**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

ANDRÉA CRISTINA ALVES SANTOS

A Experiência da Tentativa de Suicídio e o Significado da Vida

RIBEIRÃO PRETO

2020

ANDRÉA CRISTINA ALVES SANTOS

A Experiência da Tentativa de Suicídio e o Significado da Vida

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: políticas, saberes e práticas

Orientadora: Kelly Graziani Giaccherro Vedana

Coorientador: José Carlos Carvalho

RIBEIRÃO PRETO

2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Santos, Andréa Cristina Alves

A Experiência da Tentativa de Suicídio e o Significado da Vida. Ribeirão Preto, 2020.

74 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Kelly Graziani Giacchero Vedana

Coorientador: José Carlos Marques de Carvalho

1. Suicídio. 2. Tentativa de suicídio. 3. Adulto. 4. Saúde Mental. 5. Vida.

SANTOS, Andréa Cristina Alves

A Experiência da Tentativa de Suicídio e o Significado da Vida

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em/...../.....

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedico este trabalho a todas as pessoas que passaram pelo processo de “morrência”, onde por vezes, suas emoções foram incompreendidas e acabaram partindo.

Dedico aos participantes da pesquisa, que me fizeram olhar o comportamento suicida com mais empatia e acolhimento.

AGRADECIMENTOS

Primeiro de tudo, gostaria de agradecer a Deus por me guiar, iluminar e me dar tranquilidade para seguir em frente com os meus objetivos e não desanimar com as dificuldades.

Meu agradecimento mais profundo só poderia ser dedicado a duas pessoas: Fred (esposo) e Arthur (filho). O tempo todo ao meu lado, incondicionalmente. Nos momentos mais difíceis, durante toda a trajetória, vocês estiveram comigo, sempre me fazendo acreditar que chegaria ao final desta etapa gratificante. Sou grata por cada gesto de afeto, cada sorriso, cada “mamãe te amo, vai com Deus, tudo dará certo”, isso só me motivava ainda mais a correr atrás do sonho.

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Kelly Graziani Giaccheri Vedana, por todo ensinamento, sabedoria, trocas afetivas e energias positivas emanadas em todo o processo de construção da tese, minha eterna gratidão.

Aos participantes da pesquisa, minha eterna gratidão por cada troca e ensinamento durante todo o processo da coleta de dados. Aprendi muito com vocês. Gratidão!

À minha mãe e ao meu pai deixo um agradecimento especial, por todas as lições de amor, companheirismo, amizade, caridade, dedicação, abnegação e compreensão. Sinto-me orgulhosa e privilegiada por ter pais tão especiais.

Sou muito grata a todos os meus familiares pelo incentivo recebido ao longo destes anos. A minha amiga Jamila, agradeço as viagens compartilhadas e os momentos de alegria e cumplicidade. A minha amiga Larissa, por todo incentivo no início do processo de doutoramento e ao longo de toda a trajetória. Outra pessoa muito importante também foi minha amiga Aline Siqueira, muito presente em todo o meu processo, só tenho que agradecer-las por tudo. A minha ex-aluna Thaís Coutinho pelo apoio e parceria durante a coleta de dados.

Ao IFSULDEMINAS pelo apoio durante todo o processo de pesquisa.

A todos os professores que participaram desta jornada, sempre solícitos, porque sem eles não haveria enriquecedoras ideias. Meus sinceros agradecimentos.

Aos funcionários e colegas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto por todos os auxílios.

O meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta tese, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES).

*“A vida é o dever que nós trazemos para fazer em casa.
Quando se vê, já são seis horas!
Quando se vê, já é sexta-feira!
Quando se vê, já é natal...
Quando se vê, já terminou o ano...
Quando se vê perdemos o amor da nossa vida.
Quando se vê passaram 50 anos!
Agora é tarde demais para ser reprovado...
Se me fosse dado um dia, outra oportunidade, eu nem olhava o relógio.
Seguiria sempre em frente e iria jogando pelo caminho a casca dourada e inútil das horas...”*

(Mário Quintana)

RESUMO

SANTOS, Andréa Cristina Alves. **A Experiência da Tentativa de Suicídio e o Significado da Vida**. 2020. 74 f. Tese (Doutorado) Departamento de Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Introdução: A compreensão da experiência da tentativa e do significado da vida para pessoas que tentaram suicídio propicia maior conhecimento sobre o processo de ressignificação, conexões e comprometimento com a vida, que podem ser úteis em diferentes abordagens terapêuticas. **Objetivo:** Compreender o significado da vida e a experiência de uma tentativa de suicídio na perspectiva de adultos que tentaram suicídio. **Métodos:** Estudo qualitativo com oito adultos brasileiros assistidos em serviço de saúde mental. Os dados foram coletados em 2018 por entrevistas semidirigidas sobre a experiência da tentativa de suicídio e encontros grupais que utilizaram recursos artísticos para facilitar a expressão. O Interacionismo Simbólico foi o referencial teórico utilizado. Os dados foram submetidos à análise temática. **Resultados:** Três temas representaram a experiência da tentativa de suicídio: “Ambiente intrapsíquico: representação e comunicação com o self” que revelou a generalização de fracassos e expectativas negativas na construção de significados atribuídos ao self, à vida e às relações; “Relações interpessoais” que expressou a necessidade de vínculo, pertença, reconhecimento, acolhimento e sentirem necessários para outras pessoas; e “Representações da tentativa de suicídio: a fuga e o encontro com a dor” a tentativa de suicídio era motivada pelo desejo de aliviar a dor, mas resultava no encontro com a dor, o que instigava a busca por novos métodos, a evitação do suicídio por medo ou a reconstrução de significados. O significado da vida foi representado pelos temas: “Buscas no campo afetivo, relacional e espiritual” (manifestações de afeto, zelo, compreensão e acolhimento e pareciam aumentar o elo e o comprometimento com a vida, bem como a abertura para ressignificá-la); “A vida e a constância da impermanência” (vida como alternância entre fraqueza e força, crise e bem-estar, problemas e superações); e “Descobertas e relação com o próprio *self*” (um self anteriormente autodestrutivo poderia ser ressignificado como capaz de superar, resistir e desenvolver resiliência). **Conclusões:** O estudo fornece importantes *insights* a serem abordados na prática clínica, no delineamento de protocolos, políticas institucionais, bem como na formação de profissionais.

Palavras-chave: Suicídio; Tentativa de suicídio; Adulto; Saúde Mental; Vida.

ABSTRACT

SANTOS, Andréa Cristina Alves. **The Suicide Attempt Experience and the Meaning of Life.** 2020. 74 f. Tese (Doutorado) Departamento de Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Introduction: Understanding the experience of trying and the meaning of life for people who attempted suicide provides greater knowledge about the process of reframing, connections and commitment to life, which can be useful in different therapeutic approaches. **Objective:** To understand the meaning of life and the experience of a suicide attempt from the perspective of adults who attempted suicide. **Methods:** Qualitative study with eight Brazilian adults assisted in a mental health service. Data were collected in 2018 by semi-directed interviews about the experience of the suicide attempt and group meetings that used artistic resources to facilitate expression. Symbolic Interactionism was the theoretical framework used. The data were submitted to thematic analysis. **Results:** Three themes represented the experience of the suicide attempt: “Intrapsychic environment: representation and communication with the self”, which revealed the generalization of failures and negative expectations in the construction of meanings attributed to the self, life and relationships; “Interpersonal relationships” that expressed the need for bonding, belonging, recognition, acceptance and feeling necessary for other people; and “Representations of the suicide attempt: the escape and the encounter with the pain” the suicide attempt was motivated by the desire to relieve the pain, but resulted in the encounter with the pain, which instigated the search for new methods, the avoidance of pain. suicide out of fear or the reconstruction of meanings. The meaning of life was represented by the themes: “Searches in the affective, relational and spiritual field” (manifestations of affection, zeal, understanding and welcoming and seemed to increase the link and commitment to life, as well as the openness to re-signify it) ; "Life and the constancy of impermanence" (life as an alternation between weakness and strength, crisis and well-being, problems and overcoming); and “Discoveries and the relationship with the self” (a previously self-destructive self could be re-signified as capable of overcoming, resisting and developing resilience). **Conclusions:** The study provides important insights to be addressed in clinical practice, in the design of protocols, institutional policies, as well as in the training of professionals.

Keywords: Suicide; Suicide attempt; Adult; Mental health; Life.

RESUMEN

SANTOS, Andréa Cristina Alves. **La experiencia del intento de suicidio y el sentido de la vida**. 2020. 74 f. Tese (Doutorado) Departamento de Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Introducción: Comprender la experiencia del intento y el sentido de la vida de las personas que intentaron suicidarse proporciona un mayor conocimiento sobre el proceso de reencuadre, conexiones y compromiso con la vida, lo que puede ser útil en diferentes enfoques terapéuticos.

Objetivo: Comprender el sentido de la vida y la experiencia de un intento de suicidio desde la perspectiva de los adultos que intentaron suicidarse. **Métodos:** estudio cualitativo con ocho adultos brasileños atendidos en un servicio de salud mental. Los datos fueron recolectados en 2018 mediante entrevistas semidirigidas sobre la experiencia del intento de suicidio y reuniones grupales que utilizaron recursos artísticos para facilitar la expresión. El interaccionismo simbólico fue el marco teórico utilizado. Los datos se sometieron a análisis temático.

Resultados: Tres temas representaron la experiencia del intento de suicidio: “Ambiente intrapsíquico: representación y comunicación con el yo”, que reveló la generalización de fallas y expectativas negativas en la construcción de significados atribuidos al yo, la vida y las relaciones; “Relaciones interpersonales” que expresan la necesidad de vinculación, pertenencia, reconocimiento, aceptación y sentimiento de necesidad por otras personas; y “Representaciones del intento de suicidio: la fuga y el encuentro con el dolor” el intento de suicidio fue motivado por el deseo de aliviar el dolor, pero resultó en el encuentro con el dolor, que instigó la búsqueda de nuevos métodos, la evitación del dolor. suicidio por miedo o por la reconstrucción de significados. El sentido de la vida estuvo representado por los temas: “Búsquedas en el campo afectivo, relacional y espiritual” (manifestaciones de cariño, celo, comprensión y acogida y parecían incrementar el vínculo y compromiso con la vida, así como la apertura para resignificarla) ; "La vida y la constancia de la impermanencia" (la vida como alternancia entre debilidad y fuerza, crisis y bienestar, problemas y superación); y “Descubrimientos y la relación con uno mismo” (un yo previamente autodestructivo podría resignificarse como capaz de superar, resistir y desarrollar la resiliencia). **Conclusiones:** El estudio aporta importantes insights para ser abordados en la práctica clínica, en el diseño de protocolos, políticas institucionales, así como en la formación de profesionales.

Palabras llave: suicidio; Intento de suicidio; Adulto; Salud mental; Vida.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Caracterização sociodemográfica, clínica e terapêutica, de pessoas que passaram pela experiência da tentativa de suicídio, participantes deste estudo (n=8)

Quadro 2. Escore total e classificação do risco de suicídio obtidos pela aplicação do Módulo C do MINI PLUS sobre o Risco de Suicídio no início da coleta de dados e após os encontros grupais (n=8)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Comportamento suicida	15
1.2 As Tentativas de Suicídio	17
1.3 O Significado da Vida após a tentativa de Suicídio.....	19
2 OBJETIVO DO ESTUDO	22
3 MÉTODO	23
3.1 Delineamento do estudo.....	23
3.2 Referencial Teórico: O Interacionismo Simbólico	23
3.3 Local do estudo.....	25
3.4 Participantes do estudo	26
3.5 Procedimento para coleta de dados.....	27
3.5.1 Coleta de dados por entrevistas semidirigidas	27
3.5.2 Coleta de dados por meio de Seções Grupais	28
3.6 Análise dos dados	30
3.7 Aspectos Éticos.....	31
4 RESULTADOS	32
4.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	32
4.1.1 Caracterização Sociodemográfica dos Participantes	32
4.1.2 Experiência da tentativa de suicídio	33
4.1.2.1 “Ambiente intrapsíquico: representação e comunicação com o self”.....	33
4.1.2.2 Relações interpessoais: necessidade de vínculo, pertença, reconhecimento e acolhimento	35
4.1.2.3 Representações da tentativa de suicídio: a fuga e o encontro com a dor.....	36
4.1.3 Significado da vida após tentativa de suicídio.....	38
4.1.3.1 Buscas no campo afetivo, relacional e espiritual	39

4.1.3.2 A vida e a constância da impermanência.....	41
4.1.3.3 Descobertas e relação com o próprio “self”.....	44
5 DISCUSSÃO.....	47
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
7 REFERÊNCIAS.....	53
APÊNDICES	60
APÊNDICE A- ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .	60
APÊNDICE B- QUESTÕES NORTEADORAS PARA AS ENTREVISTAS.....	61
APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	62
APÊNDICE D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA PARA JUÍZES.....	64
APÊNDICE E-DESCRIÇÃO DAS EXPRESSÕES ARTÍSTICAS TRAZIDAS NOS ENCONTROS GRUPAIS SOBRE O SIGNIFICADO DA VIDA APÓS TENTATIVA DE SUICÍDIO.....	66
Quadro 01-Música	66
Quadro 02- Imagens.....	67
Quadro 03- Poesias	69
ANEXO A-RISCO DE SUICÍDIO.....	70
ANEXO B-PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	71

1 INTRODUÇÃO

1.1 Comportamento suicida

O suicídio possui expressiva repercussão mundial. Estima-se que quase um milhão de pessoas morrem por ano no mundo por suicídio e esse número é 20 vezes maior quanto às tentativas de suicídios (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2019). Em cerca de 60% das pessoas, dentro de um ano ocorre a transição entre o início de uma ideação suicida para uma primeira tentativa de suicídio (WETHERALL et al., 2018).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (2014), o suicídio representa 1,4% de todas as mortes em todo o mundo, tornando-se, em 2012, a 15ª causa de mortalidade na população geral. Entre os jovens de 15 a 29 anos, é a segunda principal causa de morte.

