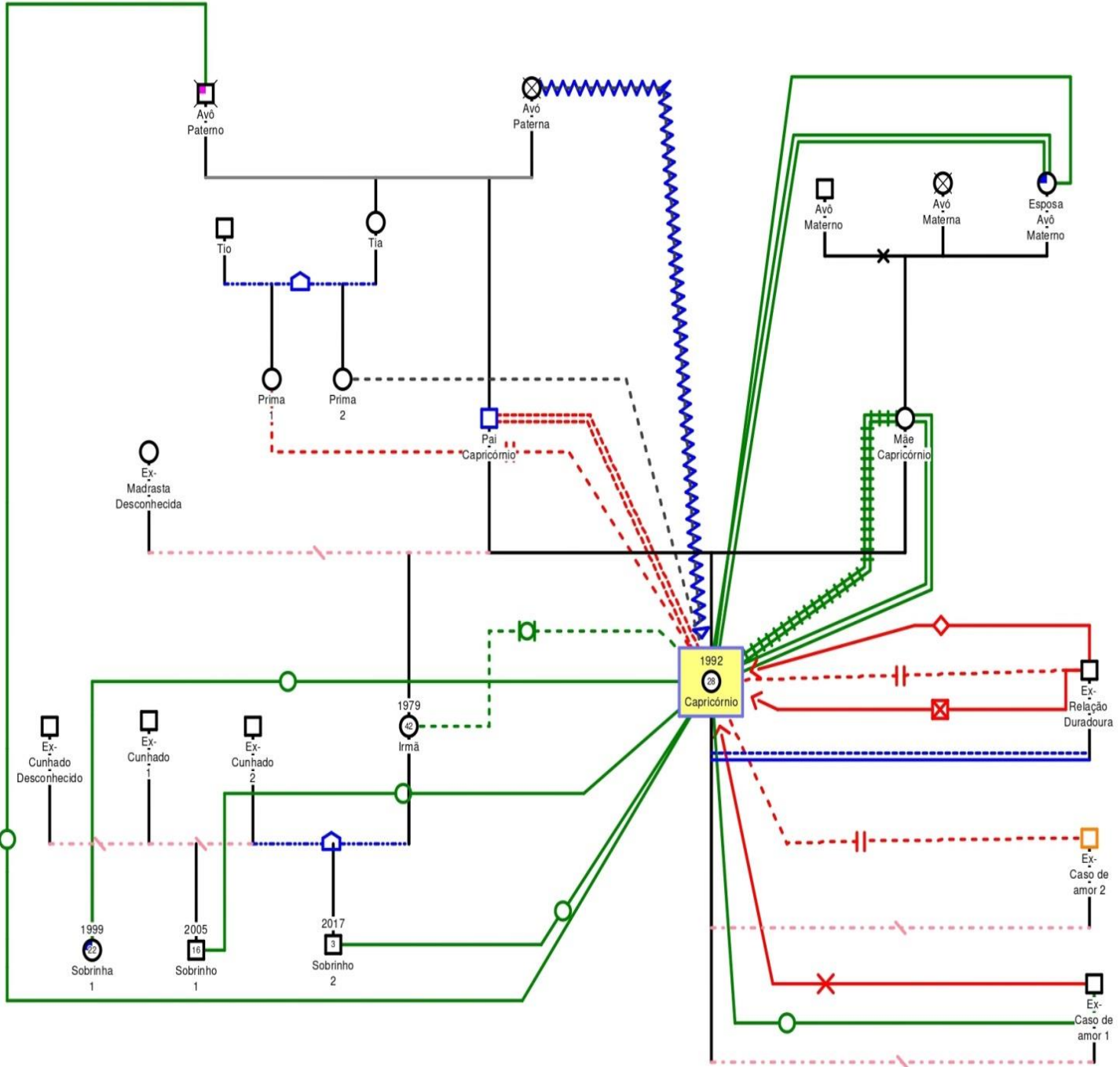
▲ 1 Secret

- 17
- 2 Depressão
- 1 Câncer
- 1 Abuso de Drogas
- 1 Alcoolismo

Simbolos do Genograma

Masculino Feminino Falecimento

○ 1



Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS)

Igreja Deus é amor Evangélica

Fazenda do avô/avó, local considerado seguro (interior da Bahia- Itaen)



Entrevistada: Capricórnio

Capricórnio é do gênero feminino, tem 28 anos, solteira, sem filhos, autônoma, mora em um prédio familiar com os pais, tios e primos e atualmente é praticante da religião evangélica.

Descrição do genograma: Capricórnio relata morar com a família de origem, seu pai e sua mãe. Sobre esses, é possível analisar no genograma que ao passo em que a relação com a mãe é de amizade/melhores amigos e muito próxima, o desacordo e conflito se faz presente em quase todos os diálogos com o genitor. Capricórnio relata ainda que esses conflitos se dão em sua maioria por conta do vício em nicotina, álcool e jogos do seu pai.

Em seu ciclo familiar materno há destaque para seu Avô Materno que em conjunto com Avó Materna (falecida no parto), geraram a Mãe de Capricórnio. Todavia, é em Esposa de Avô Materno, nova comunhão do seu avô, que a paciente remete à figura de avó, tendo uma ligação emocional próxima de harmonia e amizade. Relata ainda que se compreendem, se dão bem e que conversam muito, uma vez que Esposa de Avô Materno sofre de depressão como Capricórnio e ambas compartilham dos sentimentos advindos dessa patologia.

Já em seu núcleo familiar paterno, os dois avós se encontram falecidos. Sendo Avô Paterno falecido de câncer e que a paciente nutria ligação emocional de amor e sua Avó Paterna, que em contrapartida, Capricórnio tinha uma ligação emocional de abuso emocional e relata episódios em que sofreu diferenciação com outros netos por conta da cor de sua pele. Avô Paterno e Avó Paterna tiveram dois filhos, são eles: Pai de Capricórnio e Tia, a qual vive junto com seu companheiro Tio. Tia e Tio tem como fruto da relação duas filhas: Prima 2 de 12 anos, que tem uma ligação distante e inferior com Capricórnio, e Prima 1 de 25 anos que possui relações cortadas com a paciente.

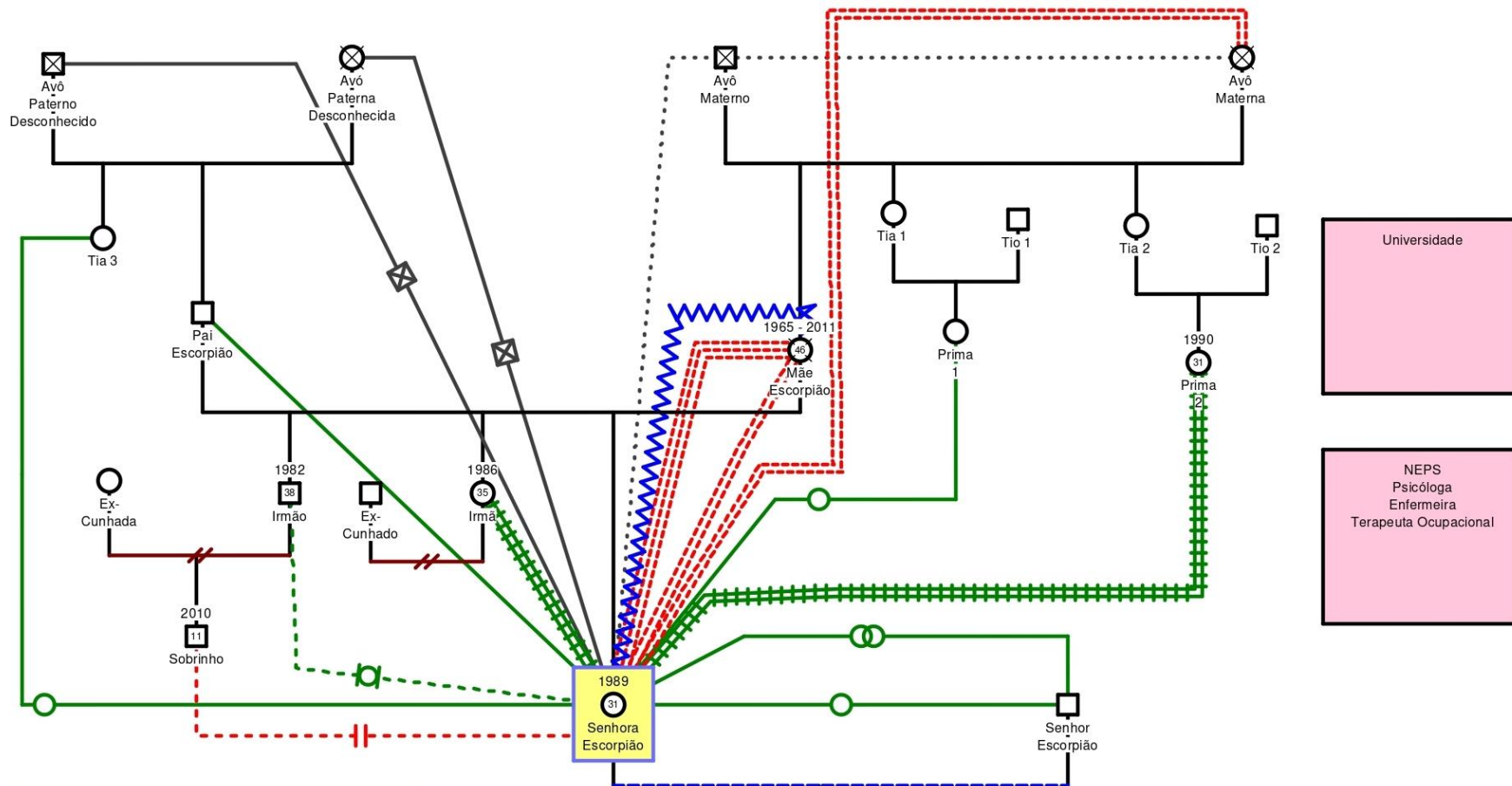
Da relação entre Mãe de Capricórnio e um Caso Amoroso do passado, nasceu Irmã de capricórnio de 42 anos, com a qual a paciente possui relações cortadas restauradas. Irmã tem três filhos, sendo eles: Sobrinha 1 de 22 anos, tem diagnóstico de depressão, episódios frequentes de automutilação; é fruto de um caso amoroso com um desconhecido; Sobrinho 1 de 16 anos fruto de caso amoroso de Irmã com Ex-Cunhado e por fim, Sobrinho 2 de 4 anos, fruto da atual relação de Irmã com Ex-Cunhado 2, com quem vive junto. Capricórnio nutre ligação emocional de amor com os três sobrinhos e relata que por causa deles, reatou os laços de amizade e amor com Irmã.

Para além disso, surgiram também as relações amorosas e afetivas da paciente. Seu primeiro namorado, identificado no genograma como Ex-Relação Duradoura, se manifestava

como controlador e ciumento, e esteve comprometido com a paciente por um ano, no período de 2016 a 2017, os dois foram noivos, mas se separaram depois de brigas intensas e discussões envolvendo a família de Capricórnio. Atualmente eles têm relações cortadas e distante. Um segundo parceiro afetivo foi Ex-Caso de Amor 2, o qual nutriu um sentimento de amor profundo, mas acabou terminando o relacionamento pois ele era usuário de drogas e álcool, o que segundo Capricórnio, o tornava ainda mais violento e controlador. Atualmente tem ligação emocional cortada e distante com Ex-caso de Amor 2. Por fim, seu último companheiro, Ex-Caso de Amor 1, que apesar de possuir característica manipulativa a paciente ainda nutre um sentimento de amor por ele. Estão separados e distantes.

Nesse contexto, Capricórnio relata o segredo familiar, representado pelo triângulo preto no genograma: sofreu duas tentativas de abuso sexual, sendo uma delas pelo amigo íntimo de seu pai e a outra por um desconhecido em um transporte público. Sofreu ainda abuso sexual, aos 9 anos, de um familiar cuja identidade a paciente não quis revelar. Reforçou sigilo absoluto sobre a situação pois sua família não comenta sobre o ocorrido e não querem trazer o assunto à tona.

Capricórnio tem vínculo institucional com o Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS), no qual a paciente se refere como se fosse algo como sua casa. Seu núcleo de identidade social é composto pela Igreja “Deus é amor”, frequentada pela mesma e que corresponde ao suporte social proveniente de sua religião. Ainda em seu núcleo social, há destaque para a fazenda dos seus avós em uma cidade no interior da Bahia onde a paciente considera como um local seguro e que sente bem ao passar dias lá.