A taxa global de suicídio padronizada por idade foi de 10,5 por 100.000 habitantes em 2016. As taxas variaram entre os países, de menos de 5 mortes por suicídio por 100.000, para mais de 30 por 100.000. A taxa global de suicídio padronizada por idade foi maior em homens (13,7 por 100.000) do que em mulheres (7,5 por 100.000). Os únicos países onde a taxa de suicídio foi calculada em maior proporção entre as mulheres foram Bangladesh, China, Lesoto, Marrocos e Mianmar (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2019).

Grande parte das mortes por suicídio no mundo, ocorreram em países de baixa e média renda (79%), onde a maioria da população mundial vive (84%) (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2019). Entre os anos de 2010 e 2016, a taxa global de suicídio diminuiu 9,8%, variando de 19,6% na região do Pacífico Ocidental a 4,2% na região do Sudeste Asiático. Na Região das Américas, contudo, houve um aumento de 6,0% no mesmo período (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2019). No Brasil, estima-se que o coeficiente de mortalidade por suicídio seja de 6 por 100.000 habitantes. O risco de suicídio no sexo masculino foi de 9 por 100.000 habitantes, sendo aproximadamente quatro vezes maior que o feminino 2 por 100.000 habitantes (BRASIL, 2017).

O suicídio retrata um dos comportamentos humanos mais antigos, místicos e subversivo, que desvela uma junção de sentimentos negativos e autodestrutivos (RIBEIRO; MOREIRA, 2018; MORAIS & SOUSA, 2011). O suicídio e o comportamento suicida foram representados de diversas formas ao longo da história (JAMINSON, 1999). Em alguns períodos, apesar das discordâncias entre correntes filosóficas, o suicídio era considerado ato heroico, enquanto em outros, era reprovável (ARAGÃO, 2014). A aceitabilidade ou os julgamentos moralistas e condenatórios relacionados ao comportamento suicida poderiam estar relacionados à

manutenção de poder de determinados grupos, força de trabalho, ordem e bem-estar social, dentre outros (BOTEGA, 2015; ARAGÃO, 2014; DURKHEIM, 1996).

Atualmente, o suicídio vem sendo considerado uma séria questão de saúde pública, que implica em questões socioculturais, históricas, psicossociais e ambientais. Os fatores de risco e os de proteção para o comportamento suicida são complexos, multifacetados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO, 2015). O comportamento suicida é considerado uma manifestação humana complexa e universal. É possível que se conceitue esse fenômeno mediante um *continuum*: os pensamentos de autodestruição, a autoagressão, expressa por meneios suicidas e tentativas de suicídio, e, finalmente, o próprio suicídio (WASSERMAN, 2001; LUOMA, MARTIN, PEARSON, 2002; WHO, 2014; WERLANG, MACEDO, KRÜGER, 2004). Geralmente, o comportamento suicida se manifesta como uma súplica por ajuda, mesmo que às vezes não seja direcionada de forma consciente, manifesta, reconhecida ou acolhida (WHO, 2014; VEDANA et al., 2017).

De modo geral, os modelos explicativos formulados para tentar explicar esse evento derivam de três vertentes principais: a sociológica que considera o suicídio como um fato social revelador de complexas relações sociais e pessoais; a psicológica que o toma como fruto de conflitos internos ao indivíduo; e a nosológica, que o trata como problema de saúde. Porém, é indiscutível a interrelação entre esses modelos nos casos investigados (BRASIL, 2005). Nos últimos anos, vários modelos psicológicos foram desenvolvidos no intuito de esclarecer as questões relacionadas ao suicídio e tentativas de suicídio. Um dos modelos amplamente aceito, atualmente, é o modelo motivacional volitivo, que busca compreender o contexto no qual ocorre o surgimento da ideação suicida e sua transição para a tentativa de suicídio (O'CONNOR, 2018).

O suicídio é considerado um evento permeado por múltiplos fatores, que atravessa a fronteira de um único campo do saber (MINAYO, 1998). Esse fenômeno envolve uma interação de riscos biológicos, clínicos, psicológicos, sociais, culturais, tentativas prévias de suicídio, doenças psiquiátricas subjacentes e transtornos por uso de substâncias psicoativas, estressores, dentre outros (BHATT, 2018; O'CONNOR, 2018). Entre os fatores de risco para o suicídio também se encontram desesperança, acesso a meios letais, violências, abuso sexual, comportamento suicida na família, estigmatização por transtorno mental, acesso insuficiente à fatores de proteção social (JAREMA, 2018; KLONSKY, 2016).

Na contramão dos fatores de risco, estão aqueles que protegem as pessoas do comportamento suicida, os denominados fatores de proteção (BOTEGA, 2015). A prevenção do suicídio é concretizada a partir da união de esforços que fortaleça os fatores protetivos e com

a redução dos fatores de risco, sendo realizada no âmbito individual quanto coletivo. Entre os fatores de proteção estão os bons laços afetivos, sentir-se pertencente a um grupo ou comunidade, religiosidade, espiritualidade, ser casado ou com companheiro fixo, ter filhos pequenos (SUOMINEN et al., 2004; MUÑOZ et al., 2014; YAMAUCHI et al., 2013), acesso a um cuidado integral em saúde, qualidade de vida, aprovação em relação às normas e valores compartilhados em sociedade, resiliência e capacidade para lidar com as adversidades da vida (WANDERBROOKE & DIAS, 2019).

1.2 As Tentativas de Suicídio

A tentativa de suicídio é uma das formas de manifestação do comportamento suicida, onde ocorre uma ação na qual o sujeito causa propositalmente um prejuízo a si mesmo, com intenção de se matar (MOREIRA, 2015). As tentativas consistem em uma ação autodestrutiva e voluntária por meio da autoagressão, ou seja, um ato facultativo no qual o indivíduo possui a intenção de provocar a própria morte. Usualmente esse termo é aplicado a tentativas com desfechos não letais (VELOSO et al., 2017).

Após uma tentativa, estima-se que o risco de suicídio aumente em pelo menos cem vezes em relação aos índices presentes na população geral (SILVA, 2018). A tentativa de suicídio é o maior preditor de óbito por suicídio em uma tentativa posterior (OWENS et al., 2002) e quanto mais tentativas, maior o risco (TIDEMALM, LANGSTROM, LICHTENSTEIN, & RUNESON, 2008).

Apesar da sua importância, existe uma subnotificação das tentativas de suicídio e estima-se que a cada três, apenas uma é assistida e acolhida em um serviço de saúde, geralmente quando a lesão tem maior gravidade (BOTEGA, 2009). Além disso, o estigma atrelado ao suicídio pode prejudicar as notificações de tentativas e óbitos por suicídio, bem como as dificuldades de distinguir alguns casos de acidente automobilístico, afogamento e envenenamento acidental (GOTSSENS et al., 2011).

No Brasil, entre as notificações de lesão autoprovocada, identificaram-se 48.204 (27,4 %) casos de tentativa de suicídio, sendo 33.269 (69,0%) em mulheres e 14.931 (31,0%) em homens. As mulheres também são mais reincidentes na tentativa de suicídio. Estima-se que 31,3% das mulheres que já tentaram suicídio, tentará novamente; entre os homens esse valor é de 26,4% (BRASIL, 2017). No âmbito mundial sabe-se que mulheres tentam mais o suicídio do que os homens (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2019).

Os métodos das tentativas de suicídio e óbitos por suicídio apresentam variação de acordo com a região, cultura e período. Atualmente, os meios mais ligados aos óbitos por

suicídio nos países desenvolvidos são enforcamento (50%), seguido por arma de fogo (18%), sendo este último ligado particularmente devido às estatísticas do contexto norte-americano, sendo que em outros países desenvolvidos esse valor cai para 4,5% (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2014).

Pesquisa brasileira realizada em uma cidade do estado de São Paulo, apontou a autointoxicação medicamentosa como principal método de tentativas de suicídio entre pessoas com histórico de comportamento suicida (BOTEGA et al., 2009). As autointoxicações são apontadas como um dos métodos de tentativa de suicídio geralmente ligado ao um menor risco de letalidade (LOVISI, et al. 2009), mas inspira muita preocupação pelo fácil acesso e frequência. As autointoxicações acontecem frequentemente nos domicílios, onde há acesso facilitado, a fármacos e/ou agentes tóxicos seja para próprio uso do sujeito ou de um ente (PIRES et al., 2012; VELOSO et al., 2017).

Frequentemente, as pessoas que tentam suicídio comunicam sua intenção, porém, isso pode ocorrer de forma pouco evidente, dificultando que sinais sejam notados pelos familiares e profissionais (TEIXEIRA, 2004). Um acolhimento cuidadoso pode facilitar a prevenção do suicídio (BOTEGA, 2014).

O acolhimento dos casos de tentativa de suicídio é realizado frequentemente pelas Unidades de Urgência e Emergência, onde ocorre a estabilização do quadro decorrente às questões da tentativa de suicídio. (DÓRIA & FARO, 2017). Esse acolhimento deve ofertar atenção eficaz às demandas e a articulação necessária para a continuidade do tratamento (BRASIL, 2013). Após a alta, é essencial um direcionamento efetivo do caso. No entanto, as taxas de adesão são baixas em indivíduos que tentam suicídio e estima-se que até 60% dos indivíduos que tentaram suicídio não frequentam mais de uma semana de tratamento após a alta do serviço de emergência (VIDAL, 2103).

No contexto do atendimento, o julgamento por parte dos profissionais, pode gerar sentimentos negativos, autoestigma e intensificação do sofrimento. Por outro lado, as pessoas que passam por uma experiência de tentativa de suicídio, apontam que, uma comunicação atrelada a uma escuta empática por parte dos profissionais de saúde, faz com que a pessoa não se sinta um fardo ou julgada, o que é importante para favorecer o bem-estar (MCKAY & SHAND, 2017). O sujeito que experienciou uma tentativa de suicídio precisa de um ambiente acolhedor, harmonioso e protetor, onde inclua baixa exposição ao estresse, com manifestações de aceitação, segurança e suporte para seguir a vida (SUN & LONG, 2013).

Para a qualidade da assistência à pessoa que tentou suicídio, há necessidade de uma rede articulada entre os Serviços de Urgência e Emergência, os Serviços da Atenção Psicossocial e

Estratégia de Saúde da Família com intersetorialidade (RIBEIRO et al., 2016). A Política de Prevenção do Suicídio é a Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019 que defende a importância do acesso à atenção psicossocial, o acolhimento e seguimento adequado aos familiares e pessoas próximas, a comunicação e psicoeducação, a intersetorialidade para a prevenção do suicídio, a notificação de eventos, bem como a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento (BRASIL, 2019).

Um estudo qualitativo explorou as experiências (positivas e negativas) que as pessoas adultas tiveram em serviços australianos após uma tentativa de suicídio. Encontrou-se a necessidade de um sistema de saúde que ofereça apoio e que seja mais proativo, no acompanhamento das pessoas que passam por uma tentativa de suicídio (MCKAY & SHAND, 2017).

Outra dimensão sobre a experiência da tentativa de suicídio foi abordada por um estudo qualitativo realizado na Colômbia que apontou que a experiência da solidão e dor psíquica influencia significativamente no ato suicida. A solidão pode ser interpretada como uma situação de abandono pelos entes queridos, o que gera dor psíquica, pensamentos pessimistas e de menos-valia, desesperança e desmotivação (QUINTERO; GÓMEZ, 2016).

A tentativa de suicídio pode ainda representar um dilema existencial importante. As tentativas de suicídio podem coincidir com a dúvida sobre o significado da própria existência e o valor da vida (ROCHA et.al., 2012). É importante que a pessoa que experienciou uma tentativa de suicídio seja bem assistida, tenha acolhimento, aceitação e apoio para reconstruir significados e sentir segurança para seguir a vida. E para que isso aconteça, é de extrema importância que a rede de assistência à saúde esteja bem estruturada para prestar o cuidado (SUN & LONG, 2013). Destaca-se, ainda, a importância de uma abordagem compreensiva e colaborativa que possa captar a individualidade da pessoa para favorecer a construção conjunta de planos de cuidado que reforcem o comprometimento com a vida e o próprio bem-estar (KAR RAY et al., 2020).

1.3 O Significado da Vida após a tentativa de Suicídio

O Significado da vida é de cunho individual, pois está relacionado à compreensão do seu próprio viver, suas ações e valores, e à relevância que se dá à vida. Significado e propósito de vida estão relacionados a termos como ordem, justiça, coerência, valores, fé e pertença. O significado da vida também está associado ao engajamento ou ao compromisso com os objetivos ou uma estrutura de vida e o subsequente sentimento de realização e satisfação ou ausência deles (HUPKENS et al., 2019).

Para Blumer (1969), os indivíduos agem conforme o significado que as coisas têm para eles, incluindo tudo o que os homens podem perceber no mundo; estes significados são derivados das interações sociais entre as pessoas, podendo ser alterados mediante o processo interpretativo que o indivíduo usa ao lidar com as coisas que encontra.

O significado da vida é, portanto, oriundo da ligação que a pessoa estabelece, interna e externamente, por meio da comunicação com outras pessoas, autorreflexão sobre o próprio self, e reflexão sobre as situações e experiências vividas, seus deveres, situações inacabadas, dentre outros aspectos (DRAGESET et al., 2017).

Estudos apontam que o significado e o sentido da vida influenciam na saúde e bem-estar na vida das pessoas especialmente por meio da experiência reduzida de estresse, habilidades de enfrentamento mais adaptativas e maior envolvimento com a própria saúde (HOOKER et al., 2018). Buscar um significado para a vida pode aumentar a percepção de satisfação, suporte social, crenças positivas e qualidade de vida. Portanto, o significado da vida está vinculado ao bem-estar psicológico, objetivos de transformação interior, de mudança de estilo de vida e melhoria da qualidade de vida (TSAI et al., 2019; CZEKIERDA et al., 2019).

O significado da vida pode estar estreitamente relacionado ao sentido da vida, que se refere à direção de coerência ou compreensão da existência e está associado a como as pessoas têm um propósito na vida. É construído individualmente e influencia na tomada de decisão, atividades e metas, valor pessoal e sentido de realização. As experiências de encontrar significado e sentido permitem as pessoas transcenderem as experiências intrusivas e negativas, que promovem uma vida positiva e saudável (EPINOSA et al, 2015). Significado e propósito na vida podem favorecer o estabelecimento de metas, criatividade, busca de soluções e resiliência em situações difíceis da vida, além do compartilhamento de afetos (DRAGESET et al., 2017).

A autotranscendência está claramente relacionada ao propósito e significado da vida. Em contextos de sofrimento, ao estabelecer o significado e sentido na vida, a pessoa pode comprometer-se em transformar uma tragédia pessoal em crescimento humano, transitando do desespero a uma condição de maior bem-estar (DRAGESET et al., 2017). O significado e o propósito na vida são indicadores de bem-estar geral (BAMONTI et al., 2016).

A falta de um sentido e os significados negativos atribuídos à vida, podem favorecer os comportamentos autodestrutivos, ainda que seja com desejo de obter alívio de uma situação de sofrimento. As tentativas de suicídio podem colocar o homem frente à necessidade de ressignificar a própria vida (ROCHA et al., 2012). Por outro lado, ter um Significado na Vida é considerado fator protetivo contra o comportamento suicida (COSTANZA et al., 2020).

É importante que o profissional seja capaz de tolerar a falta de sentido e de significado da vida identificada por pessoas em risco suicida. Além disso, é importante favorecer a autonomia e a capacidade de ressignificar e decidir sobre a própria vida que deslocam o foco do desconforto e descontentamento para o estabelecimento de novos projetos de vida (FIGUEIREDO, 2015).

A compreensão sobre o significado da vida para pessoas que passaram por tentativas de suicídio pode contribuir com importantes *insights* a serem abordados na prática clínica, no delineamento de protocolos, políticas institucionais, bem como na formação de profissionais.

2 OBJETIVO DO ESTUDO

Compreender o significado da vida e a experiência de uma tentativa de suicídio na perspectiva de adultos que tentaram suicídio.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Este estudo utilizou a abordagem qualitativa, por ser a opção mais adequada ao objeto de estudo. A abordagem qualitativa é aquela que trabalha com o mundo das significações, motivos, aspirações e crenças, valores e atitudes que caracteriza um espaço mais profundo das relações. Ocorre de maneira flexível e rigorosa (MINAYO, 2007).

Na abordagem qualitativa é possível buscar o entendimento dos significados e percepções e possibilita, também, a ampliação de estratégias que implicam no entendimento dos achados de uma forma mais aprofundada e detalhada (CRESWELL, 2014).

Outro ponto importante é que na abordagem qualitativa, tem-se a visão de compreender algo ou descobrir algo que está velado, tem como profundidade os valores, práticas, crenças, hábitos e comportamentos de grupo de patologias, saúde, as formas de tratamento e as políticas públicas, bem como as ações padronizadas pelos serviços de saúde (DESLANDES E ASSIS, 2002).

3.2 Referencial Teórico: O Interacionismo Simbólico

O Interacionismo Simbólico (IS) foi utilizado no presente estudo como referencial teórico que norteou o trabalho analítico dos pesquisadores na investigação da experiência da tentativa de suicídio e da reconstrução do significado da vida. O IS é uma perspectiva da Psicologia Social com enfoque na interação entre as pessoas e como elas se relacionam socialmente de forma dinâmica e interpretativa (CHARON, 1995).

O Interacionismo Simbólico teve origem no fim do século XIX, sendo fundamentado, principalmente, no raciocínio do filósofo chamado George Herbert Mead. Entretanto, foi um ex-aluno de Mead, o sociólogo Herbert Blumer, que expôs de forma sistemática as bases da abordagem interacionista (CHARON, 1995).

O Interacionismo Simbólico está fundamentado nas seguintes premissas básicas (BLUMER, 1969):

- Os seres humanos agem em relação às “coisas” com base no significado que estas têm para eles. As “coisas” podem ser compreendidas como os objetos físicos, o passado e futuro, as outras pessoas, as situações e nós mesmos etc.;
- Os significados de tais coisas derivam das interações sociais que uns indivíduos têm com os outros, no presente;
- Esses significados são modificados em um processo interpretativo usado pela pessoa ao lidar com as coisas que encontra.

De acordo com Charon (1995), o Interacionismo Simbólico pressupõe quatro ideias centrais:

- O ser humano é concebido como ativo e a sociedade é constituída por pessoas que interagem entre si. É por meio da interação que as pessoas agem em relação a outras, percebendo, interpretando e atuando novamente;
- O ser humano é entendido como agindo no presente, não sendo influenciado apenas pelo o que aconteceu no passado ou pela expectativa de futuro. O passado é aplicado nas definições e ações, conforme o indivíduo o evoca no presente;
- A interação não é apenas o que está acontecendo entre as pessoas, mas também o que acontece no íntimo do indivíduo, ou seja, o ser humano age no mundo conforme ele define a situação, e a interação com os outros influencia tal definição;
- O homem é livre dentro de certos limites para agir conforme as definições que realiza. As ações humanas envolvem escolhas conscientes, redirecionamentos, avaliação de si mesmo, dos outros indivíduos e das situações.

Na abordagem interacionista, o comportamento humano não é uma resposta direta às atividades dos outros, mas envolve uma resposta às intenções dos outros. Estas intenções são transmitidas através de gestos que se tornam simbólicos, ou seja, passíveis de serem interpretados. A sociedade humana está constituída na base do consenso de sentidos compartilhados sob a forma de compreensões e expectativas comuns. Assim, quando os gestos assumem um sentido comum, isso é, quando eles adquirem um elemento linguístico, podem ser designados de “símbolos significantes”. O componente significativo de um ato, que representa uma atividade mental, acontece na posição de outra pessoa (BLUMER, 1969).

Para o convívio, é importante que o ser humano seja apto de ser objeto da sua própria ação, de ter um *self* (BLUMER, 1969). *Self* é a habilidade de interação social interna consigo mesmo e a maneira como o sujeito se vê. Assim, na interação, o *self* é definido e redefinido continuamente (CHARON, 1995).

No Interacionismo Simbólico, a concepção de mente é determinada como a capacidade de comunicação ativa com o *self* através do manejo dos símbolos. Há a permanente atividade mental que viabiliza a atribuição e interpretação de significados, aptidão de fazer indicações para si mesmo, dando, assim, significação para o vivido e possibilidade de compreender e definir as coisas, em um método de interpretação dos objetos (CHARON, 1995).

A capacidade de olhar o mundo por meio do ponto de vista do outro é importante para o Interacionismo Simbólico, pois, ao se colocar no lugar do outro, há a interpretação da ação

observada e consequente alinhamento com a sua ação, possibilitando o desenvolvimento do *self* e a aquisição de novos símbolos (HAGUETTE, 1999).

Na perspectiva interacionista, o comportamento humano é composto pelas atividades manifestas (comportamento externo observável) e encobertas (que incluem a experiência interna) do indivíduo (BLUMER, 1969).

Relacionando o Interacionismo Simbólico com a temática da pesquisa, tem-se que, após uma tentativa de suicídio, a pessoa constrói significados sobre esse evento e sobre a própria vida ao interagir consigo e com os outros. Todos os aspectos relacionados à tentativa de suicídio e o significado da vida são definidos e redefinidos em um processo ativo, dinâmico e constante. Os significados construídos pela pessoa em cada situação determinam sua tomada de decisão.

3.3 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em um município localizado no interior do estado de Minas Gerais. O município conta com uma Rede de Atenção Psicossocial ainda em estruturação. Os serviços especializados em saúde mental da cidade são um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS Ad) e um Ambulatório de Saúde Mental que atende os demais casos. O CAPS II é responsável por atender pessoas com transtornos mentais graves e/ou persistentes e o CAPS Ad atende aqueles com grave comprometimento psíquico devido ao uso/abuso ou dependência de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas).

Nos CAPS são oferecidos atendimento individual psicológico e em grupo, atendimento individual psiquiátrico e em grupo, oficinas terapêuticas, oficinas de artesanato, atendimento por terapeuta ocupacional, atendimento de enfermagem e com a enfermeira, atividades físicas, atividades lúdicas, passeios extra CAPS, atendimento com assistentes sociais, atendimento às famílias, entre outras.

Os profissionais que integram a equipe dos CAPS e do Ambulatório de Saúde Mental são: Psiquiatras, Psicólogos, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais, Enfermeiros, Técnico de Enfermagem, Educadores Físicos, Artista Plástico, Monitores de Artes, Recepcionistas, Serviços Gerais, Oficial Administrativa e Coordenação da Atenção Psicossocial.

A população estimada do município era de aproximadamente 114 mil habitantes, segundo IBGE do ano de 2016. Durante o ano de 2016, conforme dados da Vigilância Epidemiológica houve 109 casos de tentativas de suicídio por intoxicação exógena e 109 casos de tentativa de suicídio por violência autodirigida.

3.4 Participantes do estudo

Foram elegíveis para o estudo participantes adultos do município investigado que tiveram ao menos uma tentativa de suicídio notificada nos serviços da Vigilância Epidemiológica nos últimos dois anos e que estivessem em tratamento no CAPS II, CAPS AD ou Ambulatório de Saúde Mental.

Foram critérios de exclusão no estudo: ter menos de 18 anos de idade ou mais de 60 anos, incapacidade para comunicação verbal em português, diagnóstico de transtornos psicóticos e diagnóstico de transtorno de personalidade. A exclusão de pessoas com transtornos psicóticos justifica-se pela dificuldade em discernir a realidade e a exclusão de pessoas com transtorno de personalidade diagnosticado ocorreu pela possibilidade de atos mais impulsivos entre indivíduos do cluster C (associado a maior risco de suicídio) (BOTEGA, 2009).

Foi realizado levantamento dos casos de tentativas de suicídio, a partir dos prontuários e indicação dos profissionais. As pessoas elegíveis para participar do estudo foram convidadas a participar da pesquisa. Houve 4 recusas relacionadas à indisponibilidade para participação nos encontros. A amostra foi composta por oito adultos.

O primeiro grupo foi composto pelos primeiros quatro participantes com disponibilidade para participar de um encontro individual seguido por quatro encontros grupais e, após a finalização da coleta com o primeiro grupo, foi constituído um segundo grupo com quatro participantes disponíveis. Nos grupos foram aplicados os mesmos procedimentos e ambos foram conduzidos pela mesma pesquisadora, que buscou uma estrutura de contratos e de condução que fossem semelhantes. Ao final do segundo grupo, a pesquisadora considerou ter dados suficientes para responder os objetivos do estudo e construir uma explanação teórica suficiente para compreensão do fenômeno investigado. Assim, optou-se pela interrupção da coleta dos dados.

A escolha dos participantes resultou de um método de amostragem teórica que, de acordo com Charmaz (2009), consiste na procura de pessoas e situações e informações que auxiliem no esclarecimento dos dados e na definição das categorias teóricas, diferenciando-se de outros tipos de abordagem. Outro ponto importante, é que a amostragem teórica, baseia-se na representatividade, é desenvolvida durante o processo de coleta de dados, é direcionada pela interpretação dos dados e possui variabilidade interna (STRAUSS; CORBIN, 2008; EAVES, 2001; CUTCLIFFE, 2000).

Neste processo, a estrutura da amostra não é definida previamente, mas é desenvolvida gradualmente durante o processo da coleta e análise dos dados que acontecem conjuntamente.