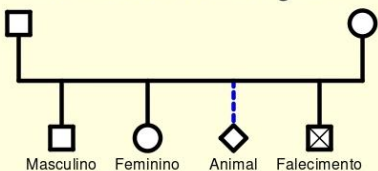


Relacionamentos Emocionais

- - - - 1 Relações Cortadas / Distante
- - - - 1 Relações Cortadas Restauradas
- 2 Indiferente / Apático
- ##### 2 Melhores Amigos / Muito Próximos
- ~~~~~ 1 Abuso Emocional
- ⊗ 2 Nunca encontrou/viu
- 2 Desacordo/Conflito
- ||||| 1 Ódio
- 1 Harmonia
- 3 Amor
- 1 Amando



Simbolos do Genograma



Relacionamentos Familiar

- 5 Casamento
- /// 2 Divorciado
- - - 1 Noivos

Entrevistada: Escorpião

Descrição do genograma: A paciente do gênero feminino, tem 31 anos, está noiva, mora com o pai e a irmã mais velha.

O genograma de Escorpião consta com três gerações, sendo elas: avôs, pais e filhos. A paciente faz parte da terceira geração, pois nem ela e nem sua irmã tem filhos. Em seu núcleo familiar paterno, sua avó é desconhecida, e Escorpião nunca encontrou ou a viu, o mesmo ocorre com seu avô. Além de seu pai, que tem uma relação harmoniosa, seus avós paternos também tiveram sua Tia 3 com qual a paciente possui ligação emocional de amor.

Em contrapartida, em seu núcleo familiar materno onde existe seu Avô Materno, com o qual possui uma relação emocional apática e indiferente, e sua Avó Materna que tem uma ligação emocional de desacordo e conflito com a paciente. Destaca-se que a ligação emocional deste casal é de indiferença e apatia. É necessário a ressalva que a violência psicológica sofrida pela avó é algo relatado por Escorpião passado de gerações pois sua mãe, Mãe Escorpião, a tratava da mesma forma. Os abusos psicológicos, censuras, críticas e julgamentos eram constantes na relação com sua genitora. Ela faleceu aos 46 anos, com uma meningite bacteriana fatal. Escorpião nutria ligação afetiva de ódio, conflito e desacordo. Do fruto da relação de seus avós maternos, Escorpião tem duas tias: a Tia 1 que é casada com o Tio 1 e são pais da sua Prima 1 que possui ligação emocional de amor. Existe ainda sua Tia 2 que é casada com Tio 2 e são pais de Prima 2, de 30 anos, a qual possui vínculo muito próximo sendo melhores amigas. Além disso, a paciente possui uma prima de sua parte materna que sofre de esquizofrenia, a Graciele.

Escorpião é fruto da relação conjugal de seus pais Pai Escorpião e Mãe Escorpião, que também tiveram outros dois filhos. Irmã de 35 anos, com a qual a paciente nutre ligação emocional muito próxima, sendo melhores amigas e seu Irmão de 38 anos, com o qual Escorpião possui relações cortadas restauradas. Este irmão é atualmente divorciado de Ex-Cunhada, ex-cunhada da paciente e mãe de Sobrinho de 11 anos, que possui relações distantes e cortadas com a paciente.

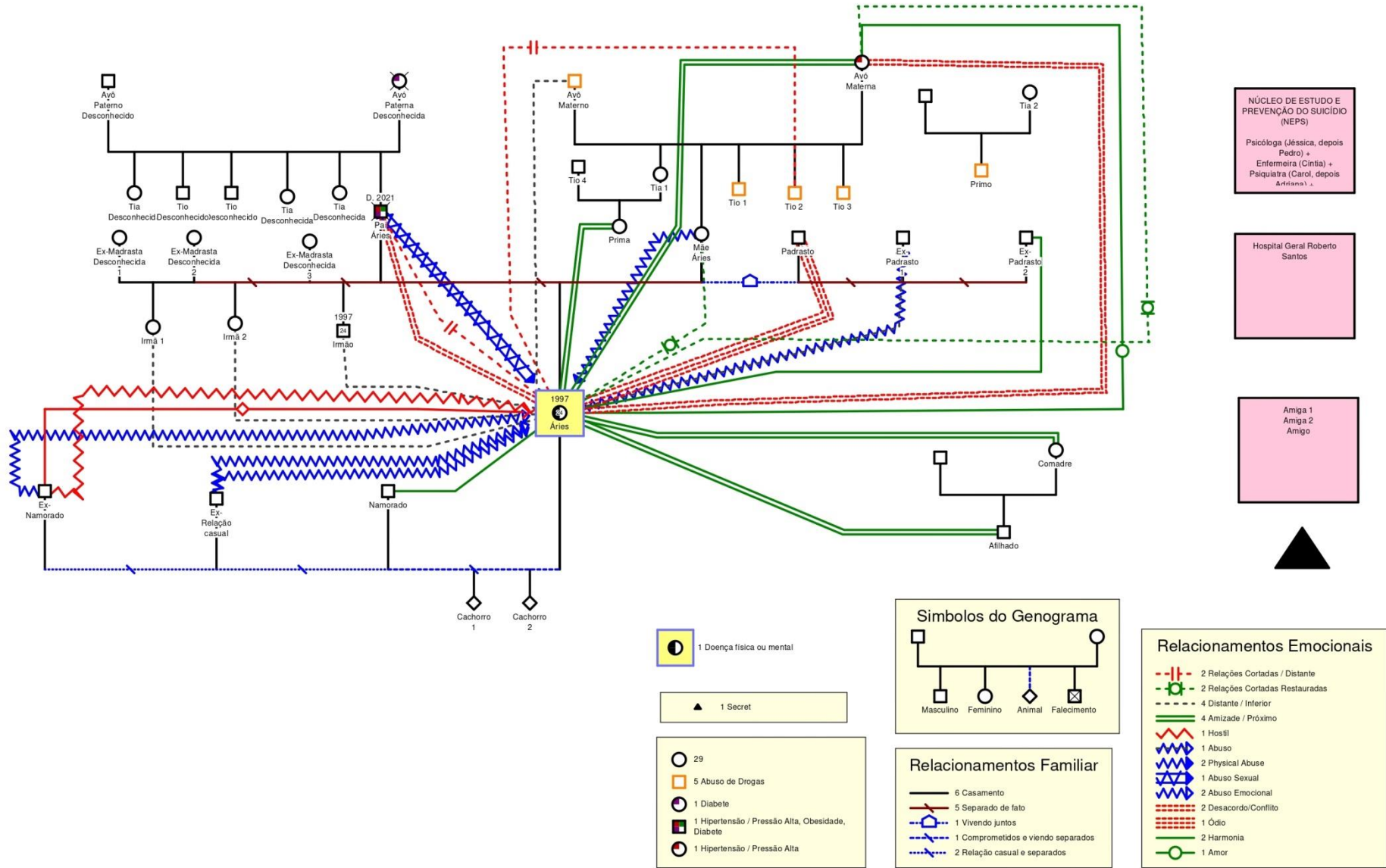
Em seu núcleo afetivo Escorpião tem relação com Noivo, cuja paciente nutre o sentimento de amor. Juntos eles adotaram Cachorra que corresponde a “primeira filha do casal” como citado por ela no momento da descrição do genograma. Antes de Noivo, Escorpião não considera nenhum relacionamento sério, por isso não foram citados no genograma.

As tentativas de suicídio de Escorpião vieram após a morte da sua mãe. Essa não é a causa, mas foi um gatilho muito importante para chegar até aqui. Ela foi diagnosticada com

transtorno de personalidade *boderline* com alto risco suicida, parasuicida e episódios de automutilação e logo após referenciada para iniciar o tratamento no NEPS. No dia que ela chegou ao Núcleo, ela tinha tentado suicídio na Universidade e comunicado a uma professora. Descreveu em seu genograma que algumas figuras femininas lembram muito a mãe dela, com a qual não teve finalizações que gostaria, por isso, se apega **muito** a quem possa remeter lembranças de cuidado, amor e maternidade.

Atualmente, recebe assistência institucional do Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS), onde tem atendimento da equipe de psicologia, enfermagem e terapia ocupacional. Além disso, relata ter construído alguns vínculos de amizade advindas do NEPS: Amiga 1, Amiga 2, Amiga, 3 e Amigo 1. Também possui vínculo institucional com sua ex universidade, a qual precisou trancar os estudos. Mesmo assim, fez vínculo de amizade com Amiga 4 e Amiga 5, a quais considera fonte de confiança

DESCRIÇÃO DE GENOGRAMA: FAMÍLIA ÁRIES



Entrevistada: Áries

Descrição do genograma: Paciente possui 24 anos, do gênero feminino, é católica, solteira, reside sozinha e tem como profissão atual a de estudante de tecnologia em radiologia.

Seu genograma foi construído em quatro gerações: avós, pais e filhos e netos, sendo Áries a terceira geração descrita. Do seu núcleo familiar paterno a paciente possui cinco tios (endo três tias e dois tios) que são frutos da relação de seus avós paternos, os quais a mesma também não possui nenhuma ligação emocional. Tem ainda três irmãos por parte de pai, o Irmão de 24 anos, fruto da relação de seu pai com cônjuge desconhecida da paciente, tal relação conjugal foi rompida, a ligação emocional da paciente com este irmão é distante e inferior apesar de ambos possuírem a mesma idade e terem nascido quase no mesmo dia, mês e ano. A Irmã 1, Irma 2 e Irma 3, todas de idade desconhecidas, são fruto de relação de seu pai com uma segunda e terceira relação amorosa também desconhecidas, que fora rompida em pouco tempo. A ligação emocional da paciente com as irmãs é distante e inferior.

A paciente é fruto da relação de seus pais Mãe Áries e Pai Áries, que atualmente encontram-se separados, Áries foi a única filha fruto desta relação. A paciente conheceu seu pai aos 14 anos e sofreu uma tentativa de abuso sexual por ele, eis o triângulo preto no genograma. Esse assunto apenas teve ouvidos na Mãe Áries e Avó Áries, protetores e guardiães fies de Áries. O restante da família, não deu credibilidade e nem confiança para a história que ela contou. No ano de 2021, já com algumas doenças prévias como hipertensão e diabetes o Pai Áries teve um infarto agudo do miocárdio (IAM) e faleceu em decorrência da COVID-19 adquirida no hospital.

A primeira tentativa de suicídio de Áries veio logo após a tentativa de abuso sexual por parte do Pai Áries. Ela ingeriu, em grande quantidade, uma substância altamente tóxica e corrosiva que a fez perder o esôfago. Áries utilizou uma sonda para alimentação e foi cuidada pela Mãe Áries e pela Avó Áries por quase três anos antes de se recuperar desse trauma. Foi a partir desse momento, do atendimento de emergência, por tentativa de suicídio grave, que ela chegou ao Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS).

Áries relata ainda que sofreu abuso psicológico de sua mãe, Mãe Áries, a qual atualmente possui relações cortadas restauradas, mas de amor. Do seu núcleo familiar materno a paciente possui três tios, sendo eles: Tio 1, Tio 2 e Tio 3, os quais todos são usuários de drogas e os dois primeiros são viciados, a paciente possui relação emocional cortada e distante apenas com seu Tio 3, os outros dois relata ter harmonia. Há ainda sua Tia 1 que é casada com Tio 4, que são pais de sua Prima a qual possui uma ligação emocional próxima de amizade. Todos os

seus tios, tia e sua mãe são filhos do seu Avô Materno, o qual possui relação inferior e distante, e da sua Avó Materna, a qual a paciente já teve conflito e desacordo, mas que atualmente possui relações cortadas restauradas e ligação emocional próxima, de amor e de amizade. Avó Materna inclusive só tem ela de neta e é responsável pelo cuidado, suporte social e atenção dada ao tratamento de Áries.

Nas relações conjugais é necessário destacar primeiro a Mãe Áries. Essa juntou-se com Ex-Padrasto 2, o qual a paciente possui relação harmoniosa e de amor, é a quem ela se refere como “Pai Áries de verdade”. Todavia, com Ex-Padrasto 1, que atualmente também se encontra separado de Mãe Áries, Áries passou por uma situação de tentativa de abuso sexual e hoje possui ligação emocional inferior e distante com o mesmo. Com o atual companheiro da Mãe Áries, Padrasto, a paciente possui ligação emocional de ódio e conflito.

Já nas relações amorosas de Áries também existem ponderações importantes. Primeiro esteve com Ex-Namorado, que foi casual e de curto tempo, a paciente descreve no seu genograma ter sofrido abuso emocional onde o mesmo apresentava comportamento hostil e ciumento. No caso de Ex-Relação Casual, seu relacionamento subsequente, a paciente sofreu abuso emocional e psicológico, sofrendo ainda violência física ao fim da relação que durou dois meses. Já em sua relação atual com Namorado, de 36 anos, o qual Áries conheceu através da internet em um aplicativo de relacionamento (*Tinder*), ela possui uma relação harmoniosa. A relação é descrita como “relacionamento a distância”, mas Namorado viaja para Salvador sempre que o trabalho permite, sai de férias com a família Áries e se falam todos os dias por chamada de vídeo. A relação dura cerca de dois anos, estão comprometidos e são monogâmicos.

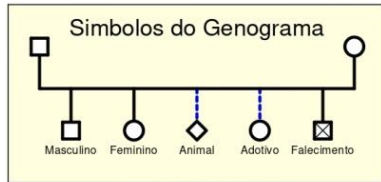
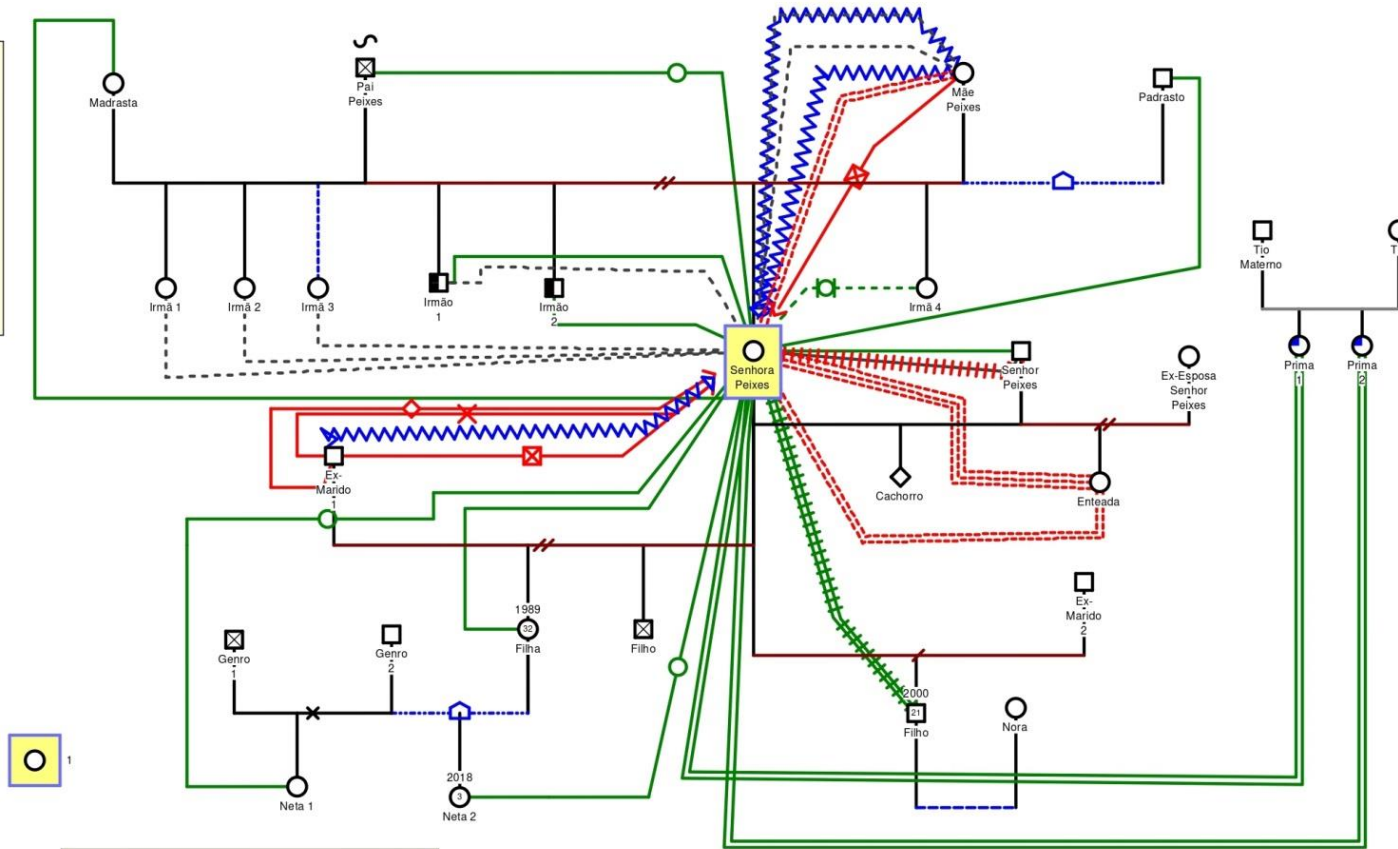
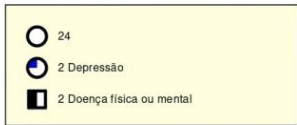
Compõe ainda o ciclo afetivo da relação de Áries, as duas cachorras que vieram após os internamentos da tentativa de suicídio: Cachorro 1 e Cachorro 2. Atualmente fazem parte da rotina da Áries, residem com ela e não a deixam ficar sem atividades para fazer.

Por fim, em seu ciclo de amizades Áries possui três amigos antigos, são eles: Amigo, Amiga 1 e Amiga 2. Há ainda Comadre que é sua comadre e mãe de Afilhado, de 8 anos, que é afilhado da paciente. Elas mantem uma relação de amizade há anos, entretanto tiveram alguns conflitos que as deixaram separadas e compartilhando menos de suas intimidades durante o tempo.

Áries foi diagnosticada com depressão, transtorno de personalidade *Boderliene* e compulsão alimentar, além das características que envolvem o comportamento suicida. A paciente recebe apoio institucional do Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS), no qual obtém atendimento psicológico, psiquiátrico e de enfermagem. Recebeu também apoio institucional do Hospital Geral Roberto Santos, no qual se manteve internada em decorrência

de tentativa de suicídio, durante seu período de internação fez vínculos com os profissionais que a atenderam.

DESCRIÇÃO DE GENOGRAMA: FAMÍLIA PEIXES



Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS)
T.O
Psicóloga

CETRASC
Centro espirita no IAPI

Centro Espírita
Bezerra de Menezes



Entrevistada: Peixes

Descrição do genograma: Paciente do gênero feminino, 44 anos de idade, casada, tem 2 filhos, é autônoma e religião de espírita.

A construção do genograma da família Peixes se deu a partir de quatro gerações: avôs, pais, filhos e netos. Sendo a geração da paciente, Peixes, a segunda. A paciente é fruto da relação matrimonial rompida de sua Mãe Peixes e de seu Pai Peixes. Peixes não soube ao certo a idade, mas Mãe Peixes tem entre 70 e 75 anos, reside em uma cidade no interior da Bahia e atualmente é pastora. A relação delas é descrita como ligação emocional controladora, inferior e distante, e ainda de conflito e desacordo, tendo sofrido abuso emocional da mesma durante toda a vida. Contrastante a isso, com seu Pai Peixes, imigrante (representado no genograma pelo símbolo diacrítico til) de Portugal e falecido há 38 anos, Peixes nutre ligação emocional de amor e se emociona muito ao falar da relação de amizade que eles tinham.

Além da paciente, Pai Peixes e Mãe Peixes tiveram outros três filhos, são eles: Irmão 1, do gênero masculino que sofre de transtorno de ansiedade e delírio de perseguição, com o qual a paciente tem relação distante e inferior, mas de harmonia; Irmão 2, do gênero masculino que foi diagnosticado com síndrome do pânico; e por fim, Irmã 4 do gênero feminino, com quem a paciente tem relações cortadas restauradas. As relações dos seus irmãos com a Mãe Peixe também são muito inconstantes, pois todas as três gerações que se apresentam estão envolvidas em vivência de algum tipo de violência e apresentam transtorno mental não tratado ou em tratamento. Assim, os conflitos durante gerações foram perpassando sem intervenções ou quebras, porque nessa família, especificamente, a figura do pai, é representada como “o guardião”, justamente aquele “designado” ou visto como o que mantém a harmonia e equilíbrio entre o ciclo familiar. Após a morte do guardião, ninguém ocupou esse lugar e a balança familiar não conseguiu sustentar-se por muito tempo e foram trocados e superestimado os papéis de mãe, filho, irmão e avós.

Além disso, a paciente ainda tem outras três irmãs que são frutos da relação de seu pai com sua esposa, Madrasta, que é espanhola. Irmã 1 e Irmã 2 são as filhas biológicas do casal e Irmã 3 é a filha adotiva. Peixes tem relações cortadas e distantes com estas irmãs. Já em seu núcleo familiar materno, é importante pontuar sobre seu Tio Materno, irmão de Mãe peixes, que faleceu em decorrência de doença de Chagas. Este era casado com Tia, com a qual teve

duas filhas, sendo elas: Prima 1, e Prima 2, primas da paciente as quais possui relação profunda de amizade. Ambas são acometidas de depressão profunda, assim compartilham sentimentos e inseguranças sobre a doença. O núcleo familiar materno é composto ainda pelo

Padrasto da paciente de 93 anos que vive junto com a mãe Peixes, com o qual a paciente tem relação de harmonia.

Em relação ao núcleo afetivo de Peixes há destaque para Ex-Marido 1, ex-companheiro, descrito como relações de ciumento e controladora, do qual a mesma sofreu abuso emocional durante anos e atualmente encontram-se divorciados. Fruto desta relação o casal teve Filha de 32 anos, do gênero feminino, e antes delas, Peixes sofreu um aborto espontâneo aos 7 meses de gravidez de um bebê do sexo masculino. Hoje Filha é viúva de Genro 1 com quem era casada, o mesmo era policial e foi assassinado, fruto desta relação Filha 1 aos 21 anos se tornou mãe de Neta 1 que atualmente tem 10 anos e que a paciente tem ligação emocional de amor com esta neta. Com seu atual companheiro que Filha 1 vive junto, teve sua segunda filha, Neta 2 de 3 anos, com a qual Peixes também nutre ligação emocional de amor.

Peixes se relacionou também com Ex-Marido 2, com o qual esteve casada por 18 anos, mas que atualmente se encontram divorciados. Fruto desta relação o casal teve um filho, o Filho 1, de 21 anos, que está noivo de Nora, sua atual companheira. A paciente possui relação muito próxima com seu filho, sendo melhores amigos.

Atualmente Peixes é casada com Marido, do gênero masculino, com o qual a paciente está há cinco anos. A principal ligação emocional com este companheiro é de desconfiança. Compõe ainda o núcleo desta relação o cachorro do casal, Cachorro1. No dia da entrevista para construção desse genograma, Cachorro1 tinha acabado de ser levado para casa de outra pessoa, pois a paciente estava tendo crises de ansiedade e tinha medo de se descontrolar e sem querer fazer algum ato de maus tratos. Ele é descrito no genograma como elo de sanidade, cuidado e amor que a paciente sente em relação a outro ser vivo. Ao contrário disso, com Enteadada de 16 anos, fruto da relação matrimonial anterior de Marido, nutre ligação emocional de ódio, tendo uma relação de desacordo e conflito.

Voltando a história da paciente, é possível perceber que em seu genograma aparece o triângulo preto. Esse indica grande segredo que percorre pela família e que não é falado ou abertamente exposto pelos seus membros. Nessa família, o segredo do abuso sexual se faz presente. Peixes relata ter sofrido abuso sexual de um vizinho aos 4 anos de idade, mas ninguém além da mãe sabe, relata não ter tido creditação na sua história e que foi ignorada há anos.

Atualmente, Peixes recebe apoio institucional do Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS), com destaque para o suporte da equipe de psicologia e terapeuta ocupacional. Acerca das suas entidades sociais, pontua-se o Centro Espírita Trabalhadores da Seara de Cristo (CETRASC) e o Centro espírita Bezerra de Menezes onde relatada poder comunicar-se com pessoas que já estão desencarnadas e exercer seus dons espirituais.

DESCRIÇÃO DO GENOGRAMA: FAMÍLIA LIBRA

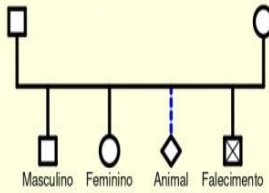
Relacionamentos Emocionais

- 1 Indiferente / Apático
- 2 Distante / Inferior
- ==== 1 Amizade / Próximo
- ##### 1 Melhores Amigos / Muito Próximos
- ~~~~~ 4 Abuso Emocional
- ~~~~~ 2 Desacordo/Conflito
- ==== 5 Harmonia
- 2 Amor

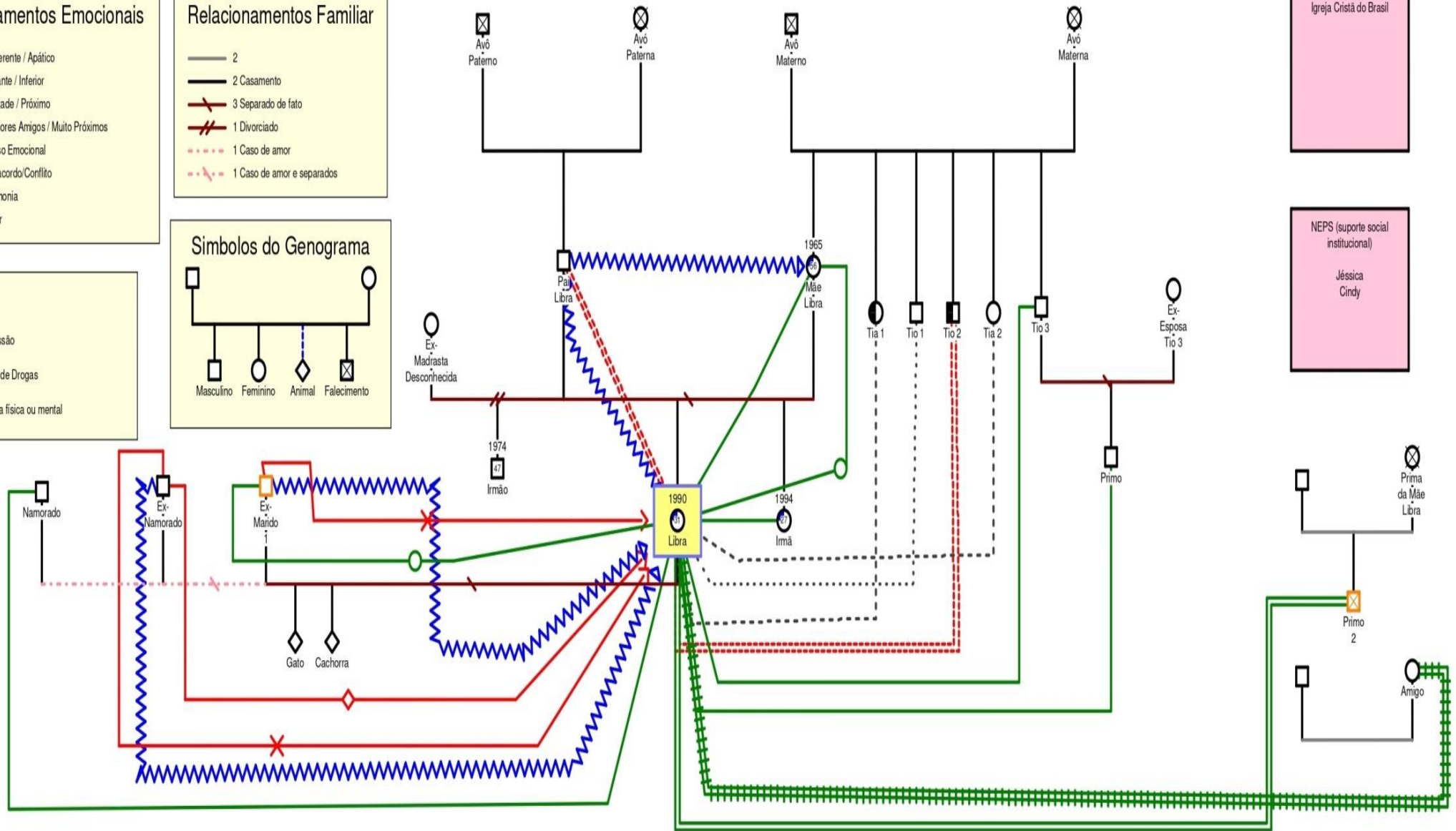
Relacionamentos Familiar

- 2
- 2 Casamento
- 3 Separado de fato
- 1 Divorciado
- 1 Caso de amor
- 1 Caso de amor e separados

Simbolos do Genograma



- 20
- 3 Depressão
- 2 Abuso de Drogas
- 2 Doença física ou mental



Igreja Cristã do Brasil

NEPS (suporte social institucional)
Jéssica
Cindy

Prima da Mãe Libra

Primo 2

Amigo

Entrevistada: Libra

A paciente tem 30 anos, nascida em 27/09/1990, do gênero feminino, evangélica, aposentada pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) há 2 anos. Está em um relacionamento sério e atualmente reside com a mãe e a irmã mais nova.

Descrição do genograma: Libra tem diagnóstico de ansiedade e depressão, tem episódios de automutilação e sofre de compulsão alimentar e compulsão por compras, tendo desenvolvido atualmente terror noturno acompanhado de falta de ar. Relata que sua primeira tentativa de suicídio foi aos 16 anos, mas chegou ao NEPS há mais ou menos cinco anos, após meses internada por atear fogo ao seu próprio corpo, segundo ela, foi a tentativa de suicídio mais grave que fizera, quase chegando ao óbito.

Na construção do seu genograma foram identificadas três gerações: avós, pais e filhos, sendo ela e a irmã a terceira geração. Em seu núcleo familiar paterno, sua Avó Paterna de nome não identificado e seu Avô Paterno são desconhecidos e ambos já se encontram falecidos. Possui ainda um irmão por parte de pai, o Irmão de 47 anos, fruto da relação de Pai Libra com Ex-Madrasta Desconhecida.

No seu núcleo familiar materno, seus avós Avô Materno e Avó Materna já se encontram falecidos, os dois eram primos e como fruto de sua relação conjugal tiveram cinco filhos além da mãe da paciente, são eles: Tia 1, acometida por paralisia infantil com quem Libra possui ligação emocional inferior e distante; Tia 2, com a qual a paciente tem ligação emocional inferior e distante; Tio 1, que apesar de acompanha-la no NEPS, não corresponde a uma figura de suporte, sua ligação emocional com o mesmo é indiferente e apática; Tio 2, de 59 anos tem diagnóstico de esquizofrenia e recebe cuidados de Libra, de sua mãe, irmã e tias, sua ligação emocional com ele é de conflito e desacordo; Por fim, seu tio, Tio 3 de 33 anos que trabalha como pintor cuja paciente tem ligação emocional de harmonia, Tio 3 é pai de Primo de 12 anos que é fruto de seu ex relacionamento com Ex-Esposa Tio 3, Primo corresponde a um importante suporte afetivo para a paciente, com quem possui ligação emocional de harmonia. Todos os seus tios moram no mesmo terreno da casa da paciente e com exceção de Tio 3, dependem financeiramente de Libra e de sua mãe.

Ainda no núcleo familiar materno, Libra relata que sua Mãe Libra de 56 anos, trabalha como operadora de caixa, já tendo sido diagnosticada com depressão e corresponde a um importante suporte afetivo para ela atualmente. Elas nutrem uma ligação emocional de amor e harmonia. Sua Irmã de 26 anos também compõe seu núcleo de suporte afetivo familiar, com a qual a paciente possui ligação emocional de harmonia, Irmã iniciou tratamento psicológico

recentemente por conta da depressão e ansiedade. Ainda em seu núcleo materno há destaque para Primo 2, que possuía vício em drogas e foi preso e assassinado aos 18 anos após sair da prisão, Primo 2 é filho de Prima da Mãe Libra.

Na segunda geração, a de seus pais, ressalta-se que a paciente e sua irmã são frutos da relação conjugal de seu Pai Libra e de sua Mãe Libra. Pai Libra é do gênero masculino, tem 60 anos, é enfermeiro, abandonou a família da paciente quando a mesma ainda era pequena, tendo uma relação distante com as filhas e de abuso psicológico e emocional, além de uma ligação emocional de desacordo e conflito com a paciente.

Em seu núcleo afetivo há destaque para seus três relacionamentos. Ex-Namorado de 28 anos, que trabalha como vigilante, de quem a paciente sofreu abuso emocional e se destacava por ser ciumento e manipulativo, os dois se encontram separados de fato. Ex-Marido de 32 anos, que possui vício em drogas e trabalha como motorista particular, os dois estiveram juntos por quatro anos e meio e era com quem a paciente se relacionava na época da sua última tentativa de suicídio. Nesta relação, Libra sofreu abuso emocional, além do ex-companheiro ser manipulativo, o relacionamento chegou ao fim após a mãe da paciente intervir, proibindo os dois de se encontrar após crise suicida supracitada. Durante o período da relação os dois moraram juntos e Libra nutria ligação emocional de amor. Por fim, Namorado de 31 anos, que trabalha como operador e corresponde à atual relação da paciente, os dois estão juntos há 6 meses e Libra nutre ligação emocional de harmonia com o mesmo.

Para concluir as relações de Libra, há ainda Amigo, o qual conheceu, online, jogando “*Free Fire*”. Amigo tem 17 anos, é estudante e reside em outra cidade, os dois nutrem a relação de amizade há dois anos, e ele é a pessoa a quem a paciente se refere como “irmão”, sua ligação emocional é muito próxima, de melhores amigos. Sugeriu ainda no genograma familiar, os dois animais de estimação, os quais correspondem a um importante suporte afetivo, são eles: Cachorra, que fora adotada há quatro anos e Gato, adotado depois de uma das suas tentativas de suicídio. Segundo Libra, Gato, a ajudou de forma efetiva em sua recuperação.

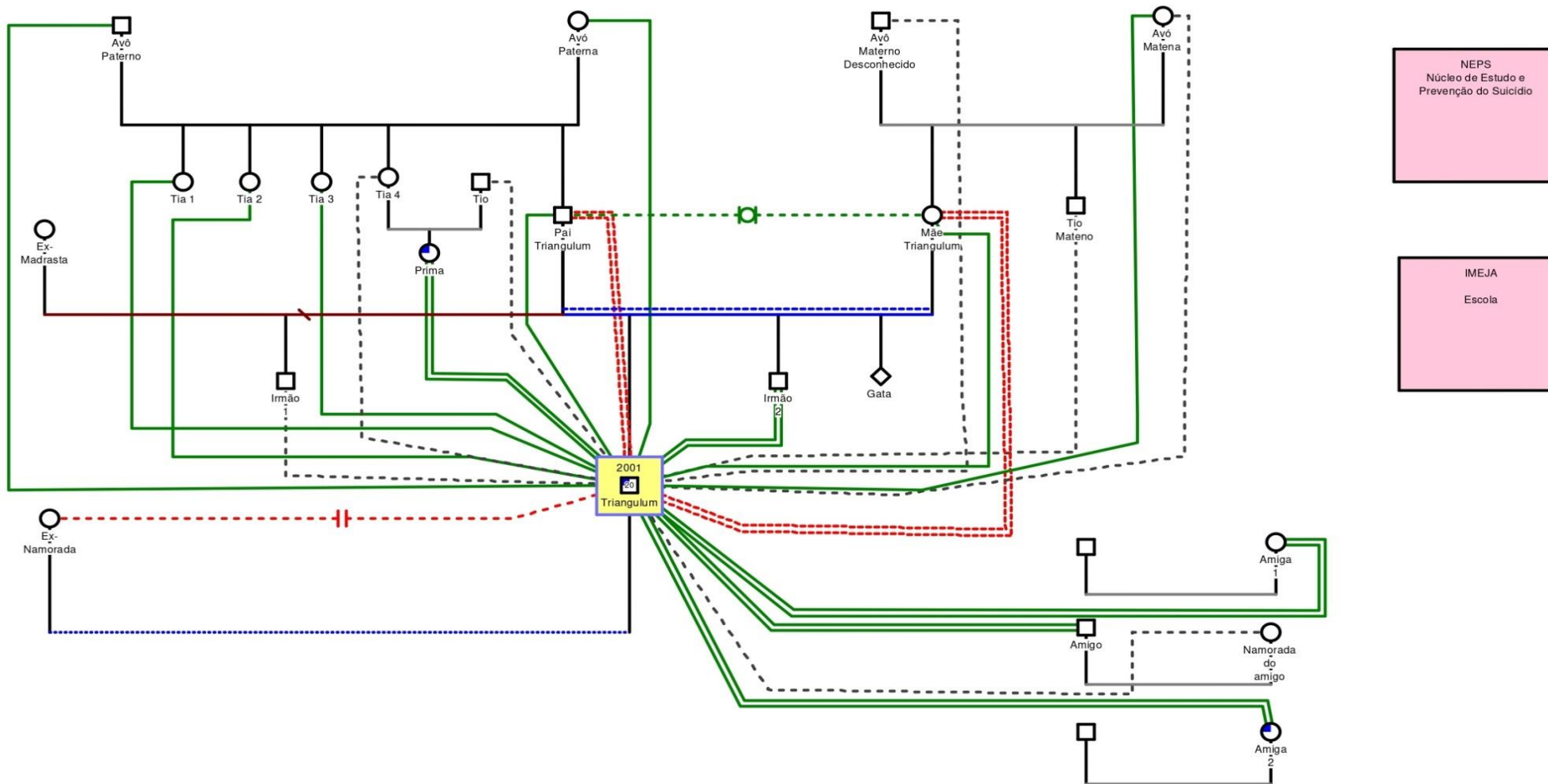
No que concerne ao suporte social institucional, Libra relata o atendimento no NEPS e se refere ao Núcleo um lugar onde “enxerga a vida”. Relata ter construído vínculo de amizade com outras duas pacientes do NEPS, as quais se tornaram amigas na vida íntima. No seu relato constitui ainda como suporte institucional, uma Igreja Cristã, mas após sofrer episódios de preconceito em relação as suas tatuagens e suas vestimentas, não mais corresponde a um suporte institucional em sua vida.

Diante da construção do genograma dessa família é possível perceber três gerações mergulhadas em relacionamentos abusivos, no que diz respeito principalmente as relações

conjugais/amorosas. As tentativas de suicídio, apesar de serem relatadas apenas na 3ª geração, repercutem de modo diferente e singular sobre cada pessoa e isso pode ser observado também no método escolhido para a tentativa de morte autoprovocada. A autoimolação, como é conhecido o ato de atear fogo a si próprio, permite compreender o suicídio como uma ação vivida num contexto sociocultural determinado (ROCHA, BORGES, MOREIRA, 2012).

Libra é uma constelação muito equilibrada, não à toa que na sua simbologia está uma balança. O equilíbrio da vida parece ser seu alimento, mas as vezes basta um elemento como o ar para tirar de compasso sua leveza. Por isso, apesar de estar entre outras duas constelações importantes e que te fazem companhia, Libra por vezes pode ser vista solitária e querendo o controle do céu.

DESCRIÇÃO DO GENOGRAMA: FAMÍLIA TRIANGULUM



Relacionamentos Familiar

- 5
- 1 Casamento
- 1 Separado de fato
- 1 Comprometidos (por longo tempo)
- 1 Relação casual (curto tempo)

Relacionamentos Emocionais

- - - 1 Relações Cortadas / Distante
- - - 1 Relações Cortadas Restauradas
- - - 7 Distante / Inferior
- 5 Amizade / Próximo
- - - 2 Desacordo/Conflito
- 8 Harmonia

Simbolos do Genograma

Masculino Feminino Animal

○ 22

● 2 Depressão

■ 1 Depressão

Entrevistado: Triangulum

O entrevistado tem 20 anos, nascido em 18/04/2001, do gênero masculino, católico, solteiro, tem como ocupação profissional inspetor de turmas de uma escola municipal. Mora com os pais e o irmão mais novo.

Descrição do genograma: Triangulum é diagnosticado com ansiedade e depressão, desde que iniciou o tratamento no NEPS em 2017, aos 16 anos. Relata ter tentado suicídio três vezes, entre os seus 15 e 17 anos, todas as vezes por intoxicação de medicamentos. O paciente relata a prática de atividade física por meio do ciclismo e desde agora estuda para iniciar a faculdade de Matemática, ações estas que segundo ele, o mantém mentalmente saudável. Atualmente mora com o pai Triangulum e a mãe Triangulum, com os quais possui uma ligação emocional de harmonia, mas as vezes também de conflito e desacordo, relatando nunca conversar com estes sobre a depressão e sobre as tentativas de suicídio.

Foram identificadas 3 gerações no genograma de Triangulum: os avós, os pais e os filhos. Compondo seu núcleo familiar paterno, sua Avó Paterna, de 70 anos, e seu Avô Paterno, de 80 anos, com os quais possui uma relação harmônica. Triangulum possui também uma relação de harmonia com suas tias Tia 1, Tia 2 e Tia 3, sendo esta última sua madrinha, enquanto com sua Tia 4, ele descreve ter uma ligação emocional distante e inferior. Há ainda sua Prima que é fruto da relação conjugal de Tia 4 com seu esposo Tio, a Prima tem 24 anos, é estudante de direito e assim como Triangulum, também tem diagnóstico de depressão. Eles possuem uma relação próxima e de amizade, onde conversam regularmente, com frequência, a considerando um suporte social importante.

Já em seu núcleo materno, há sua Avó Materna, com quem possui uma relação distante, mas de harmonia e seu Avô Materno que é desconhecido. Fruto da relação do casal, além de sua mãe Triangulum, tem seu Tio Materno, com o qual possui uma relação distante. Ele menciona que visita sua avó e seu tio uma vez ao ano no período de férias escolares.

Na segunda geração. Triangulum e seu Irmão 2 são fruto da relação conjugal entre seu Pai Triangulum e sua Mãe Triangulum, enquanto Irmão 1 é fruto da relação de seu Pai Triangulum com sua Ex-Madrasta. Os pais Triangulum tiveram as relações cortadas por um período, o que deixou Triangulum muito confuso e em crise emocional. Depois de alguns meses as relações entre os pais foram reestabelecidas e voltaram a morar juntos na mesma residência. A relação do paciente com o irmão mais velho, Irmão 1, de 25 anos, é descrita como distante, eles não têm aproximação e nem conversam com frequência. Já com Irmão 1, de 13 anos, Triangulum possui uma ligação emocional próxima e de amizade, mencionando ter um

relacionamento de cuidado e de companheirismo com este. Este relata que a família Triangulum é constituída pelo pai, pela mãe, pelo irmão e pela Gata1 (mascote da casa) que foram as pessoas que estavam ao lado dele nos momentos em que precisou de cuidado por conta das internações das tentativas de suicídio.

Em seu núcleo afetivo destaque para Ex-Namorada, ex-companheira que Triangulum conheceu durante um curso de arbitragem que os dois participaram, e na época, ambos tinham 14 anos. Os dois mantiveram uma relação casual de curto período e a distância foi mencionada por Triangulum como um dos motivos para o rompimento. Os dois foram se distanciando e com o passar tempo culminou pra o fim da relação, sem haver brigas ou conflitos. Após o fim deste relacionamento Triangulum relata não ter tido nenhuma relação séria, apenas casualmente.

Em seu núcleo de apoio institucional relata a escola onde estudou durante todo o ensino médio, que é a mesma a qual retornou recentemente após ser contratado como inspetor de turma. Triangulum pretende ser professor nesta escola após a sua formação em matemática. Ainda sobre a escola, é importante destacar a relação dele com a Amiga 1, Diretora Geral da instituição e chefe de Triangulum, a quem ele considera uma segunda mãe e possui uma ligação emocional de amizade.

Por fim, destaca-se seu núcleo de amigos que é composto por Amigo e Amiga 2. Amigo estudou com Rodrigo durante o ensino médio, tem diagnóstico de ansiedade e possui uma ligação de amizade e próxima com o paciente. Triangulum mencionou Amigo como seu melhor amigo e relatou que os dois conversam quase todos os dias por meio de mensagens online. Ainda vale ressaltar que o paciente mencionou só falar sobre os seus sentimentos com Prima e Amigo. Surgiu no genograma a Amiga 2, que também estudou com o paciente durante o ensino médio e tem diagnóstico de depressão. Os dois conversam quase todos os dias através de aplicativos de mensagens e sua ligação emocional é de amizade e próxima.

Durante a construção do genograma, Triangulum mencionou sobre a falta de amigos e a tristeza profunda que sente. Ao tempo que mostra uma ambivalência em relação aos sentimentos, relata se esforçar para manter relações de amizade com Prima, Amigo 1 e Amiga 2, bem como relações harmoniosas com seus pais e irmão. Ele acrescenta ainda que não tenta suicídio há quase 2 anos e continua fazendo o tratamento de forma regular no NEPS com acompanhamento da equipe de terapia ocupacional e psiquiatria.

5.3 A DINÂMICA FAMILIAR DE PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA

Após descrição detalhada dos genogramas de cada família, foi possível a compreensão da árvore genealógica, bem como se dá os vínculos no núcleo familiar de cada usuário do NEPS. Isso porque os genogramas foram bases fundamentais para construção dos manuscritos, identificação dos familiares mais próximos e o suporte social de instituições externas as famílias.

No que tange a estrutura, desenvolvimento e funcionalidade da dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida, emergiram do estudo 4 manuscritos conforme descritos abaixo:

Elementos trabalhados no primeiro manuscrito:

MANUSCRITO 1 Avaliação estrutural em famílias de pessoas com comportamento suicida: Aplicação do Modelo Calgary	A figura materna como estrutura principal no núcleo familiar de pessoas com comportamento suicida;
	O comportamento suicida, transtorno mental e uso abusivo de álcool e outras drogas na estrutura interna da família de pessoas com comportamento suicida;
	Escola, igreja e os serviços de atenção psicossocial como sistemas amplos de estruturação externa da família de pessoas com comportamento suicida;
	Religião e espiritualidade no contexto de famílias de pessoas com comportamento suicida.

Elementos trabalhados no segundo manuscrito:

MANUSCRITO 2 Avaliação de desenvolvimento em famílias de pessoas com comportamento suicida: Aplicação do Modelo Calgary	Adolescência como estágio de aparecimento de sinais de comportamento suicida;
	A vivência de violência intrafamiliar como fator precipitador de comportamento suicida no ciclo vital das famílias;
	A crença familiar na possibilidade de vida social da pessoa com comportamento suicida como mobilizador/alavanca para o cuidado;
	Abdicação de si em detrimento do cuidado a pessoa com comportamento suicida;
	O vínculo com animais como fator protetivo para o comportamento suicida no desenvolvimento da família de pessoas com comportamento suicida.

Elementos trabalhados no terceiro manuscrito:

MANUSCRITO 3 Avaliação funcional em famílias de pessoas com comportamento suicida: Aplicação do Modelo Calgary	Vigilância por familiares a pessoa com comportamento suicida;
	Uso de tecnologias pelo familiar para contato diário com a pessoa com comportamento suicida;
	Manejo da crise suicida por familiares da pessoa com comportamento suicida;
	Atenção dos familiares as necessidades humanas básicas da pessoa com comportamento suicida.

Elementos trabalhos no quarto manuscrito:

MANUSCRITO 4 Expressões de cuidado na dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida	Da escuta à compreensão: comunicação que suscita o cuidado às pessoas com comportamento suicida;
	Afeto ao familiar com comportamento suicida: manifestação de sentimentos para além do amor;
	A disponibilidade e apoio dos familiares de pessoa com comportamento suicida manifesta-se enquanto uma expressão de cuidado;
	A busca por ajuda e orientação: quando a família se ampara aos profissionais de saúde para ajudar a pessoa com comportamento suicida;
	Atenção redobrada: vigilância enquanto forma de cuidado à pessoa em risco para o suicídio.

5.3.1 Manuscrito 1 - Avaliação estrutural em famílias de pessoas com comportamento suicida: aplicação do Modelo Calgary

Manuscrito em construção*

RESUMO

Objetivo: identificar os aspectos relacionados à composição estrutural da família de pessoas com comportamento suicida. **Metodologia: Resultados e Discussão:** A figura materna como estrutura principal no núcleo familiar de pessoas com comportamento suicida; O comportamento suicida, transtorno mental e uso abusivo de álcool e outras drogas na estrutura interna da família de pessoas com comportamento suicida; Escola, igreja e os serviços de atenção psicossocial como sistemas amplos de estruturação externa da família de pessoas com comportamento suicida e Religião e espiritualidade no contexto de famílias de pessoas com comportamento suicida.

Palavras-chaves: Comportamento suicida; Família; Modelo Calgary de Avaliação Familiar; Árvore Genealógica.

INTRODUÇÃO

Questão: quais aspectos estão relacionados à composição estrutural da família de pessoas com comportamento suicida?

Objetivo: identificar os aspectos relacionados à composição estrutural da família de pessoas com comportamento suicida

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter descritivo exploratório, com abordagem qualitativa baseado no referencial teórico e metodológico do Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF). O MCAF foi adaptado do modelo de avaliação da família de Tomm e Sanders em 1983 (SANTOS, et al, 2015) e aperfeiçoado pela Enfermeira Lorraine M Wright desde 1984 (Souza IP, Bellato R, Araújo LFS, Almeida KBB, 2016), na Universidade de Calgary, no Canadá.

De acordo com o MCAF, a avaliação estrutural possui três dimensões a serem estudadas: a estrutura interna, estrutura externa e o contexto de cada família. A avaliação estrutural, cujo esse estudo está direcionado, diz respeito a quem faz parte da família. É a parte inicial do Modelo Calgary de avaliação Familiar (MCAF), onde o profissional começa a entender, a partir da entrevista, como é a organização dessa família, como é formado, bem como quais são os vínculos afetivos entre seus membros.

O lócus de estudo foi o Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS), serviço ambulatorial, que presta assistência para pessoas com comportamento suicida, localizado em Salvador, Bahia, Brasil. No primeiro momento da pesquisa, a partir do encontro para construção do genograma com 11 usuários do Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS) foi possível conhecer seus familiares e gerações na árvore genealógica.

O genograma é uma árvore familiar que inclui informações sobre relacionamentos entre as pessoas. É geralmente utilizado por enfermeiros, pesquisadores, médicos, terapeutas e sociólogos que trabalham na descoberta dos problemas e padrões familiares (GENOPRO, 2020). O instrumento tem como objetivo principal auxiliar na avaliação, planejamento e intervenção familiar e permite ainda, observar de forma clara quais

membros constituem a família, além da identificação das principais enfermidades, facilitando o plano terapêutico (FIGUEREDO; MARTINS, 2010).

Para essa construção fora utilizado o software GenoPro®, criado com o objetivo de auxiliar o armazenamento de dados, a construção e apresentação de genealogias familiares (GENOPRO, 2020). No segundo momento, participaram das entrevistas 07 famílias e 09 familiares-isso porque, em duas famílias foram entrevistados dois familiares de cada-. selecionadas pelos seguintes critérios: cônjuges, familiares consanguíneos e/ou com laços de afetividade de usuários; ter idade igual e/ou maior a 18 anos; e estar em condição emocional e cognitiva. Vale ressaltar que para tal avaliação, a pesquisadora contou com os técnicos do serviço da área de psicologia e terapia ocupacional. Não participaram do estudo, os familiares que também eram usuários do NEPS e, portanto, tinham comportamento suicida; que não participavam ativamente no tratamento do familiar; que não compareceram a entrevista após três tentativas consecutivas.

Em relação aos aspectos éticos, esse estudo fora submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA) com nº de parecer 4.794.107 e 4.661.158, respectivamente. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) fora lido por cada familiar e assinado de forma eletrônica e, para garantir o anonimato de cada um, foram adotados os nomes fictícios relacionados a seu grau de parentesco com o usuário, por exemplo: Mãe de Áries, Prima de Escorpião, Irmã de Leão, entre outros. A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2021 à maio de 2022, de forma *online*, utilizando do recurso tecnológico da gravação em vídeo para armazenamento dos dados com devida autorização dos entrevistados. As perguntas foram estruturadas previamente em um formulário baseado no MCAF (SOUZA et al, 2020). Após transcrição das entrevistas, essas passaram pelos processos de transcrição e textualização, emergindo três categorias baseadas no Modelo Calgary: a primeira ancora-se nos aspectos estruturais da família; a segunda, na avaliação de desenvolvimento das famílias de pessoas com comportamento suicida, e a última, nas questões funcionais do núcleo familiar, todas integrando a tese “Dinâmica da família de pessoas com comportamento suicida: Aplicação do Modelo Calgary de Avaliação familiar”. Nesse recorte, será apresentado a segunda categoria que enfatiza a trajetória exclusiva construída pelas famílias, levando em consideração os eventos previsíveis e imprevisíveis, tais como doenças, catástrofes e tendências sociais, que implicam em mudanças no funcionamento do núcleo familiar e nos seus processos de interação.

RESULTADOS:

Participaram do estudo nove familiares de sete famílias dos usuários do Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS). Em sua maioria os familiares eram mulheres (8), autodeclaradas pardas (7), casadas (5), com média de 2 filhos (5) e 1 ou 2º grau de parentesco, conforme as gerações da família. Seguindo o Modelo Calgary de Avaliação estrutural dessas famílias, foram avaliados os seguintes critérios: estrutura interna, estrutura interna, sistema amplos e contexto das famílias de pessoas com comportamento suicida.

Dessa forma, foram construídos os genogramas junto aos ecomapas das famílias com base nos encontros com os usuários e as entrevistas com seus familiares. A descrição deles está a seguir conforme a legenda da figura 1 extraída do site oficial do GenoPro:

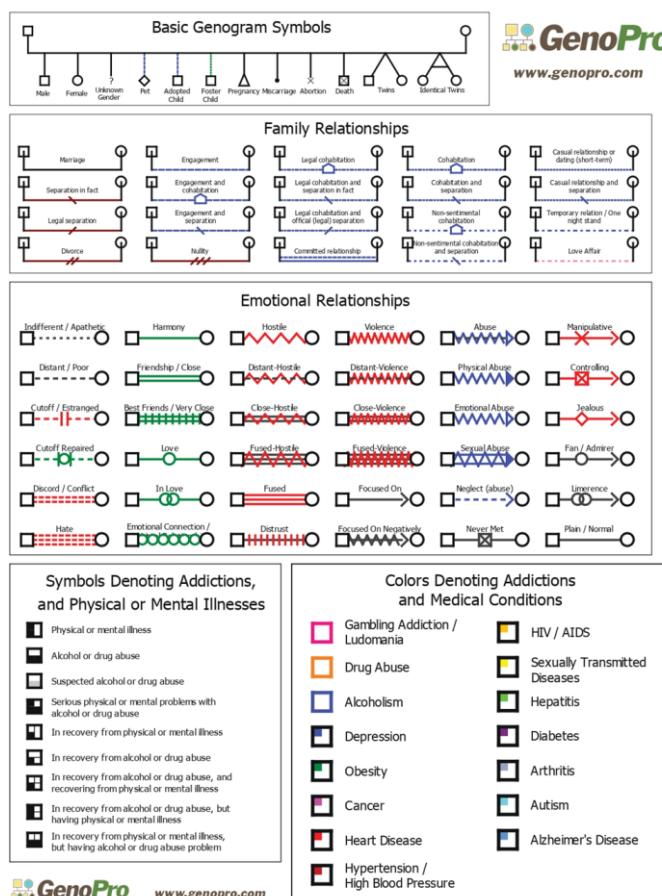


Figura 1. Símbolos básicos do genograma (fonte: <https://genopro.com/genogram/symbols/>)

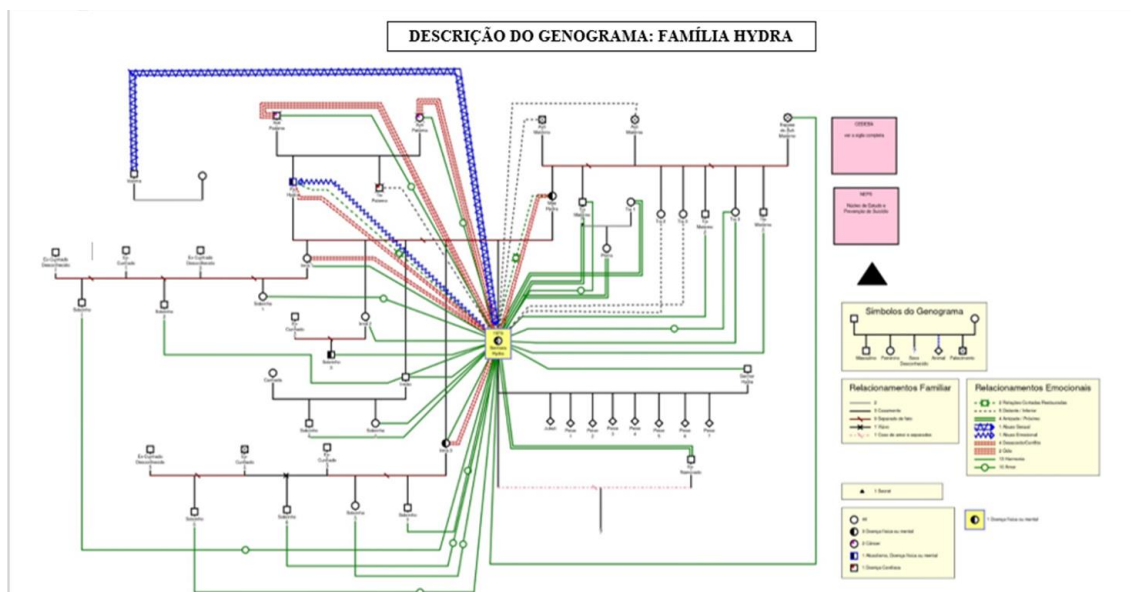


Figura 2

A paciente possui 44 anos, do gênero feminino, é evangélica e tem formação em assistência social. Hydra é casada, não tem filhos e é uma das pacientes mais antigas do Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio. Foi possível resgatar 4 gerações na sua árvore familiar: os avós, os pais, a geração dela e irmãos e a dos sobrinhos. Conforme mostra o genograma e ecomapa da sua família, o Pai Hydra tem vício em álcool e jogos de azar com diagnóstico de esquizofrenia, já tendo internações por surtos psiquiátricos com alucinações. A Mãe Hydra de 65 anos, diagnosticada com depressão grave e comportamento suicida, já fez tentativas de suicídio por via medicamentosa, e também é acompanhada no NEPS há alguns anos. Por fim, Irmã 3 de 42 anos, tem diagnóstico de transtorno de personalidade Borderline e comportamento suicida com inúmeras tentativas de suicídio. Na última geração da família também existem Sobrinho 1 e Sobrinha 2 que fazem acompanhamento psicológico por conta de depressão e ansiedade. Indicado pelos quadrados rosas, as instituições que fazem parte do contexto da família são os ambulatórios de atenção primária que acompanham a paciente há mais de 10 anos. O triângulo preto representa um segredo familiar, que nesse caso gira em torno do abuso sexual sofrido pela paciente durante uma parte da sua infância.