Trata-se de um mecanismo onde o pesquisador, guiado pela análise dos dados, estabelece que dados coletar posteriormente e onde coletá-los, a fim de responder seus objetivos de pesquisa. (GLASER, STRAUSS, 1967).

3.5 Procedimento para coleta de dados

Primeiramente foi realizada uma reunião com o Coordenador da Atenção Psicossocial do município para apresentação dos objetivos da pesquisa e solicitação de autorização para a realização da pesquisa. Após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foram solicitados os contatos e endereços disponíveis nos prontuários das pessoas que tentaram suicídio nos últimos dois anos.

O convite para as pessoas elegíveis em participar da pesquisa foi realizado por meio de ligação telefônica ou pessoalmente (por meio de uma visita no domicílio ou nos serviços de saúde mental durante a espera para consulta ou participação em outras atividades). Destaca-se que foi priorizado o convite por contato pessoal.

O horário destinado à coleta foi em conformidade com a preferência do participante, considerando também, o horário de funcionamento do serviço e disponibilidade da pesquisadora. Os indivíduos foram esclarecidos sobre a pesquisa e deveriam consentir, por escrito, em participar do estudo (Apêndice C).

3.5.1 Coleta de dados por entrevistas semidirigidas

O estudo foi desenvolvido em duas etapas distintas. Na primeira etapa, os participantes que atenderam aos critérios de seleção foram convidados a participar de uma entrevista semidirigida. Este tipo de entrevista tem como particularidade a aplicação de um roteiro com questões abertas que delimitam a área a ser estudada. (POPE; MAYS, 2005). De acordo com Strauss e Corbin (2008), a entrevista menos estruturada propicia aos participantes uma liberdade para dizer o que é relevante para eles. Os mesmos autores apontam que estas respostas podem trazer à luz novos temas que nortearão a coleta de dados adicionais.

A entrevista semidirigida é relevante por possibilitar que o pesquisador obtenha todos os dados necessários e que o participante tenha autonomia para responder e seguir de forma livre a linha de seu pensamento (TURATO, 2003).

As entrevistas foram iniciadas com as seguintes questões norteadoras: conte-me como foi sua experiência relacionada à tentativa de suicídio; você buscou algum tipo de apoio quando estava com pensamentos suicidas? qual(is)? como você avalia o apoio recebido e, para você, qual o significado da sua vida hoje?

A entrevista semidirigida foi norteada por um roteiro avaliado por 05 juízes. Foram disponibilizados aos juízes, o roteiro, TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) (Apêndice D), os objetivos da pesquisa e uma breve explanação dos objetivos do estudo e método. Os juízes elegíveis a participar do estudo como peritos foram profissionais com Pós-Graduação nível mestrado ou doutorado relacionados ao suicídio, comprovados pelo currículo Lattes, e que pudessem ser contactados por e-mail identificado em algumas de suas publicações disponíveis na internet. Esses profissionais foram identificados por meio de busca realizada no Lattes, com titularidade de mestres e alguns deles estão cursando doutorado na área de Suicídio. Eles foram convidados a participar do estudo por contato via e-mail. Foi solicitado aos juízes que, considerando o objetivo do estudo, avaliassem a relevância, pertinência e clareza das questões (atribuindo notas de zero a dez) e apresentassem as possíveis sugestões para o roteiro. Quatro juízes concordaram integralmente com o roteiro e um juiz apontou sugestão de mudança.

As entrevistas foram audiogravadas mediante o consentimento dos participantes e foram realizadas nos serviços de saúde ou no próprio domicílio dos participantes, conforme horário de funcionamento dos mesmos e disponibilidade deles. Os entrevistados foram informados de que as entrevistas poderiam ser suspensas, caso desejassem e que se houvesse algum desconforto relacionado à participação no estudo, a pesquisadora (com formação em saúde mental) poderia prestar apoio ao participante e eles podiam solicitar auxílio da equipe do serviço onde eram acompanhados.

Foi aplicado pela pesquisadora um roteiro complementar para a coleta, com os dados sociodemográficos e clínicos (diagnóstico, modalidade de tratamento nos serviços de saúde mental, quantidade de tentativas prévias de suicídio e internações psiquiátricas) (Apêndice A).

3.5.2 Coleta de dados por meio de Seções Grupais

A segunda etapa da pesquisa consistiu na realização de encontros grupais. Cada seção grupal foi planejada previamente, com duração de 40 a 60 minutos e ocorreu em ambiente privativo e confortável, (com os participantes em círculo) no local de trabalho da pesquisadora.

A pesquisadora coordenou as seções grupais e explicou o objetivo do grupo, estimulando a continuação do debate e redirecionando a discussão (em caso de dispersão ou desvio do assunto). De acordo Caplan (1990) e Pope (2005), os processos grupais fornecem uma gama de variações na comunicação, revelação de valores (sub) culturais, padrões do grupo, “segurança em números” e podem assessorar as pessoas a analisar e clarear seu julgamento

sobre o que está sendo estudado. Desse modo, tem potencialidade para gerar dados densos e complexos.

A primeira seção grupal foi um grupo focal, onde foi realizada uma orientação inicial sobre o método de trabalho utilizado. Ao final de cada encontro grupal, os participantes eram orientados sobre a proposta do encontro seguinte e convidados a levar materiais ou recursos artísticos como forma de expressão quanto ao significado da vida após a tentativa de suicídio (Apêndice E). O grupo focal é uma prática de coleta de dados que utiliza uma discussão grupal coordenada pelo pesquisador como forma de coleta de dados (CAPLAN, 1990, POPE, 2005). Essa prática é profícua para reconhecer intuições, emoções, atitudes e ideias dos participantes sobre determinado assunto, produto ou atividade. É uma técnica que possibilita que os participantes envolvidos expressem seus pensamentos e opiniões frente ao que se pretende discutir, com isso, facilita ao pesquisador deter formas de linguagem, expressões e tipos de observações, a partir das interações do grupo, que engrandecem a pesquisa (GATTI, 2012).

No segundo encontro, cada participante apresentou uma música que representava o significado da vida para si. Nesta seção grupal, todos os participantes apresentaram suas músicas em uma lousa digital na qual possuía um som e foi disponibilizada uma cópia da música a cada participante. As pessoas que se sentissem à vontade poderiam cantar a música e depois havia uma discussão sobre a música e a razão que motivou a escolha para representar o significado da vida.

No terceiro encontro, os participantes discutiram imagens escolhidas por eles para ilustrar o significado da vida. Os participantes mostraram as imagens para todos os participantes e discutiram sobre como elas estavam relacionadas ao significado da vida após a experiência da tentativa de suicídio. Na quarta seção grupal, todos os participantes leram poesias escolhidas ou criadas para representar o significado da vida. As poesias foram apresentadas em uma lousa digital e discutidas.

Além dos dados obtidos nas seções grupais, os participantes foram avaliados quanto ao risco de suicídio antes das seções grupais e após a realização destas. Para tal avaliação, foi aplicado pela pesquisadora o módulo C do MINI PLUS sobre o Risco de Suicídio que é composto por perguntas relacionadas ao comportamento suicida com respostas dicotômicas (sim ou não). O escore do instrumento pode variar de 1 a 33 pontos, escore mínimo e máximo, respectivamente. Os escores podem ser classificados como risco baixo (1 a 5 pontos), moderado (6 a 9 pontos) e alto (maior ou igual a 10 pontos) (AMORIM, 2000). O referido instrumento é de domínio público. A depender dos resultados obtidos, o participante poderia passar por uma

avaliação mais detalhada, obter apoio da pesquisadora (com formação em saúde mental) ou ser encaminhado para o profissional de referência do serviço onde era acompanhado.

3.6 Análise dos dados

Os dados foram analisados por duas pesquisadoras com experiência na análise temática e no objeto de estudo e foram realizadas reuniões para discussão e consenso dos temas encontrados no estudo.

Para a análise dos dados foi utilizada a análise temática, na versão proposta por Braun e Clarke (2006). A análise temática é o método de análise mais utilizado na pesquisa qualitativa (GUEST, 2011). Identifica, analisa e descreve padrões (temas), permite apresentar e organizar os dados de uma forma sintética, embora rica.

A análise temática é um processo de abordagem qualitativa, pouco delimitado e autenticado, mas largamente utilizada na Psicologia e em outras áreas (BRAUN & CLARK, 2006).

A análise temática é flexível, pode ser combinada com diferentes posicionamentos epistemológicos, não tem requisitos de amostragem e adéqua-se a diversos tipos de dados qualitativos (entrevistas, focus groups, diários etc.), esse foi um dos motivos pelos quais foi adotada no presente estudo (BRAUN & CLARK, 2006).

As entrevistas e encontros grupais foram transcritos e analisados mediante a proposta de análise temática de Braune Clarke (2006), que pode ser subdividida em seis fases: (1) Familiarizar-se com os próprios dados mediante a transcrição dos dados, leitura e releitura dos dados, anotação das ideias iniciais; (2) Gerar códigos iniciais por meio da codificação de características interessantes de todos os dados de uma forma sistemática, confrontando os dados relevantes com cada código; (3) Procurar temas com o agrupamento dos códigos em temas potenciais e a reunião de todos os dados relevantes para cada tema potencial; (4) Rever os temas, ou seja, verificar os temas de trabalho em relação aos extratos codificados e ao conjunto dos dados, gerando um mapa temático de análise; (5) Definir e nomear os temas para aperfeiçoar as especificidades de cada tema e explanar a história geral do que a análise apreendeu, gerando assim definições claras e os nomes de cada tema; (6) Escrever o relatório através da integração final da análise com descrições nítidas, extratos convincentes, produzindo um relatório de investigação.

Os resultados obtidos pela aplicação do questionário sociodemográfico e do “módulo C do MINI PLUS relacionado ao Risco de Suicídio” foram analisados por meio de estatística descritiva.

3.7 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi apresentado para a secretária de saúde e ao coordenador da Atenção Psicossocial do município que autorizaram a realização da coleta de dados nos serviços estabelecidos.

O estudo segue as recomendações da Resolução n° 466/2012 sobre pesquisas com seres humanos e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP, com número da aprovação e regulamentação CAAE: 77961417.8.0000.5393 (Anexo D). Todos os participantes que aceitarem colaborar com o estudo serão esclarecidos quanto a possíveis dúvidas e serão orientados a firmar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4 RESULTADOS

4.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

4.1.1 Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

Este estudo teve uma amostra composta por 08 pessoas, com idade entre 18 e 50 anos. A maioria dos participantes era mulher (86%), possuía crença ou espiritualidade (86%) e não praticava atividade física (86%). A maior parte da amostra referiu estar insatisfeita com a própria vida (72%), com o apoio recebido das pessoas com as quais convive (72%).

Todos os participantes foram diagnosticados com transtornos do humor, estavam em acompanhamento psicológico e utilizavam psicofármacos. A maioria também fazia tratamento psiquiátrico (86%) e metade dos participantes já haviam passado por internação psiquiátrica. A quantidade de tentativas de suicídio dos participantes do estudo variou de uma a 12 tentativas.

Participante	Sexo	Cônjuge	Mora com alguém	Satisfeito com a vida	Satisfeito com Apoio	Atividade Física	Lazer	Crença
01	F	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim
02	F	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
03	F	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim
04	F	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim
05	M	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim
06	F	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim
07	F	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
08	F	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim

Quadro 01- Caracterização sociodemográfica, clínica e terapêutica, de pessoas que passaram pela experiência da tentativa de suicídio, participantes deste estudo. 2018.

Foi realizada a aplicação do Módulo C do MINI PLUS para avaliação do Risco de Suicídio no início da coleta de dados e após o término dos encontros grupais. O quadro a seguir apresenta o escore total obtido por cada participante, bem como a classificação do risco proposta pelo referido instrumento. No primeiro contato com os participantes, a maioria tinha alto risco (75%) de suicídio e, após as seções grupais, a maioria deles teve risco de suicídio classificado como baixo (63%).

Participante	Risco de Suicídio - Início		Risco de Suicídio - Final	
	(pontos)	Classificação	(pontos)	Classificação
01	33	alto	23	alto
02	23	alto	05	baixo
03	06	moderado	04	baixo
04	33	alto	23	alto
05	21	alto	10	moderado
06	23	alto	04	baixo
07	04	baixo	04	baixo
08	23	alto	04	baixo

Quadro 02- Escore total e classificação do risco de suicídio obtidos pela aplicação do Módulo C do MINI PLUS sobre o Risco de Suicídio no início da coleta de dados e após os encontros grupais. 2018.

4.1.2 Experiência da tentativa de suicídio

As experiências relacionadas às tentativas foram reunidas nas seguintes categorias: “*Ambiente intrapsíquico: representação e comunicação com o self*”; “*Relações interpessoais: necessidade de vínculo, pertença, reconhecimento e acolhimento*”; e “*Representações da tentativa de suicídio: a fuga e o encontro com a dor*”.

4.1.2.1 “Ambiente intrapsíquico: representação e comunicação com o self”

O estado da pessoa antes da tentativa de suicídio era permeado por frustração, desespero, tristeza profunda, restrições, impulsividade e insegurança, sendo esses elementos considerados disparadores para a tentativa de suicídio.

“até chegar na tentativa de suicídio é um desespero muito grande”. (P2)

“é um impulso vai lá e faz”. (P2)

“porque eu não me sentia bem na escola, não me sentia bem em casa, nenhum dos dois lugares eu me sentia segura”. (P2)

“o que me levou a cometer foi o desespero”. (P3)

As generalizações de frustrações e expectativas negativas estabelecidas ao longo da vida impactavam a representação que os indivíduos construíam a respeito de si e da sociedade, e consequentemente, influenciavam nas interações com o próprio self e relacionamentos interpessoais. Assim, os participantes manifestaram sentir raiva pela própria existência, insatisfação e decepção consigo e com os demais e sensação de incomodar e atrapalhar a vida de outras pessoas.

“Não tem coisas boas aqui dentro, eu guardo tudo de ruim desde os quatro anos que eu lembro, eu guardo tudo na minha cabeça”. (P6)

“De repente, qualquer coisinha me abala, aí eu me sinto fraca de novo, eu vejo os meus sonhos assim, como se tivesse acabado sabe”. (P1)

A autodepreciação também foi manifesta por insatisfação com a autoimagem, sensação de inutilidade, comparações excessivas com outras pessoas, percepção de fracasso em progredir na vida e ruminações.

“Eu cresci com a autoestima muito baixa, porque quando eu era jovem, criança eu era muito magrinha sabe, mais muito magrinha mesmo”. (P1)

“O que levou? Falta de esperança, né? Falta de autoestima...” (P7)

A vida foi descrita como uma experiência de restrição, limitação, insatisfação e fragilidade em diferentes esferas: afetivas, psíquicas, financeiras, sociais. Os entrevistados consideravam ainda que a vida é uma incógnita, mas, simultaneamente, estavam certos do advento de sofrimentos, fracassos e experiências negativas.

“Eu não tinha felicidade. Minha mãe não deixou eu namorar, não deixava eu sair. Minha vida era uma rotina assim: de casa pro serviço, do serviço pra casa sabe”. (P8)

“E casei sem gostar, casei com 22 anos, não gostava do marido que eu casei, casei pra sair de casa”. (P6)

“Eu sinto que eu não sou valorizada dentro de casa, todo tanto que eu faço é pouco (...) eu sou muito cobrada por isso”. (P8)

Na percepção dos entrevistados, os estigmas associados ao sofrimento mental também os distanciavam de outras pessoas, além de propiciar decepções afetivas, perda de autonomia e autodepreciação. Houve ainda a manifestação de descrença dos entrevistados em relação a resultados terapêuticos do tratamento para sua condição mental.

“Eu trato com psicólogo faz 18 anos, com psiquiatra 19 anos e nada mudou na minha vida. O psicólogo está falando aqui, eu to pensando vou sair daqui e vou estar do mesmo jeito”. (P6G1)

“No CAPS eu não quis ir de jeito nenhum”. (P6G1)

O fracasso era vivenciado ou antecipado, pois a expectativa de fracassar era um receio constante que gerava insegurança, dificuldade para construção ou realização de novos projetos e sonhos e desinteresse por si e pela vida. No período que antecedeu a tentativa de suicídio, a tristeza profunda, a angústia, o desinteresse pela vida e desejo de morrer pareciam ser as companhias mais presentes dos entrevistados.

“A incerteza de falhar é muito grande (...)Eu espero que dê certo de eu ter uma carreira, de ser feliz, mas eu tenho medo de falhar”. (P5)

4.1.2.2 Relações interpessoais: necessidade de vínculo, pertença, reconhecimento e acolhimento

Na perspectiva das pessoas com tentativas de suicídio, as relações interpessoais foram importantes no desenvolvimento e continuidade do sofrimento experimentado. Contudo, reconheceram a importância de vínculos, sentimento de pertença e de se sentirem necessários para outras pessoas.

“Se eu for pedir um conselho, se eu estou triste, aí, eles (familiares) começam a falar demais na minha cabeça e eu acabo ficando pior do que eu já estava”. (P1)

“Era todo mundo criticando, falando que eu não tinha nada, que eu era tão bonita, tinha um emprego bom, família bem estruturada e como eu poderia ficar assim. Só eu sei que, no meu interior, eu estava devastada”. (P3)

“Ninguém vê que a gente tá precisando de falar, conversar, vai juntando aquilo ali na gente, bate aquela tristeza aquela angústia”. (P6)

Os entrevistados experimentaram descrédito em relação aos seus sofrimentos, que eram negligenciados pelas pessoas com as quais conviviam. As pessoas que tentaram suicídio referiram sentimento de solidão, falta de afeto e atenção, não se percebiam aceitos e pertencentes a um grupo acolhedor e estavam insatisfeitos com o suporte recebido de pessoas próximas em situações difíceis. Todavia, acentuavam essas lacunas ao optar pelo isolamento por desejo de proteger-se, sentimentos de inadequação social, por não se considerarem importantes ou por desinteresse.

“O dia que eu tentei me matar, eu pensei assim: o meu filho não gosta de mim, minha mãe e meu pai não gostam de mim, meus irmãos não estão nem aí”. (P1)

“Ah, se eu for embora ninguém vai sentir minha falta. Se acontecer alguma coisa comigo não tenho ninguém. Não tenho vínculo com ninguém a não ser a família que não era tão importante pra mim”. (P7)

As decepções amorosas, relações abusivas e rejeições paternas foram citadas como eventos particularmente impactantes na saúde mental dos indivíduos e associados ao desenvolvimento de relacionamentos conflituosas e desgastantes, dependência afetiva, que

geravam agravamento do quadro de sofrimento psíquico. Nesse contexto, algumas pessoas culpavam terceiros pela sua tentativa de suicídio.

“Eu tive uma decepção amorosa muito grande que até hoje eu não recuperei sabe, eu nunca mais consegui ficar com ninguém”. (P1)

“Não tinha um bom relacionamento com meu marido”. (P7)

“Eu me senti completamente um lixo na hora que meu namorado me falou algumas coisas”. (P5)

“O meu pai sempre me rejeitou, ele nunca disse que me amava, ele nunca me abraçou, nunca me ligou no aniversário pra desejar feliz aniversário”. (P2)

Em contrapartida, os entrevistados manifestaram experiências positivas nas relações interpessoais quando havia apoio, compreensão, acolhimento e reconhecimento. A sensação de ser necessário (a) para cuidar de outras pessoas, especialmente filhos, foi um importante motivo para permanecer vivo (a). Destacou-se ainda o apoio profissional como fonte de acolhimento, escuta e compreensão.

“Eu vou te falar assim, foi Deus que colocou o psicólogo, no meu caminho, porque ele fez eu enxergar coisas que nem eu mesma não via”. (P8E)

“Psicóloga está me ensinando a dialogar, a pontuar as coisas, a me empoderar, não é porque eu não estou trabalhando que eu não tenho vez, isso é muito importante, pois as coisas que envolvem a gente são muito insegura”. (P7G1)

4.1.2.3 Representações da tentativa de suicídio: a fuga e o encontro com a dor

A tentativa de suicídio representava, simultaneamente, a fuga e o encontro com a dor, pois o desejo de aliviar o sofrimento era o principal propulsor das tentativas de suicídio e a sobrevivência a essas tentativas, mostrou-se profundamente dolorosa.

“As três vezes eu só enxergava a morte, porque a dor era tão grande que eu não sabia controlar, e pensava se eu morrer essa dor vai passar”. (P5)

“Eu queria um suicídio sem dor”. (P2G)

“No meu caso, quando eu fiz a tentativa de suicídio, você acha que eu queria morrer? Eu não queria, queria ficar livre de tudo que estava sentindo”. (P7)

A tentativa de suicídio era motivada, principalmente, pelo desejo de provocar a própria morte, eliminar a dor ou modificar a situação em que viviam. Os medicamentos foram

frequentemente utilizados nas primeiras tentativas de suicídio como se fossem uma oportunidade de remediar a dor e o sofrimento de forma definitiva.

“Eu pensei: vou tomar um remédio, não melhora! Aí vou tomar mais remédio, tomei os remédios todos. Quem sabe eu vou melhorar minha cabeça, vou esquecer tudo isso, ou morrer”. (P6E)

“Tomei um comprimido, mas aí, fiquei com tanta raiva, tristeza, aquela dor, já que eu tava com os comprimidos tudo na mão, eu tomei tudo. Aí foi aonde que eu parei no pronto socorro”. (P8 E)

“Ficava pensando como que podia fazer pra acabar com minha vida, com aquele sofrimento, será que com corda, uma arma, pular da ponte, mas o que tinha mais perto era os remédios, daí acabava tomando”. (P6)

A sobrevivência a uma tentativa de suicídio era uma experiência de dor intensa, considerada pior do que a própria morte. Assim, houve entrevistados que se percebiam fracassados, inúteis ou incapazes por não terem conseguido se matar e prosseguiram vivos por medo das consequências dolorosas de uma tentativa de suicídio.

“É muito ruim você tentar e não conseguir, porque você sofre por não ter conseguido, sofre mais no hospital do que se tivesse morrido, o povo fica te julgando pelo que você fez”. (P6E)

“Porque foi horrível no dia que tentei o suicídio, chegar no pronto socorro, ter que fazer lavagem, aquilo lá dói muito, é muito triste, você fica amarrado numa cama, você não sabe o que vai acontecer, você escuta a pessoa chorando do seu lado, pedindo pra você não fazer isso”. (P3)

“Quando estava com vontade de acabar com minha vida, ficava lembrando do tanto que sofri as outras vezes, eles me levaram para a UPA e eu sofri muito, muita dor, para passar aquela sonda, porque eles judiaram de mim”. (P8)

Após a tentativa de suicídio, houve pessoas que repensavam os métodos pelos quais poderiam alcançar a morte de forma menos dolorosa. Alguns indivíduos utilizaram diferentes métodos ao longo de sua trajetória de vida, geralmente em busca de maior letalidade.

“A minha primeira tentativa de suicídio eu tinha uns quinze anos, aí eu tomei veneno junto com remédio, depois eu tentei com gás, depois tentei me enforcar também com lençol, e assim foram umas dez tentativas, já até comprei um remédio que tinha na internet uma vez, sulfato de não sei o que e injetei em mim pra morrer e não adiantou. Uma vez eu coloquei tipo

uma mini-churrasqueira num banheiro fechado para inalar a fumaça pra morrer, também não morri”. (P2)

“Tentei muito suicídio e foi mais de dez vezes, pra te contar não me lembro qual foi a primeira vez porque não sei, mas tomei remédio, teve uma vez que bebi mais de 200 comprimidos, fui pra UTI, já bebi veneno de rato com coca, já tentei me enforçar, mas meu ex-marido chegou na hora e me tirou, só não tentei com arma de fogo.” (P6)

Outros participantes do estudo, identificaram a tentativa de suicídio como um momento de crise disparador para reconciliação com familiares, reflexão sobre a própria vida e ressignificação de prioridades, mudanças de comportamento, redefinição de planos e projetos pessoais. Gradualmente, alguns entrevistados conseguiram reencontrar forças, suporte, recursos e motivos para voltar a acreditar na vida e em si mesmos.

“Até então eu não tinha muita ajuda dele e depois da minha tentativa de suicídio meu marido mudou pra melhor (...) estou feliz comigo mesma, meu relacionamento, tô tendo mais perspectivas também, isso ajuda, né”. (P7)

“Hoje eu não penso mais em suicídio, graças a Deus eu não penso mais, eu penso assim, em querer ficar boa, em querer ficar melhor, em ter uma nova vida, tudo isso eu pensei depois que tentei me matar, não quero mais isso”. (P3)

“Após a tentativa, comecei a me enxergar, hoje a minha vida tem sentido. Através do meu neto, meu relacionamento melhorou, até nisso meu esposo mudou, porque eu mudei, hoje ele tem mais carinho comigo. E a melhor coisa que Deus me deu foi ter passado por isso tudo”. (P8 E)

“Eu fiquei a manhã inteira no hospital e antes de ter chegado em casa, minha família foi me ver, eu lembro muito pouco, mas a minha tia chorava e minha outra tia chorava também, e nesse momento eu fiz uma reconciliação com a minha tia, porque eu não estava conversando com ela”. (P5E)

4.1.3 Significado da vida após tentativa de suicídio

O significado da vida após a tentativa de suicídio foi constantemente ressignificado e esteve associado a representações e experiências vinculadas às seguintes categorias: *“Buscas no campo afetivo, relacional e espiritual”;* *“a vida e a constância da impermanência”;* e *“descobertas e relação com o próprio “self”*.

4.1.3.1 Buscas no campo afetivo, relacional e espiritual

Após a experiência da tentativa de suicídio, uma das representações da vida esteve centrada na busca por atender necessidades relacionadas ao campo afetivo, relacional e espiritual.

As necessidades ligadas ao campo afetivo e relacional tiveram uma ligação forte com a família, amigos e a religiosidade, que se destacaram entre as principais fontes de conexão afetiva, esperança, motivação, pertença e segurança.