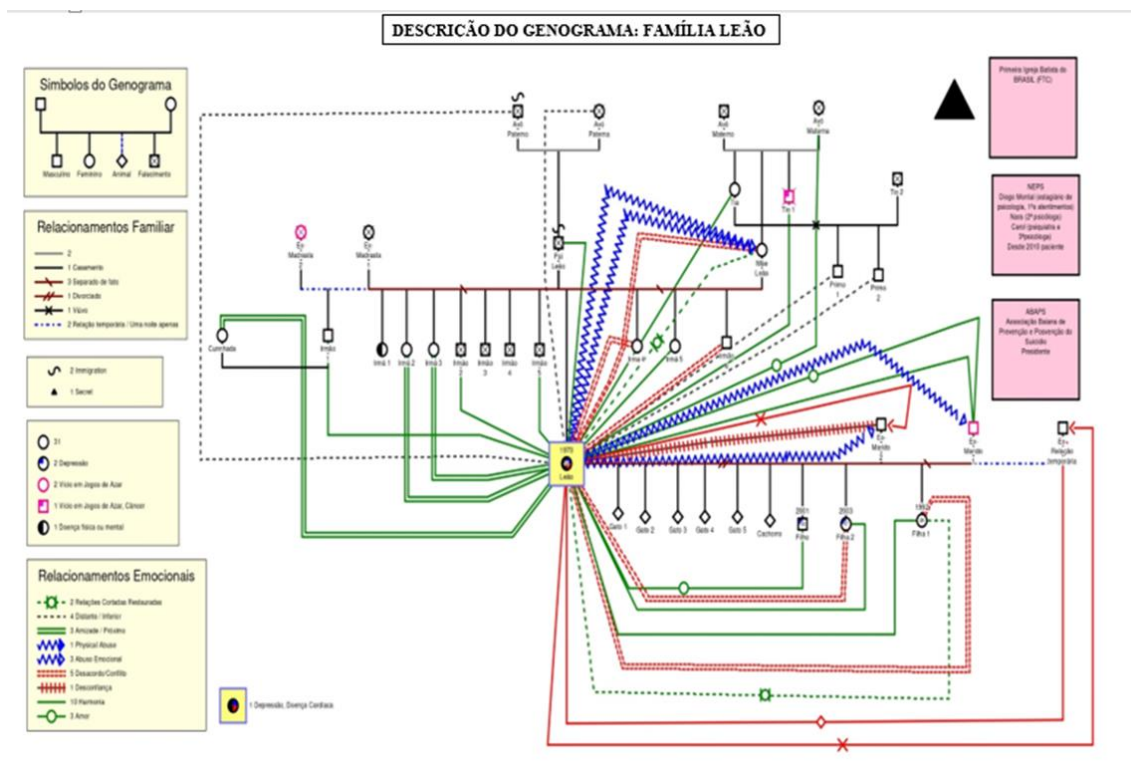


figura 3

A entrevistada possui 51 anos, do gênero feminino e tem como profissão atual de artesã. É divorciada, tem três filhos e atualmente mora com Filho 2 e Filha 3. Leão é diagnosticada com sintomas depressivos, ansiedade e comportamento suicida. É paciente do NEPS há 11 anos, após tentar suicídio por intoxicação medicamentosa. Foi possível resgatar 4 gerações na sua árvore familiar: os avós, os pais, a geração dela e irmãos e a dos filhos e sobrinhos. A mãe de Leão atualmente tem 69 anos, foi a provedora e protetora da casa durante anos e a relação delas perpassa por abuso psicológico, abuso moral, ligação emocional de conflito e desacordo e atualmente possuem relações cortadas restauradas. Ressalta-se aqui que a Irmã 1 de Leão, se casou com um primo delas (de 1º grau) e esse cometeu suicídio em 1979 no quintal de casa. Na história identificada por meio do genograma de Leão, o triângulo preto significa o “segredo familiar”, ou seja, significa que Leão foi abusada sexualmente por um padre na escola católica que frequentava na sua infância, os membros da família Leão assumem posturas rígidas e de silêncio e alguns de apoio e suporte. Como sistemas mais amplos, a família tem o ambulatório em que a paciente é atendida, a igreja que frequenta e a associação ao qual é integrante.

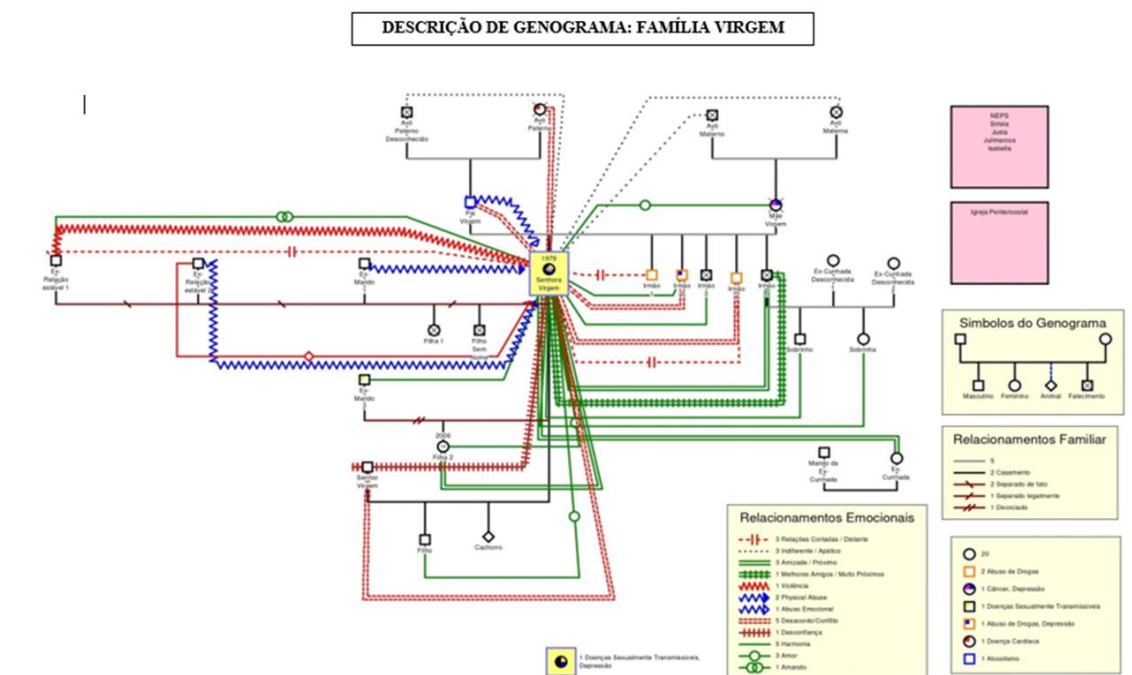


figura 4

Paciente possui 41 anos, do gênero feminino, é casada, tem dois filhos. Tem atuação profissional como promotora de vendas, 2º grau incompleto e é frequentadora da igreja Pentecostal. Virgem é diagnosticada com depressão e ansiedade, além de ouvir vozes com frequência, o que levanta a suspeita de esquizofrenia (ainda interrogada), entretanto, o quadro não é confirmado como diagnóstico. O genograma da paciente foi desenvolvido em quatro gerações: avós, pais, a geração dela e dos irmãos e por último, netos e sobrinhos. Em seu núcleo familiar materno, há destaque para Mãe Virgem, falecida aos 45 anos em decorrência de um câncer, a mesma tinha diagnóstico de depressão, ansiedade e comportamento suicida. Pai Virgem faz uso abusivo de bebidas alcólicas e possui uma relação conflituosa com a paciente sendo controlador e tendo ligação emocional de abuso, desacordo e conflito. Virgem possui cinco irmãos, todos do gênero masculino, sendo dois deles já falecidos. Irmão 3 e Irmão 5, foram assassinados por conta do envolvimento com uso e tráfico de drogas. Irmão 2 de 44 anos, que trabalha como mecânico e motorista é diagnosticado com depressão e apresenta ideias suicidas além de possuir vício em drogas. Há também Irmão 4, irmão mais novo de Virgem que possui vício em drogas com o qual tem ligação emocional de conflito e desacordo e relações cortadas e distantes. Como sistemas amplos, a família apresenta o ambulatório em que a paciente é acompanhada, bem como a igreja que frequenta regularmente.

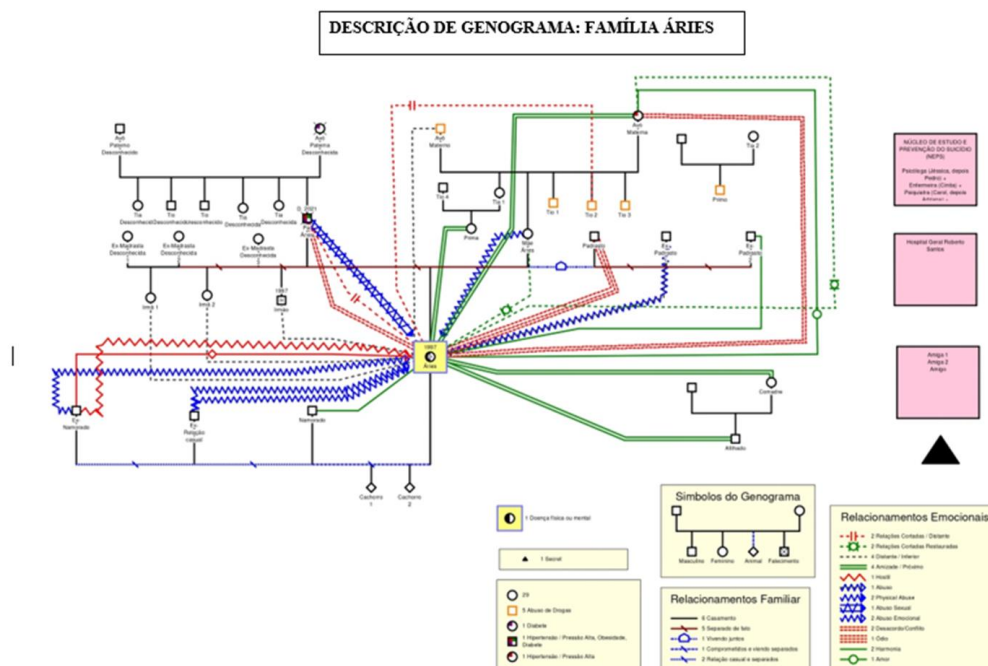


figura 5

Paciente possui 24 anos, do gênero feminino, é católica, solteira, reside sozinha e tem como profissão atual a de estudante de tecnologia em radiologia. Seu genograma foi construído em quatro gerações: avós, pais e filhos e netos, sendo Áries a terceira geração descrita. A paciente conheceu seu pai aos 14 anos e sofreu uma tentativa de abuso sexual por ele, eis o triângulo preto no genograma. Esse assunto apenas foi conhecido pela Mãe Áries e Avó Áries, protetores e guardiãs fiéis de Áries. O restante da família, não deu credibilidade e nem confiança para a história que ela contou. Áries relata ainda que sofreu abuso psicológico de sua mãe, Mãe Áries, a qual atualmente possui relações cortadas restauradas e de amor. Do seu núcleo familiar materno a paciente possui: Tio 1, Tio 2 e Tio 3, os quais todos são usuários de drogas e os dois primeiros são usuários de forma abusiva, como vício. A figura da mãe e da avó representam suporte integral e incondicional desde a primeira tentativa de Áries onde, essa precisou de internação, várias cirurgias e um longo período de recuperação.

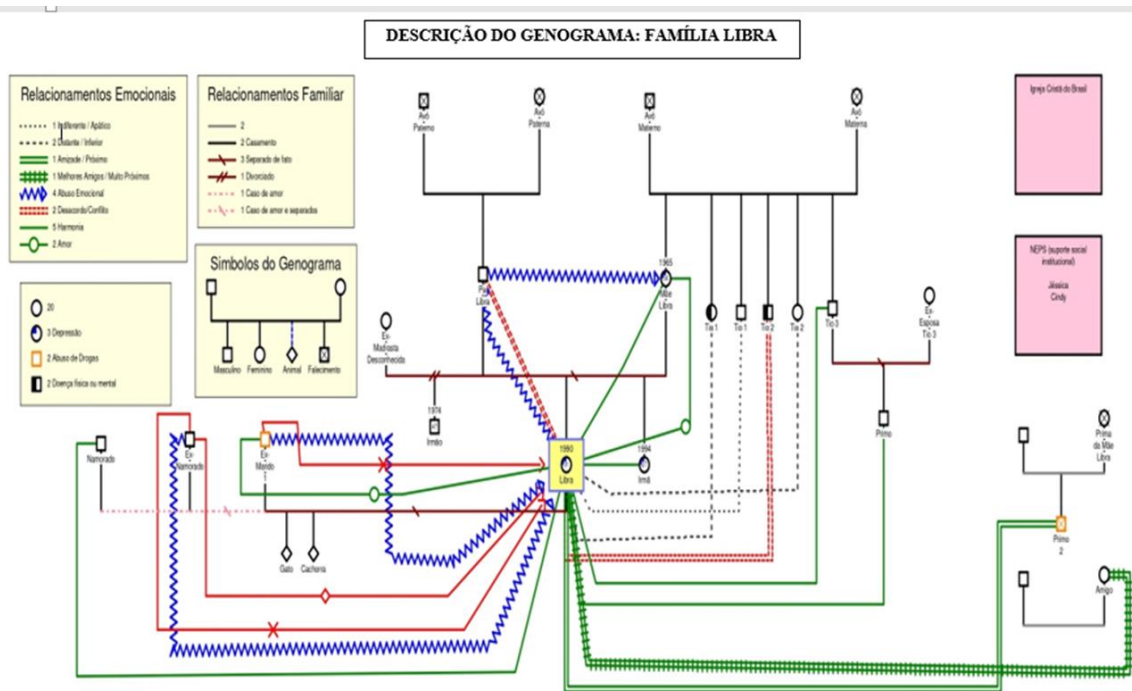


figura 6

A paciente tem 30 anos, nascida em 27/09/1990, do gênero feminino, evangélica, aposentada pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) há 2 anos. Está em um relacionamento sério e atualmente reside com a mãe e a irmã mais nova que foram as entrevistadas. Libra tem diagnóstico de ansiedade e depressão, tem episódios de automutilação e sofre de compulsão alimentar e compulsão por compras, tendo desenvolvido atualmente terror noturno acompanhado de falta de ar. Relata que sua primeira tentativa de suicídio foi aos 16 anos, mas chegou ao NEPS há mais ou menos cinco anos, após meses internada por atear fogo ao seu próprio corpo, segundo ela, foi a tentativa de suicídio mais grave que fizera, quase chegando ao óbito.

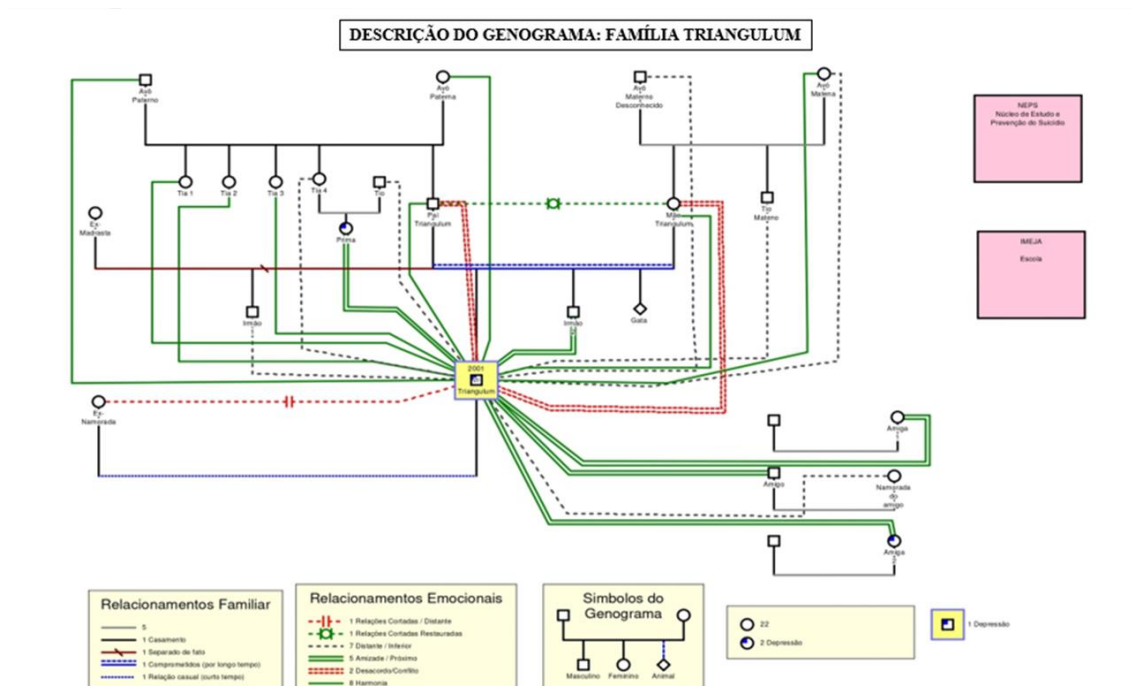


figura 7

CATEGORIA I: A FIGURA MATERNA COMO ESTRUTURA PRINCIPAL NO NÚCLEO FAMILIAR

Uma vez eu cheguei em casa, os quatro (filhos) sentados no sofá, disseram: “a gente estava esperando a senhora chegar porque não tem nada pra gente tomar café”. Na hora nem pensei: peguei meu RG e meu relógio, cheguei numa mercearia, e penhorei. [...] sem o pai deles, tive que me virar para sustentar a casa. Passamos mal bocados, mas nunca os abandonei! [mãe de Leão]

Uma vez eu disse para o pai dela: pode ir embora... porque eu sou mulher e as mesmas condições que você tem eu posso ter! [...] Não fui 100% porque as vezes faltava as coisas em casa, mas tive dois trabalhos e mostrei para todos que eu era mulher suficiente para criar minhas filhas sem precisar dele. Fiz tudo que pude! [mãe de Libra]

CATEGORIA II: O COMPORTAMENTO SUICIDA, TRANSTORNO MENTAL E USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS COMPÕEM A ESTRUTURA INTERNA DA FAMÍLIA DE PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA

Meu irmão é alcoólatra e espancava a mãe dela todos os dias. [...] Tenho um sobrinho que está com depressão e já tentou se matar [...] ela teve um tio próximo que se matou. Ele se suicidou na sala da própria casa e ninguém entendia o porquê daquilo (tia de virgem)

Na minha família a depressão eu acho que é uma coisa hereditária... acho que herdamos de minha avó[...] tivemos um tio que se suicidou, era irmão de meu pai. Tem também a mãe e a irmã dela que faz tratamento para depressão e as duas já tentaram o suicídio (tio de Hidra)

CATEGORIA III- ESCOLA, IGREJA E OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CONSTITUEM SISTEMAS AMPLOS DE ESTRUTURAÇÃO EXTERNA DA FAMÍLIA DE PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA

“Eu agradeço bastante aqui, porque se não fosse o NEPS eu acho que eu não teria minha filha mais não [...] quando ela está naqueles dias ruins eu pergunto logo: já conversou com seu psicólogo? Ele estava lá [...] conversou e ajudou muito a gente depois da cirurgia que ela fez quando tentou suicídio ingerindo soda caustica” (Mãe de Áries)

Busco ajuda e força na igreja... orando com os irmãos e irmãs! Eles me dão força. Lembro quando minha sobrinha também frequentava [...] cantava, tomava conta de grupos de senhoras! Ela era mais feliz[...] (Tia de Virgem)

O CAPS onde ela iniciou o tratamento foi muito importante na história dela [...] a assistente social acolheu muito bem e disse que ela precisaria de um tratamento maior do que o que eles podiam oferecer[...] aí ela me apresentou a terapeuta ocupacional do NEPS e referenciou minha filha para lá[...] hoje eu amo todos os profissionais de lá, eles me representam! eu oro por eles, eu gosto de todos eles. (Mãe de Libra)

A escola dele foi fundamental para perceber que ele não estava bem! Foram eles que procuraram ajuda no NEPS[...] ele sempre foi super dedicado, todo mundo tinha amizade com ele, a coordenação da escola, os professores e principalmente a diretora da escola[...] Ele diz: ela é como se fosse a minha mãe também!” (Mãe de Triangulum)

CATEGORIA IV- RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE INTERFEREM NO CONTEXTO DE FAMÍLIAS DE PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA

Quando ele tentou suicídio e ficou com depressão eu tive esperança. Tudo que eu queria era continuar com fé e esperança. [...] Coloquei tudo nas mãos, nas mãos de Nossa Senhora e de Deus pra que eles protegessem meu filho... Não pode desistir porque se a pessoa desistir é pior. [...] fé, gente, fé! [...]ter fé em Deus que tudo vai dar certo! [...] Só Ele sabe de tudo e de toda as coisas. (Mãe de Triangulum)

A religião é boa e ruim ao mesmo tempo [...] uma vez que ela (a sobrinha) estava tendo uma crise suicida, gritando e chorando muito, a família do marido dela que é toda de uma religião ai [...], enforcou ela dizendo que iam tirar o demônio de dentro do corpo dela [...] ela ficou pior depois disso! (Tia de Virgem)

Creio que Deus estava me preparando e dando forças porque hoje é a primeira vez que eu falo as situações de tentativa de suicídio da minha filha sem chorar. De tudo aquilo que eu vivi e continuo vivendo, ele me sustentou! [...]sei que Deus está no comando de tudo! (Mãe de Leão)

DISCUSSÃO

(Em construção)

REFERÊNCIAS

RODRÍGUEZ, María; CÁNOVAS. María; LUNA, Enrique. Genograma y árbol genealógico Genogram and genealogical tree. **Medicina de Familia. SEMERGEN**, Volume 48, Issue 3, April 2022, Pages 200-207. Acesso em: 09 fev. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2021.10.005>.

RENK, Valquiria; BUZQUIA, Sabrina; BORDINI, Ana. Mulheres cuidadoras em ambiente familiar: a internalização da ética do cuidado. **Cad. Saúde Colet.**, 2022;30(3). Acesso em: 09 fev. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/Rj7CcQFNbJHCTFpwWGrnppp/?format=pdf&lang=pt>

5.3.2 Manuscrito 2- Avaliação de desenvolvimento em famílias de pessoas com comportamento suicida: aplicação do Modelo Calgary

RESUMO

Objetivo: Descrever os eventos que marcaram o desenvolvimento da família de pessoas com comportamento suicida. **Metodologia:** **Resultados:** emergiram as seguintes subcategorias do estudo, a saber: Adolescência como estágio de aparecimento de sinais de comportamento suicida; a vivência de violência intrafamiliar como fator precipitador de comportamento suicida no ciclo vital das famílias; a crença familiar na possibilidade

de vida social da pessoa com comportamento suicida como mobilizador/alavanca para o cuidado; abdicação de si em detrimento do cuidado a pessoa com comportamento suicida; o vínculo com animais como fator protetivo para o comportamento suicida no desenvolvimento da família de pessoas com comportamento suicida. **Discussão:** Os resultados apresentados mostram que há um longo caminho a ser trilhado na assistência à pessoa que tenta suicídio bem como ao seu núcleo familiar. Isso ocorre porque o profissional pode requerer de tempo e profundidade na vinculação para identificar os eventos que marcaram o desenvolvimento de cada núcleo familiar. **Considerações finais:** elucidando tais eventos marcantes no núcleo familiar é possível vincular-se, compreender e intervir nos conflitos, bem como utilizá-los como fatores de proteção para as tentativas de suicídio.

Palavras-chaves: Comportamento suicida; Modelo Calgary; Família; Enfermeiras de saúde da família.

INTRODUÇÃO

Os altos índices de morte por suicídio, bem como os intentos relacionados ao ato suicida, são alarmantes e devastadores na sociedade contemporânea. Segundo publicação oficial da Organização Mundial de Saúde (OMS), mundialmente tem-se quase um milhão de vidas perdidas para o suicídio e/ou tantas outras para o sofrimento psíquico em decorrência das tentativas (WHO, 2019). Estima-se que aproximadamente 135 pessoas sofrem intensamente com a perda por suicídio de alguém próximo. Essas consequências afetam as dimensões biopsicossociais, além dos custos financeiros elevados em saúde (WHO, 2018; BVSMS, 2022). Observa-se com os estudos internacionais que, para cada suicídio, 25 pessoas fazem uma tentativa e muitas mais pensam seriamente nele, o que equivale a 108 milhões de pessoas por ano afetadas profundamente pelo comportamento suicida.

Nessa perspectiva, a prevenção do suicídio se evidencia pela necessidade cada vez mais urgente de identificação de sinais de risco para o suicídio ou de eventos caóticos que tragam a morte autoprovocada como desfecho de vida. Para isso, faz-se necessário investir em ações possíveis que impactem na minimização de casos e danos relacionados ao comportamento suicida, exemplo, do suporte social aos núcleos profissionais e atenção aos núcleos familiares. Esse último em especial, é ressaltado como um grupo essencial na compreensão, empatia e conforto às pessoas em face do suicídio (ANDRADE et al, 2019)

Ao passo que essas famílias podem se estruturar como uma ponte de acesso à pessoa em sofrimento, é de extrema importância saber como acolhê-la e inclui-la no tratamento da pessoa com comportamento suicida. É nesse contexto que o Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) se aplica como uma ferramenta dinâmica,

metodológica e inclusiva para aprofundar o conhecimento sobre cada núcleo familiar e suas partes (WRIGHT, LEAHEY, 2012).

O MCAF apresenta a família e seu contexto histórico, econômico, social, além de conseguir traçar as linhas interrelacionais entre cada um de seus membros. Ressalta-se as funções do Modelo Calgary como estratégias que a (o) enfermeira (o) pode utilizar no atendimento na atenção básica de saúde, a fim de determinar sentidos para o tratamento e acolhimento à pessoa com comportamento suicida, partindo do pressuposto que conhecer e compreender a família em seus momentos, histórias e dinâmica é um caminho traçado para a prevenção do comportamento suicida (SOUZA et al, 2017; CAVALCANTE et al, 2017).

Diante o exposto, questiona-se: Que eventos marcaram o desenvolvimento da família de pessoas com comportamento suicida? E elege-se como objetivo: Descrever os eventos que marcaram o desenvolvimento da família de pessoas com comportamento suicida.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter descritivo exploratório, com abordagem qualitativa baseado no referencial teórico e metodológico do Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF). O MCAF foi adaptado do modelo de avaliação da família de Tomm e Sanders em 1983 (SANTOS, et al, 2015) e aperfeiçoado pela Enfermeira Lorraine M Wright desde 1984 (Souza IP, Bellato R, Araújo LFS, Almeida KBB, 2016), na Universidade de Calgary, no Canadá.

O lócus de estudo foi o Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS), serviço ambulatorial, que presta assistência para pessoas com comportamento suicida, localizado em Salvador, Bahia, Brasil. Os colaboradores da primeira etapa do estudo foram 11 usuários do serviço com mais de 18 anos; assistidos de forma regular pelo serviço há pelo menos 1 ano; estáveis psicologicamente conforme a avaliação dos técnicos do serviço; e não tivessem tentado suicídio há pelo menos trinta dias. Eles participaram de uma oficina, por meio de um aplicativo digital de comunicação para a construção e desenvolvimento do genograma. Para isso, fora utilizado o software GenoPro®, criado com o objetivo de auxiliar o armazenamento de dados, a construção e apresentação de genealogias familiares (GENOPRO, 2020). Assim, depois de construídos os genogramas, foi possível adotar os nomes fictícios para cada usuário usando como referência as constelações, por exemplo: Família Áries, Família Orion, Família Capricórnio, entre outros.

Após o desenvolvimento do genograma foi possível conhecer a família de cada usuário e dar continuidade para a segunda etapa do estudo: as entrevistas. Nessa fase participaram 09 famílias de usuários do NEPS, selecionadas pelos seguintes critérios: cônjuges, familiares consanguíneos e/ou com laços de afetividade de usuários; ter idade igual e/ou maior a 18 anos; e estar em condição emocional e cognitiva. Vale ressaltar que para tal avaliação, a pesquisadora contou com os técnicos do serviço da área de psicologia e terapia ocupacional. Não participaram do estudo, os familiares que também eram usuários do NEPS e, portanto, tinham comportamento suicida; que não participavam ativamente no tratamento do familiar; que não compareceram a entrevista após três tentativas de agendamento. Não foi possível contemplar as 11 famílias esperadas, pois surgiram impasses relacionados à doença no núcleo familiar, perda de um membro importante e/ou resistência do núcleo familiar para participar da entrevista.

Em relação aos aspectos éticos, esse estudo fora submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA) com nº de parecer 4.794.107 e 4.661.158, respectivamente. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) fora lido por cada familiar e assinado de forma eletrônica e, para garantir o anonimato de cada um, foram adotados os nomes fictícios relacionados a seu grau de parentesco com o usuário, por exemplo: Mãe de Áries, Prima de Escorpião, Irmã de Leão, entre outros.

A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2021 à maio de 2022, de forma online, utilizando do recurso tecnológico da gravação em vídeo para armazenamento dos dados com devida autorização dos entrevistados. As perguntas foram estruturadas previamente em um formulário baseado no MCAF (SOUZA et al, 2020). Após transcrição das entrevistas, essas passaram pelos processos de transcrição e textualização, emergindo três categorias baseadas no Modelo Calgary: a primeira ancora-se nos aspectos estruturais da família; a segunda, na avaliação de desenvolvimento das famílias de pessoas com comportamento suicida, e a última, nas questões funcionais do núcleo familiar, todas integrando a tese “Dinâmica da família de pessoas com comportamento suicida: Aplicação do Modelo Calgary de Avaliação familiar”. Nesse recorte, será apresentado a segunda categoria que enfatiza a trajetória exclusiva construída pelas famílias, levando em consideração os eventos previsíveis e imprevisíveis, tais como doenças, catástrofes e tendências sociais, que implicam em mudanças no funcionamento do núcleo familiar e nos seus processos de interação.

RESULTADOS

Participaram do estudo sete famílias e nove familiares, pois duas famílias contaram com dois entrevistados: mãe e irmã da família Libra e a mãe e filho da família Leão. Em sua maioria, os familiares eram mulheres (8), autodeclaradas pardas (7), casadas (5), com média de 2 filhos (5) e 1 e/ou 2º grau de parentesco, conforme as gerações da família. Seguindo o Modelo Calgary de Avaliação do desenvolvimento dessas famílias, foram avaliados os seguintes critérios: os estágios de vida da família; tarefas desenvolvidas por cada membro da família e vínculos afetivos entre os membros da família.

CATEGORIA I: ADOLESCÊNCIA COMO FASE DE APARECIMENTO DE ATITUDES IMPULSORAS DE SUICÍDIO

Nessa subcategoria, os familiares relatam a adolescência como um estágio de mudanças. Assim, é possível perceber que, nesta fase da vida, os primeiros sinais para o comportamento suicida apareceram com as ameaças de morte autoprovocada, automutilação e relações conflituosas com os pais.

Na minha visão, ela fazia coisas de adolescente: saía, bebia, namorava muito, brigava feio com os pais e dizia que ia se matar. [...] coisas que a gente diz que é normal para adolescentes. As coisas que ela fazia já era um sinal de que algo na mente dela já não estava certo. Pelo fato de não ter entendimento dessas coisas (de comportamento suicida), eu não imaginava. [Tia de Virgem]

Foi complicado quando ela tinha 13 e 14 anos. Ela mudou, foi muito difícil! [...] a gente brigava demais. Ela tinha um estilo de vida ruim: bebia, ouvia músicas estranhas, se mutilava e escrevia um diário com ameaças suicidas. Isso me assustava demais! [Mãe de Libra]

CATEGORIA II- VIVÊNCIA DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR COMO FATOR PRECIPITADOR PARA AUTOMUTILAÇÕES E TENTATIVAS DE SUICÍDIO NO CICLO VITAL DAS FAMÍLIAS.

Na constituição do ciclo vital da família, esse é atravessado pela violência no processo de separação dos pais. É justamente, como consequência dessa vivência, que a automutilação e tentativa de suicídio dos filhos aparecem em evidência.

Ele (o filho) assistiu tudo e foi criado assim: entre brigas e agressões minha e do pai. A minha separação foi difícil e envolveu até a Delegacia da Mulher. Isso tudo o afetou e na época do divórcio ele começou a tentar suicídio (Mãe de Triangulum)

O pai dela sempre foi ausente. A gente brigava muito: ele gritava comigo, não era bom para mim. Me separei dele quando ela (a filha) tinha 6 anos e foi nesse momento que veio o desequilíbrio dela. A separação foi uma das causas de ela crescer doente: ela se calava e sofria. Chegou o tempo de ela começar a se mutilar, se machucar para suportar essa dor: acho que ela via a mãe sofrer e pensava que a culpa era dela (Mãe de Libra)

CATEGORIA III- RENÚNCIA DE SI EM PRIORIDADE DO CUIDADO À PESSOA COM COMPORTAMENTO SUICIDA

Nessa subcategoria é possível perceber, por meio do relato dos familiares, que o núcleo familiar fez da pessoa com comportamento suicida uma prioridade em suas vidas. É notório que os aspectos pessoais e sociais ficaram em segundo plano para estar ao lado do seu ente em sofrimento.

Já dei vários atestados para cuidar dela quando estava em crise suicida... já me dispensaram do serviço. Uma vez, ela precisou ir para consulta sozinha, mas no meio do caminho teve uma crise de pânico e queria se matar. Saí imediatamente do trabalho para encontrá-la. [...] já saí também descalça e até de pijama para encontrar ela no meio da rua! Eu deixo qualquer coisa para cuidar dela! A prioridade é ela! (Mãe de libra)

No período que ficou internada pela tentativa de suicídio parei de trabalhar para cuidar dela porque dependia de mim para tudo! Eu praticamente abandonei meu ex-marido para cuidar dela e só voltei a vê-lo quando ela estava fora de perigo. Parei de fazer muita coisa: perambular, comprar, viajar e passear. Porque eu tento estar com ela todos os dias (Mãe de Aries)

CATEGORIA IV- A EXPECTATIVA FAMILIAR DIANTE UMA VIDA SOCIAL DA PESSOA COM COMPORTAMENTO SUICIDA COMO MOBILIZADOR PARA O CUIDADO

Essa subcategoria registra a ideia da crença da família na continuidade da vida, de forma e feliz e saudável. Dessa forma, esse se torna um aspecto de extrema relevância para a efetividade e manutenção do cuidado ao seu familiar em sofrimento psíquico.

Eu creio em um amanhã melhor para minha filha. [...] isso me ajuda muito, me dá forças e vontade para continuar cuidando dela. Sonhar, idealizar e criar o pensamento de algo bom e maior que vai acontecer e que vai melhorar inclusive a saúde mental dela e que ela vai ter uma vida boa e feliz! (Mãe de Libra)

Você não quer ouvir que seu filho não vai ficar bom, que isso (o comportamento suicida) não tem cura. [...] rezo, luto, cuido e faço de tudo por ele, porque eu quero continuar acreditando e com esperança que a vida dele vai ser boa e isso nunca mais vai acontecer. (Mãe de Triangulum)

CATEGORIA V- A VINCULAÇÃO COM ANIMAIS DE ESTIMAÇÃO NA PROTEÇÃO DO DESENVOLVIMENTO FAMILIAR DE PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA

No processo de desenvolvimento das famílias de pessoas com comportamento suicida, a vinculação com animais de estimação se mostrou um fator de proteção para o comportamento suicida. Isso porque os bichinhos acompanham, movimentam e dão animo para o núcleo familiar.

Tem dias que ela está muito mal por causa da depressão e os gatos a ajudam a ficar bem: movimenta, dá ânimo. [...] ela conversa com eles e parece que eles entendem! [...] ela começou a gostar de bicho após a depressão e tentativa de suicídio (Mãe de Leão)

Nossa família sempre teve animais, mas a cachorrinha é quem acompanha ela desde o início da depressão. [...] ela ficava dentro do quarto trancada e a cachorra junto com ela 24 horas por dia. Era impressionante! Ela é um apoio para minha irmã sobreviver. (Irmã de Libra)

DISCUSSÃO

O relato de familiares de pessoas com comportamento suicida mostra que os eventos acontecidos no núcleo familiar, marcaram de forma profunda os estágios do ciclo vital da família. Isso pode ser notado a partir do estágio de “famílias com adolescentes”, classificado pela teoria MCAF, (referência MCAF), onde a concepção popular sobre a fase “conturbada” da adolescência, pode influenciar os familiares sobre o reconhecimento do que são os sentimentos do adolescente ou do que é o comportamento suicida. Um estudo reflexivo corrobora ao mostrar que em sua grande maioria, os mais de 600 artigos estudados, revelam a importância da boa convivência dos pais com seus filhos adolescentes, pois uma vez que são próximos e mantém diálogos constantes, fica mais fácil de reconhecer os sinais de comportamento suicida (MAGNANI & STAUD, 2018).

Nesse contexto é importante ressaltar que a fase da adolescência é um período extremamente desafiador e transformador. Isso porque acontecem mudanças corporais, no ambiente que estão inseridos e nas relações com a família e amigos. E é justamente em meio a todo esse processo que as constantes expressões de emoções podem ultrapassar a linha tênue das ideias de morte, automutilação e tentativa de suicídio (WASSERMAN et al, 2021)(LEMONS & MARBACK, 2017)(BORGES, 2021)

Dessa forma, é necessário enfatizar sobre a importância de (re)pensar sobre a preparação e atuação profissional na área da juventude e adolescência. Pois, com um olhar

que direcione o familiar a lidar com tais situações em casa e um atendimento especializado no serviço de saúde, o reconhecimento dos sinais de comportamento suicida podem acontecer de forma precoce e até evitar tentativas de suicídio. Nesse sentido, a pesquisa internacional com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade mostrou que as intervenções terapêuticas, bem como o gerenciamento psicofarmacológico e pensamento sistêmico para a comunidade de um especialista em enfermagem clínica psiquiátrica e/ou em saúde mental, permitiu a identificação precoce do comportamento suicida e proteção contra as tentativas de suicídio. (BONHAM & KWASKY, 2021)

O mesmo vale para a atuação profissional na identificação dos demais fatores de risco para o aparecimento do comportamento suicida. A exemplo disso está a vivência de violência intrafamiliar que pode atuar como precipitador para as tentativas de suicídio, especialmente quando se trata de crianças e adolescentes (Sousa KA; Ferreira MGS; Galvão EFC, 2020). Estudo nacional revela por meio da história oral de adolescentes que a violência intrafamiliar deixa além de marcas corporais, sequelas importantes que comprometem o desenvolvimento humano, isso porque experimentar o fenômeno da violência suscita recordação constante do evento, tristeza contínua e até mesmo o desinteresse pela continuidade da vida (MAGALHÃOES et al, 2020).

Infelizmente tal situação de vivência de violência ainda pode ter um agravo maior quando ocorre no estágio de divórcio no ciclo vital da família. Isso pode ser observado nas falas dos familiares quando afirmam ter conhecimento das tentativas de suicídio dos filhos no momento de separação de seus conjugues (SILVA; MARCOLAN, 2021)

Nesse ínterim, importante mencionar que o ambiente familiar é extremamente influenciado por conta desses estressores internos, que é a vivência de violência e comportamento suicida. Por isso, vale mencionar que além de direcionar o familiar a lidar com essas situações, como citado anteriormente, é fundamental o acompanhamento profissional da própria família. Essa pode ser uma forma de antecipar ações para que diminua ou não ocorra a exaustão, cansaço e o próprio adoecimento no núcleo familiar (RUCKERT; FRIZZO; RIGOLI, 2019).

Mergulhado nesse contexto, alguns estudos mostram que cuidados de pessoas com doenças neurológicas, terminais ou que tentam suicídio, podem desenvolver alguns sinais do comportamento suicida. Por exemplo, estudo internacional com cuidadores de pessoas que tem demência, revela que a prevalência de ideação suicida é alta, bem como estudo bibliográfico mostra que nos últimos anos, vem-se publicando como o alto índices de

comportamento suicida entre cuidadores de pessoas com diferentes doenças/deficiências como as doenças mentais e deficiências mais graves, como esquizofrenia, transtorno bipolar e até mesmo comportamento suicida (SOLIMANDO et al., 2022; HUANG et al., 2018; JOLING et al., 2019), que embora não considerado uma patologia, também pode fazer parte dos desfechos relacionados a saúde mental desses cuidadores ao longo da vida.

Ainda nesse cenário, essas situações foram mencionadas nas falas dos familiares quando relataram situações íntimas de abdicação dos familiares de suas próprias necessidades para estar com o outro. Estudo internacional de revisão sistemática conclui que infelizmente é comum perceber que em famílias em que uma das partes precisa de atenção especial por conta de problemas psicológicos e/ou tentativa de suicídio, o ente que se responsabiliza por esse cuidado, pode deixar em segundo plano seu próprio cuidado e vida pessoal (C. KATSIVARDA et al., 2021).

Interessante perceber que ao tempo que a família pode desenvolver um nível de estresse e desgaste grande, essa é a mesma família que apresenta anseios e planos sobre o futuro do seu ente. Essa ideia é desvelada como um dos eventos positivos que também foram marcantes e que podem ser identificados e estimulados no núcleo familiar. Isso pode ser observado, por exemplo, quando em determinado ponto do tratamento os familiares começam a ter expectativas e esperança sobre o futuro saudável e feliz do seu ente. Logo, isso torna-se uma alavanca para a continuidade e manutenção do cuidado no núcleo familiar (ANDRIESSEN et al., 2019).

Importante citar que, uma vez que o profissional saiba utilizar dessas expectativas e vontade de cuidar do familiar como ponte para assistência na família, os resultados para a organização do núcleo familiar são notáveis (HARMER et al., 2021). Dessa forma, identificar o momento da abordagem sobre o assunto da “não cura” do comportamento suicida, bem como trabalhar e reforçar a ideia de que a psicoterapia, participação da família e tratamento medicamentoso (em determinados casos) são ferramentas que permite o profissional mostrar para a família que as ideias de morte autoprovocadas e tentativas de suicídio podem ser amenizadas de forma considerável (ANDRIESSEN et al., 2019).

Outra forma de melhorar a situação de vida das pessoas em sofrimento psíquico e da sua família é considerar a importância do vínculo com os animais de estimação. Esse foi outro evento marcante que emergiu no núcleo familiar e de extrema relevância para a discussão sobre formas terapêuticas que a família pode estimular no ambiente em que convivem (HOIB, 2022) Não é de hoje que os bichinhos de estimação são utilizados como

“terapêuticos” para pessoas que estão passando por algum problema de saúde. A exemplo disso, está o uso do cão-terapêutico para as pessoas em processo de adoecimento por câncer e depressão (Paes, A. G. de A et al., 2021).

Nos relatos dos familiares emergiram, especificamente, que para as tentativas de suicídio, o vínculo com os animais de estimação são um fator de extrema relevância na vida da pessoa em sofrimento psíquico. Alguns estudos mostram que isso se dá porque os animais estimulam o senso de responsabilidade, preocupação e cuidado no núcleo familiar (BATTY; BELL, 2018; FIGUEREDO et al 2015). Assim, a linguagem entre o pet e a pessoa que está pensando na morte autoprovocada, perpassa pelo movimento, amor e sentido para a continuidade da jornada da vida.

Os resultados apresentados mostram que há um longo caminho a ser trilhado na assistência à pessoa que tenta suicídio bem como ao seu núcleo familiar. Isso porque o profissional pode requerer de tempo e profundidade na vinculação para identificar os eventos que marcaram o desenvolvimento de cada núcleo familiar. Assim, uma vez se debruçando para tal, o conhecimento sobre as histórias das famílias pode ser vital para manutenção e continuidade da vida de um dos seus membros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que entre os eventos marcantes no desenvolvimento da família de pessoas com comportamento suicida estão: a adolescência como estágio de aparecimento de sinais de comportamento suicida; a vivência de violência intrafamiliar como fator precipitador de comportamento suicida no ciclo vital das famílias; abdicação de si em detrimento do cuidado a pessoa com comportamento suicida; a expectativa familiar na possibilidade de vida social da pessoa com comportamento suicida como mobilizado e o vínculo com animais como fator protetivo para o comportamento suicida no desenvolvimento da família de pessoas com comportamento suicida.

Essa pesquisa apresentou limitações quanto ao número de familiares entrevistados. Isso está relacionado ao lócus da pesquisa, pois é o único Núcleo específico de Estudo e Prevenção do Suicídio vinculado a um Centro de Informações Toxicológicas do Brasil, com limitação de profissionais para atendimento amplo, bem como a recusa de alguns familiares ao longo da pesquisa. Entretanto, tais fatos não impediram a concretização e desenvolvimento do método do Modelo Calgary de Avaliação, uma vez que os pesquisadores utilizaram de dois familiares de cada família para compor a amostra,

o que possibilitou a captação de conseguiu captar pelo menos três gerações diferentes nos genogramas confeccionados.

Assim, uma vez elucidando tais eventos marcantes no núcleo familiar é possível vincular-se, compreender e intervir nos conflitos bem como utilizá-los como fatores de proteção para as tentativas de suicídio. Seguindo mais além, importante salientar que a atuação cíclica da prevenção do suicídio também é uma forma de reduzir o adoecimento, estresse e desgaste no núcleo familiar. Dessa maneira, esse movimento pode fazer com que a família atue de forma positiva e resiliente.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, I. C. S. de et al. SUPORTE SOCIAL DE FAMILIARES E AMIGOS: DISCURSO DE PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA. **Cogitare Enfermagem**, [s. l.], v. 24, n. 0, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/64230>. Acesso em: 8 fev. 2023.

ANDRIESSEN, K. et al. Suicide Postvention Service Models and Guidelines 2014–2019: A Systematic Review. **Frontiers in Psychology**, [s. l.], v. 10, 2019.

BATTY, G. D.; BELL, S. Animal Companionship and Risk of Suicide. **Epidemiology**, [s. l.], v. 29, n. 4, p. e25–e26, 2018.

BONHAM, E.; KWASKY, A. Caring for the Mental Health of Youth and Families. **Clinical Nurse Specialist**, [s. l.], v. 35, n. 5, p. 246–252, 2021.

BORGES, V. de G. Vista do O suicídio de adolescentes e adultos jovens no Brasil: filhos da morte enteados da vida. **Revista Caparaó**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. e29, 2021. Disponível em: <https://revistacaparao.org/caparao/article/view/29/29>. Acesso em: 8 fev. 2023.

CAVALCANTE, A. E. S. et al. Aplicação do Modelo Calgary para Avaliação Familiar na Estratégia Saúde da Família. **Enfermagem Brasil**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 105–113, 2017. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/998/2011>. Acesso em: 8 fev. 2023.

FIGUEIREDO, A. E. B. et al. É possível superar ideações e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 20, n. 6, p. 1711–1719, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/YTjY8MhkNNqFsmKZNj8xY5k/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 fev. 2023.

FREITAS, P. L.; MARBACK, R. F. Identidade na adolescência: compreendendo a sua formação e repercussões. **Seminário Estudantil de Produção Acadêmica**, [s. l.], v. 16, n. 0, 2018. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/view/4862>. Acesso em: 8 fev. 2023.

GENOGRAMA SOFTWARE - **GENOPRO**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://genopro.com/>. Acesso em: 8 fev. 2023.

HARMER, B. et al. Suicidal Ideation. **Acute Medicine: A Symptom-Based Approach**, [s. l.], p. 415–420, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/>. Acesso em: 8 fev. 2023.

HUANG, Y. C. et al. Mental health of caregivers of individuals with disabilities: Relation to Suicidal Ideation. **Comprehensive Psychiatry**, [s. l.], v. 81, p. 22–27, 2018. Disponível em: Acesso em: 8 fev. 2023.

JOLING, K. J. et al. Risk factors for suicidal thoughts in informal caregivers: results from the population-based Netherlands mental health survey and incidence Study-2 (NEMESIS-2). **BMC Psychiatry**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 320, 2019.

MAGALHÃES, J. R. F. de et al. Repercussões da violência intrafamiliar: história oral de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 73, n. 1, p. e20180228, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reben/a/bCvP7gcqSjyH7mFqQ4V4fPm/?lang=pt>. Acesso em: 8 fev. 2023.

MAGNANI, R. M.; STAUDT, A. C. P. Estilos parentais e suicídio na adolescência: uma reflexão acerca dos fatores de proteção. **Pensando famílias**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 75–86, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2018000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 8 fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estimativas Globais de Saúde 2016: Mortes por causa, idade, sexo, por país e por região, 2000-2016**. Brasília: [s. n.], 2018.

PAES, A. G. de A. et al. Terapia assistida por cães na pediatria oncológica: uma revisão integrativa. **VITTALLE - Revista de Ciências da Saúde**, [s. l.], v. 33, n. 3, p. 68–75, 2021.

SANTOS, C. C. dos et al. Application of Calgary Model in the Family Health Strategy. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 93–98, 2015.

SHOIB, S. et al. Role of pets and animal assisted therapy in suicide prevention. **Annals of medicine and Surgery**, [s. l.], v. 80, p. 104153, 2022.

SILVA, D. A. da; MARCOLAN, J. F. O impacto das relações familiares no comportamento suicida. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 2, p. e17310212349, 2021.

SOLIMANDO, L. et al. Suicide risk in caregivers of people with dementia: a systematic review and meta-analysis. **Aging Clinical and Experimental Research**, [s. l.], v. 34, n. 10, p. 2255–2260, 2022.

SOUSA, K. A. de; FERREIRA, M. G. S.; GALVÃO, E. F. C. Multidisciplinary health care in cases of childhood suicidal ideation: operational and organizational limits. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 73, n. suppl 1, 2020.

SOUZA, Í. P. de et al. Genogram and eco-map as tools for understanding family care in chronic illness of the young. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s. l.], v. 25, n. 4, 2016.

SOUZA, T. C. et al. Modelo calgary de avaliação familiar: avaliação de famílias com indivíduos adoecidos de tuberculose. **Enfermagem em Foco**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 17–21, 2017. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/927>. Acesso em: 8 fev. 2023.

SOUZA, T. V. de et al. Modelos teóricos utilizados por enfermeiros para avaliação da família: reflexão teórica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], v. 12, n. 4, p. e2614, 2020.

WASSERMAN, D. et al. Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. **Asia-Pacific Psychiatry**, [s. l.], v. 13, n. 3, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicídio**: uma pessoa morre a cada 40 segundos. [S. l.], 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>. Acesso em: 8 fev. 2023.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias**: Guia Para Avaliação e Intervenção na Família. 5. ed. São Paulo: Editora Roca, 2012.

5.3.3 Manuscrito 3 - Avaliação funcional em famílias de pessoas com comportamento suicida: aplicação do Modelo Calgary

Resumo

Objetivo: desvelar as estratégias que asseguram a funcionalidade da família de pessoas com comportamento suicida. **Metodologia**: trata-se de um estudo de caráter descritivo exploratório, com abordagem qualitativa baseado no referencial teórico e metodológico do modelo calgary de avaliação familiar (mcaf). para primeira etapa do estudo, participaram 11 usuários do núcleo de estudo e prevenção do ssuicídio, em um encontro online com a pesquisadora para construção do genograma familiar. após essa construção, conhecer a família de cada usuário e dar continuidade para a segunda etapa do estudo: as entrevistas. nessa fase participaram 09 famílias de usuários. **Resultados**: emergiram as seguintes categorias do estudo, a saber: vigilância por familiares a pessoa com comportamento suicida; uso de tecnologias pelo familiar para contato diário com a pessoa com comportamento suicida; manejo da crise suicida por familiares de pessoas com comportamento suicida e atenção dos familiares as necessidades básicas da pessoa com comportamento suicida. **Discussão**: os resultados revelam, por meio das falas dos familiares, como é intensa e diversa a funcionalidade de cada núcleo familiar. Isso porque são muitas as formas que cada uma encontra para manter-se estruturada e resiliente apesar dos obstáculos encontrados, entre eles o adoecimento psíquico e o comportamento suicida de um dos seus membros. **Considerações finais**: com o estudo surgem caminhos para a implementação de políticas de saúde e manuais que instiguem a orientação da família e amigos no manejo da crise suicida, o que fazer e como fazer nessas situações, evitando assim consequências não desejáveis, como a tentativa de suicídio e o ato concretizado.

Palavras-chave: Comportamento suicida; Família; Modelo Calgary; Avaliação Funcional

INTRODUÇÃO

O comportamento suicida se caracteriza pela existência de um pensamento obstinado na morte, as tentativas de morrer, que se demonstram em ações realizadas contra si mesmo que possam levar a este fim, sejam elas propositais ou acidentais e a morte (PAUDEL; KAZIM, 2022; OMS, 2014). Tal conduta eclode do desejo do sujeito de findar com sofrimentos, não sendo a morte em si o objetivo, mas sim um meio de libertar-se de tais sentimentos (SILVA; MOTA, 2017). Esse proceder, muitas vezes, é acompanhado por um comportamento parassuicida, como a falta de esperança, ações autodestrutivas e tristeza profunda (PAUDEL; KAZIM, 2022;).

Este é um fenômeno que ocorre em escala global. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2019, uma a cada 100 mortes foram por suicídio, totalizando o registro de mais de 700 mil óbitos (OMS, 2021). No Brasil, o Ministério da Saúde através de uma série histórica entre 2010 e 2019 contabilizou mais de 100 mil mortes por suicídio, o que representa ser essa a quarta principal causa de morte entre indivíduos de 15 a 29 anos, destaca-se ainda que a partir dessa análise verificou-se um aumento anual vertiginoso (BRASIL, 2021). Há de se considerar que esse quantitativo pode ser ainda maior frente ao número de pessoas que tentam o suicídio e sobrevivem e a subnotificação dos casos que são suprimidos por vergonha (SILVA; MOTA, 2017).

Esse comportamento revela um sofrimento intenso, muitas vezes associado a condições adversas da vida. Pesquisas em Madri e em Bangladesh, com mulheres em situação de rua e mães de crianças com espectro autista revelou maior propensão à tentativa de suicídio considerando aspectos desafiadores no seu cotidiano (JAHAN et al., 2020; VAZQUEZ; PANADERO, 2019). Semelhantemente, pesquisadores encontraram associação entre ideação suicida e quadros de ansiedade e depressão em pessoas com artrite reumatoide na Turquia (BESIRLI et al., 2020). Deste modo, a busca pela morte pode representar um desejo em cessar com o sofrimento vivido ou ainda associar-se a um adoecimento psíquico pré-instalado.

Nesse cenário, percebe-se a família enquanto possibilidade de cuidado às pessoas que apresentam comportamento suicida. Entende-se que essa é o primeiro ciclo social de um indivíduo, sendo construída com base em laços de afeto, podendo ou não ser originada da consanguinidade (EDERLI, 2020). Com base nisso, pode-se afirmar que existe intimidade nesta relação, o que favorece a percepção de diferenças nas atitudes de entes queridos, permitindo assim a oferta de um primeiro cuidado. Corroborando, estudo

realizado nos Estados Unidos com 4232 adolescentes revelou que a falta de apoio dos pais se associou de maneira significativa ao relato de ideação suicida e tentativas de suicídio, sendo esses 68% mais vulneráveis ao comportamento suicida (BOYD et al., 2021).

Considerando a magnitude do problema, os serviços de saúde devem estar atentos na prevenção do fenômeno, sobretudo a partir da inclusão da família no tratamento/acompanhamento a fim de conduzir ações que possam ser protetoras aos usuários. Pesquisa realizada no Malawi revelou que pessoas em tratamento psicológico que recebem o suporte e apoio familiar têm mais adesão à terapia (CHIRAMBO et al., 2019). Outrossim, a partir da participação dos entes queridos nos cuidados nos serviços de saúde é possível identificar o potencial protetor ou expositor que a mesma desempenha na vida do indivíduo com comportamento suicida.

Ante ao exposto, conhecer as ações realizadas por familiares de pessoas com comportamento suicida poderá auxiliar na compreensão do fenômeno e dos elementos facilitadores para prevenção. Outrossim, poderá fornecer subsídios no desenvolvimento de estratégias que incluam familiares no acompanhamento de seus entes. Nesse sentido, estudo teve por objetivo: desvelar as ações que mantêm a funcionalidade da família de pessoas com comportamento suicida

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo exploratório, com abordagem qualitativa baseado no referencial teórico e metodológico do Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF). O MCAF é uma estrutura multidimensional compreendendo três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. O modelo baseia-se em um fundamento teórico que envolve sistemas, cibernética, comunicação e mudança (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

O lócus de estudo foi um serviço ambulatorial especializado no atendimento à pessoas com comportamento suicida, o Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS), localizado em Salvador, Bahia, Brasil. Para primeira etapa do estudo, participaram 11 usuários do NEPS que tivessem mais de 18 anos, assistidos de forma regular pelo serviço há pelo menos 1 ano; estáveis psicologicamente, seguindo a avaliação dos técnicos do serviço; e não tivessem tentado suicídio há pelo menos trinta dias. Eles participaram de um encontro online com a pesquisadora para construção do genograma familiar. Essa é uma ferramenta capaz de agrupar várias gerações de uma família e

identificar padrões, comportamentos e conflitos no núcleo familiar (NICHOLS; SCHWARTZ, 1998). Para a construção do genograma fora utilizado o software GenoPro, criado com o objetivo de auxiliar o armazenamento de dados, a construção e apresentação de genealogias familiares (COSTA, 2013) Nele foi possível adotar os nomes fictícios para cada usuário usando como referência as constelações, por exemplo: Áries, Orion, Capricórnio, entre outros.

Após o desenvolvimento do genograma foi possível conhecer a família de cada usuário e dar continuidade para a segunda etapa do estudo: as entrevistas. Nessa fase participaram 09 famílias de usuários do NEPS, selecionadas pelos seguintes critérios: cônjuges; familiares consanguíneos; ou familiares com laços de afetividade de usuários; ter idade igual e/ou maior a 18 anos; e estar em condição emocional e cognitiva. Não participaram do estudo, os familiares que também eram usuários do NEPS e tinham comportamento suicida; não participava ativamente no tratamento do familiar; que não compareceram a entrevista após três tentativas de agendamento. Não foi possível contemplar as 11 famílias esperadas, pois surgiram impasses relacionados a doença no núcleo familiar, perda de um membro importante e resistência do núcleo familiar para participar da entrevista.

Em relação aos aspectos éticos, esse estudo fora submetido a Plataforma Brasil e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA) com nº de parecer 4.794.107 e 4.661.158 respectivamente. O Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) fora lido por cada familiar e assinado de forma eletrônica e, para garantir o anonimato de cada um, foram adotados os nomes fictícios relacionados a seu grau de parentesco com o usuário, como por exemplo: Tio de Hidra, Prima de Escorpião, Irmã de Leão, entre outros.

A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2021 à maio de 2022, de forma online, utilizando do recurso tecnológico da gravação em vídeo para armazenamento dos dados. As perguntas foram estruturadas previamente em um questionário aberto baseado no MCAF (WRIGHT; LEAHEY, 2012). Após transcrição das entrevistas, essas passaram pelos processos de transcrição e textualização, emergindo três categorias baseadas no Modelo Calgary: a primeiro ancora-se nos aspectos estruturais da família; a segunda, na avaliação de desenvolvimento das famílias de pessoas com comportamento suicida, e a última, nas questões funcionais do núcleo familiar, todas integrando a tese “Dinâmica da

família de pessoas com comportamento suicida: Aplicação do Modelo Calgary de Avaliação familiar”.

Nesse recorte, será apresentado a terceira categoria que diz respeito aos detalhes da vida cotidiana das famílias, como estão organizadas as funções de cada membro, como se dispõem para ajudar o seu ente com comportamento suicida. É o aspecto diretamente relacionado à realidade vivida atualmente por esses familiares.

RESULTADOS

Participaram do estudo nove familiares de sete famílias dos usuários do Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS). Em sua maioria os familiares eram mulheres (8), autodeclaradas pardas (7), casadas (5), com média de 2 filhos (5) e 1 ou 2º grau de parentesco, conforme as gerações da família. Seguindo o Modelo Calgary de Avaliação funcional dessas famílias, foram avaliados os seguintes critérios: atividades da vida diária, comunicação entre os membros da família e solução/manejo de problemas dentro do núcleo familiar.

CATEGORIA I- VIGILÂNCIA POR FAMILIARES A PESSOA COM COMPORTAMENTO SUICIDA

A todos os momentos falo com ela e estou vigiando. Ela se casou, mas mora no fundo da minha casa. [...] não deixei ela ir embora para longe pois preciso estar atenta a todo momento. Eu não abandono minha filha nunca! [mãe de libra]

Eu estava sempre vigilante porque ela fugia para tentar o suicídio. [...] a gente tinha que correr atrás e manter ela trancada! depois eu confirmava se as portas e janelas da frente estavam fechadas e ficava acordada a noite toda tomando conta. [mãe de leão]

CATEGORIA II- USO DE TECNOLOGIAS PELO FAMILIAR PARA CONTATO DIÁRIO COM A PESSOA COM COMPORTAMENTO SUICIDA

Quando não vou para casa dela, tenho que falar com ela todo dia pelo celular e fazer chamada de vídeo para ver como é que ela está. [...] “tomou remédio?” “tomou banho?” “tá fazendo o quê?”. Tem que ser todos os dias, não pode dar mole se não vem a tristeza [mãe de aries]

Ela sempre manda mensagem pra mim. Se não respondo logo, dentro de trinta minutos ela manda umas dez mensagens dizendo “se a senhora não responder eu vou aí agora!”. [...] é o melhor jeito de se comunicar

já que eu não posso estar todo dia com ela e nem ela comigo. [tia de virgem]

CATEGORIA III: MANEJO DA CRISE SUICIDA POR FAMILIARES DE PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA

Faço de tudo por ela. Uso terapias, gelo, massagens, mimos, ponho ela no colo e toco o rosto dela, escuto, deixo ela chorar falar o que ela quer. [...] Apoio tudo, dobro meu apoio e durmo abraçada com ela. [mãe de libra]

Quando percebo que ela não está bem e vai ter uma crise, eu organizo um “encontrão” aqui em casa. [...] Eu, ela, e a outra tia. A gente senta, conversa, assiste filme, arruma a casa e almoça juntas. Tudo para ela acalmar e passar o dia tranquila! [tia de virgem]

CATEGORIA IV- ATENÇÃO DOS FAMILIARES AS NECESSIDADES BÁSICAS DA PESSOA COM COMPORTAMENTO SUICIDA

Quando ela veio morar comigo, percebi que ela estava naquele estagio grave. Procurei uma clínica, terapeuta, paguei consulta e levava ela para o médico, toda semana. [...] Era eu que penteava os cabelos, dava banho, comida e levava para o salão de beleza. Comprei roupa, sapato, coisas de higiene e tentei arrumar a vida dela. [tia de virgem]

Quando eu comprava remédio, Qboa, álcool, algo cortante ou qualquer material de limpeza eu deixava trancado com cadeado na dispensa. Todas as minhas roupas eu costurei um bolso para guardar a chave sempre comigo. [...] quando não era assim, eu guardava tudo isso na vizinha, usava e depois guardava de novo. tudo era perigoso para ela. [...] e o cuidado imenso era sempre pouco [mãe de Leão]

DISCUSSÃO

Os resultados revelam, por meio das falas dos familiares, como é intensa e diversa a funcionalidade de cada núcleo familiar. Isso porque são muitas as formas que cada uma encontra para manter-se estruturada e resiliente apesar dos obstáculos encontrados, entre eles o adoecimento psíquico e o comportamento suicida de um dos seus membros.

Considerando o exposto, uma das formas de manter a engrenagem da família funcional, diz respeito à vigilância por familiares. Nos relatos, essa é evidenciada quando a mãe fica atenta para trancar portas e janelas, além de não dormir a noite quando o familiar está em plena crise suicida. Todas essas ações podem ser compreendidas enquanto um recurso fundamental para a manutenção do cuidado, avaliação, promoção da saúde e prevenção de agravos. A vigilância praticada pela família, quando realizada de modo adequado, pode ser considerada uma importante estratégia para prevenir a tentativa de suicídio, além de fornecer informações relevantes que podem auxiliar o

profissional de saúde quanto ao acolhimento e manutenção do cuidado de forma efetiva (MOREIRA, 2015; FILHO, 2023).

Como exemplo disso, pode ser citado o modelo de vigilância, implementado pela Suécia, voltado totalmente à prevenção do comportamento suicida. Tal estratégia, referenciada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), se estrutura a partir do Plano de Ação Nacional para a Prevenção do Suicídio com o intuito de mitigar o número de suicídios em toda a população. O referido modelo, tem a responsabilidade de desenvolver a coordenação e cooperação entre agências/serviços de saúde relevantes que trabalham com a prevenção do suicídio a nível nacional, além de fomentar a construção, compilação e disseminação de conhecimento e orientações às pessoas em risco para o suicídio e seus familiares o que vem obtendo muito sucesso desde a sua implementação em 2016 (Euro Health, 2017).

Ainda nesse contexto, apesar da efetividade que os estudos anteriores mostraram sobre a vigilância dos familiares, é possível trazer ainda uma perspectiva dicotômica sobre o assunto. A vigilância por parte do familiar pode ser considerada tanto um fator protetivo para prevenção do agravo, como citado anteriormente, quanto desencadeador de processos negativos, estes evidenciados pela superproteção e dependência, podendo gerar ainda mais sofrimento. No que tange este aspecto, estudo comparativo desenvolvido em dois ambientes, atendimento psiquiátrico agudo e ensino médio, aponta que embora a superproteção não seja associada diretamente à ideação ou tentativas de suicídio, esse controle afetivo guarda relação com as tendências suicidas, ou seja, com a desregulação emocional, solidão e baixa autoestima (SAFFER; GLENN; DAVID, 2015).

Assim, considerando a complexidade que permeia o comportamento suicida e a urgência para prevenção do agravo, é improtelável a identificação de outros meios para o exercício da vigilância, que não acarrete opressão e sofrimento. Com o intuito de favorecer a manutenção da vigilância, sem acarretar ainda mais sofrimento, pesquisa aponta a necessidade da observação, por parte dos familiares e amigos, ocorrer de forma sutil, envolvendo a identificação das possíveis alterações no comportamento, no humor, na concentração, na qualidade do sono, da alimentação, uso das medicações, conforme prescrição médica e a interação com as pessoas do convívio social (SOCCOL; DA SILVEIRA, 2020), seja presencialmente ou a distância.

Considerando o aspecto da distância física, o estudo aponta que mesmo não estando presentes fisicamente, 24 horas e/ou todos os dias, os familiares utilizam do contato diário, por meio de mensagens de texto e chamadas de vídeo como um tipo de

vigilância. Sobre este aspecto, estudo reflexivo destaca a tecnologia, como ação do contato diário, por meio de ligações telefônicas, chamadas de vídeo via *WhatsApp*, enquanto um importante recurso para atenção e cuidado às pessoas que apresentam comportamento suicida (SOCCOL; DA SILVEIRA, 2020).

Desta forma, o uso da tecnologia, constitui uma ferramenta de cuidado que auxilia no acolhimento da pessoa com comportamento suicida. Isso porque é possível observar alguns sinais que poderão ser identificados no caso do comportamento suicida, como diminuição no autocuidado, expressões de ideias suicidas, isolamento e alteração no humor (BRASIL, 2019). Assim, a vigilância em paralelo com o telemonitoramento favorecem a identificação de características que poderão ser reconhecidas.

Esta tecnologia já tem sido empregada no mundo para diminuir as barreiras do tempo e distância, se configurando enquanto instrumento um elemento eficaz de cuidado às pessoas com risco de vida eminente (BHAT, 2018). O cuidado realizado através do telemonitoramento ficou bem evidenciado durante o período pandêmico do covid-19, que para se evitar a proliferação do vírus foi necessário o isolamento social, o qual oportunizou a utilização de aplicativos de comunicação virtual e smartphones entre as pessoas. Isso pode ser corroborado por pesquisa realizada pelo Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR mostra que 5,5 mil brasileiros utilizaram a telessaúde em 2021 (NIC, 2021). Este fato elucida o crescimento no uso das tecnologias durante o período pandêmico, colocando esse dispositivo em um patamar acessível no que se refere ao cuidado.

A utilização das tecnologias foi apresentada pelos participantes deste estudo como um dispositivo de acolhimento, o qual possibilitou a manutenção da união familiar e tornou a família mais funcional no que se refere ao cuidado. Portanto, essa vigilância efetuada através dos celulares tem se mostrado uma forma de prevenção quanto ao comportamento suicida. Entretanto, apesar da comunicação verbal efetuada através da utilização de tecnologia ser um meio importante para acolher as demandas dos parentes, os familiares trazem que o contato físico é insubstituível no manejo da crise.

Gerenciar o cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico requer dos familiares disposição para exercer o contato físico, considerado um elemento imprescindível para mitigar a sensação de solidão e não pertencimento. Já que nessa situação o indivíduo se encontra enfraquecido e com pouca habilidade avaliativa da realidade (RUVIARO et al, 2019), necessitando de uma rede de apoio para um acolhimento que possibilite uma diminuição dos pensamentos suicidas e do sofrimento.

Estudo internacional realizado com pessoas com comportamento suicida evidenciou que aquelas que possuem redes de apoio estão menos propensas a efetivação do suicídio (MARTINENGO et al, 2019). Esse fato pode guardar relação com os vínculos que são construídos entre as pessoas quando estas realizam algumas atividades juntas, principalmente atividades que são consideradas prazerosas para estas, como assistir filmes, conversar, arrumar a casa e comer (DA SILVA; RUCKERTA, 2020), como relatado pelos familiares deste estudo. Assim é possível perceber que por se conhecerem tanto, cada família encontra dentro de si mesma uma maneira eficaz de amenizar, concertar ou resolver a situação da crise suicida que afeta o seu familiar.

Outro exemplo dessa dinâmica dentro da família, são os cuidados diários e básicos citados pelos familiares. A exemplo disso, O estudo sinaliza que estes experienciam um cotidiano de prática de cuidados no que tange ao controle no ambiente físico, a fim de impossibilitar o acesso a utensílios e produtos presentes no ambiente doméstico que possam apresentar risco à integridade física da pessoa com comportamento suicida, bem como chama atenção para o insight desenvolvido pelos familiares a ponto de fazer costuras nos bolsos das roupas para esconder as chaves que daria acesso a produtos tóxicos a fim de salvaguardar seu familiar. Estratégias semelhantes podem ser vistas também em estudos qualitativos nacionais e internacionais (Nova R, 2019; Santo et al 2022; Goldim et al, 2017)

Para além disso, o estudo mostra ainda que os familiares demonstram preocupação com a alimentação, higiene íntima e bem-estar dos seus entes, como é o exemplo da fala da tia de Virgem. Com base em outro estudo realizado com familiares de pessoas com comportamento suicida, é citado brevemente que os cuidados em relação as necessidades básicas da pessoa, ocorrem principalmente após a tentativa de suicídio, mas podem perdurar caso seja necessário (PLAYER et al., 2015; NOVA et al., 2019). Em uma releitura publicada da Teoria do Autocuidado, de Dorothea Orem, é possível ressaltar a importância dos pacientes em realizarem de forma independente, o autocuidado no seu cotidiano para possibilitar que o mesmo assuma a responsabilidade no seu tratamento (SILVA et al, 2021). Isso aplica-se também às pessoas em sofrimento psíquico e com comportamento suicida.

Destarte, as falas mostram que as estratégias utilizadas atravessam os núcleos familiares de pessoas com comportamento suicida e desencadeiam alterações na organização interna do seu todo. Por isso, uma vez compreendendo como cada família se refaz diante das situações adversas à vida, é possível transversalizar as ações de

vigilância, o contato diário, o manejo da crise suicida e a atenção às necessidades básicas para garantir a segurança das pessoas com comportamento suicida e a continuidade de uma estrutura familiar funcional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou aspectos que permeiam estratégias que asseguram a funcionalidade da família de pessoas com comportamento suicida. Essas perpassam pela vigilância por familiares a pessoa com comportamento suicida; uso de tecnologias pelo familiar para contato diário com a pessoa com comportamento suicida; manejo da crise suicida por familiares da pessoa com comportamento suicida e a atenção dos familiares as necessidades humanas básicas da pessoa com comportamento suicida.

A pesquisa apresentou limitações quanto ao número de familiares entrevistados. Isso está relacionado ao lócus da pesquisa, pois é o único Núcleo específico de Estudo e Prevenção do Suicídio ligado a um Centro de Informações Toxicológicas do Brasil, com limitação de profissionais para atendimento amplo, bem como a recusa de alguns familiares ao longo da pesquisa.

Assim, trazendo alguns dos aspectos que garantem a funcionalidade da família de pessoas com comportamento suicida, é possível apontar direções a serem seguidas para o atendimento e acompanhamento a esses familiares. Seguindo mais além, também surgem caminhos para a implementação de políticas de saúde e manuais que instiguem a orientação da família e amigos no manejo da crise suicida, o que fazer e como fazer nessas situações, evitando assim consequências não desejáveis, como a tentativa de suicídio e o ato concretizado.

REFERÊNCIAS

BEŞIRLI, A. et al. The Relationship Between Anxiety, Depression, Suicidal Ideation and Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis. **Psychiatric Quarterly**, [s. l.], v. 91, n. 1, p. 53–64, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11126-019-09680-x>. Acesso em: 18 jan. 2023.

BHAT, S. et al. Evaluation of a clinical pharmacist-led multidisciplinary antidepressant telemonitoring service in the primary care setting. **Population Health Management**, [s. l.], v. 21, n. 5, p. 366-372, 2018. Disponível em: <<https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/pop.2017.0144>> Acesso em: 24 jan. 2023.

BOYD, D. T. et al. Suicidal ideations and Attempts Within the Family Context: The Role of Parent Support, Bonding, and Peer Experiences with Suicidal Behaviors. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**, [s. l.], v. 9, n. 5, p. 1740–1749, 2022. Disponível

em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40615-021-01111-7>. Acesso em: 18 jan. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico**. v. 52, n. 33. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf/view. Acesso em 19 jan. 2023.

CHIRAMBO, L. et al. Factors influencing adherence to antiretroviral treatment among adults accessing care from private health facilities in Malawi. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 1–11, 2019. Disponível em: <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7768-z>. Acesso em: 18 jan. 2023.

COSTA, R. Representação gráfica de famílias com recurso ao Genopro®:(re) descobrir o genograma familiar no contexto da investigação qualitativa. **Indagatio Didactica**, v. 5, n. 2, p. 723-733, 2013. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/9306>. Acesso em: 24 jan. 2023.

DA SILVA, K. A.; RÜCKERTA, M. L. T. Intervenções psicológicas no tratamento de pacientes com comportamento suicida na Terapia Cognitivo Comportamental. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 22, n. 2, 2020. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v22n2a06.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2023.

EDERLI, A. K. G. B. A evolução do conceito de família e suas concepções contemporâneas. **ETIC - Encontro de Iniciação Científica** - ISSN 21-76-8498, [s. l.], v. 16, n. 16, p. 1–10, 2020. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/view/8478>. Acesso em: 18 jan. 2023.

FERNANDES FILHO, D. P. et al. O suicídio sob a perspectiva da Antropologia e Psicologia: um olhar para a Saúde Pública. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. e21012139348-e21012139348, 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/39348>. Acesso em: 26 jan. 2023.

FERREIRA, C. R.; ISAAC, L.; XIMENES, V. S. Cuidar de idosos: um assunto de mulher? **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 9, n. 1, p. 108-125, jun. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 27 jan. 2023.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 1996. MOREI.

JAHAN, S. et al. Depression and suicidal behaviors among Bangladeshi mothers of children with Autism Spectrum Disorder: A comparative study. **Asian Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 51, p. 101994, 2020. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201820301027?casa_token=la6yfag8jT0AAAAA:VuhNLF5gWz_SY6REDySwzmmkuw9qVOKp93GeqgJIHmHQrsjDZI3iuNoo9xnihPekvzaxurb81Y. Acesso em: 18 jan. 2023.

MARTINENGO, L. et al. Suicide prevention and depression apps' suicide risk assessment and management: a systematic assessment of adherence to clinical guidelines. **BMC medicine**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-019-1461-z> Acesso em: 27 jan. 2023.

MOREIRA, E. H.; BARICHELLO, E. M. M. R. A análise da vigilância de Foucault e sua aplicação na sociedade contemporânea: estudo de aspectos da vigilância e sua relação com as novas tecnologias de comunicação. **Intexto**, [s. l.], n. 33, p. 64-75, 2015. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/index.php/intexto/article/view/50075>> Acesso em 09 fev 2023.

NICHOLS, M. P.; SCHWARTZ, R. C. **Terapia familiar: Conceitos e métodos**. Porto Alegre, RS: Artmed. 1998.

NOVA, R.; HAMID, A. Y. S.; DAULIMA, N. H. C. La experiencia familiar en el cuidado de clientes con riesgo suicida en Indonesia. **Doente glob.**, [s. l.], v; 18, n. 53, p 445-63, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.337751>. Acesso em 9 fev 2023.

PAUDEL, S.; KAZIM, A. Suicide. Em: FERRI, F.; FACP (org.). **Ferri's Clinical Advisor**. 1. ed. [S. l.]: Elsevier, 2022. p. 1439.e4-1439.e6. E-book. Disponível em: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9780323755702008833>. Acesso em: 18 jan. 2023.

PLAYER, M. J. et al. What Interrupts Suicide Attempts in Men: A Qualitative Study. **PLoS ONE**, [s.l.], v. 10, n. 6, p. e0128180, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128180>. Acesso em 9 fev 2023.

RUVIARO, N.; CORRÊA, A. S.; DA SILVA SILVEIRA, K. S. Etiologia e manejo do comportamento suicida: a perspectiva da terapia cognitivo-comportamental. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, v. 20, n. 2, p. 377-390, 2019.

SAFFER, B. Y.; GLENN, C. R.; DAVID KLONSKY, E. Clarifying the relationship of parental bonding to suicide ideation and attempts. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 45, n. 4, p. 518-528, 2015.

SANTOS, M. A. S.; BEDIN, L. M.; DELL'AGLIO, D. D. Self-injurious behavior and factors related to suicidal intent among adolescents: a documentary study. **Psico-USF, Bragança Paulista**, v. 27, n. 2, p. 357-368, abr./jun. 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pusf/a/VRvgFmWBKtdCg7jXrHwtrJD/?format=pdf&lang=en>> Acesso em 9 fev 2023.

SILVA, J. V. D. S.; MOTTA, H. L. Comportamento suicida: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Educação, Psicologia e Interfaces**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 51-67, 2017. Disponível em: <https://educacaoepsicologia.emnuvens.com.br/edupsi/article/view/25>. Acesso em: 18 jan. 2023.

SOCCOL, K. L. S.; DA SILVA, A. Impacts of social distancing on mental health: strategies for suicide prevention. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, 2020.

VAZQUEZ, J. J.; PANADERO, S. Suicidal attempts and stressful life events among women in a homeless situation in Madrid (Spain). **American Journal of Orthopsychiatry**, [s. l.], v. 89, n. 2, p. 304–311, 2019. Disponível em: /record/2018-65898-001. Acesso em: 18 jan. 2023.

VENICIO, R. H.; DAIUTO, P. R. O papel da resiliência na prevenção do suicídio. **Uningá Review**, v. 29, n. 2, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: World Health Organization; 2014. 92p

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates**. Genebra: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>. Acesso em 19 jan. 2023.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY M. **Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família**. 5ª ed. São Paulo (SP): Roca; 2012.

5.3.4 Manuscrito 4: Expressões de cuidado na dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida: revisão integrativa

*Submetido à revista Saúde e Debate

RESUMO

Objetivo: Identificar as principais formas de cuidado na dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida. Método: Revisão integrativa, com abordagem qualitativa e que após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 13 artigos para a amostra final, cuja análise se deu por meio dos pressupostos da análise temática. A coleta de dados foi realizada em setembro de 2020, por dois pesquisadores, de modo independente. Resultados: Obteve-se que as expressões de cuidado na dinâmica familiar das pessoas com comportamento suicida podem ser diversas, entre estas estão: a escuta e compreensão; presença e disponibilidade; afeto; busca familiar por ajuda e orientação profissional; bem como a atenção e vigilância ao ente com comportamento suicida. Conclusão: Este estudo identificou as principais formas de cuidado identificadas na literatura acerca do cuidado na dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida, ofertando subsídios científicos para orientar familiares quanto ao cuidado e prevenção do suicídio.

DESCRITORES: Tentativa de suicídio; Suicídio; Empatia; Relações familiares; Família.

INTRODUÇÃO

Entende-se por comportamento suicida um processo gradual que parte de pensamentos flutuantes sobre a morte e o morrer, evolui para uma ideação constante, chegando à elaboração de planos e podendo culminar em tentativas fatais, suicídio

consumado, ou não, tentativas de suicídio⁽¹⁻²⁾. Esse agravo merece atenção e estudos que deem direcionamento à prevenção e *pósvenção* do suicídio, o que envolve especialmente o cuidado da família às pessoas em sofrimento psíquico.

Reafirmando-o como agravo global, atualmente, no *ranking* de países com mais casos de morte por suicídio, encontra-se pelo menos um país de cada continente do mundo, sendo que os números aparecem com proporções maiores a cada ano⁽³⁾. No Brasil, o número de mortes por suicídio é alarmante, com uma elevação de 12% entre os anos de 2011 e 2015, colocando o país na 8ª posição do *ranking* mundial e na 4ª colocação latino-americana dos maiores índices de suicídio⁽³⁾. Estudo que investigou a tendência da mortalidade no período de 1996 a 2016 revelou maior crescimento percentual das taxas de suicídio no nordeste (+104,88%), seguido do norte (54,87%) e do sudeste (16,94%)⁽⁴⁾. Já no período de 2011 a 2016, identificaram-se 48.204 casos de tentativa de suicídio em território nacional⁽⁵⁾.

Embora o comportamento suicida apresente contribuição significativa para os anos de vida perdidos por morte ou incapacidade (*DALYs*)⁽⁶⁾, não é possível indicar para esse uma única causa ou motivo definido. Isso porque são inúmeros os fatores (inter)relacionados, entre eles a tentativa de suicídio anterior, histórico familiar de suicídio, baixa escolaridade e renda, presença de transtorno mental, uso abusivo de substâncias psicoativas e vivência de violência⁽⁷⁾. Além disso, também são considerados fatores de risco os conflitos familiares, relações abusivas, pouca sociabilidade e/ou interação social^(4,9).

No que pese o suporte da família para a pessoa com comportamento suicida, os estudos mostram que, apesar de serem gatilhos ou disparadores emocionais para a tentativa de suicídio, o núcleo familiar também pode atuar como válvula mestra para a proteção à vida dos seus entes em sofrimento^(4,10). Isso pode se dá porque, uma vez compreendendo a família como a primeira referência de proteção e socialização dos indivíduos, ela se constitui num canal de iniciação e aprendizado dos afetos, independentemente da multiplicidade de relações e estruturas parentais⁽¹¹⁾.

No Brasil, debates vêm sendo realizados sobre a temática diante da gravidade que o problema do suicídio vem se configurando no país. Em 2017, a câmara de deputados, reconheceu estratégias de envolvimento da família na prevenção do suicídio, principalmente entre adolescentes e adultos jovens. O cuidado na rotina e acompanhamento do tratamento psicológico e farmacológico estão entre as características atribuídas à importância do suporte social da família⁽¹²⁾.

Em vista do exposto, justifica-se este estudo pela necessidade de explorar e compreender quais as expressões para o cuidado existente na dinâmica familiar da pessoa com comportamento suicida, uma vez que tal conhecimento pode resultar em estratégias eficazes de prevenção e pós-venção. A exemplo da prevenção de crises suicidas; ajuda a lidar com a ideia da morte; e oferta de subsídios para que os profissionais de saúde fortaleçam o conhecimento dos familiares. Logo, questiona-se: quais as expressões de cuidado na dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida? Elege-se como objetivo: identificar as principais formas de cuidado na dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, com abordagem qualitativa, que possibilita, de modo sistemático e ordenado, integrar evidências científicas a partir da agregação e síntese de resultados de pesquisa sobre uma determinada questão⁽¹³⁾. Assim é possível o aprofundamento e articulação do conhecimento, bem como encontrar e objetivar caminhos para o cuidado que já estão postos em outras literaturas publicadas.

O desenvolvimento da revisão contou com oito etapas metodológicas, pré-definidas por Soares e colaboradoras⁽¹⁴⁾. Destarte, definiu-se a seguinte questão de pesquisa: Quais as formas de cuidado realizadas na dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida? Esta foi elaborada utilizando-se a estratégia PICO - cujos acrônimos significam: *P* - População (Pessoas com comportamento suicida), *I* - Interesse ou Fenômeno de Interesse (Formas de cuidado) e *Co* - Contexto (Dinâmica familiar)⁽¹⁵⁾. A busca e seleção dos estudos foram realizadas nas bibliotecas *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Latin-American and Caribbean Center on Health Sciences Information* (LILACS), como também na base de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PubMed).

A coleta de dados foi realizada no dia 04 de setembro de 2020, por dois pesquisadores, de modo independente. A estratégia de busca foi construída utilizando Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), na língua inglesa, que mais se adequaram à questão de pesquisa. Também foram utilizadas as palavras chaves do Medical Subject Headings (MeSH). Estes termos foram cruzados pelo operador *booleano* “AND” e “OR”, com o propósito de atingir uma maior seleção de artigos. As estratégias estabelecidas para cada base de dados podem ser observadas no quadro 1.

Quadro 1 – Descrição da estratégia de busca utilizada por base de dados. Salvador, Bahia, Brasil, 2021.

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA
SCIELO LILACS	(tw:(Suicide Attempted)) AND (tw:(Family Relations)) OR (tw:(Family)) AND (tw:(Empathy)) OR (tw:(Care))
MEDLINE	((((((((suicide attempts[Title/Abstract]) OR (suicide attempt[Title/Abstract])) OR (suicide[Title/Abstract])) OR (suicide prevention[Title/Abstract])) OR (Suicide Prevention Plan[Title/Abstract])) OR (Suicide, Attempted, Family[Title/Abstract])) OR (suicide education[Title/Abstract])) OR (Suicide Risk[Title/Abstract])) OR (Suicide Threats[Title/Abstract])) AND (((((((family centered care[Title/Abstract]) OR (family integrated care[Title/Abstract])) OR (family involvement[Title/Abstract])) OR (family[Title/Abstract])) OR (families[Title/Abstract])) OR (family relations[Title/Abstract])) OR (family relations test[Title/Abstract])) OR (parental monitoring[Title/Abstract]))