“O significado da minha vida é Deus mesmo; Eu acho que tenho que entregar tudo pra Ele pra eu conseguir vencer todos os obstáculos. Então o significado da minha vida é Deus e meu filho, né?” (P1G2)

“Eu achei o significado da vida pela fé, em crer em Deus, ele me sustenta”. (P4G2)

“Hoje a minha vida tem um significado. Através do meu neto, meu relacionamento melhorou até nisso meu esposo, depois que o meu neto nasceu. Hoje ele tem mais carinho comigo. E a melhor coisa que Deus me deu foi meu neto”. (P8 E)

As necessidades atreladas ao campo afetivo e relacional eram atendidas por meio de manifestações de afeto, zelo, compreensão, acolhimento, querer bem. Quando atendidas, essas necessidades pareciam aumentar o elo e o comprometimento com a vida, bem como a abertura para ressignificá-la.

“Tive muita ajuda no CAPS também, muito conselho de psicóloga que eu participo dos grupos e tem uma psicóloga que eu vou, e me ajuda a ter pensamentos positivos em relação a minha vida”. (P3G)

“Agora que a psicóloga está me ensinando a me valorizar, a me empoderar isso tem me feito sentir uma nova pessoa, na verdade sou uma nova mulher”. (P7E)

“Busquei o psicólogo, e tem me ajudado muito, pois me dá uma direção no que devo ou não fazer. Como diz o psicólogo, eu sou que nem um balão, eu encho e esvazio, eu encho e esvazio. Quando chega a encher, a estourar, é porque já deu meu limite, com isso ele me ajuda a controlar esse balão. Eu vou te falar assim, foi Deus que colocou ele (psicólogo) no meu caminho. Porque ele fez eu enxergar coisas que nem eu mesma não via. Que nem ele falou, você ama o seu próximo e não ama a si mesma”. (P8 E)

As necessidades e expectativas ligadas às relações interpessoais estiveram ligadas tanto à frustração, sofrimento, autodepreciação, quanto ao apoio, alívio de sofrimentos e apoio e proteção contra o comportamento suicida. Houve entrevistados que atrelavam a tentativa de suicídio a ganhos ligados ao enriquecimento do apoio e manifestações de afeto obtidos em suas redes sociais.

“E isso me dava força pra viver, ver uma pessoa que sofre mais do que eu e mesmo assim continuava vivendo, isso me fortalecia”. (P2G3)

“As minhas filhas que me deu forças pra não fazer de novo, pra mim ser forte, resistir porque elas são tudo na minha vida”. (P3G3)

“É porque, meu filho tipo assim, ele me entende, me apoia, me coloca para cima, me escuta e me dá conselhos, me sinto amparada”. (P8E)

A percepção de ser necessário e importante para alguém foi uma experiência ligada à perspectiva de superar obstáculos e seguir em frente. Esse fenômeno foi observado, especialmente, na relação com os filhos que se destacaram como importantes fontes de motivação, aprendizado e conexões afetivas intensas.

“O significado da minha vida hoje é as minhas duas filhas, quando vem algum pensamento ruim na minha cabeça, lembro delas daí tudo passa, pois elas são minha força”. (P3E)

“O significado da minha vida hoje é minha filha, ela me ajuda a ver a vida com mais esperança”. (P4E)

“O significado da minha vida sempre foi meu filho, desde que ele nasceu, por ele que vivo”. (P6E)

Espiritualidade e a religiosidade representaram uma das saídas encontradas para atravessar sofrimentos, encontrar significado, acolhimento e sentido para a vida e sanar demandas de afeto na relação com o divino e com as pessoas vinculadas à mesma fé.

“Eu fico na paz quando minha fé está forte, pois na vida é o que está falando né, sobre a cura, sobretudo, sobre Deus, e Ele está no controle da minha vida”. (P4G2)

“Deus me deu motivos para sorrir, eu me lembro de que eu preciso ser grato pela minha vida, mais um dia que estou vivo, pelas coisas que estou fazendo e tenho que estar sempre feliz, sabe? Você pode ficar triste, mas você tem que lembrar que isso é passageiro e acredito que muitas vezes a fé ajuda a manter esse controle da minha vida”. (P5 G3)

A religiosidade foi considerada uma forma de renovação de formas de enfrentar obstáculos, obter fortalecimento e suporte para seguir em frente. Deus foi considerado uma fonte de força, cura, sustento e apoio para muitos entrevistados. A relação de proximidade e intimidade com Deus, possibilitava a superação de frustrações vividas em outras relações interpessoais, além de novos sentidos e direcionamentos para a vida, sensação de proteção, força, mudanças de perspectivas e o revigoramento de propósitos e expectativas.

“Eu acho que tenho que entregar tudo pra Ele pra mim conseguir vencer todos os obstáculos... eu acho que tenho que entregar tudo pra Ele pra mim conseguir vencer todos os obstáculos”. (P1G2)

“Acho que Deus permite que a gente passe as coisas pra gente se manter ao lado dele, se a vida nossa fosse só alegria, não ia ter graça. Então as vezes a gente tem que ter que passar por um deserto, ou estar numa montanha, para a gente manter ao lado de Deus”. (P7G2)

A crença no poder de Deus favorecia a esperança de superar desafios e dificuldades (relacionadas ao comportamento suicida ou outras situações), proporcionava a sensação de ser acolhido e estar sob cuidados, além da expectativa de encontrar paz e conforto.

“Na igreja é onde eu tenho esse laço forte de amizade, onde eles me acolheram e me ajudaram muito, pois se não fosse meu Deus e eles, não sei o que seria de mim”. (P7 G3)

“Fui acolhida na igreja e isso me fez uma pessoa muito melhor, hoje minha vida tem um novo propósito, por eu ter sido acolhida através da minha fé, meus irmãos me receberam e me ajudaram a enfrentar todo vale da morte e tristeza”. (P8 G3)

Para alguns entrevistados, a vida estava sob o controle de Deus. Essa crença de que o locus de controle da vida estaria com Deus, poderia favorecer tanto a passividade e aceitação das situações, quanto a esperança e sensação de fortalecimento e suporte para superar as adversidades.

“Eu fico na paz quando minha fé está forte, pois na vida é o que está falando né, sobre a cura, sobretudo, sobre Deus, e Ele está no controle da minha vida”. (P4G2)

“Deus me deu motivos para sorrir, eu me lembro de que eu preciso ser grato pela minha vida, mais um dia que estou vivo, pelas coisas que estou fazendo e tenho que estar sempre feliz, sabe? Você pode ficar triste, mas você tem que lembrar que isso é passageiro e acredito que muitas vezes a fé ajuda a manter esse controle da minha vida”. (P5 G3)

“Em primeiro lugar, Deus é o meu alicerce, é o que me dá força e me põe de pé. Por amor à Deus, eu renunciei muitas vezes. Agora não, eu tô pensando em mim primeiro. Vou cuidar de mim primeiro, eu em primeiro lugar, pois foi Deus que me ensinou a ser assim”. (P8 G3)

4.1.3.2 A vida e a constância da impermanência

Os entrevistados, ao representar a vida e as experiências nela contidas, consideravam a vida uma sucessão de estados, situações ou experiências que oscilavam e exigiam capacidades de enfrentar a impermanência ou inconstância. Nesse sentido, percebiam que, na vida, havia

oscilação entre fraqueza e força, momentos de crise e de bem-estar, além da alternância entre problemas e superações.

“É preciso ter força para superar os obstáculos, não foram os problemas que diminuíram, a gente que ficou mais forte”. (P2G4)

A resignificação da vida como algo que comporta diferentes experiências e situações, possibilitou que algumas experiências fossem consideradas mais suportáveis e que o mundo fosse considerado um lugar possível de viver com bem-estar e satisfação.

“É preciso ter força para superar os obstáculos, não foram os problemas que diminuíram, a gente que ficou mais forte”. (P2G4)

“O significado da minha vida, eu acredito que eu sou uma pessoa muito instável, então pra mim um dia sou feliz e me sinto capaz, acredito que a minha vida vai ser ótima, e outro dia talvez não vai estar e eu falo que a minha vida tá péssima e eu não tenho forças pra falar que ela vai continuar. Se você me perguntar hoje como eu tô, eu falo que eu tô bem, e quero muito vencer todos os obstáculos”. (P5 G1)

“A minha vida inteira tive muito medo de errar, fracassar, por isso, não progredi nos estudos, em ter uma carreira profissional, fico pensando nisso direto, não avancei e fracassei, mas, frente a tudo isso vou buscar e quero uma nova vida pra mim”. (P7E)

Os participantes do estudo destacaram que, em algum momento de suas vidas e, especialmente quando tentaram suicídio, tiveram dificuldades intensas em perceber ou lidar (de forma equilibrada) com as mudanças na vida e com os sofrimentos.

“Eu sou uma pessoa muito sozinha, eu não tenho com quem contar (...) Minha família se eu for pedir um conselho, se eu tô triste aí eles começam falar demais na minha cabeça, aí eu acabo ficando pior do que eu já tava e daí com isso, prefiro me afastar”. (P1E)

“O melhor som é o silêncio. Pelo menos quando estou deprimida é. Hoje é um dia perfeito para os depressivos, chove e o sol sumiu no meio das nuvens escuras. Por que eu não posso ser como os outros? Eles são alegres e fingem ser felizes. Aguentam a vida, a labuta, a dor, venha de onde vier, venha como vier. Eu não. Travo, deito e espero a morte. A dama de preto tarda. Chamo, mas não vem. Abro a casa, o coração, os braços e mesmo assim ela não vem”. (P2G4)

“Que é nessas horas que eu coloco essas músicas para eu ver o que eu vou fazer. E aí na hora que ela fala que ela vai ter, aí eu falei assim, você tem que parar agora pra entender quem é você, e você tem que saber trilhar o seu caminho, e que no final das contas se você tá

feliz, se você tá triste, a única pessoa que você pode contar entre aspas mesmo, se as outras pessoas te negarem é você mesmo.” (P5 G2)

Ao analisar suas experiências pessoais, os entrevistados destacaram que o sofrimento era universal, mas poderia ser enfrentado de maneiras muito variadas que poderiam alterar sua duração ou intensidade. Além disso, para alguns, situações de sofrimento, adversidades e frustrações também possibilitaram aprendizado e desenvolvimento pessoal.

“Eu converso com o psicólogo, sobre a minha dor, ele me levanta o astral, eu saio dali e vejo que preciso mudar minha realidade e ser alguém que busque o melhor para mim e para minha vida e eu vou conseguir, eu acredito!” (P1E)

“O significado da minha vida hoje em dia é recomeçar, sabe? Esquecer o passado, me sentir uma vitoriosa, eu já tô conseguindo esquecer o passado, superar e recomeçar. Ter uma nova vida”. (P2E)

“Minha vida hoje significa tudo, agora eu estou melhorando, enfrentando as dificuldades de frente, cada dia mais, vencendo e vivendo melhor, não foram os problemas que diminuíram, mas foi minha força de vencer que só aumenta”. (P4E)

Em suas histórias, alguns entrevistados descobriram que a polarização, fuga da dor, passividade, inflexibilidade, perfeccionismo ou a paralisação não lhe traziam satisfações e benefícios duradouros. Assim, aos poucos, puderam desenvolver algumas habilidades para lidar com as imperfeições e com a impermanência na vida. Esse movimento de reflexão possibilitou importantes melhoras na autopercepção e satisfação consigo e esteve ligado à sensação de libertação de padrões que os aprisionavam internamente.

“Na vida, às vezes, não me sinto bem, os pensamentos vêm, mas eu coloco na minha vida e falo que tenho que ser forte, tenho que ficar boa pra cuidar das minhas filhas, esse é o significado da minha vida hoje”. (P3G)

“Tem muita gente que acha que vencedor é só quem nunca passa por problemas, nunca desiste, nunca fraqueja. E não é verdade todo mundo passa por problemas, todo mundo algum dia quer desistir, todo mundo tem maus dias”. (P2G2)

Considerando que a vida é repleta de mudanças, destacaram a importância de apreciar bons momentos, respeitar limitações, buscar desenvolvimento e apoio, além de reconhecer que sofrimentos não são definitivos. Nesse sentido, alguns participantes do estudo consideravam a importância de ressignificar o passado, ter esperança e flexibilidade para projetar o futuro e intensificar a valorização do momento presente.

“Apesar dos problemas, eu vou me levantar, porque tem muita gente que acha que vencedor é só quem nunca passa por problemas, nunca desiste, nunca fraqueja. E não é

verdade, todo mundo passa por problemas, todo mundo algum dia quer desistir, todo mundo tem maus dias”. (P2G2)

“A gente tem pra superar os obstáculos, não foram os problemas que diminuíram, a gente que ficou mais forte, devido à presença dele na minha vida”. (P2G4)

“Qualquer problema que está acontecendo na minha vida, eu preciso sentir ele, pra poder crescer, pra poder amadurecer, e pra ser alguém na vida porque eu acho que só assim que a gente consegue fazer”. (P5G4)

4.1.3.3 Descobertas e relação com o próprio “self”

Uma importante dimensão da vida esteve ligada às descobertas e formas de relação estabelecidas com o próprio self. Ao longo da vida, os indivíduos experimentaram mudanças no seu autoconhecimento, autoapreciação e na maneira como se relacionavam consigo mesmos.

“Apesar dos problemas vou me levantar, porque tem muita gente que acha que vencedor é só quem nunca passa por problemas, nunca desiste, nunca fraqueja. E não é verdade, todo mundo passa por problemas, todo mundo algum dia quer desistir, todo mundo tem maus dias, mas nesses maus dias, que preciso aprender a ser mais forte”. (P2G2)

“A força que a gente tem pra superar os obstáculos, não foram os problemas que diminuíram, a gente que ficou mais forte e aceitou que não é perfeita e nunca será”. (P2G4)

“Agora que a psicóloga tá me ensinando a me valorizar, a me empoderar, isso tem me feito sentir uma nova pessoa, na verdade sou uma nova mulher”. (P7E)

As formas de conexão estabelecidas com o próprio self estiveram ligadas aos desejos e planos relacionados à própria vida. As tentativas de suicídio ocorreram em momentos de maior conflito interno, uma relação autodestrutiva marcada por poucas expectativas relacionadas a si mesmo e percepção de ser indigno, inapto ou inferior. O desejo de viver, por sua vez, parecia mais constante ou intenso quando havia uma aceitação, reconciliação com o próprio self.

“O que levou à tentativa de suicídio? Falta de esperança, né? Falta de autoestima, a falta de apoio da minha família e não saber me relacionar também, eu não sabia relacionar. “.... então eu estou fazendo de tudo e prevenindo, fazendo a prevenção que tem que ser feita para viver melhor. Mas o significado é que hoje eu estou bem, só queria pensar que vai continuar assim, que não vou ter mais momentos assim, ou se tiver que eu saiba lidar com as frustrações, com experiências que vou ter que passar, mas estou bem, está legal a vida, estou feliz comigo mesma, meu relacionamento, estou tendo mais perspectivas também, isso ajuda, né?” (P7E)

“Após as crises e a tentativa de suicídio, comecei a me enxergar, hoje a minha vida tem um novo significado, onde quero buscar o melhor para mim, me cuidar, buscar aquilo que tenho de melhor”. (P8 E)

Parte da melhor relação e conexão com o próprio self manifestou-se pelo melhor enfrentamento da vida, autoconhecimento, gestão das próprias imperfeições, respeito aos limites e emoções, aceitação de responsabilidades, bem como pelo reconhecimento de suas características positivas.

“O significado da minha vida hoje em dia é recomeçar, sabe? Esquecer o passado e que as pessoas não tiveram nem aí para minha falta de esperança e solidão, me sentir uma vitoriosa, eu já tô conseguindo esquecer o passado, superar e recomeçar. Ter uma nova vida”. (P2E)

“Minha vida hoje significa tudo, agora eu estou melhorando, enfrentando as dificuldades de frente, cada dia mais, vencendo e vivendo melhor, vendo que sou capaz de tudo na minha vida, basta eu acreditar em mim”. (P4E)

“Não precisava chegar nesse desespero que eu cheguei. Então acho que isso é muito importante, a gente gostar da gente primeiro, porque se você gosta de você, primeiro você se cuida, você tem condições de cuidar do outro”. (P7G1)

A percepção do direito de conquistar paz, felicidade e tranquilidade foi um motor para a reconciliação com o próprio e a busca de harmonia, estabilidade psíquica e sentindo.

“O significado da minha vida hoje, representa felicidade, paz, pra mim é o que ele representa e busco isso para mim e para minha vida, e penso que estou no caminho cada dia mais, isso me deixa muito feliz e confiante”. (P1G3)

“Tudo que se passa na vida da gente, vem mostrar alguma coisa. Eu achei que é o significado da vida, até sobre a fé, sobretudo, sobre ser feliz em ficar tranquila, ter uma cabeça boa, para trabalhar e seguir em frente, e vejo que cada dia estou mais perto de tudo isso”. (P1G4)

A apreciação positiva da vida e o alcance de maior bem-estar estiveram ligados ao “lócus” de controle da própria vida de maneiras distintas. Em algumas situações, as pessoas se sentiam bem ao reconhecer as potencialidades ou fortaleza do self (com protagonismo e valorização de si mesmo); em outras, se sentiam seguras ou confortáveis ao depender de outra pessoa ou de algum poder superior.

“Deus me deu motivos para sorrir, e nessa foto toda vez que eu vejo ela eu me lembro de que eu preciso ser grato, pela minha vida, que sou uma pessoa vitoriosa, pois já conquistei

coisas muito importantes, considerar que mais um dia que eu tô vivo, pelas coisas que eu tô fazendo e tenho que estar sempre feliz, sabe? Você pode ficar triste, mas você tem que lembrar que isso é passageiro e acredito que muitas vezes a fé ajuda". (P5 G3)

"Eu acho que Deus tem um propósito muito bonito na minha vida. Eu não posso morrer, tenho que evangelizar, de conduzir meus filhos, de conduzir o meu neto, que eu quero o melhor pra ele e eu quero passear, eu quero viver o que eu não vivi quando eu era mais nova. Eu tenho muito ainda o que aprender. Cada dia a gente aprende. A gente pode ter cem anos, como disse uma pessoa para mim, que cada dia a gente aprende alguma coisa". (P8 E)

"Então tem muita gente ah não, acho que Deus permite que a gente passe as coisas pra gente se manter ao lado dele, se a vida nossa fosse só alegria, não ia ter graça. Então as vezes a gente tem que ter que passar por um deserto, ou estar numa montanha, pra gente manter ao lado de Deus. E não só ao lado de Deus também, ao lado das pessoas, imagina se a minha vida fosse só boa, eu não ia contar com ninguém?" (P7 G2)

As representações sobre o próprio self eram dinâmicas, o que permitiu que um self anteriormente marcado pela autodestruição pudesse ser redefinido como um self capaz de superar, resistir e desenvolver resiliência.

"E aí você tem que ter uma força interior que vai te falar: é, vale a pena viver, você consegue e eu tenho isso agora, antes eu não tinha, porque eu acredito que no passado eu não tinha um propósito, e eu vejo e agora que eu tô trabalhando, eu tenho um futuro e eu vejo que isso vale realmente a pena pra mim, e que é muito importante porque eu sei que agora eu tendo essa esperança no dia que realizar eu vou tá bem, vou estar feliz e vou estar vendo que as outras pessoas que me apoiaram vai tá vendo, olha aquela pessoa que tentou suicídio, tá nessa posição e talvez quem sabe eu for contar pra alguém, ela tenha um espelho de mim, sabe?" (P5 G2)

"Então essas três semanas, que eu estou aqui no grupo, me mudou bastante em relação ao meu filho. Caminhei, estou caminhando a semana inteira. Estou cuidando mais de mim. Eu vejo que estou no caminho certo, que mesmo passando por tudo que passei, igual tentei suicídio mais de 20 vezes, passei por muitas coisas difíceis, mas hoje quero ser uma nova pessoa, para mim primeiro e depois para com meu filho e família". (P6 G3)

"Hoje não, tudo que me chama eu participo, então mudou, por mais que tentei tirar minha vida, por conta de tudo que eu estava vivendo, hoje consigo ver um novo caminho. Então eu sinto que eu sou motivo de alegria hoje, antes eu não sentia, eu sentia que eu era um peso na vida do meu marido, na vida da minha família. Hoje não. Eu sinto assim, eu posso acrescentar alguma coisa, e isso é bom. Agora minha vida é, como que fala, minha esperança

maior, diante de família e amigos, minha esperança maior é a volta de Jesus, minha esperança maior". (P7 G3)

5 DISCUSSÃO

Neste estudo, a maioria da amostra foi do sexo feminino. As pessoas que passam por uma experiência de suicídio são, predominantemente, adolescente e adulta jovem, com grande frequência por intoxicação exógena e, além disso, as pessoas do sexo feminino tentam mais suicídio que homens. Estudos apontam que os homens morrem mais por suicídio do que as mulheres e os métodos implementados são de elevado grau de letalidade, como enforcamento, utilização de arma de fogo e precipitação de lugares altos. As mulheres tentam mais o suicídio por meio do uso de medicamentos e outras substâncias tóxicas (RIBEIRO et al., 2018).

A maioria dos participantes do estudo não se considerava satisfeita com a vida e com o apoio recebido. A rede de apoio é um fator protetivo de extrema importância para as pessoas que passam por uma tentativa de suicídio, tanto no momento de agudização quanto de estabilização do comportamento suicida, funcionando como um mecanismo de coping, atuando essencialmente na redução das situações estressoras. O suporte social funciona como estratégia de relacionamento interpessoal, grupal e comunitário que proporciona à pessoa um sentimento de proteção e suporte, sendo capaz de proporcionar bem-estar psicológico (BOTEGA, 2015; PEREIRA et al., 2018). Os participantes em sua totalidade apresentam transtornos de humor, que são um fator de risco relevante para o comportamento suicida (BOTEGA, 2015; BOTTI et al, 2018; OLIVEIRA et al., 2020).

Dentro da proposta de compreender a experiência da tentativa de suicídio, foi identificado que a representação do self, da vida e das relações interpessoais eram permeadas pela generalização de expectativas negativas e fracassos. Há estudos que mostram associações das múltiplas experiências adversas de vida e sintomas depressivos, insatisfação com a vida, menor bem-estar, menos recursos de enfrentamento, além de maior nível de estresse (MERSKY et al., 2013; ELROY & HEVEY, 2014). Nosso estudo sugere que os eventos adversos de vida podem ser impactantes na medida em que propiciam expectativas negativas generalizadas sobre diferentes esferas da vida, incluindo a percepção do indivíduo sobre si mesmo.

A construção social do padrão feminino se constitui um dos fatores que podem prejudicar a saúde mental de mulheres e necessita de mais estudos científicos e discussão sobre as repercussões do modelo patriarcal no sofrimento e no comportamento suicida. Estudo realizado com 225 mulheres portuguesas identificou que mulheres expostas a abuso emocional,

físico, negligência emocional e histórico familiar (transtorno mental ou uso de substâncias) apresentaram maior sintomatologia depressiva e tentativas de suicídio (PINTO, 2015).

De acordo com a literatura, o suicídio é complexo e multifatorial (O'CONNOR; KIRTLEY, 2018). Nosso estudo revela que a qualidade dos vínculos é marcante nas experiências relacionadas à vida e às tentativas de suicídio. Os sofrimentos experimentados estiveram intimamente atrelados às interações sociais, sendo que houve participantes que culpavam terceiros pela sua própria tentativa de suicídio. Os sofrimentos eram perpetuados e intensificados quando experimentavam descrédito, negligência, solidão, falta de afeto, atenção, decepções amorosas, rejeições paternas.

As manifestações de suporte no decorrer da vida são interiorizadas favorecendo a aceitação, autonomia e equilíbrio, sendo que pessoas que não possuem a aceitação são propensas a vulnerabilidade e sofrimento (VEDANA et al., 2017). Estudo realizado com 18 brasileiros com comportamento suicida evidenciou o papel estruturante do suporte social e relação de ajuda positiva na prevenção do comportamento suicida. Afeto, empatia e ausência de julgamento ou estigma colaboram com a aceitação e favorecem o enfrentamento ao sofrimento. A pesquisa também apontou que conhecimento sobre a temática favorece a convivência com pessoas com comportamento suicida (ANDRADE et al., 2019). Os profissionais de saúde também foram identificados como catalisadores e com destaque para o suporte no gerenciamento de crises e conflitos no relato de homens com comportamento suicida (FOGARTY et al., 2018). Dessa forma, percebe-se a necessidade do trabalho de suporte aos familiares e rede de apoio da vítima de suicídio para fortalecimento do acompanhamento e prevenção do suicídio.

Em nosso estudo, as pessoas que tentaram suicídio identificaram a relevância e o papel protetor do vínculo, pertença, reconhecimento e acolhimento. Destacaram ainda a importância de perceberem-se úteis e necessários para alguém. Assim, é importante implementar e investigar intervenções que promovam habilidades sociais, convívio familiar saudável, suporte social, acolhimento qualificado nos serviços de saúde e prevenção de relacionamentos abusivos e violentos.

Diferentes motivos e objetivos estiveram relacionados às tentativas de suicídio, mas todos tinham como ponto de convergência o desejo de aliviar a dor. Assim, é possível que coexistiam o desejo de viver e morrer, sendo precedidos pelo desejo de eliminar a dor. Estudos elencam a presença da ambivalência, ou seja, dois sentidos opostos na intencionalidade suicida (NAHERNIAK et al., 2019). Pesquisa com 5.655 canadenses com apresentação em serviço psiquiátrico identificou que a ambivalência é um fator de risco importante para comportamento

suicida futuro (NAHERNIAK et al., 2019). A ambivalência foi correlacionada à alta impulsividade e ausência de planejamento, sendo possibilidade o trabalho de prevenção do comportamento suicida (KIM et al., 2018).

O uso de medicamentos na tentativa de suicídio mostrou-se ligado à acessibilidade e à relação simbólica do medicamento como um “remédio” para a dor experimentada. A autointoxicação intencional é um dos métodos mais utilizados em tentativas de suicídio e merece ser considerado com cuidado, pois parece ser uma iniciação ou porta de entrada para comportamentos com maior risco. A esse respeito, a literatura aponta que a letalidade e multiplicidade dos métodos podem aumentar no decorrer das tentativas (YEUM et al., 2018). Assim, a restrição ao acesso a meios letais se constitui uma das premissas principais para intervenções na prevenção do suicídio (JAMISON & BOL, 2016).