RESULTADOS

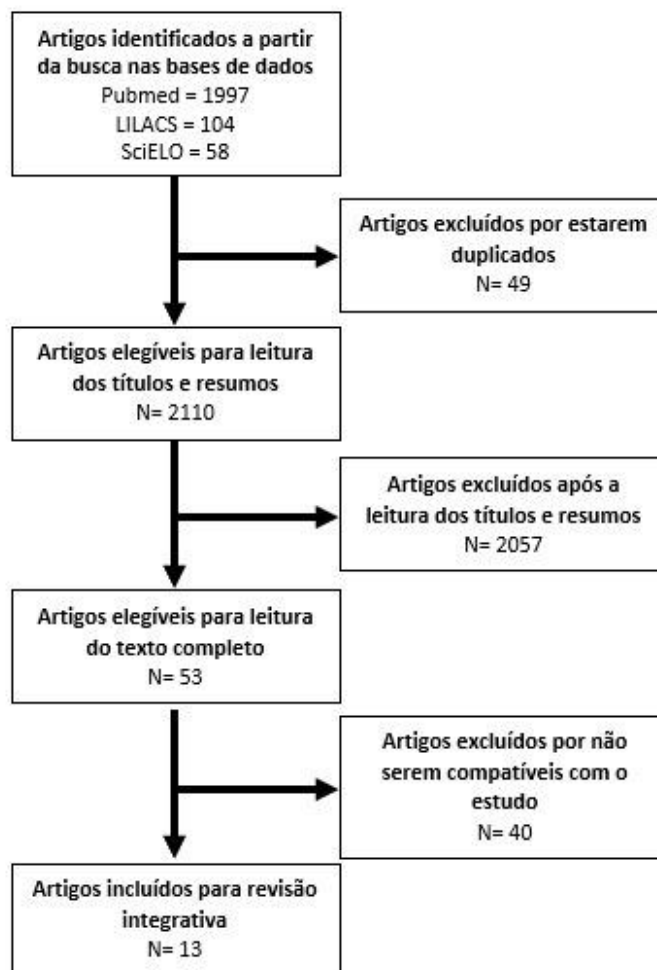
Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos originais relacionados à temática do cuidado na dinâmica familiar a pessoas com comportamento suicida; publicados entre janeiro de 2010 e agosto de 2020; escritos nos idiomas português, inglês ou espanhol. Já os critérios de exclusão considerados foram: artigos duplicados; artigos de revisão; artigos de fonte secundária (prontuários); e literatura cinzenta (teses, dissertações, cartas, relato de caso ou comunicação rápida).

Embasados nos critérios de inclusão e exclusão, realizou-se a filtragem dos artigos, iniciando pela leitura dos títulos e resumos. Os artigos pré-selecionados foram lidos na íntegra e 13 artigos foram selecionados para a amostra final deste estudo (Figura 1). Esses foram sintetizados de forma detalhada, comparando as pesquisas incluídas, conforme as diferenças e semelhanças, sendo organizados no quadro sinóptico, o mesmo utilizado como instrumento de coleta de dados de acordo com o título da obra, autor(es), ano de publicação, país e objetivo do estudo (Quadro 2).

A análise dos artigos se deu por meio dos pressupostos da análise temática, trazidos por¹⁶, que preconizam seis fases, sendo elas: 1) Familiarização dos dados, 2)

Gerando códigos iniciais, 3) Buscando temas, 4) Revisando temas, 5) Definindo e nomeando temas, 6) Produzindo o relatório.

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos artigos. Salvador, Bahia, Brasil, 2021



Após a leitura aprofundada, análise e interpretação dos artigos encontrados (Quadro 2), foi possível estabelecer cinco temas relacionados ao cuidado familiar da pessoa em risco para o suicídio, sendo eles: Da escuta à compreensão: dinâmica e comunicação que suscita o cuidado a pessoas com comportamento suicida; Afeto ao familiar com comportamento suicida: manifestação de sentimentos para além do amor; A disponibilidade e apoio dos familiares de pessoa com comportamento suicida manifesta-se enquanto uma expressão de cuidado; A busca por ajuda e orientação: quando a família ampara-se aos profissionais de saúde para ajudar a pessoa com comportamento suicida; Atenção redobrada: vigilância enquanto forma de cuidado à pessoa em risco para o suicídio.

O elemento que diferencia os temas estabelecidos é a motivação/intenção em que o familiar realizou a prática de cuidado, como por exemplo: ao fazer uma ligação de madrugada, a intencionalidade do familiar pode ser tanto para o ato de estar disponível quanto para a vigilância na crise suicida. Apesar dos esforços em segmentar as expressões de cuidados, para melhor compreendê-las, cabe sinalizar que esses temas não são dissociativos, mas estão intimamente ligados entre si⁽¹⁶⁾. Essas e outras distinções serão melhor explicitadas nos cinco temas abaixo:

Quadro 2 – Caracterização dos Estudos selecionados para análise. Salvador, BA, Brasil, 2021

Nº	Título	Autores, Ano	Revista	País	Objetivos
1	Suporte social de familiares amigos: discurso de pessoas com comportamento suicida	ANDRADE <i>et al.</i> , 2019	Cogitare Enfermagem	Brasil	Identificar os elementos que favorecem o suporte social de familiares e amigos às pessoas com comportamento suicida
2	É possível superar ideações e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos	FIGUEIREDO <i>et al.</i> , 2015	Ciência & Saúde Coletiva	Brasil	Identificar os fatores de proteção que possibilitem a superação do sofrimento e da desesperança que levam à morte autoinfligida.
3	La experiencia familiar en el cuidado de clientes con riesgo suicida en Indonesia	NOVA; HAMID; DAULIMA, 2019	Enfermería Global	Indonésia	Obter um panorama da experiência da família no atendimento de clientes em risco de suicídio.
4	Dificultades de integración social en personas depresivas con pensamientos de suicidio	MONTESÓ-CURTÓ <i>et al.</i> , 2011	Index de Enfermería	Espanha	Identificar as dificuldades de integração social vivenciadas por pessoas com diagnóstico de depressão que pensaram ou

					fizeram tentativas de suicídio.
5	Comparison of Study of Postdischarge Care Provided to Suicide Patients by Family Members in East and South Taiwan	SUN <i>et al.</i> , 2012	Journal of Nursing Research	Taiwan	Explorar e examinar o atendimento domiciliar prestado por famílias a parentes que tiveram alta hospitalar recentemente após tentativas de suicídio no leste e sul de Taiwan.
6	The Healing Process Following a Suicide Attempt: Context and Intervening Conditions	SUN <i>et al.</i> , 2014	Archives of Psychiatric Nursing	Taiwan	Compreender os ambientes interno e externo (o contexto) e as circunstâncias de proteção / resiliência e impedimento (condições intervenientes) que afetam a ação / interações dos indivíduos ao navegar no processo de cura após sua tentativa de suicídio na cultura chinesa.
7	The role of social support and spiritual wellbeing in predicting suicidal ideation among marginalized adolescents in Malaysia	IBRAHIM <i>et al.</i> , 2019	BMC Public Health	Indonésia	Examinar a associação entre apoio social e bem-estar espiritual na previsão de ideação suicida entre adolescentes malaios.

8	“You feel like you can’t live anymore”: Suicide from the perspectives of Canadian men who experience depression	OLIFFE <i>et al.</i> , 2012	Social Science & Medicine	Canadá	Compreender os processos que homens com depressão usaram para combater e contemplar o suicídio.
9	Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide	BUUS <i>et al.</i> , 2014	Journal of Advanced Nursing	Dinamarca	Obter mais informações sobre experiências de pais de filhos ou filhas que tentaram suicídio e como esses pais respondem ao aumento da carga psicossocial após o suicídio tentativa (s).
10	Comparison of Families with and without a Suicide Prevention Plan Following a Suicidal Attempt by a Family Member	CHO <i>et al.</i> , 2015	Journal of Korean Medical Science	Coreia do Sul	Determinar quantas famílias desenvolveram um plano de prevenção do suicídio e identificar as principais estratégias utilizadas para prevenir futuras tentativas de suicídio após um membro de uma família na zona rural da Coreia ter tentado o suicídio.
11	What Interrupts Suicide Attempts in Men: A Qualitative Study	PLAYER <i>et al.</i> , 2015	PLoS One	Austrália	Examinar os fatores que auxiliam, complicam ou inibem intervenções para homens em risco, bem como delinear os papéis da família, amigos

					e outras pessoas na prevenção do suicídio masculino.
12	An Interpretive Phenomenological Inquiry of Family and Friend Reactions to Suicide Disclosure	FREY; HANS; CEREL, 2017	Journal of Marital and Family Theray	Estados Unidos	Determinar os significados que sobreviventes de tentativas derivam de reações de familiares e amigos à tentativa de suicídio de entender melhor quais reações são percebidas como úteis.
13	Being at the center of attention: Iranian women's experience after suicide attempts	AZIZPOUR <i>et al.</i> , 2018	Perspectives in Psychiatric Care	Iran	Compreender a vivência das mulheres após as tentativas de suicídio.

DISCUSSÃO

Da escuta à compreensão: comunicação que suscita o cuidado às pessoas com comportamento suicida

Os estudos demonstraram que o cuidado familiar das pessoas com comportamento suicida é fomentado pela escuta, conversa e compreensão, na qual o familiar demonstra empatia pelo indivíduo, deixando de lado os julgamentos. Assim, percebe-se que essa comunicação entre familiares e pessoas com comportamento suicida, possibilita ao indivíduo expressar seus sentimentos e sofrimentos⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, ao passo que o familiar, que está no lugar de escuta, consegue compreender o que está acontecendo com a pessoa e demonstra interesse em ajudá-la. Este ato suscita no indivíduo o sentimento de acolhimento e possibilidades de amenizar a ideação suicida⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Nesse contexto, é possível perceber que falar sobre o suicídio também reduz a ansiedade associada aos pensamentos ou atos de autoagressão e auxilia a pessoa a se sentir

compreendida e a aceitar ajuda. Assim, a fala direta e abertamente sobre ideação suicida e seus fatores de risco é a forma mais eficaz de abordar e manejar o risco de suicídio⁽²⁰⁾.

No sentido oposto a isso, a literatura também destaca quando ocorre o cenário contrário: a ausência de diálogos entre os familiares e as pessoas que tentam o suicídio, pode resultar em grande possibilidade de isolamento e da solidão. Esses emergem como sentimentos agudos em que a pessoa não consegue lidar, por vezes, podendo entender a tentativa da morte autoprovocada como solução para cessar essas dores⁽²¹⁻²²⁾. Em busca de compreender o indivíduo, os familiares também conversam, expressam o que sentem diante dessa situação^(17-18,23-24), fazem questionamentos em prol da própria pessoa perceber que o suicídio não é o único caminho para sanar o sofrimento mental⁽²⁴⁾. Esta comunicação, entre membros da família, pode ser vista como uma medida eficaz de prevenção ao suicídio⁽²⁵⁾.

Estudo de reflexão sobre parentalidade na contemporaneidade corrobora com essa ideia ao trazer a necessidade da expressão familiar por meio da conversa, onde o diálogo necessita ser visto como uma ferramenta para o exercício da empatia, que faz a pessoa se ver no lugar do outro. Por esse motivo, entende-se a conversa como fundamental para a família, pois além de desenvolverem uma relação baseada na ternura e respeito, pode ser considerada uma forma de educar, apoiar e compreender as diversas situações da vida⁽²⁶⁾.

Seguindo nesse horizonte, alguns dos estudos analisados nesta revisão demonstraram que a comunicação sem julgamento^(17,19,23) e com empatia⁽¹⁷⁾ reverberam de forma positiva ao despertar no indivíduo com comportamento suicida as sensações de segurança, apoio, importância, perdão e aceitação^(17,19,23). Isto pode ser ratificado pela versão profissional do Guia de Referência Rápida, intitulado: “Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção”. Neste documento, ao explicar sobre a escuta à pessoa em risco de morte autoprovocada, é enfatizado que nem sempre a pessoa expressa claramente seus pensamentos ou sentimentos relacionados ao suicídio⁽²⁰⁾.

Destarte, esse tema emergido traz a discussão sobre a dinâmica familiar permeada pela comunicação, o que favorece ao familiar compreender o comportamento suicida e se colocar no lugar do outro. Este processo possibilita a efetividade das relações de cuidado^(17,23) que podem oferecer uma experiência psicossocial reabilitante⁽²⁷⁾.

Afeto ao familiar com comportamento suicida: manifestação de sentimentos para além do amor

Os estudos revelaram que a demonstração de afeto se constitui em uma forma de cuidado presente na dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida, sendo manifestado de diversas maneiras. A exemplo disso estão os vínculos de carinho^(17,28) cumplicidade⁽¹⁷⁾, bem querer⁽²⁸⁾, bondade⁽²⁸⁾, suporte social^(17,29) e gentileza⁽²⁸⁾.

Desde o final do século XX, Leonardo Boff direciona sua escrita para o “cuidado”, incluindo duas grandes significações a este: uma é a atitude de desvelo, solicitude e de atenção com o outro; a segunda são os sentimentos de preocupação, de inquietação e responsabilidade, porque a pessoa que recebe cuidado se sente envolvida e ligada a outrem⁽³⁰⁾. Logo, é possível inferir que as reflexões de Boff conversam com as manifestações de sentimentos para além do amor, surgido nos artigos aqui analisados^(17,28,31) e na atenção às necessidades básicas⁽²⁹⁾.

Um exemplo da importância do amor para o cuidado na dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida pode ser visto em um estudo na África do Sul, com oitenta adultos internados em um centro urbano hospitalar após uma tentativa de suicídio, dentre os quais um dos participantes destacou que ouvir da sua namorada que é amado o ajuda a conter o seu comportamento suicida⁽³²⁾.

Curiosamente surgiu em um dos estudos⁽²⁸⁾, como forma de afeto, o apoio financeiro, mais especificamente, receber dinheiro do seu familiar para resolver questões imediatas, como dívidas e compras. Em sintonia com esse achado, a Divisão Nacional de Prevenção da Violência em Atlanta (EUA) publicou um manual técnico de políticas, programas e práticas para auxílios financeiros não só à pessoa com comportamento suicida, mas também para a sua família. Uma das justificativas para desenvolver esse manual foi a importância da ajuda financeira como forma de suporte social para diminuir o estresse e as dificuldades associadas à perda de emprego, compras com medicamentos e/ou internações ou outra situação financeira imprevista⁽³³⁾.

Dessa forma, ressalta-se que os laços familiares que mantêm e sustentam essas relações podem ser evidenciados nas redes de afeto, na segurança, nas diferenças, na continuidade de valores e na crença de pertencimento. Estas também estão associadas à estrutura, funcionamento e à organização da família. Assim, os contextos cultural e social merecem destaque quando se fala da construção da família, pois esses espaços podem determinar as transformações e a intensidade dos afetos em suas variadas formas de demonstração⁽³⁴⁾.

A disponibilidade e apoio dos familiares de pessoa com comportamento suicida manifesta-se enquanto uma expressão de cuidado

A disponibilidade para ofertar apoio ao familiar com comportamento suicida manifesta-se enquanto uma expressão de cuidado significativa no processo de reabilitação psicossocial de pessoas em sofrimento psíquico. Esta foi revelada por meio de ligações durante a madrugada⁽²³⁾ e fornecimento de distrações, como por exemplo, sair de casa para um passeio e o incentivo a pensamentos positivos⁽³⁵⁾, ou ainda em estar presente após tentativas de suicídio⁽¹⁹⁾.

Estudo longitudinal, realizado por meio de dados da Associação Americana de Suicidologia, mostrou que o não julgamento e a compreensão da família diante de uma tentativa de suicídio conseguiram evitar que seu familiar tivesse alto nível de frustração, sentimento de peso e não pertencimento. Outrossim, ao se mostrarem presentes após a tentativa de suicídio, os familiares abriam o caminho para saber mais sobre o comportamento suicida e conseqüentemente diminuir as chances de uma nova crise⁽³⁶⁻³⁷⁾.

Estar no mesmo ambiente ou colocar-se disponível também foi percebido pelos autores como fundamentais para que não ocorressem novas tentativas de suicídio⁽²⁷⁾. Ter alguém para nortear⁽²⁹⁾, cuidar⁽²³⁾, caminhar junto⁽¹⁷⁾, conversar^(19,24) e ter familiares como referência em sua rede de apoio⁽³¹⁾ foram exemplos de ações essenciais que os familiares fizeram e que contribuem para amenizar o sofrimento psíquico dos indivíduos.

Em consonância a isso, dados de um estudo epidemiológico nos Estados Unidos revelaram que a percepção de alto apoio da família possibilita um ambiente familiar seguro e confortável em tempos difíceis, podendo diminuir a probabilidade de suicídio nas pessoas em sofrimento psíquico⁽³⁸⁾. Paralelo a este, estudo realizado em escolas de nível médio na Turquia, com adolescentes entre 14 e 18 anos, aponta que a relação negativa com a figura paterna e materna, bem como a ausência de apoio destes, constituiu-se como um fator de risco ainda mais intensificado para o comportamento suicida⁽³⁹⁾. Isto posto, é imperativo ter o familiar disponível e presente após uma tentativa de suicídio do seu ente em sofrimento psíquico.

A busca por ajuda e orientação: quando a família se ampara aos profissionais de saúde para ajudar a pessoa com comportamento suicida

Diante da ausência do conhecimento de estratégias para o manejo de indivíduos com ideação suicida, familiares tendem a buscar ajuda e orientação com profissionais de saúde. Essa busca permitiu que: familiares compreendessem e ajudassem em momento

de crise⁽³⁵⁾; reduzissem a pressão e a responsabilidade que sentiam sobre seu ente que está em risco para o suicídio⁽²⁴⁾; e incentivassem a pessoa buscar o serviço de saúde para realizar o tratamento psicoterapêutico e/ou farmacológico adequado⁽⁴⁰⁾.

Nesse sentido, estudo internacional realizado na Coreia do Sul, usando dados de pares de pais e filhos com depressão e sofrimento psíquico, mostrou que em sua maioria, quando o familiar teve relação positiva em relação a busca de ajuda psicológica e/ou psiquiátrica, bem como procurou ajuda de outros profissionais nos serviços de saúde mental, seus filhos apresentaram menor ideação suicida⁽⁴¹⁾. Em consonância, estudo de revisão com a perspectiva de familiares e jovens que se automutilam evidenciou a necessidade da orientação e oferta de informações imediatas sobre estratégias úteis, opções de tratamento e serviços disponíveis para gerenciar e prevenir incidentes de automutilação, com ideação suicida ou não⁽⁴²⁾.

Dessa forma, a ajuda profissional apareceu como solução quando pais se sentiram impotentes devido a sua incapacidade de estabilizar a situação de iminência da tentativa de suicídio de seus filhos. Isso os levou a mobilizar os serviços de saúde e assistência social adequados⁽¹⁸⁾ para auxiliá-los na assistência das crianças/adolescentes. Fato semelhante aconteceu também quando os familiares de homens com comportamento suicida contataram profissionais de saúde mental para orientá-los em como evitar que eles se automutilassem e viessem a cometer a tentativa de suicídio e/ou suicídio⁽²⁴⁾.

No contexto brasileiro, os profissionais de saúde da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS) são considerados de referência para tais situações. Isso porque desenvolvem atendimentos terapêuticos grupais e individuais direcionados para pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares. A construção e efetivação desse acompanhamento é uma ação terapêutica importante e necessária que a RAPS deve e pode desenvolver de forma compartilhada e interativa entre os seus profissionais de saúde e os familiares⁽²⁰⁾.

Assim, a busca dos familiares por profissionais capacitados para atuar nas questões do comportamento suicida mostrou-se uma forma de cuidado eficiente para o controle da crise e na prevenção do suicídio.

Atenção redobrada: vigilância enquanto forma de cuidado à pessoa em risco para o suicídio

Os resultados demonstram que os familiares das pessoas com comportamento suicida estavam atentos a todos os seus gestos e rotinas^(18,28,40) e disponíveis para oferecer

e instigar cuidados práticos tais como alimentação e higiene^(24,40). Esses cuidados mostram-se de extrema importância na dinâmica familiar, pois as mudanças na alimentação, hábitos de sono e ou higiene pessoal podem ser sinais de alerta para o comportamento suicida⁽⁴³⁻⁴⁴⁾.

Os resultados sinalizaram ainda a existência de união familiar para ofertar o cuidado em tempo integral. Assim, os familiares conseguiram indicar mudanças nas relações e comportamento do seu ente com comportamento suicida, pois perceberam os sinais de sofrimento psíquico^(24,40,45). Nesse sentido, pesquisa nacional com familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial em Minas Gerais mostrou, por meio do relato destes que a procura por ajuda e ingresso nos serviços de saúde foi impulsionada após percepção de sinais de sofrimento mental por seu familiar. Como alusão, eles citam delírio seguido de desmaio, intensa dor de cabeça e a dificuldade para a realização de atividades cotidianas⁽⁴⁶⁾.

Uma vez atentos aos sinais de comportamento suicida, os familiares têm condições de rearranjar suas dinâmicas internas. Isso pode ser notado quando seus entes estão com ideação suicida, e passam a organizar seu tempo, durante dia e noite, para realizar a vigilância por meio de ligações telefônicas^(17,24,27,40,45). Apesar da contemporaneidade dar visibilidade ao grande uso de mensagens eletrônicas via aplicativo digital, estudos de outrora ressaltam a importância do contato telefônico e de ouvir a voz da pessoa que está do outro lado da linha para a pessoa em sofrimento psíquico⁽²⁰⁾.

Assim, essa pode ser considerada uma estratégia simples e utilizada no plano de cuidado de pessoas em risco de suicídio, tanto pelo profissional como pelos familiares. Essa abordagem, mesmo que à distância, contribui para o suporte social do indivíduo em risco iminente à morte⁽⁴⁷⁾, uma vez que os estudos também mostram que pessoas com pensamentos suicidas podem se isolar, não atender à telefonemas, interagindo menos nas redes sociais, ficando em casa ou fechadas em seus quartos, reduzindo ou cancelando todas as atividades sociais, principalmente aquelas que costumavam e gostavam de fazer⁽⁴⁸⁾.

Outra forma de vigilância também identificada pelos familiares foi a atenção e cuidado para manter seus entes longe de objetos que pudessem colocar suas vidas em risco, como perfurocortantes e organofosforados^(40,45). O esforço empregado pelos familiares em afastar os indivíduos dos perfurocortantes e organofosforados consistem em uma medida essencial para prevenção do suicídio. Isto porque, como apontam estudos

brasileiros, tais práticas são usualmente empregadas para a tentativa de suicídio⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁾, seja por conta do fácil acesso nas residências ou por conta da venda ilegal e facilitada dos agrotóxicos.

Segundo a literatura pesquisada, quando os indivíduos estão na iminência do suicídio, os familiares realizam a hiper vigilância. Essa pode ser notada nas falas que dizem respeito à guarda na porta do quarto do indivíduo durante o sono noturno e a monitoração diária em postagens, conversas e interações nas mídias sociais^(18,28). O guia intersetorial de prevenção do comportamento suicida traz informações semelhantes ao publicar a importância do contato e diálogo entre família da pessoa em risco para o suicídio e o profissional de saúde, para manter a atenção, observação e inspeção no momento da crise⁽⁴⁴⁾.

Ainda nesse sentido, um estudo realizado com 471 alunos de graduação em uma universidade da região leste dos Estados Unidos indicou que a ação de estar atento às redes sociais de pessoas em risco para o suicídio pode ser importante para identificação prévia das tentativas de suicídio. Desta forma, foram identificadas postagens que contêm pouca informação real e clara, mas são redigidas de forma pessoal e emocional, a fim de solicitar atenção de amigos e familiares. As mensagens “de socorro” estão nas entrelinhas, e é importante não somente lê-las, mas interpretá-las⁽⁵¹⁻⁵²⁾.

Portanto, é possível perceber que os múltiplos olhares dos familiares para a pessoa em sofrimento psíquico podem aproximar as famílias da noção de cuidado, bem como da busca pela melhora dos sinais e sintomas percebidos previamente na dinâmica familiar.

CONCLUSÃO

O cuidado na dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida vem sendo desenvolvido a partir da escuta e compreensão; presença e disponibilidade; afeto; busca familiar por ajuda, apoio e orientação profissional; bem como a atenção e vigilância ao seu ente. Ao desvelar tais ações, essa pesquisa sistematiza as principais expressões de cuidado ofertadas na dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida. Subsidiando, então, o profissional de saúde em relação à abordagem, acolhimento e orientação dos familiares com relação ao cuidado e conseqüentemente a prevenção de ideação e de novas tentativas de suicídio.

Alerta-se para a compreensão de como a família atua enquanto um fator protetivo para o suicídio, desenvolvendo assim a tríade para a prevenção: usuário, profissional e

família. Portanto, é necessário que estes dois últimos estejam sensíveis para reconhecer que a vontade de morrer pode estar presente e abrir um espaço para o diálogo, permitindo que a pessoa fale sobre o que se passa com ela durante o atendimento e acolhimento, sem julgamentos ou interpretações.

AGRADECIMENTOS

Faz-se agradecimento ao Laboratório de Estudos Violência, Saúde e Qualidade de Vida e ao Pranic Healing como prática integrativa e complementar- CURARTE, pelo suporte teórico e metodológico durante a construção deste estudo. Como também se agradece a Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado da Bahia (FAPESB), pelo financiamento por meio do Fundo de Bolsas de Iniciação Científica.

REFERÊNCIAS

1. Bertolote JM. O suicídio e sua prevenção. São Paulo: Editora Unesp; 2012.
2. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicologia USP. [Internet]. 2014 [acesso em 20 jun 2021]; 25(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>.
3. World Health Organization (WHO). Preventing Suicide: A Global Imperative. Geneva: WHO, 2014.
4. Silva DA, Marcolan JF. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre 1996 e 2016 e a política pública. Research, Society and Development. [Internet]. 2019 [acesso em 23 junho 2021]; 9(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i2.2080>.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. [Internet]. 2017 [acesso em 21 jun 2021]; 48(30). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/2017-025-perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-brasil-e-a-rede-de-aten-ao-a-sa-de-pdf>
6. Malta DC, Minayo MCS, Soares Filho AM, Silva MMA, Montenegro MMS, Ladeira RM, et al. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de

Doença, 1990 e 2015. *Rev. bras. Epidemiol.* [Internet]. 2017 [acesso em 15 mar 2021]; 20(Supl. 01). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050012>.

7. Dendup T, Zhao Y, Dorji T, Phuntsho S. Risk factors associated with suicidal ideation and suicide attempts in Bhutan: An analysis of the 2014 Bhutan STEPS Survey data. *PLoS one.* [Internet]. 2020 [acesso em 23 de jun de 2021]; Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225888>.

8. Silva DA, Marcolan JF. O impacto das relações familiares no comportamento suicida. *RSD.* [Internet]. 2021 [acesso em 5 jul 2021]; 10(2): e17310212349. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12349> doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12349>.

9. Van Meter AR, Paksarian D, Merikangas KR. Social Functioning and Suicide Risk in a Community Sample of Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.* [Internet]. 2019 [acesso em 30 jun 2021]; 48(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1528549>.

10. Huang LB, Tsai YF, Liu CY, Chen YJ. Influencing and protective factors of suicidal ideation among older adults. *Int J Ment Health Nurs.* [Internet]. 2016 [acesso em 05 jul 2021]; 26(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inm.12247>.

11. Veras JLA, Silva TPS, Katz CT. Funcionamento familiar e tentativa de suicídio em adolescentes. *CBSM.* [Internet]. 2017 [acesso em 05 jul 2021]; 9(22):70-82. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69090>

12. Nobre N, Machado R. Seminário destaca o papel da família na prevenção de suicídio entre adolescentes. *Câmara dos Deputados (BR).* [Internet]. 2017 [acesso em 01 jul 2021]; Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/514112-seminario-destaca-o-papel-da-familia-na-prevencao-de-suicidio-entre-adolescentes>.

13. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem.* [Internet]. 2008 [acesso em 20 de jul 2021]; 17(4): 758-764. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

14. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Integrative Review: Concepts And Methods Used In Nursing. *Revista da Escola de*

Enfermagem da USP. [Internet]. 2014 [acesso em 02 jul 2021]; 48(2):335-345. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020>.

15. Cardoso V, Trevisan I, Cicolella DA, Waterkemper, R. Revisão sistemática de métodos mistos: método de pesquisa para a incorporação de evidências na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. [Internet]. 2019 [acesso em 5 jul 2021]; 28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0279>.

16. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. [Internet]. 2008 [acesso em 5 mai 2021]; 3(2):77-101. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

17. Andrade ICS, Gomes NP, Correia CM, Lírio JG, Virgens IR, Gomes, NP, et al. Suporte social de familiares e amigos: discurso de pessoas com comportamento suicida. *Cogitare Enfermagem*. [Internet]. 2019 [acesso em 5 mai 2021]; 24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0>.

18. Buus N, Caspersen J, Hansen R, Stenager E, Fleischer E. Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide. *Journal of Advanced Nursing*. [Internet]. 2014 [acesso em 5 fev 2021]; 70(4):823-832. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.12243>.

19. Frey LM, Hans JD, Cerel J. An interpretive phenomenological inquiry of family and friend reactions to suicide disclosure. *Journal of Marital and Family Therapy*. [Internet]. 2017 [acesso em 5 fev 2021]; 43(1):159-172. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jmft.12180>.

20. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção [Internet]. 2016 [acesso em 14 mar 2021]. Disponível em: https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf.

21. Morell RM, Céspedes NA, Gamboa EMR, Hidalgo MRS, Zamora, LOM. Intervención educativa sobre prevención de suicidio en adolescentes. *Policlínico René Vallejo*. Bayamo. 2018-2019. *Multimed*. [Internet]. 2021 [acesso em 06 abr 2021]; 25(1):e2188. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182021000100006&lng=es.

22. Silva KFA, Alves MA, Couto DP. Suicídio: uma escolha existencial frente ao desespero humano. *Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*. [Internet]. 2016 [acesso em 10 fev2021]; 1(2). Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/acolha-a-vida/bibliografia/suicidiovazio.pdf>.
23. Sun FK, Long A, Tsao LI, Huang HM. The healing process following a suicide attempt: context and intervening conditions. *Arch Psychiatr Nurs*. [Internet]. 2014 [acesso em 10 fev 2021]; 1:55-61. Disponível em: [https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(13\)00122-2/fulltext](https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(13)00122-2/fulltext) doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.10.004>.
24. Player MJ, Proudfoot J, Fogarty A, Whittle E, Spurrier M, Shand F, et al. What Interrupts Suicide Attempts in Men: A Qualitative Study. *PLoS ONE*. [Internet]. 2015 [acesso em 10 fev 2021]; 10(6):e0128180. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128180>.
25. Cho HD, Kim NY, Gil HW, Jeong DS, Hong SY. Comparison of Families with and without a Suicide Prevention Plan Following a Suicidal Attempt by a Family Member. *J Korean Med Sci*. [Internet]. 2015 [acesso em 10 fev 2021] 7: 974-8. Disponível em: <https://doi.org/10.3346/jkms.2015.30.7.974>
26. Barreto MJ, Rabelo AA. A família e o papel desafiador dos pais de adolescentes na contemporaneidade. *Pensando famílias*. [Internet]. 2015 [acesso em 10 fev 2021]; 19(2):34-42. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2015000200004&lng=pt&nrm=iso.
27. Figueiredo AEB, Silva RM, Vieira LJES, Mangas RMN, Sousa GS, Freitas JS, et al. É possível superar as ideias e Cobertura de suicídio? Um estudo sobre idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet]. 2015 [acesso em 10 fev 2021]; 20(6):1711-1719. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.02102015>.
28. Azizpour M, Taghizadeh Z, Mohammadi N, Vedadhir A. Being at the center of attention: Iranian women's experience after suicide attempts. *Perspect Psychiatr Care*. [Internet]. 2019 [acesso em 10 fev 2021]; 55(3):445-452. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ppc.12337>.

29. Oliffe JL, Han CS, Ogradniczuk JS, Phillips JC, Roy P. Suicide from the perspectives of older men who experience depression: a gender analysis. *Am J Mens Health*. [Internet]. 2011 [acesso em 10 mar 2021]; (5):444-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F1557988311408410>.
30. Boff L. Saber cuidar: ética do humano compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.
31. Ibrahim, N, Din NC., Ahmad, M. Amit N, Ghazali SE, Wahab S, et al. The role of social support and spiritual wellbeing in predicting suicidal ideation among marginalized adolescents in Malaysia. *BMC Public Health*. [Internet]. 2019 [acesso em 10 mar 2021]; (19),553. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6861-7>.
32. Bantjes J. ‘Don’t push me aside, Doctor’: Suicide attempters talk about their support needs, service delivery and suicide prevention in South Africa. *Healthpsychology open*. [Internet]. 2017 [acesso em 10 mar 2021]; (4):2. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2055102917726202>
33. Stone DM, Holland KM, Bartholow B, Crosby AE, Davis S, Wilkins N. Preventing Suicide: A Technical Package of Policies, Programs, and Practices. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. [internet]. 2017 [acesso em 10 mar 2021]; Disponível em: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicidetechnicalpackage.pdf>
34. Silva RM, Mangas RMN, Figueiredo ALB, Vieira LJES, Sousa GS, Cavalcanti AMTS, et al. Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas. *Ciência & Saúde Coletiva*. [internet]. 2015 [acesso em 17 abr 2021]; (20):6.1703-1710. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.01952015>.
35. Curtó PM, Grau CF, Fortuño ML, Riobóo NA, Herrero AS, Vidal CE. Dificultades de integración social en personas depresivas con pensamientos de suicidio. *Index de Enfermería*. [Internet]. 2011 [acesso em 13 abr 2021]; 20 (1-2): 51-55. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100011>
36. Frey LM, Fulginiti A. Talking about suicide may not be enough: Family reaction as a mediator between disclosure and interpersonal needs. *Journal of Mental Health*. [Internet]. 2011 [acesso em 23 abr 2021]; 26:366-372. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340592>

37. Frey LM, Hans JD, Cerel J. Suicide disclosure in suicide attempt survivors: Does family reaction moderate or mediate Disclosure's Effect on Depression? *Suicide Life Threat Behav.* [Internet]. 2015 [acesso em 2 mai 2021]; 46:96–105. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/sltb.12175>
38. Rojas SM, Bilsky SA, Dutton C, Badour CL, Feldner MT, Lenn-Feldner EW. Lifetime histories of PTSD, suicidal ideation, and suicide attempts in a nationally representative sample of adolescents: Examining indirect effects via the roles of family and peer social support. *J Anxiety Disord.* [Internet]. 2017 [acesso em 12 jun 2021]; 49:95-103. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.04.006>
39. Önder FC. Social Support and Coping Styles in Predicting Suicide Probability among Turkish Adolescents. *Universal Journal of Educational Research.* [Internet]. 2018 [acesso em 12 junho 2021]; 6:145-154. Disponível em: <https://doi.org/10.13189/UJER.2018.060114>
40. Nova R, Hamid AYS, Daulima NHC. La experiencia familiar en el cuidado de clientes con riesgo suicida en Indonesia. *Doente glob.* [Internet]. 2019 [acesso em 7 jun 2021]; 18(53):445-463. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.337751>.
41. Jeong YM, Park H. Influence of Parental Attitude Toward Psychiatric Help on Their Children's Suicidal Ideation: A Convenience Sample Study on One South Korean Middle School. *Int J Environ Res Public Health.* [Internet]. 2020 [acesso em 10 jun 2021]; 17(20). Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17207656>.
42. Curtis S, Thorn P, McRoberts A, Hetrick S, Rice S, Robinson J. Caring for young people who self-harm: A review of perspectives from families and young people. *International journal of environmental research and public health.* [Internet]. 2018 [acesso em 11 jun 2021]; 15(5):950. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3390%2Fijerph15050950>
43. World Health Organization. Department of Mental Health. *Mental and Behavioural Disorders. Preventing Suicide: a resource for primary health care workers.* Geneva: WHO. [Internet]. 2000 [acesso em 7 de junho de 2021]. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/media/en/59.pdf.
44. Governo do Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis.

O cenário epidemiológico do suicídio no estado do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul: CEVS. [Internet]. 2019 [acesso em 8 jun 2021]. Disponível em: <https://ifrs.edu.br/canoas/wp-content/uploads/sites/6/2019/09/Apresentacao-sobre-dados-epidemiologicos-do-suicidio-no-RS.pdf>.

45. Sun FK, Ko CJ, Chang SL, Chiang CY. Comparison study of postdischarge care provided to suicide patients by family members in East and South Taiwan. *J Nurs Res.* [Internet]. 2012 [acesso em 11 jun 2021]; 20(1):53-65. Disponível em: doi 10.1097/JNR.0b013e3182466da2.

46. Vieira NRS, Pegoraro RF. Explicações de familiares sobre o sofrimento psíquico: diversidade e integralidade em questão. *psicol. estud.* [Internet]. 2020. [acesso em 11 jun 2021]; 25. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.41796>.

47. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, Leo DD, Bolhari J, Botega NJ, Silva D, Phillips M, Vijayakumar L, Värnik A, Schlebusch L, Thanh HTT. Efficacité d'une intervention et d'un contact brefs chez les personnes ayant tenté de se suicider: essai contrôlé randomisé dans cinq pays. *Boletim da Organização Mundial da Saúde.* [Internet]. 2008 [acesso em 11 jun 2021]; 86(9):703-9. Disponível em: <https://scielosp.org/article/bwho/2008.v86n9/703-709/#ModalArticles>.

48. Ministério da Saúde (BR). Prevenção do suicídio: sinais para saber e agir. [Internet]. 2019 [acesso em 17 jun 2021]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/suicidio>.

49. Bahia, C. A. Avanci JQ, Pinto LW, Minayo MCS. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* [Internet]. 2017 [acesso em 02 jul 2021]; 22:2841-2850. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>.

50. Rodrigues MF, Oliveira PP, Silva HC, Pinheiro JMC. Comportamento suicida: o perfil epidemiológico das lesões autoprovocadas no estado de Goiás. *Revista científica da escola estadual de saúde pública de Goiás "Cândido Santiago"*. [Internet]. 2020 [acesso em 02 de jul 2021]; 6(2):e600003-e600003. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1117559/comprotamento-suicida.pdf>

51. Berryman C, Ferguson CJ, Negy C. Social Media Use and Mental Health among Young Adults. *Psychiatr Q.* [Internet]. 2018 [acesso em 02 jul 2021]; 89(2):307-314. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9535-6>
52. Dardas LA, Price MM, Arscott J, Shahrour G, Convoy S. Voicing Jordanian Adolescents' Suicide. *Nurs Res.* [Internet]. 2021 [acesso em 02 jul 2021]; 70(1):E1-E10. Disponível em: <https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/2021/01000/VoicingJordanianAdolescentsSuicide.12.aspx>. doi: 10.1097/NNR.0000000000000476.

6 PRODUTO DA TESE

6.1 Cartilha digital: “O que fazer se meu familiar tentar suicídio?” (desenvolvida a partir dos resultados do manuscrito 4)

O QUE FAZER SE MEU FAMILIAR TENTAR SUICÍDIO?



Orientações para o cuidado ao familiar com
comportamento suicida

Realização

Universidade Federal da Bahia
Escola de Enfermagem
Laboratório de Estudos Violência, Saúde e
Qualidade de Vida

Equipe de Trabalho

Organização

Fernando Jorge Nascimento Santos Junior
Isabela Carolyne Sena de Andrade

Orientação

Cátia Maria Costa Romano
Nadirlene Pereira Gomes
Telmara Menezes Couto

Colaboração

Wellington Brito dos Santos
Daniel Guedes



O que é comportamento suicida?

O comportamento suicida é um processo em que uma pessoa possui atitudes de autoagressão com objetivo em tirar a própria vida. Este processo passa por diferentes etapas e podemos identificá-las com a ajuda de algumas perguntas:



O comportamento suicida compreende desde os pensamentos frequentes sobre a morte e o morrer até as tentativas de suicídio e o suicídio consumado. Por isso, caso você tenha respondido sim para alguma das perguntas acima, o seu familiar pode estar com comportamento suicida.

Mas calma, nós podemos evitar que isso aconteça, e diante deste problema você tem um papel fundamental, que explicaremos ao longo de nossa cartilha, vamos lá!?

Você sabia que no Brasil...

- ENTRE 2010 E 2019 MAIS DE CEM MIL PESSOAS MORRERAM POR SUICÍDIO?
- A RESIDÊNCIA É O LOCAL MAIS FREQUENTE PARA UM PESSOA AUTOPROVOQUE UMA VIOLÊNCIA?
- O SUICÍDIO É A QUARTA MAIOR CAUSA DE MORTE ENTRE JOVENS DE 15 A 29 ANOS?
- PARA CADA SUICÍDIO SE ESTIMA QUE OCORRAM OUTRAS OITO TENTATIVAS?
- CADA SUICÍDIO PODE AFETAR SOCIAL E ECONOMICAMENTE EM TORNO DE SEIS OUTRAS PESSOAS?

Qual a causa para uma pessoa tentar suicídio?

É comum buscarmos a causa para o comportamento suicida, e tentamos dizer o que levou uma pessoa a ter tais comportamentos. A verdade é que não há uma única causa para isso, mas sim um conjunto motivos. Estes são reflexos de aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais de cada pessoa.

Apesar destes aspectos serem pessoais de cada um, existem alguns fatores que nos ajudarão a proteger essas pessoas de virem a tentar suicídio - fatores protetivos - e outros que aumentam as chances das pessoas tentarem suicídio - fatores de risco. Ambos fatores podem ser diversos, sendo alguns deles:

Fatores de risco

Tentativas de suicídio anteriores, transtornos psiquiátricos, vivência de violência, isolamento social, desilusão amorosa, conflitos sociais, dificuldade financeira...

Fatores protetivos

Espiritualidade e prática religiosa, integração social, ser casado e ter filhos, ter animais de estimação, boas relações familiares e de amizade, regularidade de sono, acesso a serviços de saúde mental, alto grau de escolaridade...

Como podemos identificar que uma pessoa está apresentando sinais de comportamento suicida?

O comportamento suicida acompanha um intenso sofrimento psíquico, que pode ser percebido por falas sobre a morte e o querer morrer, atos de automutilação, falta de planos para o futuro, momento de muita inquietude, impulsividade, agressividade e isolamento social. E estes podem estar acompanhados de:



Na situação de um familiar estar com comportamento suicida você sabe o que fazer?



Estabelecimento de comunicação afetiva e sem julgamentos!

OUVIR, CONVERSAR E COMPREENDER!

Quando nos comunicamos abertamente com as pessoas sobre o sofrimento delas, sem julgamentos ou preconceitos e demonstrando interesse em ajudá-la, isso contribui para que ela se sinta acolhida e aberta para receber auxílio.



Demonstração de afeto!

A DEMONSTRAÇÃO DE SENTIMENTOS AFETUOSOS

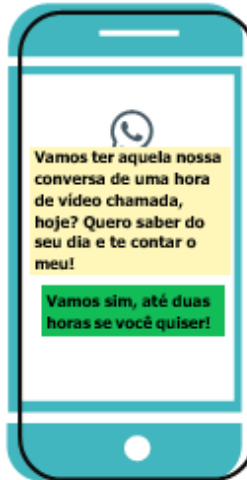
é uma forma de cuidado que colabora para amenizar o comportamento suicida, pois as pessoas se sentem queridas e seguras. Por isso, faça carinho, seja gentil, demonstre que você ama e quer o bem dessa pessoa.



Presença e disponibilidade

FAZER-SE PRESENTE NO COTIDIANO DO SEU FAMILIAR EM SOFRIMENTO

e se colocar disponível para ele(a) é uma ação de cuidado que desperta o sentimento de amparo. Nem sempre você poderá estar presencialmente lá para ajudá-lo, por isso é importante formar uma rede de apoio com outros familiares e amigos que juntos e/ou revezando possam ofertar essa disponibilidade em tempo integral. Os aparelhos tecnológicos também são ótimos aliados neste processo, isto porque eles nos permitem fazer ligações, chamadas de vídeo e mandar mensagens. O que coopera para ser disponível e ser presente mesmo a distância!



Buscar por ajuda e orientação de profissionais de saúde

É comum nos depararmos com situações de comportamento suicida e não sabermos como agir diante delas. Por isso:

BUSCAR AJUDA E ORIENTAÇÕES COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE É IMPORTANTE.

Eles saberão como ajudar seu familiar tanto no momento da crise, como depois dela. Os profissionais também te ajudarão neste processo, esclarecendo suas dúvidas e informando o que fazer em novos episódios de crise e durante o processo de recuperação da dinâmica familiar.



Estado de alerta!

O processo de recuperação das pessoas com comportamento suicida é muito particular, acontecendo em tempos diferentes e com momentos de elevado risco para novas tentativas de suicídio. Desta forma:

É NECESSÁRIO QUE TODOS OS FAMILIARES E AMIGOS ESTEJAM ATENTOS A SINAIS DE INTENSO SOFRIMENTO PSÍQUICO.

E lembre-se que esta ação é cansativa, por isso não hesite em pedir ajuda de outros familiares, amigos e profissionais de saúde.



Medidas de precaução em situações de comportamento suicida

Em casos de comportamento suicida, é importante que o acesso a possíveis materiais e meios para tentativas de suicídio ou automutilação estejam fora de alcance da pessoa em intenso sofrimento psíquico, por isso é importante tomar cuidado em relação a:

Medicamentos



Materiais de limpeza



Objetos Perfuro cortantes



Os medicamentos, objetos perfuro cortantes, materiais de limpeza consistem em alguns dos meios utilizados para tentativas de suicídio. Sendo importantes estarem longe do alcance dessas pessoas durante momentos de crise. Por isso, guarde em locais seguros, possivelmente trancados. Além disso é importante ter em casa um kit de primeiros socorros para situações de emergência!



Dispositivos de cuidado para pessoas com comportamento suicida em Salvador



Você sabe quais serviço buscar em caso de comportamento suicida na sua família?

I. Existem serviços que nós podemos buscar diante de uma situação em que não há risco imediato de morte à vida do indivíduo, sendo alguns deles:

Centros de Atenção Psicossocial

Os CAPS são serviços ambulatoriais de saúde mental para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, dentre eles o comportamento suicida.

Multicentros de saúde

Os multicentros são serviços de assistência ambulatorial especializada, que ofertam atendimento com diferentes profissões da saúde e especialidades, buscando garantir atenção integral à saúde da comunidade. Estes multicentros também pode ter espaço para dispensa de medicações e espaços de atendimento a públicos específicos.

Unidades de Saúde da Atenção Básica

A Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF) são serviços da atenção básica, que funcionam em horário comercial e objetivam ser a porta de entrada ao serviços de saúde. Estas unidades podem ser espaços de cuidado, acompanhamento ou até encaminhamento para serviços especializados.



Você sabe quais serviço buscar em caso de comportamento suicida na sua família?

Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio

O Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS) é um serviço de saúde mental que oferta tratamento psicológico, psiquiátrico e de terapia ocupacional a pessoas com comportamento suicida. Este ambulatório apenas existe em Salvador-BA e está vinculado ao Centro de Informações Antiveneno (CIAVE).

II. Em emergências e situações de grande risco para o suicídio ou morte após uma tentativa, estes serviços devem ser buscados:

Pronto Atendimento Psiquiátrico 24h

Os Pronto Atendimentos (PA) Psiquiátricos compõem a rede de Urgência e Emergência de Saúde mental, são serviços que funcionam 24 horas com leitos para pacientes com transtornos mentais e contam com psiquiatras e equipe de enfermagem de plantão.

Unidades de Pronto Atendimento

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) consistem em serviços que integram a Rede de Atenção às Urgências, concentrando atendimento que média complexidade. Este tipo de serviços funciona 24 horas por dia, todos os dias e conseguem atender muitas urgências e emergências.



Você sabe quais serviço buscar em caso de comportamento suicida na sua família?

Hospitais psiquiátricos

São hospitais especializados em atendimentos a pessoas com transtornos mentais em crise aguda, cujo manejo em unidades de atenção primária ou secundária, como o CAPS não foi controlado. Os hospitais funcionam 24 horas por dia e possuem leitos para internações.

Hospitais Gerais

Os hospitais gerais são serviços com diversas demandas, podendo ser em caráter de urgência ou não. Em caso de comportamento suicida, este serviço pode ser uma alternativa a ser buscada para atendimento psiquiátrico ou em casos de emergências psiquiátricas, como tentativas de suicídio.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) consiste em um serviço de atendimento a diferentes urgências, dentre elas as psiquiátricas. Ele pode ser solicitado a partir do número 192 e um veículo, contendo uma equipe capacitada fará o atendimento e encaminhamento para algum serviço de saúde. O SAMU funciona 24 horas por dia, todos os dias e é um serviço gratuito garantido em todo território nacional.



Você sabe quais serviço buscar em caso de comportamento suicida na sua família?

III. Ainda temos serviços que podem ser acionados para suporte telefônico, que são:

Centro de Valorização a Vida (CVV)

O CVV é uma associação civil sem fins lucrativos que presta gratuitamente apoio emocional e de prevenção ao suicídio por telefone. Este serviço é para todas as pessoas que precisam e querem conversar, sob total sigilo e anonimato. Ele pode ser contactado pelo número 188, podendo ser ligado em qualquer horário e sem custo na ligação. O atendimento também pode ser feito presencialmente em postos do CVV ou ainda pelo chat do site oficial ou e-mail.



Disque-Intoxicação

O disque intoxicação é um serviço telefônico da Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica, para oferta de orientações, tirar dúvidas e fazer denúncias relacionadas às intoxicações. Este serviço atende pelo número 0800-722-6001. Ele pode ser contactado por profissionais de saúde e a população em geral, sendo assim um recurso importante para familiares e pessoas com comportamento suicida, especialmente diante de tentativas de suicídio que envolvam intoxicação.



Você sabe quais serviços buscar em caso de comportamento suicida na sua família?

III. Ainda temos serviços que podem ser acionados para suporte telefônico, que são:

Centro de Valorização a Vida (CVV)

O CVV é uma associação civil sem fins lucrativos que prestam gratuitamente apoio emocional e de prevenção ao suicídio por telefone. Este serviço é para todas as pessoas que precisam e querem conversar, sob total sigilo e anonimato. Ele pode ser contactado pelo número 188, podendo ser ligado em qualquer horário e sem custo na ligação. O atendimento também pode ser feito presencialmente em postos do CVV ou ainda pelo chat do site oficial ou e-mail.



Disque-Intoxicação

O disque intoxicação é um serviço telefônico da Rede Nacional de Centros de Informação e assistência Toxicológica, para oferta de orientações, tirar dúvidas e fazer denúncias relacionadas as intoxicações. Este serviço atende pelo número 0800-722-6001. Ele pode ser contactado por profissionais de saúde e a população em geral, sendo assim um recurso importante para familiares e pessoas com comportamento suicida, especialmente diante de tentativas de suicídio que envolvam intoxicação.



Você sabe quais serviços buscar em caso de comportamento suicida na sua família?

Serviços em Salvador-Ba

UPA DE Brotas
Rua Jardim Madalena (Lot. Jd. Madalena) ?
Campinas de Brotas 40.285-505
Telefones: 36117318

UPA Hélio Machado (24h)
Rua da Cacimba 102 Itapuã
Telefones: (71) 3611-7118 / 7122

UPA Pirajá
Rua Direta do Stº Inácio ? S/N Jd. Stº
Inácio ? CEP: 41231-010
Telefones: 3611-6819

UPA San Martin (24h)
Endereço: R. do Forno, 1-121 - Santa Monica
Salvador - BA, 40355-045
Telefones: (71) 3256-2404 3481-8033

UPA Adroaldo Albergaria (24h)
Escola Santo Inácio R. Dr. Almeida, 1 -
Periperi, Salvador - BA, 40720-070
Telefones: (71) 3611-5708 / 3611-5709

Pronto Atendimento Psiquiátrico (24h)
Endereço: Av. Centenário s/n° -
Centenário
Telefones: (71) 3235-7600

CAPS II - Franco Basaglia
Rua Aristóteles Costa Leal n° 36 - Piatã (
Prox. Ao Habibis)
Telefones: (71) 3611-3546

CAPS II - Oswaldo Camargo
Av. Conselheiro Luiz, s/n° - Rio Vermelho
Telefones: (71) 3611-3917

CAPS II - Garcia
Av. Leovigildo Figueiras, 392 - Garcia
Telefones: (71) 3328-7408 / 3329-
1004

CAPS II - Adilson Peixoto Sampaio
R. do Céu, 77 - Caminho de Areia
Salvador - BA, 40415-305
Telefones: (71) 3611-6584 / 85

REFERÊNCIAS

- Andrade ICS, Gomes NP, Correia CM, Lírio JG, Virgens IR, Gomes, NP, et al. Suporte social de familiares e amigos: discurso de pessoas com comportamento suicida. *Cogitare Enfermagem*. [Internet]. 2019 [acesso em 5 mai 2021]; 24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0>.
- Azizpour M, Taghizadeh Z, Mohammadi N, Vedadhir A. Being at the center of attention: Iranian women's experience after suicide attempts. *Perspect Psychiatr Care*. [Internet]. 2019 [acesso em 10 fev 2021]; 55(3):445-452. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ppc.12337>.
- Bertolote JM. O suicídio e sua prevenção. São Paulo: Editora Unesp; 2012.
- Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*. [Internet]. 2014 [acesso em 20 jun 2021]; 25(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. n. 33, v. 52, set. 202. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/setembro/20/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Acesso em 08 de out. de 2021.
- Buus N, Caspersen J, Hansen R, Stenager E, Fleischer E. Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide. *Journal of Advanced Nursing*. [Internet]. 2014 [acesso em 5 fev 2021]; 70(4):823-832. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.12243>.
- Cho HD, Kim NY, Gil HW, Jeong DS, Hong SY. Comparison of Families with and without a Suicide Prevention Plan Following a Suicidal Attempt by a Family Member. *J Korean Med Sci*. [Internet]. 2015 [acesso em 10 fev 2021] 7: 974-

REFERÊNCIAS

- Curtó PM, Grau CF, Fortuño ML, Riobóo NA, Herrero AS, Vidal CE. Dificultades de integración social en personas depresivas con pensamientos de suicidio. *Index de Enfermería*. [Internet]. 2011 [acesso em 13 abr 2021]; 20 (1-2): 51-55. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100011>
- Figueiredo AEB, Silva RM, Vieira LJES, Mangas RMN, Sousa GS, Freitas JS, et al. É possível superar as ideias e Cobertura de suicídio? Um estudo sobre idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Internet]. 2015 [acesso em 10 fev 2021]; 20(6):1711-1719. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.02102015>.
- Frey LM, Hans JD, Cerel J. An interpretive phenomenological inquiry of family and friend reactions to suicide disclosure. *Journal of Marital and Family Therapy*. [Internet]. 2017 [acesso em 5 fev 2021]; 43(1):159-172. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jmft.12180>.
- Ibrahim, N, Din NC., Ahmad, M, Amit N, Ghazali SE, Wahab S, et al. The role of social support and spiritual wellbeing in predicting suicidal ideation among marginalized adolescents in Malaysia. *BMC Public Health*. [Internet]. 2019 [acesso em 10 mar 2021]; (19),553. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6861-7>.
- Oliffe JL, Han CS, Ogradniczuk JS, Phillips JC, Roy P. Suicide from the perspectives of older men who experience depression: a gender analysis. *Am J Mens Health*. [Internet]. 2011 [acesso em 10 mar 2021]; (5):444-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F1557988311408410>.

Nova R, Hamid AYS, Daulima NHC. La experiencia familiar en el cuidado de clientes con riesgo suicida en Indonesia. *Doente glob.* [Internet]. 2019 [acesso em 7 jun 2021]; 18(53):445-463. Disponível em:

<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.337751>.

Player MJ, Proudfoot J, Fogarty A, Whittle E, Spurrier M, Shand F, et al. What Interrupts Suicide Attempts in Men: A Qualitative Study. *PLoS ONE.* [Internet]. 2015 [acesso em 10 fev 2021]; 10(6):e0128180. Disponível em:

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128180>.

Silva DA, Marcolan JF. O impacto das relações familiares no comportamento suicida. *RSD* [Internet]. 2021 [citado em 5 de julho de 2021];10(2): e17310212349. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12349> doi:

<http://dx.doi.org/10.33448/rsdv10i2.12349>.

Sun FK, Long A, Tsao LI, Huang HM. The healing process following a suicide attempt: context and intervening conditions. *Arch Psychiatr Nurs.* [Internet]. 2014 [acesso em 10 fev 2021]; 1:55-61. Disponível em:

[https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(13\)00122-2/fulltext](https://www.psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(13)00122-2/fulltext)
doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.10.004>.

Apoio:



7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para compreender a dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida, a partir do modelo Calgary de Avaliação, foi preciso elucidar a estrutura, desenvolvimento e funcionalidade dessas famílias. Assim foi possível vincular-se e compreender os conflitos, (des)harmonia e desarranjo dos núcleos familiares.

Em relação a estrutura das famílias, foi possível perceber que essa é uma complexa teia de acontecimentos históricos e que por vezes, acaba se perpetuando nas gerações atuais. Isso porque a figura materna, em todas as gerações, fora descrita como estrutura principal no núcleo familiar; a cada geração fora identificado pelo menos ou mais familiares com comportamento suicida, transtorno mental e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas. Mas para além disso, em comum nas famílias, a escola, igreja e os serviços de atenção psicossocial constituem sistemas amplos de estruturação externa, sendo locais considerados seguros para busca de apoio e suporte social, bem como a religião e espiritualidade mostraram-se fatores que podem influenciar, positivamente e negativamente, no contexto de famílias de pessoas com comportamento suicida. Já na parte direcionada ao desenvolvimento da família de pessoas com comportamento suicida, foi possível evidenciar que os ciclos vitais estão marcados pelo contexto passado e presente, assim como as futuras aspirações.

Assim, fora desvelado que a adolescência foi o estágio de aparecimento de sinais de comportamento suicida; a vivência de violência intrafamiliar atuou como fator precipitador de comportamento suicida no ciclo vital das famílias e em meio a essa dinâmica, por vezes conturbada e desorganizada, houve a abdicação de si (o familiar) em detrimento do cuidado a pessoa com comportamento suicida. Na contramão dessa dinâmica, a expectativa familiar na possibilidade de vida social da pessoa com comportamento suicida, bem como o vínculo com animais de estimação foram considerados como vetores mobilizadores para o cuidado, além de serem também fatores protetivos para o comportamento suicida no desenvolvimento da família.

Por último e com a mesma importância, o estudo revelou estratégias que asseguram a funcionalidade da família de pessoas com comportamento suicida. Essas perpassam pela vigilância por familiares a pessoa com comportamento suicida; uso de tecnologias pelo familiar para contato diário com a pessoa com comportamento suicida; manejo da crise suicida por familiares da pessoa com comportamento suicida e a atenção

dos familiares as necessidades humanas básicas da pessoa com comportamento suicida. A pesquisa apresentou limitações quanto ao número de familiares entrevistados.

O estudo apresentou limitações que estão relacionadas ao lócus da pesquisa, pois é o único Núcleo específico de Estudo e Prevenção do Suicídio ligado a um Centro de Informações Toxicológicas do Brasil, com limitação de profissionais para atendimento amplo. Além disso, as previsões de oficinas, encontros e entrevistas presenciais com os familiares foram remarcados para a modalidade online, em aplicativos de comunicação virtual, por conta da COVID-19. Além disso outras as circunstâncias levaram 04 das famílias não entrarem no estudo: doença crônica descoberta após construção do genograma; tentativa de suicídio recente e familiares que se negaram a participar por conta do grande teor emocional que as entrevistas trariam. Seguindo mais além, a aplicação do Modelo Calgary de Avaliação das famílias de pessoas com comportamento suicida permite ao profissional organizar e aprimorar o atendimento e acompanhamento dessa família bem como utilizar todas essas ferramentas como fatores de proteção para as tentativas de suicídio.

Importante salientar que a atuação cíclica da prevenção do suicídio também é uma forma de reduzir o adoecimento, estresse e desgaste no núcleo familiar. Assim, com esse estudo registra-se o MCAF de famílias das pessoas com comportamento suicida, abrindo caminhos e espaços para estudos com a aplicação do Modelo Calgary de Intervenção. Dessa maneira, esse movimento pode fazer com que a família atue de forma positiva e resiliente e atue como suporte principal na vida das pessoas com comportamento suicida.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. F. Efeito de Werther. **Análise Psicológica**, v. 18, p. 37-51, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v18n1/v18n1a03.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2020.
- ALMEIDA, F. M. O suicídio: contribuições de Émile Durkheim e Karl Marx para a compreensão desse fenômeno na contemporaneidade. **Aurora/ Marília**, v.11, p. 119-138, jan./jun. 2018. Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/aurora/article/view/7306>. Acesso em: 14 jun. 2020.
- ALMEIDA, V. C. F.; LOPES, M. V. O.; DAMASCENO, M. M. C. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 202-210, jun., 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: fev. de 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000200011>.
- ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 28, n. 2, p. 127-131, dez., 2010. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: dez. de 2019.
- AMERICAN FOUNDATION FOR SUICIDE PREVENTION. Seção **Suicide Statistics**. 2017. Disponível em: <https://afsp.org/about-suicide/suicide-statistics/>. Acesso em: 3 fev. 2020.
- ANDRADE, A.; MARTINS, R. Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos, *Millenium*, n. 40, p.185-199, 2011. Disponível em: <http://www.ipv.pt/Millenium/Millenium40/13.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2020.
- ANDRADE, I. C. S. de et al. Suporte social de familiares e amigos: discurso de pessoas com comportamento suicida. **Cogitare Enfermagem**, [s. l.], v. 24, n. 0, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/64230>. Acesso em: 8 fev. 2023.
- ANDRIESSEN, K. et al. Suicide Postvention Service Models and Guidelines 2014–2019: A Systematic Review. **Frontiers in Psychology**, [s. l.], v. 10, 2019.
- ANDRIESSEN, K.; KRYSINSKA, K. Essential questions on suicide bereavement and postvention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 9, p. 24-32, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3315078/>. Acesso em: 14 nov. 2019
- ANJUM, S. et al. COVID-19 Pandemic: A Serious Threat for Public Mental Health Globally. **Psychiatria Danubina**, [s. l.], v. 32, n. 2, p. 245–250, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32796793/>. Acesso em: 8 fev. 2023.
- ARAFAT, S. M. Y. Suicide in Bangladesh: a Mini Review. **Journal of Behavioral Health**, v.6, p. 66-69, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/308413081_Suicide_in_Bangladesh_a_Mini_Review. Acesso em: fev. de 2020.

ASARE-DOKU, W.; OSAFO, J.; AKOTIA, C. S. Comparing the reasons for suicide from attempt survivors and their families in Ghana. **BMC Public Health**, v. 19, n. 412, 2019. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6743-z>. Acesso em: 28 mar. 2020. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6743-z>

ASBRIDGE, M.; WEERASINGHE, S. Homicide in Chicago from 1890 to 1930: Prohibition and its impact on alcohol- and non-alcohol-related homicides. **Addiction**, [s. l.], v. 104, n. 3, p. 355–364, 2009. Disponível em: Acesso em: 8 fev. 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Comportamento suicida: conhecer para prevenir - dirigido a profissionais da imprensa**. Rio de Janeiro: ABP, 2015.

Disponível em:

http://www.proec.ufpr.br/download/extensao/2017/abr/suicidio/manual_cpto_suicida_conhecer_prevenir.pdf. Acesso em: 30 mai. 2020.

AZAMBUJA, L. F. O; GARRAFA, V. A teoria da moralidade comum na obra de Beauchamp e Childress. **Revista Bioética**. V. 23, n. 3, 2015. Disponível em:

http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1107

AZUERO, A. J. et al. Suicide in the Indigenous Population of Latin America: A Systematic Review. **Revista Colombiana de Psiquiatria**, Bogotá, v. 46, n. 4, p. 237-242, dez., 2017.

Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502017000400237&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: out. de 2019.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.12.002>.

BAERÉ, F.; CONCEIÇÃO, M. I. G. Análise da produção discursiva de notícias sobre o suicídio de LGBTs em um jornal impresso do Distrito Federal. **Revista Ártemis**, v. 25, p. 74-88, jan-jun., 2018. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpb.br/index.php/artemis/article/download/37229/20598>>. Acesso em: out. de 2019.

BAILEY, E. et al. Internet Forums for Suicide Bereavement. **Crisis**, v. 38, n. 6, p. 393-402, 2017. Disponível em: <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1027/0227-5910/a000471>.

Acesso em: 21 dez. 2020.

BATISTA, N. O.; ARAUJO, J. R. C.; FIGUEIREDO, P. H. M. Incidência e perfil epidemiológico de suicídios em crianças e adolescentes ocorridos no Estado do Pará, Brasil, no período de 2010 a 2013. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Ananindeua, v. 7, n. 4, p. 61-66, dez., 2016. Disponível em:

http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000400061&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 1 fev. 2020.

BATTY, G. D.; BELL, S. Animal Companionship and Risk of Suicide. **Epidemiology**, [s. l.], v. 29, n. 4, p. e25–e26, 2018.

BECKER, K. et al. Postvention bei Suizid: Was man als Kinder- und Jugendpsychiater und -therapeut wissen sollte. **Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**, v. 45, p. 475-482, 2017. Disponível em:

<https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1422-4917/a000512>. Acesso em: 25 jun. 2020.

<https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000512>.

- BEREGUEL, F. 26 anos do suicídio de Kurt Cobain: assombração, hits e a carta de despedida, **Observatório de Música**, 5 mar. 2020. Disponível em: <https://observatoriodemusica.uol.com.br/noticia/2020/04/26-anos-do-suicidio-de-kurt-cobain-assombracao-hits-e-a-carta-de-despedida>. Acesso em: 15 mai. 2020.
- BERNARDES, S. S.; TURINI, C. A.; MATSUO, T. Perfil das tentativas de suicídio por overdose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 1366-1372, jul., 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-44462010000700015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 3 fev. 2020.
- BERTOLOTE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Unesp, 2012.
- BERTOLOTE, J. M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 87-95, out., 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 3 fev. de 2020.
- BEŞIRLI, A. et al. The Relationship Between Anxiety, Depression, Suicidal Ideation and Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis. **Psychiatric Quarterly**, [s. l.], v. 91, n. 1, p. 53–64, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11126-019-09680-x>. Acesso em: 18 jan. 2023.
- BEZERRA JÚNIOR, B.; AMARANTE, P. **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume – Dumará, 1992.
- BHAT, S. et al. Evaluation of a clinical pharmacist-led multidisciplinary antidepressant telemonitoring service in the primary care setting. **Population Health Management**, [s. l.], v. 21, n. 5, p. 366-372, 2018. Disponível em: <<https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/pop.2017.0144>> Acesso em: 24 jan. 2023.
- BLATT, M. R. A relevância das redes sociais na prevenção ao suicídio. **SAJES**, v. 5, n. 10, p. 36 – 46, jul/dez. 2019. Disponível em: <http://revista.ajes.edu.br/index.php/sajes/article/download/326/265>. Acesso em: 22 fev. 2020.
- BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano - compaixão pela terra. 20 ed. Petrópolis: Vozes, 2014.
- BONDAN, R. M. M. **Consulta de enfermagem em saúde mental: sob a perspectiva da Teorista Hildegard Peplau**. Dissertação [Mestrado]. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, mar. 2006. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/handle/1/2799>. Acesso em 4 abr. 2020.
- BONHAM, E.; KWASKY, A. Caring for the Mental Health of Youth and Families. **Clinical Nurse Specialist**, [s. l.], v. 35, n. 5, p. 246–252, 2021.

BORGES, F. M. O. O Nascer da Reforma Psiquiátrica. **Psicologado**, mai. 2013. Disponível em: <https://psicologado.com.br/psicopatologia/psiquiatria/o-nascer-da-reforma-psiquiatria>. Acesso em: 26 jun. 2020.

BORGES, G. Uma breve biografia de Van Gogh através de suas obras. **Ebiografia**, 2020. https://www.ebiografia.com/breve_biografia_van_gogh_obras/. Acesso em: 27 jun. 2020.

BORGES, V. de G. Vista do O suicídio de adolescentes e adultos jovens no Brasil: filhos da morte enteados da vida. **Revista Caparaó**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. e29, 2021. Disponível em: <https://revistacaparao.org/caparao/article/view/29/29>. Acesso em: 8 fev. 2023.

BOTEGA, N. J. **Crise Suicida**: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOYD, D. T. et al. Suicidal ideations and Attempts Within the Family Context: The Role of Parent Support, Bonding, and Peer Experiences with Suicidal Behaviors. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**, [s. l.], v. 9, n. 5, p. 1740–1749, 2022. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40615-021-01111-7>. Acesso em: 18 jan. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.876, DE 14 DE AGOSTO DE 2006**. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 7 fev. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.542, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2005**. Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2542_22_12_2005.html. Acesso em: 7 fev. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico**. v. 52, n. 33. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf/view. Acesso em 19 jan. 2023.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Coordenação de Comissões Permanentes – DECOM. **PROJETO DE LEI N.º 6.989, DE 2017**. Altera o Marco Civil da Internet, Lei no 12.965, de 23 de abril de 2014, para incluir procedimento de retirada de conteúdos que induzam, instiguem ou auxiliem a suicídio de aplicações de internet. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=554DCD0313093D64EE5CA6A9E2E9CFC3.proposicoesWebExterno2?codteor=1563424&filename=Avulso+-PL+6989/2017. Acesso em: 4 fev. de 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://goo.gl/joVV2Q>. Acesso em: 8 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo,

e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 4 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.315, DE 11 DE MAIO DE 2018**. Habilita Estados a receberem Incentivo Financeiro de custeio para desenvolvimento de Projetos de Promoção da Saúde, Vigilância e Atenção Integral à Saúde, direcionados para Prevenção do Suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1315_16_05_2018.html. Acesso em: 7 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.491, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2017**. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), a onerarem o orçamento de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3491_22_12_2017.html. Acesso em: 7 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: sinais para saber e agir**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/suicidio>. Acesso em: 4 fev. 2020.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS). Disponível em <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/ppsus>. Acesso em: 02 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**: Caderno Informativo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0210IIIcnsm.pdf>. Acesso em 25 jun. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso: 27 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf. Acesso em: 4 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, nov. 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 29 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 9 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica - n.º 19 Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar Volume 2**. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD_VOL2_CAP2.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf. Acesso em: 16 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Suicídio. Saber, agir e prevenir**. Boletim Epidemiológico, v. 48, n. 30. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017d. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/campanhas/Prevencao_do_suicidio_2017/folheto_Suicidio_PublicoGeral_150x210.pdf. Acesso em: 15 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1988. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsnm_relato_final.pdf. Acesso em: 29 jun. 2020.

BRASIL. Óbitos por causas externas. **Ministério da Saúde**, 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10uf.def>. Acesso em: 14 dez. 2019

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **DECRETO-LEI Nº 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940**, compilado do Código Penal. Brasília, DF, 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 7 fev. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **LEI Nº 13.819, DE 26 DE ABRIL DE 2019**. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília, DF, 2019. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm>. Acesso em: 5 fev. 2020.

BRYAN, C. J. Cognitive behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): Implications for meeting standard of care expectations with suicidal patients. **Behavioral Sciences & Law**, v. 37, n. 3, p. 247-258, mai. 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/bsl.2411>. Acesso em: 4 mar. 2020. <https://doi.org/10.1002/bsl.2411>.

BURSHTEIN, S. et al. Religiosity as a protective factor against suicidal behaviour. **Acta Psychiatr Scand**. v. 133, n. 6, p. 481-488, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acps.12555>. Acesso em: 9 jan. 2020. <https://doi.org/10.1111/acps.12555>

BURTON, C. Z.; VELLA, L.; WELLER, J. A.; TWAMLEY, E. W. Differential effects of executive functioning on suicide attempts. **J Neuropsychiatry Clin Neurosci**. v. 23, n. 2, p. 173-179, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3626287/?report=reader>. Acesso em: 5 mar. 2020. doi:10.1176/jnp.23.2.jnp173.

BUUS, N. et al. Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide. **J. Adv. Nurs.**, v. 70, n. 4, p. 823-832, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24020792/>. Acesso em: 14 mar. 2020. doi:10.1111/jan.12243

CAMPOS, A; OLIVEIRA, D. R. A relação entre o princ[í]pio da autonomia e o princ[í]pio da beneficência (e não-melefi-cência) na bioética médica. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**. Belo Horizonte, n. 115, p. 13-45, 2017. Disponível em: http://www.bioetica.org.br/library/modulos/varias_bioeticas/arquivos/Autonomia_e_Beneficencia.pdf Acesso em: 14 mar. 2020.

CAMUS, A. Notebooks 1942 (Carnets VII & VIII). Tradução: Ari Roitman, Paulina Watch. 17 ed., Record, 2019.

CARBONARI, P. Por que o suicídio não para de crescer no Brasil?. **Super Interessante**, 2017. Disponível em: <https://super.abril.com.br/comportamento/por-que-o-suicidio-nao-para-crescer-no-brasil/>. Acesso em: 4 fev. 2020.

CARVALHO, S. **Abordagem Multiprofissional na Prevenção do Suicídio. Sob a ótica dos técnicos e da avaliação dos usuários do Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio – NEPS**. Salvador: Sanar; 2019. Disponível em: https://www.editorasanar.com.br/images/d/EBOOK_setembro-amarelo-abordagem-multiprofissional-na-prevencao-do-suicidio.pdf. Acesso em: 25 jun. 2020.

CATALDI, S. P. **A transcrição de Romeu e Julieta em ícones dos anos 1990**. Monografia [Graduação]. Instituto de Letras, Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/17846/1/2016_SafiraPedreiraCataldi_tcc.pdf. Acesso em: 10 jun. 2020.

CATELÃO, E. M. A Argumentação em cartas de suicídio: análises textual/discursiva e retórica sobre o amor como motivo para o suicídio. **Diálogo das Letras: Pau dos Ferros**, v. 2, n. 1, p. 24-52, jan./jun., 2013. Disponível em: <<http://periodicos.uern.br/index.php/dialogodasletras/article/view/547>>. Acesso em: 17 jan. 2020.

CAVALCANTE, A. E. S. et al. Aplicação do Modelo Calgary para Avaliação Familiar na Estratégia Saúde da Família. **Enfermagem Brasil**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 105–113, 2017. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/998/2011>. Acesso em: 8 fev. 2023.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA. **CVV**. Página Inicial, 2020. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/o-cvv/>. Acesso em: 15 fev. de 2020.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA. **Setembro Amarelo**, o movimento. 2019. Disponível em: <https://www.setembroamarelo.org.br/o-movimento/>. Acesso em: 15 fev. de 2020.

CHEN, P. J. et al. An overview of mental health during the COVID-19 pandemic. **Diagnosis**, Berlim, v. 8, n. 4, p. 403–412, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34214386/>. Acesso em: 8 fev. 2023.

CHIRAMBO, L. et al. Factors influencing adherence to antiretroviral treatment among adults accessing care from private health facilities in Malawi. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 1–11, 2019. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7768-z>. Acesso em: 18 jan. 2023.

CICOGNA, J. I. R.; HILLESHEIM, D.; HALLAL, A. L. L. C. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**: Rio de Janeiro, v. 68, mar. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852019000100001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 3 fev. de 2020.

COMO a mãe, filho de Sylvia Plath comete suicídio. O GLOBO, Porto Alegre, 23 mar. 2009, Cultura. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/cultura/como-mae-filho-de-sylvia-plath-comete-suicidio-3144480> Acesso em: 27 jun. 2020.

CORREIA, C. M. **Cuidado às pessoas com comportamento suicida na rede de atenção psicossocial**: modelo teórico fundamentado na grounded theory. Tese [Doutorado]. Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

CORREIA, C. M. et al. Sinais de risco para o suicídio em mulheres com história de violência doméstica. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas**: São Paulo, v. 14, n. 4, p. 219-225, 2018. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/151401>. Acesso em: 7 dez. de 2019.

CORREIA, C. M. et al. Violência na infância e adolescência: história oral de mulheres que tentaram suicídio. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, n. 6, p. 1450-1456, dez. 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

71672019000601450&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 5 mai. 2020.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0814>.

COSTA, J. P. et al. A reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: representações sociais dos profissionais e usuários da atenção psicossocial. **Psicologia e Saber Social**, v. 5, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/15855>. Acesso em: 14 abr. 2020. doi: 10.12957/psi.saber.soc.2016.15855.

COSTA, M. S. et al. Morte por suicídio: as políticas públicas, a sociedade e seu protagonismo. **Revista Dimensão Acadêmica**, v.3, jan.-jun. 2018. Disponível em: <https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2018/09/revista-dimensao-academica-v03-n01-artigo03.pdf>. Acesso em: 4 fev. de 2020.

COSTA, R. P. Representação gráfica de famílias com recurso ao Genopro®: (re)descobrir o genograma familiar no contexto da investigação qualitativa. **Indagatio Didactica**, v. 5, n. 2, out. 2013. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/62457756.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2020.

COSTA, R. Representação gráfica de famílias com recurso ao Genopro®:(re) descobrir o genograma familiar no contexto da investigação qualitativa. **Indagatio Didactica**, v. 5, n. 2, p. 723-733, 2013. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/9306> Acesso em: 24 jan. 2023.

COSTA, S. P. et al. Internações e gastos relacionados ao suicídio em um hospital público de ensino. **Revista Enfermagem Atenção Saúde**. v. 4, n. 2, p. 20-32, ago-dez. 2015. Disponível: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1104>. Acesso em: 3 fev. de 2020.

COTRIM, G. **História Global: Brasil e Geral**. 9 ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

COURTET, P. et al. Keep Socially (but Not Physically) Connected and Carry on: Preventing Suicide in the Age of COVID-19. **The Journal of clinical psychiatry**, [s. l.], v. 81, n. 3, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32297718/>. Acesso em: 8 fev. 2023.

COUTINHO, A. H. S. A. Suicídio e laço social. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 32, n. 59, p. 61-69, jun. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952010000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 jun. 2020.

CRUZ JUNIOR, A. J. Questões/problemas em perícias médicas nos casos de depressão. **Revista Hospital Universitário Pedro Henesto**. v. 10, n. 2, abr-jun. 2011. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/8854/6734>. Acesso em: 3 fev. de 2020.

CURTIN, S.C.; WARNER, M.; HEDEGAARD, H. Increase in suicide in the United States, **National center for health statistics**, n. 241, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27111185/>. Acesso em: 4 mar. 2020.

DA SILVA, K. A.; RÜCKERTA, M. L. T. Intervenções psicológicas no tratamento de pacientes com comportamento suicida na Terapia Cognitivo Comportamental. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 22, n. 2, 2020. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v22n2a06.pdf> Acesso em: 26 jan. 2023.

DA SILVA, T. P. S.; LIMA, M. D. C.; SOUGEY, E. B. Alucinógenos, anfetaminas e comportamento suicida - revisão integrativa da literatura. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 15, abr. 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/22359/23202>. Acesso em: 4 out. de 2019.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. INTRODUÇÃO: RIZOMA. In **Mil Platôs – Capitalismo e Esquizofrenia**. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: 34, 1995.

DER, E. M. et al. Hanging as a method of suicide in Ghana: A 10 year autopsy study.

DIAS, M. O. A família numa sociedade em mudança. Problemas e influências recíprocas. **Gestão e Desenvolvimento**, n. 9, p. 81-102, 1 jan. 2000. Disponível em: <https://revistas.ucp.pt/index.php/gestaoedesenvolvimento/article/view/8>. Acesso em: 27 jun. 2020.

DIAS, M. O. Um olhar sobre a família na perspectiva sistémica o processo de comunicação no sistema familiar. **Gestão e Desenvolvimento**, v. 19, p. 139-156, 2011. Disponível em: http://z3950.crb.ucp.pt/biblioteca/gestaodesenv/gd19/gestaodesenvolvimento19_139.pdf. Acesso em: 27 jun. 2020.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. **Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017**. Programa nacional de saúde mental. Portugal: DGS, 2013. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx>. Acesso em: 19 jan. 2020.

DUBÉ, J. P. et al. Suicide behaviors during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis of 54 studies. **Psychiatry research**, [s. l.], v. 301, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34022657/>. Acesso em: 8 fev. 2023.

DUGAND, A. G.; BRANDÃO, A. A. P. A Teoria da Mudança como Ferramenta Avaliativa do Desenho dos Programas Sociais: o caso das ações estruturantes para Comunidades Quilombolas. **Meta: Avaliação**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 25, p. 110-140, jan./abr. 2017. Disponível em: <http://revistas.cesgranrio.org.br/index.php/metaavaliacao/article/download/1214/pdf>. Acesso em: 5 mai. 2020.

DURKHEIM, D. E. **O Suicídio**. São Paulo: Martin Claret, 2005.

DURKHEIM, D. E. **O Suicídio: Um Estudo Sociológico**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

DUTRA, K. et al. Vivenciando o suicídio na família: do luto à busca pela superação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 5, p. 2146-2153, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102146&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0679>.

EDERLI, A. K. G. B. A evolução do conceito de família e suas concepções contemporâneas. **ETIC - Encontro de Iniciação Científica** - ISSN 21-76-8498, [s. l.], v. 16, n. 16, p. 1-10, 2020. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/view/8478>. Acesso em: 18 jan. 2023.

EMPRESÁRIO do Nirvana rezou para que morte de Kurt Cobain fosse assassinato, e não suicídio. **RollingStone**, 13 nov. 2019. Disponível em: <https://rollingstone.uol.com.br/noticia/empresario-do-nirvana-rezou-para-que-morte-de-kurt-cobain-fosse-assassinato-e-nao-suicidio/>. Acesso em: 15 jun. 2020.

ESCÓSSIA, F. Do Efeito Werther ao Efeito Papageno: um roteiro de leitura sobre o suicídio e o papel da mídia. **GEPESP**, 17 jul. 2018. Disponível em: <https://gepesp.org/2018/07/do-efeito-werther-ao-efeito-papageno-um-roteiro-de-leitura-sobre-o-suicidio-e-o-papel-da-midia/>. Acesso em: 15 jun. 2020.

ESTELLITA-LINS, C.; OLIVEIRA, V. M.; COUTINHO, M. F. C. Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. **Psyche**, São Paulo, v. 10, n. 18, p. 151-166, set. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000200015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 jun. 2020.

FARO, A. et al. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 37, p. 1-14, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/estpsi/a/dkxZ6QwHRPhZLsR3z8m7hvF>. Acesso em: 8 fev. 2023.

FAROOQ, S. et al. Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: A systematic review. **Psychiatry Research**, [s. l.], v. 306, p. 114228, 2021. Disponível em: Acesso em: 8 fev. 2023.

FELIX, T. A. et al. Riesgo para la violencia autoprovocada: preanuncio de tragedia, oportunidad de prevención. **Enferm. glob.**, v. 18, n. 53, p. 373-416, 2019. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000100012&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 06 abr. 2020.

FENSTERSEIFER, L.; WERLANG, B. S. G. Comportamentos autodestrutivos, subprodutos da pós-modernidade? **Psicologia Argumento**, v. 24, n. 47, 2006. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=489&dd99=view&dd98=pb>. Acesso em: 15 jun. 2020.

FERNANDES FILHO, D. P. et al. O suicídio sob a perspectiva da Antropologia e Psicologia: um olhar para a Saúde Pública. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. e21012139348-e21012139348, 2023. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/39348> Acesso em: 26 jan. 2023.

FERREIRA JÚNIOR, A. **Discursos nos comentários sobre notícias de suicídio na internet a partir de três estudos de casos**. Tese [Doutorado]. Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016. Disponível em:

https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/avimar_junior_tese.pdf. Acesso em: 8 fev. 2020.

FERREIRA JUNIOR, A. O comportamento suicida no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 2, n. 1, p 15-28, 2015. Disponível em:

<https://portalseer.ufba.br/index.php/revbraspsicol/issue/download/1839/440>. Acesso em: 8 fev. 2020.

FERREIRA, C. R.; ISAAC, L.; XIMENES, V. S. Cuidar de idosos: um assunto de mulher? **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 9, n. 1, p. 108-125, jun. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 27 jan. 2023.

FIGUEIREDO M. H. J. S.; MARTINS, M. M. F. S. Avaliação familiar: do Modelo Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. **Cienc. cuid. Saúde.**, v. 9, n. 3, p. 552-559, 2010. Disponível em:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/12559/6651>. Acesso em: 15 jul. 2019.

FIGUEIREDO, A. E. B. et al. É possível superar ideações e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1711-1719. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601711&lng=pt & tlng=pt. Acesso em: 26 fev. 2020.

FIGUEIREDO, A. E. B. et al. É possível superar ideações e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 20, n. 6, p. 1711–1719, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/j/csc/a/YTjY8MhkNNqFsmKZNj8xY5k/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 8 fev. 2023.

FINK, D. S.; SANTAELLA-TENORIO, J.; KEYES, K. M. Increase in suicides the months after the death of Robin Williams in the US. **PLoS ONE**, v. 13, n. 2, 2018. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0191405>. Acesso em: 27 jun. 2020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191405>

FOUCAULT, M. **História da loucura**: na idade clássica. Editora Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 1996. MOREI.

FRAGOSO, H C. **Revista de direito penal: órgão oficial do Instituto de Ciências Penais da Faculdade de Direito Cândido Mendes**. Editora revista dos tribunais, N°s 11/12 jul-dez., 1973. Disponível em: <http://www.fragoso.com.br/wp-content/uploads/2017/10/RDP11-12.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2020.

FRAÍGUAS, V., BERLINCK, M. T. Entre o pedagógico e o terapêutico: algumas questões sobre o acompanhamento terapêutico dentro da escola. **Estilos da Clínica**, v. 6, n. 11, p. 7-16. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/60945>. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v6i11p7-16>

FRAZÃO, D. Vicent Van Gogh- Pintor Holandes. **Ebiografia**, 27 mai. 2019. Disponível em: https://www.ebiografia.com/van_gogh/. Acesso em: 20 jun. 2020.

FREITAS, A. P. A.; BORGES, L. M. Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. **Estud. psicol. (Natal)**, v. 22, n. 1, p. 50-60, mar. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 out. 2019.

FREITAS, P. L.; MARBACK, R. F. Identidade na adolescência: compreendendo a sua formação e repercussões. **Seminário Estudantil de Produção Acadêmica**, [s. l.], v. 16, n. 0, 2018. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/view/4862>. Acesso em: 8 fev. 2023.

FUKS, R. Edgar Allan Poe: biografia e obra completa. **Cultura Genial**, 2018. Disponível em: <https://www.culturagenial.com/edgar-allan-poe-biografia-obra/>. Acesso em: 27 jun. 2020.

FUKUMITSU, K. O. et al. Posvenção: uma nova perspectiva para o suicídio. **Rev. Bras. de Psicologia**, v. 2, n. 2, p. 48-60, 2015. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/revbraspsicol/issue/download/1840/457>. Acesso em: 29 jun. 2020.

FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DA BAHIA (FAPESB). **Edital PPSUS 003/2017**. Disponível em: <http://www.fapesb.ba.gov.br/wp-content/uploads/2016/03/Edital-PPSUS-2017-1.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2020

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. The state of the world's children 2011. **Adolescence: An age of opportunity**. Genebra: UNICEF, 2011. Disponível em: <https://www.unicef.org/sowc2011/>. Acesso em: 25 nov. 2019.

GAINES, D. Suicidal tendencies. In H. GEORGE-WARREN. Cobain By the Editors of Rolling Stone. Boston: Little, Brown, 1994. GOFFMAN, E. **Estigma**: Notas sobre a Manipulação da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GAMA-KHALIL, M. M.; PEREIRA, A. B. **O Espaço e o Fantástico na Obra de Edgar Allan Poe**. Horizonte Científico, Uberlândia, v. 2, p. 1-29, 2008. Disponível em: <https://ssl4799.websiteseuro.com/swge5/seg/cd2008/PDF/IC2008-0125.PDF>. Acesso em: 25 jun. 2020.

GENOGRAMA SOFTWARE - **GENOPRO**. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://genopro.com/>. Acesso em: 8 fev. 2023.

GENOPRO Help Center. GENOPRO, 2020. Disponível 2020. <http://www.genopro.com/help> Acesso em: 27 jun. 2020.

GOLDSTEIN, T. R. et al. Dialectical Behavior Therapy (DBT) for Adolescents with Bipolar Disorder: Results from a Pilot Randomized Trial. **Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology**, v. 24, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4367513/>. Acesso em: 26 jan. 2020.

GOMES L. B. et al. As origens do Pensamento sistêmico: das partes para o todo. **Pensando famílias**, v. 18, n. 2, p. 3-16, dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000200002. Acesso em: 27 jan. 2020.

GONÇALVES, A. M.; FREITAS, P. P.; SEQUEIRA, C. A. C. Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: factores de risco e de protecção. **Millenium**, n. 40, p. 149-159, 2016. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/11.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2019.

GONZÁLEZ-CASTRO, T. B. et al. Characteristics of Mexican children and adolescents who died by suicide: A study of psychological autopsies. **J Forensic Leg Med.**, v. 52, p. 236-240, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29035840/>. Acesso em: 14 jan. 2020. doi:10.1016/j.jflm.2017.10.002

GRADUS, J. L. et al. Posttraumatic stress disorder and completed suicide. **American journal of epidemiology**, v. 171, n. 6, p. 721-72, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20160171/>. Acesso em: 14 dez. 2019.

GROHOL, J. M. Project Semicolon Founder Amy Bleuel Dies at 31. **PSYCHCENTRAL**, 2018. Disponível em: <https://psychcentral.com/blog/project-semicolon-founder-amy-bleuel-dies-at-31/>. Acesso em: 11 fev. 2020.

GULDIN, M. B. et al. Incidence of suicide among persons who had a parent who died during their childhood: a population-based cohort study. **JAMA Psychiatry**, v. 72, n. 12, p. 1227-1234, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26558351/>. Acesso em: 12 abr. 2020.

GUNNELL, D. et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. **The Lancet Psychiatry**, [s. l.], v. 7, n. 6, p. 468-471, 2020. Disponível em: <http://www.thelancet.com/article/S2215036620301711/fulltext>. Acesso em: 8 fev. 2023.

GUNNELL, D. et al. The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. **International Journal Epidemiology**, Oxford, v. 34, p. 433-42, 2005. Disponível em: <https://academic.oup.com/ije/article/34/2/433/747066>. Acesso em: 7. jan. 2020.

GUZZO, E. et al. Impacto emocional y cambios en la conducta profesional a causa del suicidio de pacientes. **Vertex**, v. 29, n. 139, pag. 172-177, mai. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-30778406>. Acesso em: 8 out. de 2019.

HANSON, S. M. Family nursing: Challenges and opportunities: whither Thou Goeth family nursing. **Journal of family nursing**, v. 11, n. 3, p. 336-339, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16287832/>. Acesso: 2 mai. 2020.

HANSON, S. M. H.; BOYD, S. T. **Family health care nursing: theory, practice, and research**. Philadelphia: F.A.Davis, 1996.

HANSON, S. M. H.; GERALFY-DUFFY, V; KAAKINEN, J. R. **Family health care nursing: theory, practice and research**. 3 ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2005.

HARMER, B. et al. Suicidal Ideation. **Acute Medicine: A Symptom-Based Approach**, [s. l.], p. 415–420, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/>. Acesso em: 8 fev. 2023.

HECK, R. M. et al. Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 26-33, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 fev. 2020.

HELBICH, Marco et al. Spatiotemporal Suicide Risk in Germany: A Longitudinal Study 2007–11. **Scientific Reports**, v. 7, n. 7673, 2017. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-017-08117-4>. Acesso em: 11 fev. 2020.

HILLARD, J. Emergency management of the suicidal patient. In: WALKER, I. **Psychiatric Emergencies**. Philadelphia: Lippincott Company, 1983.

HOCHMAN, G.; BIRN, A. E. Pandemias e epidemias em perspectiva histórica: uma introdução. **Topoi**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 48, p. 577–587, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/topoi/a/5CBkgzdhNysd9DGCCrfjN3J/>. Acesso em: 8 fev. 2023.

HOLLIS, J. **Os Pantanais da Alma: Nova Vida em Lugares Sombrios**. Salvador: Paulus Editora, 1999.

HUANG, Y. C. et al. Mental health of caregivers of individuals with disabilities: Relation to Suicidal Ideation. **Comprehensive Psychiatry**, [s. l.], v. 81, p. 22–27, 2018. Disponível em: Acesso em: 8 fev. 2023.

HWANG, E. **Suicídio por contágio e comunicação midiática**. Dissertação [Mestrado]. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-16052018-193038/publico/hwang_me.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

JAHAN, S. et al. Depression and suicidal behaviors among Bangladeshi mothers of children with Autism Spectrum Disorder: A comparative study. **Asian Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 51, p. 101994, 2020. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201820301027?casa_token=la6yfag8jt0AAAAA:VuhNLF5gWz_SY6REDySwzmmkuw9qVOKp93GeqgJlHmHQrsjDZl3iuNoo9xnihPekvzaxurb81Y Acesso em: 18 jan. 2023.

JEGLIC, E. L. et al. History of family suicide behaviors and negative problem solving in multiple suicide attempters. **Archives of suicide research**, v. 9, n. 2, p. 135-146, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16020157/>. Acesso em: 14 dez. 2019. DOI: 10.1080/13811110590903981.

JEON, S.Y.; REITHER, E. N.; MASTERS, R. K. A population-based analysis of increasing rates of suicide mortality in Japan and South Korea, 1985-2010. **BMC Public Health**, v. 16, n. 356, 2016. Disponível em:

<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3020-2#article-info>. Acesso em: 24 mar. 2020. doi: 10.1186/s12889-016-3020-2.

JOLING, K. J. et al. Risk factors for suicidal thoughts in informal caregivers: results from the population-based Netherlands mental health survey and incidence Study-2 (NEMESIS-2). **BMC Psychiatry**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 320, 2019.

KENDLER, K. S. et al. The Sources of Parent-Child Transmission of Risk for Suicide Attempt and Deaths. **Suicide in Swedish National Samples**, [s. l.], v. 177, n. 10, p. 928–935, 2020. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2020.20010017>. Acesso em: 8 fev. 2023.

KOERICH, M. S; MACHADO, R. S; KOERICH, E. C; ÉTICA E BIOÉTICA: PARA DAR INÍCIO À REFLEXÃO. **Revista Texto e Contexto em Enfermagem**. V. 14, n.1, p. 106-110. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a14v14n1>

KROOM, M. **Família e mitos: prevenção e terapia: resgatando histórias**. 2. ed. São Paulo: Summus editorial, 2000.

KUMAR, A.; NAYAR, K. R. COVID 19 and its mentais health consequences. **Journal of Mental Health**, [s. l.], p. 1–2, 2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638237.2020.1757052>. Acesso em: 8 fev. 2023.

LAURO, R. M. Camus - O Mito de Sísifo. **Razão Inadequada**, 2018. Disponível em: <https://razaoinadequada.com/2018/04/18/camus-o-mito-de-sisifo/>. Acesso em: 4 jun. 2020.

LEWITZKA, U. M. D. et al. Suicidal Ideation vs. Suicide Attempts: Clinical and Psychosocial Profile Differences Among Depressed Patients. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 205, n. 5, p. 361-371, mai. 2017. Disponível em: https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2017/05000/Suicidal_Ideation_vs__Suicide_Attempts__Clinical.5.aspx. Acesso em: 2 fev. 2020 doi: 10.1097/NMD.0000000000000667

LINS, R. C. Albert Camus: da angústia ao suicídio filosófico. **Ciências da Religião: História e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 35-55, jan./jun. 2016. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cr/article/view/8357>. Acesso em: 12 jun. 2020.

LOBOS, J. Desenvolvimento organizacional: teoria e aplicações. **Rev. adm. empres.** São Paulo, v. 15, n. 3, p. 21-32, jun. 1975. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901975000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 mai. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-75901975000300002>.

MACÊDO, M. L. A. F. et al. História Oral Temática na Pesquisa em Enfermagem: Estudo Bibliométrico. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 384-391, 2014. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37360/22930>. Acesso em: 1 jan. 2017.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **J. bras. Psiquiatr.**, [s. l.], v. 64, n. 1, p. 45-54, 2015. Disponível em: <

scielo.br/j/jbpsiq/a/jSFVzxZCLjTrDMqzwVSpqKG/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 9 fev 2023

MACHADO, F. P.; SOARES, M. H.; MASTINE, J. S. A rede social de indivíduos pós-tentativa de suicídio: ecomapa como recurso. **Rev Eletr. Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 10, n. 3, p. 159-166, set-dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762014000300008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 8 set. 2019. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v10i3p159-166

MACHELL, K. A.; RALLIS, B. A.; ESPOSITO-SMYTHERS, C. Family environment as a moderator of the association between anxiety and suicidal ideation. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 40, p. 1-7, mai. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.janxdis.2016.03.002>. Acesso em: 15 mar. 2020.

MAGALHÃES, J. R. F. de et al. Repercussões da violência intrafamiliar: história oral de adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 73, n. 1, p. e20180228, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reben/a/bCvP7gcqSjyH7mFqQ4V4fPm/?lang=pt>. Acesso em: 8 fev. 2023.

MAGNANI, R. M.; STAUDT, A. C. P. Estilos parentais e suicídio na adolescência: uma reflexão acerca dos fatores de proteção. **Pensando famílias**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 75–86, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2018000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 8 fev. 2023.

MARIS, R.; BERMAN, A.; SILVERMAN, M. The biology of suicide. In MARIS, R.; BERMAN, A.; SILVERMAN, M. **Comprehensive textbook of suicidology**. New York: Gilford press, 2000. p. 376-406.

MARTIN, G.; KOO, Lisa. Celebrity suicide: Did the death of Kurt Cobain influence young suicides in Australia? **Archives of Suicide Research**, v. 3, p. 187-198, 1997.

MARTINENGO, L. et al. Suicide prevention and depression apps' suicide risk assessment and management: a systematic assessment of adherence to clinical guidelines. **BMC medicine**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-019-1461-z> Acesso em: 27 jan. 2023.

MATURANA, H. Bioly of language: the epistemology of reality. In G.A. MILLER, L. B. **Psychology and biology of languagen and thought**, p. 27-63. New York: academic Press, 1978. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1009629219195>. Acesso em: 2 jun. 2020.

MCCLATCHEY, K. et al. Risk Factors for Suicide and Suicidal Behavior Relevant to Emergency Health Care Settings: A Systematic Review of Post-2007 Reviews. **Suicide Life Threat Behavior**, v. 47, n. 6, p. 729-745, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28220516/>. Acesso em 25 jun. 2020. doi:10.1111/sltb.12336.

MCDERMOTT, E.; HUGHES, E.; RAWLINGS, V. **Queer Futures: Understanding lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) adolescents' suicide, self-harm and help-seeking behaviour**. Universidade de Lancaster, 2016. Disponível em: <http://www.queerfutures.co.uk/wp-content/uploads/2016/06/Queer-Futures-Final-Report.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2020.

MCMANAMA O'BRIEN, K. H. et al. Childhood exposure to a parental suicide attempt and risk for substance use disorders. **Addictive Behaviors**, v. 46, p. 70-76, jul. 2015. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/25827333> Acesso em: 10 mai. 2020. DOI: 10.1016/j.addbeh.2015.03.008.

- MEKAOUI, N. et al. Epidemiological aspects of suicide attempts among Moroccan children. **Pan Afr Med J.** v. 24, n. 112, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27642451/>. Acesso em: 20 jan. 2020.
- MELO, A. K.; SIEBRA, A. J.; MOREIRA, V. Depressão em Adolescentes: Revisão da Literatura e o Lugar da Pesquisa Fenomenológica. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 37, p. 18-34, jan., 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000100018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 out. 2019.
- MELO, A. M. C. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 4, n. 9, p. 84-95, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68692/41361>. Acesso em: 18 abr. 2020.
- MELO, V. A. A.; RIBEIRO, M. A. Epistemologias sistêmicas e suas repercussões para a clínica da terapia familiar. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 149-161, dez. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2016000200011&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 17 abr. 2020.
- MELTZER, H. et al. The influence of disability on suicidal behavior. **Alter**, v. 6, n.1, p. 1-12, jan-mar. 2012. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1875067211000988?token=33011b410ca4516385e0c05e71081c5a7ede537a3e0b7db71911cd885c9b444655dc823c893ca95ce0d26c2935d3f2b9> Acesso em: 19 fev. 2020.
- MICHELS, E. **Homotransforbia mata**. Registro de mortes, categoria: suicídio, 2018. Disponível em: <https://homofobiamata.wordpress.com/category/2-causa-mortis/suicidio-causa-mortis/>. Acesso em: 5 jun. 2019.
- MINAYO, M. C. S.; TEIXEIRA, S. M. O.; MARTINS, J. C. O. Tédio enquanto circunstância potencializadora de tentativas de suicídio na velhice. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 21, p. 36-45, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2016000100036&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 jan. 2020.
- MINOIS, G. **História do suicídio**: a sociedade ocidental diante da morte voluntária. São Paulo, UNESP, 2018
- MIRAHMADIZADEH, A. Epidemiology of suicide attempts and deaths: a populationbased study in Fars, Iran (2011–16). **Journal of Public Health**, v. 42, p. 1-11, 2019. Disponível em: [ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30668878](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30668878). Acesso em: 14 jan. 2020.
- MIRANDA-SÁ JUNIOR, L. S. Breve histórico da psiquiatria no brasil: do período colonial a atualidade. **Rev. de Psiquiatria RS**, v. 29, n. 2, p. 156-158, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n2/v29n2a05>. Acesso em: 15 mai. 2020.
- MODELOS e Teorias de Avaliação Familiar. **Universidade de Aveiro**, Aveiro, 2019. Disponível em: <https://www.ua.pt/pt/uc/12341>. Acesso em: 2 mai. 2020.

MOREIRA L. H. O. et al. A inclusão social do doente mental: contribuições para a enfermagem psiquiátrica. **Inclusão social**, v. 3, p. 35-42, 2008. Disponível em: <http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1618>. Acesso em: 14 mar. 2020.

MOREIRA, E. H.; BARICHELO, E. M. M. R. A análise da vigilância de Foucault e sua aplicação na sociedade contemporânea: estudo de aspectos da vigilância e sua relação com as novas tecnologias de comunicação. **Intexto**, [s. l.], n. 33, p. 64-75, 2015. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/index.php/intexto/article/view/50075>> Acesso em 09 fev 2023.

MORIN, E. **O método 1: a natureza da natureza**. Porto Alegre: Sulina, 2002.

MOSES, T. Suicide Attempts Among Adolescents with Self-Reported Disabilities. **Child Psychiatry & Human Development**, v. 49, n. 3, p. 420-433, jun. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29030735>. Acesso em: 8 fev. 2020.

MOURA, L. S.; KANTORSKI, L. P.; GALERA, S. A. F. Avaliação e intervenção nas famílias assistidas pela equipa de saúde da família. **Rev Gauch Enferm.**, v. 27, p. 35-44, mar. 2006. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4582>. Acesso em: 27 jun. 2020.

NAKAGAWA, M. et al. Characteristics of suicide attempters with family history of suicide attempt: a retrospective chart review. **BMC Psychiatry**, v. 9, n. 32, 2009. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-9-32>. Acesso em: 10 mar. 2020

NASCIMENTO, A. Campanha Setembro Amarelo promove a valoração a vida. **Associação Catarinense de Psiquiatria (ACP)**. Florianópolis, 2016. Disponível em: <http://www.acp.med.br/noticia/campanha-setembro-amarelo-promove-a-valoracao-a-vida-c1c58f84-63a4-4823-8a6f-ff4cc30ee4f6>. Acesso em: 8 fev. 2020.

NETO, E. F. P.; RAMOS, M. Z.; SILVEIRA, E. M. C. Configurações familiares e implicações para o trabalho em saúde da criança em nível hospitalar. **Physis**, v. 26, n. 3, jul./set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0103-73312016000300961&lng=pt&tlng=pt. Acesso em 15 abr. 2020.

NICHOLS, M. P.; SCHWARTZ, R. C. **Terapia familiar: Conceitos e métodos**. Porto Alegre, RS: Artmed. 1998.

NORTON, K. Responding to a suicide death: The role of first responders. **Journal Death Studies**, v. 41, n. 10, p. 639-647, nov-dez. 2017. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07481187.2017.1335550?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em: 24 out. 2019.

NOVA, R.; HAMID, A. Y. S.; DAULIMA, N. H. C. La experiencia familiar en el cuidado de clientes con riesgo suicida en Indonesia. **Doente glob.**, [s. l.], v; 18, n. 53, p 445-63, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.6018/global.18.1.337751>. Acesso em 9 fev 2023.

NUNES, E. D. O Suicídio: reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 7-34, jan-mar. 1998. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/194163/1/pmed_9592208.pdf. Acesso em: 15 mar. 2020.

OLBERMANN, J. V.; OLIVEIRA, L. P.; OLTRAMARI, A. P. A Vida Imita a Arte ou a Arte Imita a Vida? Um Olhar para o Desemprego e suas Implicações na Vida do Indivíduo sob a Perspectiva da Ficção. **Revista de Ciências da Administração**, v. 19, n. 49, p. 117-132, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/view/48791/0>. Acesso em: 1 jun. 2020.

OLIVEIRA, C. C. Para compreender o sofrimento humano. **Revista Bioética**, v. 24, n. 2, p. 225-234, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n2/1983-8034-bioet-24-2-0225.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2020.

OLIVEIRA, D. A. G. **O suicídio na comunidade lgbt no brasil**. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação]. Instituto de Ciências Humanas. Universidade Federal de Juiz de Fora Juiz de Fora, 2018. Disponível em: <http://www.ufjf.br/bach/files/2016/10/DAIANA-APARECIDA-GOMES-DE-OLIVEIRA.pdf>. Acesso em: 5 out. 2019.

OLIVEIRA, E. A. V. **Romeu e Julieta na história da literatura ocidental**. Rio Grande do Sul: PUCRS, 2012. Disponível em: <https://editora.pucrs.br/Ebooks/Web/978-85-397-0198-8/Trabalhos/29.pdf>. Acesso em 29 jun. 2020

OLIVEIRA, L. C; RIGO, S. C. C; ALVES, R. M; VENÂNCIO, M. F. S; RIBEIRO, L. A. **Reuniões familiares: Uma prática reflexiva sobre a depressão e o suicídio**. 7º congresso norte nordeste de psicologia. Salvador, 2011. Disponível em: <http://www.conpsi7.ufba.br/>. Acesso em: 12 mar.2021

OLIVEIRA, W. K. de et al. Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 29, n. 2, p. e2020044, 2020. Disponível em: Acesso em: 8 fev. 2023.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estimativas Globais de Saúde 2016: Mortes por causa, idade, sexo, por país e por região, 2000-2016**. Brasília: [s. n.], 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Ação de Saúde Pública Ação Para a Prevenção de Suicídio: uma estrutura**. Genebra: OMS, 2012. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suic%C3%ADdio-traduzido.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Clinical Management of Acute Pesticide Intoxication: Prevention of Suicidal Behaviours**. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44020/9789241597456_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 4 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Guns, knives and pesticides: reducing access to lethal means**. Genebra: OMS, 2009. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44060/9789241597739_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 4 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia**. Tradução de SOUZA, J. S.; BOTEGA, N. J. Genebra: OMS, 2000a. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf. Acesso em: 4 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Preventing Suicide: A Global Imperative**. Genebra: OMS, 2014. Disponível em:

https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/. Acesso em: 5 fev. de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Safer Access to Pesticides: Community Interventions**. Genebra: OMS, 2006. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43585/9241594896_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 4 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde Mental, Dados sobre suicídio. Genebra: OMS, 2020. Disponível em:

https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/. Acesso em: 6 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Suicide in the world: Global Health Estimates**. Genebra: OMS, 2019a. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6017:suicidio-uma-pessoa-morre-a-cada-40-segundos-afirma-oms&Itemid=839. Acesso em: 18 dez. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope**. Genebra: OMS, 2001. Disponível em:

http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf. Acesso em: 12 dez. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope**. Genebra: OMS, 2001. Disponível em:

http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf. Acesso em: 17 dez. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The World Health Report 2003: Shaping the future**. Genebra: OMS, 2003. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2003/en/>. Acesso em: jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **WHO India**, 2019b. Página inicial. Disponível em: <http://www.searo.who.int/india/topics/suicide/en/>. Acesso em: 2 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Tradução de CECCONI, J. P.;

STEFANELLO, S. e BOTEGA, N. J. Genebra: OMS, 2000b. Disponível em:

https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf. Acesso em: 4 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OPAS Brasil**, 2020. Seção OPAS/OMS no Brasil. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=885:opas-oms-no-brasil&Itemid=672. Acesso em: 4 fev. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **OPAS Brasil**. “Suicídio é grave problema de saúde pública e sua prevenção deve ser prioridade”, afirma OPAS/OMS. Brasília, DF, 2018. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5674:suicidio-e-grave-problema-de-saude-publica-e-sua-prevencao-deve-ser-prioridade-afirma-opas-oms&Itemid=839. Acesso em: 2 fev. 2020.

PAES, A. G. de A. et al. Terapia assistida por cães na pediatria oncológica: uma revisão integrativa. **VITTALLE - Revista de Ciências da Saúde**, [s. l.], v. 33, n. 3, p. 68–75, 2021.

Pathology Discovery, v. 4, n. 2, 2016. Disponível em:

<http://www.hoajonline.com/pathology/2052-7896/4/2#>. Acesso em: 16 jan. 2020.

<http://dx.doi.org/10.7243/2052-7896-4-2>.

PATTERSON, P.; WHITTINGTON, R.; BOGG, J. Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS). **J Psychiatr Ment Health Nurs**, v. 14, n. 5, p. 438-445, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17635251/>. Acesso em: 12 jun. 2020. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01102.x

PAUDEL, S.; KAZIM, A. Suicide. Em: FERRI, F.; FACP (org.). **Ferri's Clinical Advisor**. 1. ed. [S. l.]: Elsevier, 2022. p. 1439.e4-1439.e6. E-book. Disponível em: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/book/3-s2.0-B9780323755702008833>. Acesso em: 18 jan. 2023.

PEIXOTO, A. B.; SARAIVA, C. B.; SAMPAIO, D. **Comportamentos suicidários em Portugal**. Coimbra: sociedade portuguesa de sociologia, 2006

PEREIRA, A. S. et al. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3767-3777, nov. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103767&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>.

PEREIRA, C. Risco suicidário em jovens: Avaliação e intervenção em crise. **PsiLogos**, v. 9, p. 11-23, 2011. Disponível em: http://www.psilogos.com/Revista/Vol9N12/Indice11_ficheiros/Pereira_p11-23.pdf. Acesso em: 11 abr. 2020

PERUZZO, H. E. et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400205&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 4 fev. 2020.

PETERS, K. et al. People look down on you when you tell them how he died': Qualitative insights into stigma as experienced by suicide survivors. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 25, n. 3, p. 251-257, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26889754/>. Acesso em: 25 jun. 2020. doi:10.1111/inm.12210.

PHILLIPS, D. P. The impact of fictional television stories on U.S. adult fatalities: new evidence on the effect of the mass media on violence. **The American Journal of Sociology**, v. 87, n. 6, p. 1340-1359, 1982. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7149089/>. Acesso em: 22 mai. 2020. doi:10.1086/227596

PINHEIRO, I. R.; CREPALDI, M. A., CRUZ, R. M. Entendeu ou quer que eu desenhe? Transições familiares através da visão sistêmica. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 24, p. 175-192, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922012000100012&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 mai. 2020.

PINHO, A. M. A representação do feminino em Romeu e Julieta. In: **V Semana de Letras PUCRS**, 2005. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005. PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das interações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.

23, n. 6, p. 1903-1914, jun. 2018. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 fev. 2020.

PLAYER, M. J. et al. What Interrupts Suicide Attempts in Men: A Qualitative Study. **PLoS ONE**.[, [s.l.], v. 10, n. 6, p. e0128180, 2015. Disponível em:
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128180>. Acesso em 9 fev 2023.

PREVENÇÃO do Suicídio – NEPS, **Governo do Estado da Bahia**, 2012.
<http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/ciatox/prevencao-do-suicidio-neps/>. Acesso em: 29 jun. 2020.

PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS. **Convivência familiar no contexto da pandemia da Covid-19**. Universidade Federal Da Paraíba - PROGEP. [S. l.], 2020. Disponível em:
<http://www.progep.ufpb.br/progep/contents/em-destaque/convivencia-familiar-no-contexto-da-pandemia-da-covid-19>. Acesso em: 8 fev. 2023.

REICHMAN, R. D. et al. Targeted sequencing of the LRRTM gene family in suicide attempters with bipolar disorder. **American Journal of Medical Genetics B Neuropsychiatric Genetics**, v. 183, n. 2, p. 128-139, 2019. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31854516/>. Acesso em: 10 de fev. 2020. DOI: 10.1002/ajmg.b.32767

RIBEIRO, D. B. et al. Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, 2016. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100414&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jan. 2020.

RIBEIRO, J. F. Perfil sociodemográfico da mortalidade por suicídio. **Revista de Enfermagem da UFPE on-line**, v. 12, p. 44-50, jan. 2018. Disponível em:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25087/25845>. Acesso em: 20 out. 2019.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2821-2834, set., 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000902821&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 jan. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde (SES). **PORTARIA SES Nº 678/2018**. Institui o Observatório de Análise de Situação do Suicídio no Estado do Rio Grande do Sul e dá outras providências. Porto Alegre: SES, 2018. Disponível em:
<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20180854/03155424-678.pdf>). Acesso em: 17 fev. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS). **Boletim de Vigilância Epidemiológica de Suicídio e Tentativa de Suicídio**. v. 1, Porto Alegre: CEVS, set. 2018. Disponível em:
<https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201809/05162957-boletim-de-vigilancia-epidemiologica-de-suicidio-n1-2018.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2020.

ROCHA, M. A. S. da; BORIS, G. D. J. B.; MOREIRA, V. A experiência suicida numa perspectiva humanista-fenomenológica. **Revista da Abordagem Gestáltica**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 69–78, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000100010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 8 fev. 2023.

ROLLYSON, C. **Ísis Americana: a Vida e a Arte de Sylvia Plath**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2015. ROSA, F. A. M. **Patologia social: uma introdução ao estudo da desorganização social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

ROTHSCHILD, A. J. Suicide Risk Assessment. In: ROTHSCHILD, A. **Acute care psychiatry: Diagnosis and Treatment**. Baltimore: Williams and Wilkins, 1997.

ROY, A. Family history of suicide and impulsivity. **Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research**, v. 10, n. 4, p. 347-52, 2006.

RUIZ-ROBLEDILLO, N. et al. Family and School Contexts as Predictors of Suicidal Behavior among Adolescents: The Role of Depression and Anxiety. **J. Clin. Med.**, v. 8, n. 12, 2019. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-0383/8/12/2066#cite>. Acesso em: 14 mar. 2020. <https://doi.org/10.3390/jcm8122066>

RUVIARO, N.; CORRÊA, A. S.; DA SILVA SILVEIRA, K. S. Etiologia e manejo do comportamento suicida: a perspectiva da terapia cognitivo-comportamental. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, v. 20, n. 2, p. 377-390, 2019.

SAAVEDRA, J.; LÓPEZ M. Riesgo de suicidio de hombres internos con condena en centros penitenciarios. **Revista de Psiquiatria y Salud Mental**, v. 8, n. 4, p. 224-231, out-dez. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1888989113000839?via%3Dihub>. Acesso em: 25 jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.07.004>.

SAFFER, B. Y.; GLENN, C. R.; DAVID KLONSKY, E. Clarifying the relationship of parental bonding to suicide ideation and attempts. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 45, n. 4, p. 518-528, 2015.

SANTAELLA, L. O pluralismo pós-utópico da arte. **ARS (São Paulo)**, São Paulo, v. 7, n. 14, p. 130-151, 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-53202009000200010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1678-53202009000200010>.

SANTIAGO, O. et al. El suicidio de indígenas desde la determinación social en salud. **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, Medellín, v. 36, n. 1, p. 55-65, abr. 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2018000100055&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 out 2019.

SANTOS, C. C. dos et al. Application of Calgary Model in the Family Health Strategy. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 93–98, 2015.

SANTOS, M. A. S.; BEDIN, L. M.; DELL'AGLIO, D. D. Self-injurious behavior and factors related to suicidal intent among adolescents: a documentary study. **Psico-USF, Bragança**

Paulista, v. 27, n. 2, p. 357-368, abr./jun. 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pusf/a/VRvgFmWBKtdCg7jXrHwtrJD/?format=pdf&lang=en>> Acesso em 9 fev 2023.

SANTOS, M. L. V. A. **Abordagem sistêmica do cuidado à família**: impacto no desempenho profissional do enfermeiro. Tese [Doutorado]. Universidade de Lisboa, Lisboa, 2012. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd_re1182_td.pdf. Acesso em: 6 mai. 2020.

SARAIVA, C. B. Prefácio. In MOREIRA, N. A. C. **Suicídio nas prisões**. Porto: Legis, 2010. SCHLOSSER, A; ROSA, G. F. C.; MORE, C. L. O. O. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 22, p. 133-145, abr. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000100011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 fev. 2020.

SCHMITT, R. et al. Risco de suicídio: avaliação e manejo. In: SCHMITT, R. et al. **Emergências psiquiátricas**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

SCHREIBER, J.; CULPEPPER, L, Suicidal ideation and behavior in adults. **Literature review current through**. Jan 2018. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-adults>. Acesso em: 14 dez. 2019

SCHU, F. C. **A musicoterapia em saúde mental: uma estratégia de promoção e educação em saúde**. Monografia [Especialização]. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/167307>. Acesso em: 25 jun. 2020.

SEMLYEN, J. et al. Sexual orientation and symptoms of common mental disorder or low wellbeing: combined meta-analysis of 12 UK population health surveys. **BMC Psychiatry**, v.16, n. 67, 2016. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-0767-z>. Acesso em: 13 fev. 2020.

SHEKHANI, S. et al. Suicide and deliberate self-harm in Pakistan: a scoping review. **BMC Psychiatry**, v. 18, n. 44, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29433468/>. Acesso em: 17 jan. 2020. DOI 10.1186/s12888-017-1586-6>. Acesso em: fev. de 2020.

SHER, L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. **QJM? Journal of the Association of Physicians**, [s. l.], v. 113, n. 10, p. 707–712, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32539153/>. Acesso em: 8 fev. 2023.

SHNEIDMAN, E. S. **The Suicidal Mind**. Londres: Oxford University Press, 1996.

SHOIB, S. et al. Role of pets and animal assisted therapy in suicide prevention. **Annals of medicine and Surgery**, [s. l.], v. 80, p. 104153, 2022.

SILVA, D. A. da; MARCOLAN, J. F. O impacto das relações familiares no comportamento suicida. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 2, p. e17310212349, 2021.

SILVA, J. V. D. S.; MOTTA, H. L. Comportamento suicida: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Educação, Psicologia e Interfaces**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 51–67, 2017. Disponível em: <https://educacaoepsicologia.emnuvens.com.br/edupsi/article/view/25>. Acesso em: 18 jan. 2023.

SILVA, R. M. et al. Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1703–1710, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601703&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.01952015>.

SILVEIRA, R. E.; SANTOS, Á. S.; FERREIRA, L. A. Impact of morbi - mortality and expenses with suicide in Brazil from 1998 to 2007. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 4, n. 4, p. 3033-3042, nov. 2012. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1859>. Acesso em: 15 jan. 2020.

SMITH, E. M. Suicide risk assessment and prevention. **Nursing Management**, v. 49, n. 11, p. 22-30, nov. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30299377/>. Acesso em: 17 mar. 2020.

SOARES, R. D. et al. The nursing team role in the psychosocial attention center. **Escola Anna Nery**, v. 15, p. 110-115, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452011000100016&lng=pt&nrm=1. Acesso em: 4 mar. 2020. SOBRE o Projeto Semicolon. **Project ;**, 2017. Disponível em: <https://projectsemicolon.com/about-project-semicolon-2/>. Acesso em: 29 jun. 2020.

SOCOL, K. L. S.; DA SILVEIRA, A. Impacts of social distancing on mental health: strategies for suicide prevention. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, 2020.

SOLIMANDO, L. et al. Suicide risk in caregivers of people with dementia: a systematic review and meta-analysis. **Aging Clinical and Experimental Research**, [s. l.], v. 34, n. 10, p. 2255–2260, 2022.

SOUSA, K. A. de; FERREIRA, M. G. S.; GALVÃO, E. F. C. Multidisciplinary health care in cases of childhood suicidal ideation: operational and organizational limits. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 73, n. suppl 1, 2020.

SOUZA, Í. P. de et al. Genogram and eco-map as tools for understanding family care in chronic illness of the young. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s. l.], v. 25, n. 4, 2016.

SOUZA, J. G.; RODRIGUES, L. A.; TRINDADE, L. M. Romeu e Julieta: estudo comparativo entre uma tradução e uma adaptação do texto shakespeariano. **Revista Entrelinhas**, v. 6, jan-jun. 2012. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/entrelinhas/article/viewFile/2647/1031>. Acesso em: 14 mar. 2020.

SOUZA, M. L. P. Mortalidade por suicídio entre crianças indígenas no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001505007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 out. 2019.

SOUZA, T. C. et al. Modelo calgary de avaliação familiar: avaliação de famílias com indivíduos adoecidos de tuberculose. **Enfermagem em Foco**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 17–21, 2017. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/927>. Acesso em: 8 fev. 2023.

SOUZA, T. V. de et al. Modelos teóricos utilizados por enfermeiros para avaliação da família: reflexão teórica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], v. 12, n. 4, p. e2614, 2020.

STALIANO, P.; MONDARDO, M. L.; LOPES, R C. Onde e como se suicidam os Guarani e Kaiowá em Mato Grosso do Sul: Confinamento, Jejuvy e Tekoha. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 39, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000500301&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 out. 2019.

STEPHENS, I. Case report: The use of medical yoga for adolescent mental health. Case report: The use of medical yoga for adolescent mental health. **Complementaries Therapies in Medicine**, v. 43, p. 60-65, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965229918310896?via%3Dihub>. Acesso em: 25 jun. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.01.006>.

STORINO, B. D. et al. Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 369-377, dez. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2018000400369&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201800040191>.

TAYLOR, T. L. et al. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. **Br J Psychiatry**, v. 194, n. 2, p. 104-110, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19182168/>. Acesso em: 25 jun. 2020. doi: 10.1192/bjp.bp.107.046425.

TOHID, H. Robin Williams' suicide: a case study. **Trends Psychiatry Psychother.**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, p.178-182, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892016000300178&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0064>.

TREICHEL, C. A. S. et al. Prevalence and factors associated with suicidal ideation among family caregivers of people with mental disorders. **Journal of Clinical Nursing**, v. 28, n 19-20, p. 3470-3477, out 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.14938>. Acesso em: 4 abr. 2020.

TURAGABECI, A. R. et al. Family structure and health, how companionship acts as a buffer against ill health. **Health Qual Life Outcomes**, v. 5, n. 61, 2007. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18036211/>. Acesso em: 16 jan. 2020. doi:10.1186/1477-7525-5-61

VALDIVIA, M. et al. Prevalencia de intento de suicidio adolescente y factores de riesgo asociados en una comuna rural de la provincia de Concepción. **Rev. méd. Chile**, Santiago, v. 143, n. 3, p. 320-328, mar. 2015. Disponível em

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000300006&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 17 out. 2019.

VAN TILBURG, T. G. et al. Loneliness and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A Study Among Dutch Older Adults. **The journals of gerontology**. Series B, Psychological sciences and social sciences, [s. l.], v. 76, n. 7, p. E249–E255, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32756931/>. Acesso em: 8 fev. 2023.

VARES, S. F. O problema do suicídio em Émile Durkheim. **Revista do Instituto de Ciências Humanas**, v. 13, n. 18, 2017. Disponível em:

<http://periodicos.pucminas.br/index.php/revistaich/article/view/15869>. Acesso em: 14 jun. 2020.

VASCONCELLOS, M. J. E. **Pensamentos Sistêmico: O novo paradigma da ciência**. 9 ed. Campinas: Papirus, 2010.

VASCONCELOS, E. M. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010.

VAZQUEZ, J. J.; PANADERO, S. Suicidal attempts and stressful life events among women in a homeless situation in Madrid (Spain). **American Journal of Orthopsychiatry**, [s. l.], v. 89, n. 2, p. 304–311, 2019. Disponível em: /record/2018-65898-001. Acesso em: 18 jan. 2023.

VENICIO, R. H.; DAIUTO, P. R. O papel da resiliência na prevenção do suicídio. **Uningá Review**, v. 29, n. 2, 2017.

VERAS, J. L. A.; SILVA, T. P. S.; KATZ, C. T. Funcionamento familiar e tentativa de suicídio entre adolescentes. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.9, n.22, p.70-82, 2017. Disponível:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/download/69090/41545>. Acesso em: 27 dez. 2019.

VIDAL C.E.L.; GONTIJO, E.D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 108-114, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000200002&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 25 mai. 2020.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2013000200002>

VITAL Statistics / Vital statistics of Japan Final data General mortality. **The Portal Site of Official Statistics of Japan**, Tokyo, 2014. Disponível em: https://www.e-stat.go.jp/en/statsearch/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=7&year=20140&tclass1=000001053058&tclass2=000001053061&tclass3=000001053065&stat_infid=000031288474. Acesso em: 29 jun. 2020.

WADI, Y. M. A escrita além da vida e da morte: mensagens de adeus de suicidas na Comarca de Toledo/PR (1980/1993). **Espaço Plural**, a. 9, n. 18, p. 119-127, 2008. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/espacoplural/article/download/1640/1329>. Acesso em: 26 jun. 2020.

WAGNER, A.; TRONCO, C.; ARMANI, A. B. Os desafios da família contemporânea: Revisitando conceitos In: WAGNER, A et al. **Desafios Psicossociais da Família Contemporânea- Pesquisas e Reflexões**. Porto Alegre: Artmed. 2011. 208 p.

WAGNER, H. L.; WAGNER, A. B. P.; TALBOT, Y. Aplicação do Pensamento Sistêmico no Trabalho em Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 2004. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/8/88>. Acesso em: 17 fev. 2020;

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil**. Rio de Janeiro: Flacso Brasil, 2014. Disponível em: https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf. Acesso em: 15 fev. 2020.

WANG, Z. et al. Age-period-cohort analysis of suicide mortality by gender among white and black Americans, 1983–2012. **International Journal for Equity in Health**, Wuhan, v. 15, n. 107, p. 1-9, jul. 2016. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12939-016-0400-2>. Acesso em: 18 out. 2019.

WASSERMAN, D. et al. Suicide prevention in childhood and adolescence: a narrative review of current knowledge on risk and protective factors and effectiveness of interventions. **Asia-Pacific Psychiatry**, [s. l.], v. 13, n. 3, 2021.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. **Pragmática da comunicação humana: Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação**, 9 ed. São Paulo: Cultrix, 1973.

WENDT, N. C.; CREPALDI, M. A. A Utilização do Genograma como Instrumento de Coleta de Dados na Pesquisa Qualitativa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 2, p 302-310, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/prc/v21n2/a16v21n2.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2020.

WETZEL, et al. Avaliação de famílias de um Centro de Atenção Psicossocial da região sul do Brasil: uma proposta metodológica. **Online Brazilian Journal Of Nursing**, v. 9, 2010. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/104434/000749135.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 mai. 2020.

WHAT is GenoPro? **GENOPRO**, 2020. Disponível em: <https://www.genopro.com/>. Acesso em: 20 fev. 2020.

WILLIAMS, L. M. et al. Childhood trauma predicts antidepressant response in adults with major depression: data from the randomized international study to predict optimized treatment for depression. **Transl Psychiatry**, v. 6, n. 5, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27138798/>. Acesso em: 17 dez. 2020. doi: 10.1038/tp.2016.61

WILSON, A. **Mad Girl's Love Song: Sylvia Plath and Life Before Ted**. New York: Simon & Schuster, 2013.

WOLFORD-CLEVENGER, C.; VANN, N. C.; SMITH, P. N. The association of partner abuse types and suicidal ideation among men and women college students. **Violence Vict.**, v. 31, n. 3, p. 471-485, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27074971/>. Acesso em: 6 mar. 2020. doi: 10.1891/0886-6708.VV-D-14-00083

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014. 92p

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide** worldwide in 2019: Global Health Estimates. Genebra: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>. Acesso em 19 jan. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicídio**: uma pessoa morre a cada 40 segundos. [S. l.], 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>. Acesso em: 8 fev. 2023.

WRIGHT L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. Tradução de Silvia Spada. 5 ed. São Paulo: Roca, 2012.

WRIGHT, L. M., LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para a avaliação e intervenção na família. 4 ed. São Paulo: Roca, 2008.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias**: Guia Para Avaliação e Intervenção na Família. 5. ed. São Paulo: Editora Roca, 2012.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY M. **Enfermeiras e famílias**: guia para avaliação e intervenção na família. 5ª ed. São Paulo (SP): Roca; 2012.

YOUN S. Robin Williams: autopsy confirms death by suicide. **Hollywood Reporter**, 7 nov. 2014. Disponível em: <http://www.hollywoodreporter.com/news/robin-williams-autopsy-confirms-death-746194>. Acesso em: 20 jun. 2020.

ZHANG, Y. et al. Gender differences in suicidal ideation and health-risk behaviors among high school students in Beijing, China. **Journal of Global Health**, v. 9, n. 1, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31217964/>. Acesso em: 19 fev. 2020. doi:10.7189/jogh.09.010604

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada **“Dinâmica Familiar de Pessoas com Comportamento suicida: Aplicação do Modelo Calgary”**, que tem como objetivo: Compreender a dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida. Assim, a pesquisadora irá questionar sobre como se dá a rotina, constituição e relacionamentos dentro de cada família, sempre relacionado ao comportamento suicida do seu parente. Essas perguntas serão baseadas e orientadas segundo o Modelo Calgary de Avaliação, instrumento desenvolvido por enfermeiras e que norteiam o cuidado a família de uma pessoa que seja usuário(a) de algum serviço de saúde ou esteja enfrentando processo de doença. Sua contribuição será através de entrevista e é inteiramente voluntária, isto é, você deve decidir se participa ou não do estudo e tem o direito de recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de colaborar com a pesquisa. Além disso, poderá retirar seu consentimento (aceitação/ aprovação) a qualquer momento (por exemplo, caso não sinta-se confortável em responder alguma questão, precisar se ausentar no momento da entrevista por imprevistos e/ou problemas pessoais, questões de saúde ou discordância com a pesquisa). Cada entrevista durará cerca de 2 horas, contando com 2 encontros presenciais agendados de acordo com a disponibilidade dos colaboradores. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, o qual será substituído por um nome fictício, assegurando sua privacidade e anonimato. Os dados coletados terão sua exatidão preservada, podendo os resultados ser divulgados em eventos como congressos, seminários, fóruns, bem como poderão ser publicados também em revistas científicas, disponíveis *online*. As revistas promovem o progresso dos estudos científicos e da ciência e também noticia as novas pesquisas que são realizadas em todas as áreas de conhecimento. Os dados serão guardados por cinco anos nos arquivos virtuais do Laboratório de Estudos “Violência, Saúde e Qualidade de Vida”, podendo ser utilizado para estudos vinculados ao grupo, após esse período, o material será destruído. Você não terá qualquer custo com a participação, ou quaisquer compensações financeiras. Os riscos emocionais e psicológicos relacionados à colaboração guardam relação com o desconforto por conta da abordagem do tema, assim como em compartilhar sua vivência/experiência pessoal ou confidencial com a pesquisadora. A pesquisadora irá entrar em contato previamente à cada entrevista com a equipe de psicologia, terapia ocupacional e psiquiatria vinculados ao *lócus* onde serão realizadas as entrevistas, assim garantirá disponibilidade de atendimento psicoemocional caso haja qualquer sinal de ativação dos familiares durante a entrevista. Em relação aos riscos para saúde física, levando em conta a pandemia do COVID-19, ao entrar no serviço será disponibilizado para cada colaborador álcool em gel para higienização das mãos, bem como uma máscara cirúrgica descartável. A pesquisadora e os colaboradores estarão na mesma sala com um distanciamento de cerca de 2 metros de distância. Você receberá uma cópia deste termo onde constam o nome, telefone, e-mail e endereço para contato com a pesquisadora e com o CEP responsável pela autorização da pesquisa, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto a qualquer momento que desejar.

Pesquisadora responsável: Isabela Carlyne Sena de Andrade

Telefones: (71) 9 9903-2063/ (71) 9 9162-5385

E-mail: isabelasena_@hotmail.com

Endereço: Rua Basilio da Gama S/N, 3º andar. Canela. Salvador Bahia. CEP 40110-907

CEP: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Telefone: (71)3283-7615

Endereço: Rua Augusto Viana, s/n, Sala 435 - Canela - Salvador, Bahia – Brasil

CEP SESAB: sesab.cep@saude.ba.gov.br

Endereço: Centro de Atenção a Saúde - Escola de Saúde Pública da Bahia (ESPBA) - Av.
Antonio Carlos Magalhães, s/n

Bairro: Iguatemi

Telefone: (71)3116-0236

Isabela Carolyne Sena de Andrade (Pesquisadora)

Campus Universitário do Canela, Av. Dr. Augusto Viana, s/n, 3º andar, Canela, Salvador, Bahia, Brasil. CEP:
40110-060 / Tel: (71) 3283- 7616

Eu, _____ declaro para fins e direitos que após ter sido esclarecida sobre o conteúdo da pesquisa intitulada “Dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida: Aplicação do Modelo Calgray de avaliação” e o seu respectivo objetivo, riscos e benefícios, concordo em participar do estudo respondendo às perguntas da entrevista. Minhas falas poderão ser gravadas com auxílio de um gravador digital. Reafirmo que a minha autorização é voluntária. Meu consentimento para participar da pesquisa foi uma decisão livre, não sofrendo interferência das pesquisadoras e que não estou sendo remunerada por este ato, podendo retirar meu consentimento do presente estudo a qualquer momento. Estou ciente que terei acesso aos dados registrados, que estes poderão ser apresentados para publicação em

congressos e/ou revistas científicas, desde que assegurado o sigilo de minha identidade, e que as pesquisadoras estarão à disposição para elucidar quaisquer dúvidas que possam me ocorrer antes, durante e após a pesquisa.

Salvador, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) colaborador(a)

Pesquisadora responsável: Isabela Carlyne Sena de Andrade

Telefones: (71) 9 9903-2063/ (71) 9 9162-5385

E-mail: isabelasena_@hotmail.com

Endereço: Rua Basilio da Gama S/N, 3º andar. Canela. Salvador Bahia. CEP 40110-907

CEP: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Telefone: (71)3283-7615

Endereço: Rua Augusto Viana, s/n, Sala 435 - Canela - Salvador, Bahia – Brasil

CEP SESAB: sesab.cep@saude.ba.gov.br

Endereço: Centro de Atenção a Saúde - Escola de Saúde Pública da Bahia (ESPBA) - Av. Antonio Carlos Magalhães, s/n

Bairro: Iguatemi

Telefone: (71)3116-0236

Campus Universitário do Canela, Av. Dr. Augusto Viana, s/n, 3º andar, Canela, Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 40110-060 / Tel: (71) 3283- 7616

APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA- PACIENTE**Entrevistadora:** Isabela Carlyne Sena de Andrade**Data de Aplicação** ___/___/_____**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**Nome do usuário do **NEPS**: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA:**Idade:** _____**Cor/Raça (autodeclarada):**

- Preta
 Parda
 Branca
 Amarela
 Indígena

Religião:

- Católica
 Evangélica
 Espírita
 Acredita em Deus, mas não tem religião
 Não acredita na existência de Deus
 Outros

Escolaridade:

- Nunca estudou
 Alfabetizado (a)
 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)
 2ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)
 3ª - 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo ginásio ou 1º grau)
 Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)
 Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
 Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)
 Educação superior incompleta
 Educação superior completa

Situação conjugal:

- Solteiro (a)
 Casado (a)
 União Consensual
 Desquitado (a) ou Separado (a)
 Divorciado (a)
 Não informado (a)

Ocupação/Profissão:

Trabalha fora de casa? () sim () não

Onde? _____.

O que faz? _____ .

Trabalha em sua casa com remuneração? () sim () não

O que faz? _____ .

Condição Econômica:

Vive às próprias custas, sem depender de ninguém?

() Sim

() Não

Se não:

() Parcialmente Dependente

() Totalmente Dependente

Quem ajuda você financeiramente?

() Marido/Companheiro

() Esposa/ Companheira

() Pai /mãe

() Parentes

() Amigos

() Outros

Como é essa ajuda? _____

Moradia:

Quantas pessoas vivem na sua casa? Quem são essas pessoas? Quem são as pessoas que você considera como família? Tem animal de estimação na sua casa?

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA- FAMÍLIA

Entrevistadora: Isabela Carlyne Sena de Andrade

Data de Aplicação ___/___/_____

Familiar nº _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Iniciais do nome do familiar: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA:

Idade: _____

Cor/Raça (autodeclarada):

- Preta
- Parda
- Branca
- Amarela
- Indígena

Religião:

- Católica
- Evangélica
- Espírita
- Acredita em Deus, mas não tem religião
- Não acredita na existência de Deus
- Outros

Escolaridade:

- Nunca estudou
- Alfabetizado (a)
- 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)
- 2ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau)
- 3ª - 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo ginásio ou 1º grau)
- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)
- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)
- Educação superior incompleta
- Educação superior completa

Situação conjugal:

- Solteiro (a)
- Casado (a)
- União Consensual
- Desquitado (a) ou Separado (a)
- Divorciado (a)
- Não informado (a)

Ocupação/Profissão:

Trabalha fora de casa? sim não

Onde? _____.

O que faz? _____.

Trabalha em sua casa com remuneração? sim não

O que faz? _____.

Condição Econômica:

Vive às próprias custas, sem depender de ninguém?

- Sim
- Não

Se não:

- Parcialmente Dependente

() Totalmente Dependente

Quem ajuda você financeiramente?

() Marido/Companheiro

() Esposa/Companheira

() Pai /mãe

() Parentes

() Amigos

() Outros

Como é essa ajuda? _____

Moradia

Quantas pessoas vivem na sua casa? Quem são essas pessoas? Quem são as pessoas que você considera como família? Tem animal de estimação na sua casa?

Qual a sua participação no cuidado ao seu familiar com comportamento suicida?

APÊNDICE C - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS: MODELO CALGRAY DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

Família _____

Entrevistadora: _____

Data: ____/____/____

QUESTÕES ABERTAS:

1.	AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA
2.	<p>Estrutura interna:</p> <p>Composição da família: Pode me dizer quem faz parte da sua família? Alguém mais vive com vocês, por exemplo avós, pensionistas? Alguém se mudou recentemente? Alguém mais, considerado como da família, vive aqui com vocês? Alguém que não tenha parentesco biológico?</p> <p>Gênero: Para vocês, quais os efeitos que as ideias de seus pais têm sobre as suas ideias relativas à masculinidade e feminilidade? As discussões do filho do sexo masculino seriam diferentes se fossem sobre como permanecer unidos, em vez de como se separar? Se você demonstrasse os sentimentos que oculta, sua esposa/marido pensaria bem ou mal de você?</p> <p>Orientação sexual: com que idade você participou pela primeira vez de uma atividade sexual? Quando seu filho(a)/irmão(a) contou para a mãe/você que era gay/lésbica, qual efeito qual efeito que isso causou sobre a responsabilidade de cuidado da mãe por ela/ele? Qual foi a reação dos seus pais/sua?</p> <p>Ordem de nascimento: Quantos filhos (as) você tem? Quem é o/a mais velho (a)? Quantos anos ele/ela tem? Qual nome do próximo (a) filho (a) depois dele (a)? Ocorreu algum aborto</p> <p>Subsistemas: Algumas famílias tem subgrupos especiais; por exemplo, as mulheres fazem certas coisas, enquanto homens fazem outras. Existe diferentes subgrupos em sua família? Se sim, qual o efeito que eles causam no nível de estresse familiar? Quem se reúne na família para falar sobre o comportamento suicida/tentativa de suicídio da sua irmã/marido/esposa/mãe/pai?</p> <p>Limites: Quem você procuraria caso se sentisse feliz? E triste? Há alguém na família que se oporia se você falasse com essa pessoa? Se tivesse mais apoio dos pais/avós/tios, qual seria o impacto do senhor(a) de lidar com o comportamento suicida do seu familiar?</p>
3.	<p>Estrutura externa:</p> <p>Família extensa: Onde moram seus pais? Com que frequência você tem contato com eles? Como são seus irmãos/irmãs e parentes por afinidade? Quais são o membro de sua família que você nunca vê? Quais dos seus parentes são os mais próximos a você? Quem telefona para quem? A quem você pede ajuda quando surgem problemas na família? Que tipo de ajuda você pede? Para sua família que está longe, você acha que poderia contar com eles a qualquer hora?</p> <p>Sistemas mais amplos: Quais os profissionais da instituição são envolvidos com sua família? Quantas instituições interagem regularmente com você? Sua família mudou de</p>

	sistema um de cuidado para outro? Qual melhor e pior conselho que você recebeu dos profissionais sobre a situação do seu familiar com comportamento suicida?
--	--

Adaptado de Wright e Leahey, 2018

GENOGRAMA

Espaço para montagem do genograma

ECOMAPA (De quais instituições comunitárias você participa atualmente? Quais são as mais e menos úteis? Como você descrevia seu relacionamento com os funcionários da escola? De que modo você participou pela primeira vez do NEPS? Qual é a natureza do seu relacionamento com eles?)

QUESTÕES ABERTAS:	
1.	AVALIAÇÃO FUNCIONAL
2.	De quem é a função de cuidar do seu familiar quando ele/ela está em crise? Porque seu filho (a)/ mãe/ pai/ irmão não participa do cuidado do seu familiar? O que você acha que podemos fazer para que eles se impliquem no cuidado? Quem na família tende a iniciar a conversa sobre sentimentos? Qual dentre os membros da sua família se comunica de forma clara e direta? Quem na família demonstra mais “mal-estar” por conta do comportamento suicida do seu familiar? Como ele/ela demonstra isso? Quem foi o primeiro da família a notar o comportamento diferente do seu familiar? Quem vocês procuram quando sentem necessidade de conversar? O que você acredita ser a causa do comportamento suicida? Até que ponto você acha que sua família ajuda para não surgir gatilhos na vida de seu familiar? Quem você acredita que sofre mais na sua família por conta dos ocorridos com seu familiar?

QUESTÕES ABERTAS:	
1.	AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO
2.	Alguma vez o comportamento suicida do seu familiar influenciou e/ou influencia na sua vida pessoal? Quando você lembra da sua vida, quais as lembranças que você mais gosta? O que te faz sentir feliz? O que te faz ficar pensativo, triste ou lamentar? Há problemas na sua família por causa do uso/abuso de álcool e/ou drogas?

APÊNDICE D – TABELA DE CATEGORIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS COLABORADORES DA PESQUISA (Grupo 1, USUÁRIOS)

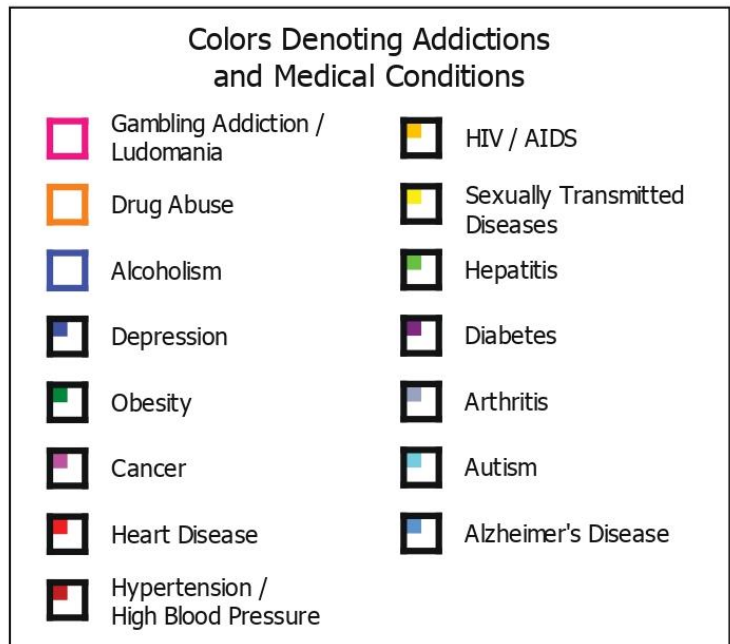
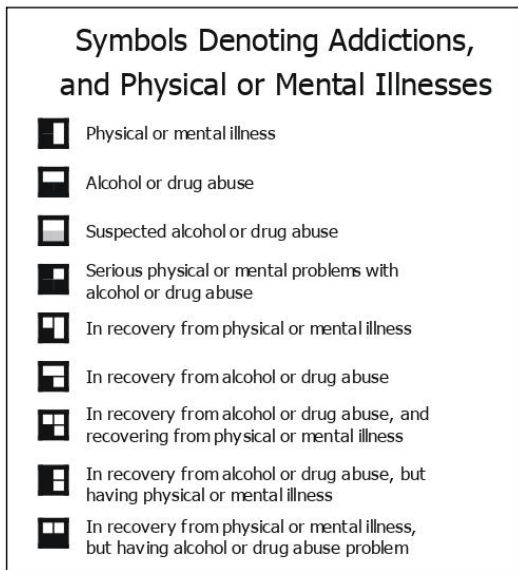
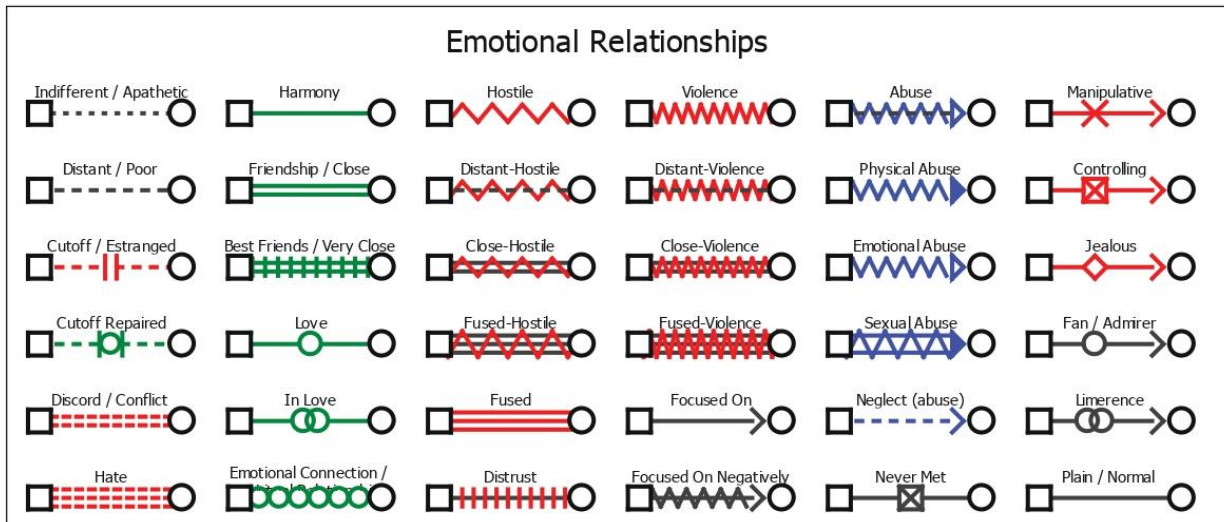
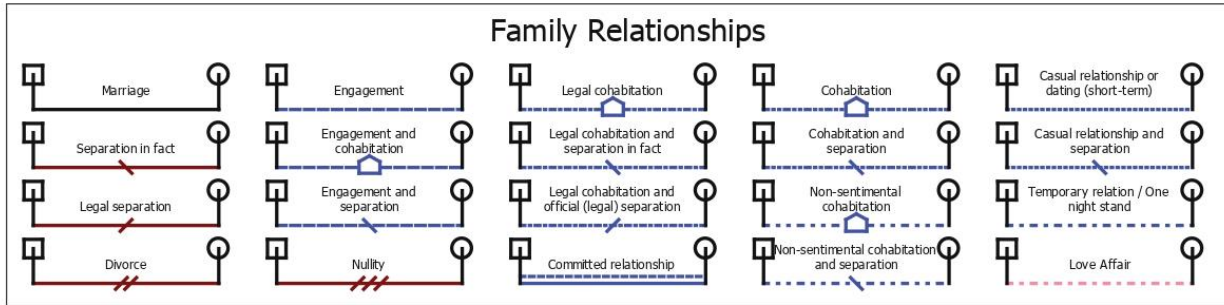
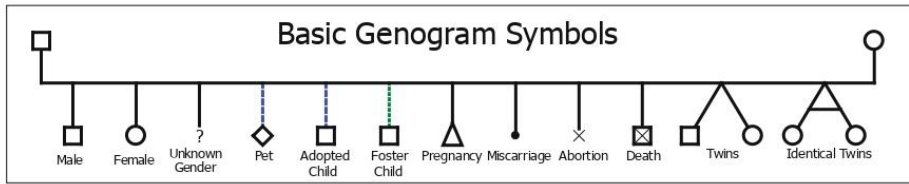
NOME	IDADE	SEXO	RAÇA/COR	RELIGIÃO	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL	PESSOAS DA FAMÍLIA ENTREVISTADAS	PETS	TENTATIVA DE SUICÍDIO
Leão	51	Feminino	Parda	Evangélica	Artesã	Divorciada	Mãe e filho	Sim, 6	4
Triangulum	20	Masculino	Pardo	Católico	Estudante	Solteiro	Mãe	Sim, 2	3
Libra	31	Feminino	Parda	Evangélica	Aposentada pelo INSS	Solteira	Mãe e Irmã	Sim, 1	5
Capricórnio	28	Feminino	Não declarado	Evangélica	Autônoma	Solteira		Não	Incontáveis
Peixes	44	Feminino	Parda	Espírita	Autônoma	Casada		Sim, 1	Incontáveis
Escorpião	31	Feminino	Parda	Não declarou	Atendente de caixa	Solteira	Prima	Sim, 1	Incontáveis
Hidra	44	Feminino	Preta	Não declarou	Assistente Social	União Estável	Tio	Sim, 8	Incontáveis
Virgem	42	Feminino	Preta	Evangélica	Autônoma	Casada	Tia	Sim, 1	Incontáveis
Áries	24	Feminino	Parda	Católica	Estudante	Solteira	Mãe	Sim, 2	4

Orión	26	Feminino	Parda	Não declarou	Desempregada	Solteira		Sim, 5	10
Ursa Maior	45	Feminina	Parda	Cristã	Empresária	Solteira		Sim, 1	Incontáveis

APÊNDICE E – TABELA DE CATEGORIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS COLABORADORES DA PESQUISA (GRUPO 2, FAMILIARES)

NOME	IDADE	FAMÍLIA	PROFISSÃO	RELIGIÃO	FILHOS	COR	ESTADO CIVIL	SEXO
Tia de Virgem	63	Família Virgem	Dona de casa	Evangélica	2	Parda	Casada	Feminino
Mãe de Áries	43	Família Áries	Manicure	Candoblecista	1	Preta	Solteira	Feminino
Prima de Escorpião	31	Família Escorpião	Técnica de enfermagem e Assistente social	Protestante	0	Parda	Casada	Feminino
Mãe de Triangulum	49	Família Triangulum	Serviços Gerais	Católica	2	Parda	Divorciada	Feminino
Mãe de Libra	56	Família Libra	Pintora	Não possui religião, mas acredita em Deus	2	Parda	Solteira	Feminino
Irmã de Libra	27	Família Libra	Operadora de Logística	Católica	0	Parda	Solteira	Feminino
Tio de Hidra	66	Família Hidra	Aposentado	Católico	2	Pardo	Casado	Masculino
Mãe de Leão	69	Família Leão	Aposentada	Evangélica	4	Parda	Casada	Feminino
Filho de Leão	20	Família Leão	Estudante	Não declarou	0	Pardo	Solteiro	Masculino

ANEXO A – LISTA DE SIMBOLOS DO GENOGRAMA- GENOPRO



ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFBA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida: aplicação do Modelo Calgary de Avaliação

Pesquisador: ISABELA CAROLYNE SENA DE ANDRADE

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 41798720.5.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.661.158

Apresentação do Projeto:

Trata-se da quarta versão de um projeto que atendeu aos critérios dos pareceres anteriores. Protocolo de pesquisa que abordará o tema: dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida. Será realizada no Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS) com cônjuges, familiares consanguíneos ou familiares com laços de afetividade de usuários em acompanhamento regular no NEPS; ter idade igual e/ou maior a 18 anos e estar em boa condição emocional e cognitiva. Para técnica de coleta de dados serão utilizados: O genograma e o ecomapa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

-Compreender a dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida.

Objetivos secundários:

-Identificar a estrutura da família de pessoas com comportamento suicida;

-Descrever o desenvolvimento da família de pessoas com comportamento suicida e desvelar a funcionalidade da família de pessoas com comportamento suicida.

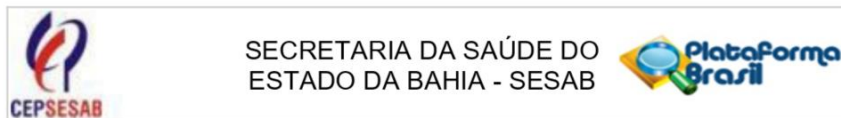
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme descrito no Formulário de Informações Básicas da Plataforma Brasil:

Riscos:

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - SESAB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dinâmica familiar de pessoas com comportamento suicida: aplicação do Modelo Calgary de Avaliação

Pesquisador: ISABELA CAROLYNE SENA DE ANDRADE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41798720.5.3001.0052

Instituição Proponente: BAHIA SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.794.107

Apresentação do Projeto:

Os elevados índices e as repercussões do comportamento suicida tornam o fenômeno um sério problema de saúde pública, o que requer estratégias de prevenção e enfrentamento.

Considerando a relevância da família enquanto componente do suporte social, urge a necessidade da compreensão acerca da dinâmica das relações familiares no contexto da ideação suicida.

O comportamento suicida configura-se enquanto fenômeno complexo multifatorial, com altos índices de morbimortalidade mundialmente. Compreende um contínuo que engloba desde ideias e/ou pensamentos recorrentes de morte (ideação suicida), perpassando por planejamentos acerca da própria morte, tentativas de suicídio, suicídio e providências pós-morte, como as cartas de despedida (BOTEGA, 2015).

Outro aspecto que chama atenção são as tentativas de suicídio, que também vêm aumentando consideravelmente, com sérias implicações sobre a produtividade econômica.

Na Índia cerca de 15.797 pacientes são internados por ano em hospitais com lesão auto infligida, gerando gastos estimados de U\$298 milhões para o país (ADAMS et al.,2017).

No Brasil, os números de mortes por suicídio também são alarmantes, com uma elevação de 12%

Endereço: Centro de Atenção a Saúde - Escola de Saúde Pública da Bahia (ESPBA) - Av. Antonio Carlos Magalhães, s/n
Bairro: Iguatemi **CEP:** 40.275-350
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3116-0236 **E-mail:** sesab.cep@saude.ba.gov.br