Após tentar suicídio para aliviar a própria dor, os participantes do estudo reencontravam a dor, por vezes ainda mais intensa. Diante disso, alguns passavam a buscar por novos métodos, outras pessoas continuavam desejando o suicídio, embora o evitassem por medo, enquanto outros indivíduos consideraram a crise um disparador de mudanças e reconstrução de significados de si mesmos, da própria vida e das relações interpessoais. Esses achados mostram a multiplicidade de experiências relacionadas à tentativa de suicídio e o quanto intervenções podem ser oportunas para facilitar a proteção dos indivíduos, mas também a ressignificação da experiência vivida. É importante investir no acompanhamento longitudinal de pessoas que tentam suicídio, pois muitas pessoas recebem alta de serviços de emergência após tentativas sem encaminhamento para continuidade do tratamento (FREITAS & BORGES, 2017). Além disso, esse público tem dificuldade de aderir ao tratamento (BERROUIGUET et al., 2018). Essas questões reforçam a importância do acesso aos serviços e a necessidade de promover a busca ativa de pessoas menos aderentes.

Dentro da proposta de compreender o significado da vida após a tentativa de suicídio, uma das representações da vida esteve centrada na busca de atender necessidades relacionadas ao campo afetivo, relacional e espiritual. Tais necessidades eram atendidas por meio de manifestações de afeto, zelo, compreensão e acolhimento e pareciam aumentar o elo e o comprometimento com a vida, bem como a abertura para ressignificá-la. As relações interpessoais foram consideradas uma importante dimensão da vida, podendo ser fonte de frustração, sofrimento, autodepreciação, bem como de apoio, alívio de sofrimentos e proteção contra o comportamento suicida. Estudos recentes indicam que a esperança e pertencimento são fatores protetivos em relação ao comportamento suicida (RILEY & McLAREN, 2019; FUKUMITSU & VALE, 2019). Estar desconectado com a vida é uma experiência que ligada

a perdas de referências simbólicas, insegurança, enfrentamento hostil de situações cotidianas, dor psíquica e desamparo, em outras palavras (KOVÁCS, 2013; CASSORLA, 2017; FERRARI & BARRETO, 2018).

A percepção de ser necessário e importante para alguém, especialmente para os filhos, foi uma experiência ligada à perspectiva de superar obstáculos e seguir em frente. Ter filhos e estabelecer relações interpessoais saudáveis são considerados fatores de proteção contra o suicídio (SCHLÖSSER et al., 2014).

A espiritualidade e a religiosidade foram consideradas um recurso para superar sofrimentos e frustrações e para satisfazer necessidades de afeto, acolhimento, segurança, pertença e sentido para a vida. A religiosidade pode proporcionar trocas positivas, fortalecimento da autoestima e autoeficácia, esperança e novas perspectivas sobre a vida (STROPPA & MOREIRA-ALMEIDA, 2009; LEÃO, 2017). A espiritualidade também pode promover a sensação de sentir-se apoiado (VLIET et al., 2018) e ter efeitos protetores contra o comportamento suicida (JONGKIND et al., 2019; FRANCIS & BANCE, 2017).

Neste estudo, a vida também foi representada como uma sucessão de estados, situações ou experiências que oscilavam e exigiam capacidades de ressignificação, flexibilidade para enfrentar a impermanência e apreciação do momento presente. Os participantes reconheceram, em suas vidas, efeitos nocivos da polarização, fuga da dor, passividade, inflexibilidade, perfeccionismo, paralisação e padrões sociais aprisionantes. Destacaram ainda que a dinamicidade da vida, permitia-lhes reconstruir sua própria história. A literatura aponta que a reavaliação cognitiva está associada à redução do risco de comportamento suicida. A aptidão dos indivíduos para acolher suas vivências e demandas de forma autêntica, com suas possibilidades e imperfeições é importante para modos de enfrentamento saudáveis (CARDOSO, 2019; ONG & THOMPSON, 2019).

O sofrimento foi apresentado como uma possibilidade de ressignificação e resiliência. Estudos apontam que a resiliência é um fator protetor contra o comportamento suicida que deve fazer parte das intervenções universais, seletivas e indicadas para prevenção do suicídio (SHER, et al., 2019; CHEUNG, et al., 2019).

De acordo com o Interacionismo Simbólico, as representações e a comunicação com o próprio *self* são importantes para orientar a conduta individual em situações específicas, adaptando de forma flexível às circunstâncias e podendo trazer novos significados (BLUMER, 1969). No presente estudo, a vida também foi considerada em sua dimensão intrapsíquica, considerando o autoconhecimento, autoestima e expectativas e a relações estabelecida com o

próprio *self*, que estiveram ligadas aos desejos e planos relacionados à própria vida ou a comportamentos autodestrutivos.

Os processos autodestrutivos podem surgir como forma de contenção do desprazer, impotência e desamparo (KOVÁCS, 2013; CASSORLA, 2017; FERRARI & BARRETO, 2018). Neste estudo, as representações sobre o próprio *self* eram dinâmicas, possibilitando a alternância de diferentes características, como a autodestruição e a capacidade de desenvolver resiliência. As tentativas de suicídio ocorreram em situações de maior conflito interno, expectativas negativas relacionadas a si mesmo e percepção de ser indigno, inapto ou inferior. Por outro lado, o desejo de viver parecia estar associado a maior autoaceitação, autoestima e harmonia ou reconciliação com o próprio *self*.

No que se refere ao “lócus” de controle da própria vida, tanto a percepção da autonomia e protagonismo, quanto a de um *self* dependente ou passivo estiveram ligadas à apreciação positiva da vida e bem-estar, desde que proporcionassem uma sensação de conforto, segurança e satisfação de necessidades.

O significado traz às pessoas o sentimento de que suas vidas são relevantes (GLAW et al., 2017). O significado da vida denota de maneiras diversas, oriundas das experiências vividas pelo indivíduo. No comportamento suicida, a percepção de estar no mundo pode ser ambivalente e está presente quando os dois polos ficam fragilizados; vida e morte; viver e morrer; início e fim da vida (FERRARI & BARRETO, 2018). A falta de ressignificar a vida pode trazer um impasse existencial que, se não reconhecido, muitas vezes, resulta em desesperança, apatia, tédio e uma perda da vontade de viver (GLAW et al., 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo compreender o significado da vida e a experiência de uma tentativa de suicídio na perspectiva de adultos. Três temas representaram a experiência da tentativa de suicídio: “Ambiente intrapsíquico: representação e comunicação com o self” que revelou a generalização de fracassos e expectativas negativas na construção de significados atribuídos ao self, à vida e às relações; “Relações interpessoais” que expressou a necessidade de vínculo, pertença, reconhecimento, acolhimento e sentirem necessários para outras pessoas; e “Representações da tentativa de suicídio: a fuga e o encontro com a dor” a tentativa de suicídio era motivada pelo desejo de aliviar a dor, mas resultava no encontro com a dor, o que instigava a busca por novos métodos, a evitação do suicídio por medo ou a reconstrução de significados.

No âmbito do significado da vida, foram identificados três temas principais: as “*buscas no campo afetivo, relacional e espiritual*” revelaram a importância das manifestações de afeto, zelo, compreensão e acolhimento e para aumentar o elo e o comprometimento com a vida, bem como a abertura para ressignificá-la. A vida também foi representada como “*a constância da impermanência*” que exigia a flexibilidade, habilidades e apoio para adaptar-se, além de uma perspectiva esperançosa sobre a impermanência. As “*descobertas e relação com o próprio “self”*” estiveram ligadas aos desejos e planos relacionados à própria vida. A relação autodestrutiva ocorria em situações de maior conflito e autodepreciação. Todavia, as dinamicidades das representações sobre o próprio self permitiram que um self anteriormente autodestrutivo pudesse ser redefinido como um self capaz de superar, resistir e desenvolver resiliência.

O estudo fornece importantes achados a serem explorados na prática clínica, no delineamento de protocolos, políticas institucionais, bem como na formação de profissionais, pois ele proporciona, uma visão quanto à experiência e todas as situações vivenciadas por uma pessoa que passa por uma tentativa de suicídio, sendo possível, a compreensão de tal ato. Proporciona também, importantes *insights* a serem explorados na prática clínica, no delineamento de protocolos, políticas institucionais, bem como na formação de profissionais.

Dada a importância do tema que permeou este trabalho e o que ainda pode ser detectado, espera-se que este estudo estimule e inspire outros pesquisadores em investigações semelhantes, levando em consideração a complexidade do evento suicídio e que ainda se está longe de exaurir os achados a ele relacionados.

7 REFERÊNCIAS

- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Rev Bras Psiquiatr**, v.22, n.3, p.106-115, 2000.
- ANDRADE, I. C. S., et al. Social Support from family and friends: discourse of people with suicidal behavior. **Cogitare Enfermagem**, v.24, p.1-9, 2019.
- ARAGÃO, S. R. **História do suicídio**: aspectos culturais, socioeconômicos e filosóficos. 2014.
- BHATT, M., et al. Profile of suicide attempts and risk factors among psychiatric patients: A case-control study. **Plos One**, v.22, p.1-15, 2018.
- BAMONTI, P., et al. Spirituality attenuates the association between depression symptom severity and meaning in life. **Aging & Mental Health**, v.20, n.5, p.494-499, 2016.
- BERROUIGUET, S., et al. Prévention du suicide et santé connectée. **Medecine/sciences**, n. 34, p.730-4, 2018.
- BLUMER, H. **Symbolic interactionism**: perspective and method. California: University of California, 1969.
- BOTEGA, N. J. **Crise Suicida**: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- _____. et al. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v.23, n. 3, 2014, p.231-236.
- _____. Prevalências de ideias, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.12, p.2632-2638, 2009.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Suicídio**: saber, agir e prevenir. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. 2017.
- _____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2012.
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da **Política Nacional de Humanização**. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.
- BRAUN, V., & CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v.3, n.2, p.77 – 101, 2006.
- CAPLAN, S. Using focus group methodology for ergonomic design. **Ergonomics**, v. 33, n. 5, p. 527-533, 1990.

CARDOSO, C. L. A dificuldade de ser e o adoecimento existencial. In: **II Congresso Mineiro Gestalt-terapia**. 2019.

CASSORLA, R. M. S. **Suicídio**: fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução. São Paulo: Blucher, 2017.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada nos dados**: guia prático para as abordagens qualitativas. Porto Alegre: Artmed, 2009. 272p.

CHARON, J.M. **Symbolic interactionism**. 5th ed. New Jersey: Prentice Hall, 1995.

CHEUNG, V. H. M.; et al. The influence of resilience and coping strategies on suicidal ideation among Chinese undergraduate freshmen in Hong Kong. **Asia-Pacific Psychiatry**, v.11, n.2, p. 1-7, 2019.

CHOO, C. C., et al. Clinical assessment of suicide risk and suicide attempters' self-reported suicide intent: A cross sectional study. **Plos One**, v.14, n.7, p.1-11, 2019.

COSTANZA, A., et al. The Presence and the Search Constructs of Meaning in Life in Suicidal Patients Attending a Psychiatric Emergency Department. **Frontiers in Psychiatry**, v.11, p.1-7, 2020.

CRESWELL, J.W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. 3.ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

CUTCLIFFE JR. Methodological issues in grounded theory. **Journal of Advanced Nursing**, v.31, n.6, p.1476–84, 2000.

CZEKIERDA, K. et al. Links between meaning in life and physical quality of life after rehabilitation: Mediating effects of positive experiences with physical exercises and mobility. **Plos One**, p.1-12, 2019.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S.G. Abordagem quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S. F. (orgs). **Caminhos do Pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. P.195-226.

DÓRIA, A. R.; FARO, A. Estigma em pacientes admitidos em urgência/emergência por tentativa de suicídio: análise de estudantes e profissionais da saúde a partir de casos hipotéticos. **SALUD & SOCIEDAD**, v.8, n.3, p.200-215, 2017.

DRAGESET, J., et al. Crucial aspects promoting meaning and purpose in life: perceptions of nursing home residents. **BMC Geriatrics**, v.17, p.1-9, 2017.

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

EAVES, Y. D. A synthesis technique for grounded theory data analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v.35, n.5, p.654–663, 2001.

ELROY, S.M, & HEVEY, D. Child abuse & Neglect relationship between adverse early experiences, stressors, psychosocial resources and wellbeing. **Child Abuse & Neglect**, v.38, n.1, p.65-75, 2014.

ESPINOSA, X.P.; et.al. El significado de la vida y de la muerte para mujeres con cáncer de mama. **Avances en Psicología Latinoamericana**. Bogotá (Colombia), v. 33, p.445-479, 2015.

FERRARI, J.; BARRETO, J. B. M. Quando o viver não vale mais a pena: a percepção do paciente suicida. **Pesquisa em Psicologia | Anais Eletrônicos**, p.171-197, 2018.

FIGUEIREDO, A.E.B.; et.al. É possível superar ideias e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.6, p.1711-1719, 2015.

FOGARTY, A. S., et al. Tensions in perspectives on suicide prevention between men who have attempted suicide and their support networks: Secondary analysis of qualitative data. **Health Expectations**, v.21, p.261-269, 2018.

FRANCIS, W. & BANCE, L. O. Protective Role of Spirituality from the Perspective of Indian College Students with Suicidal Ideation: "I am here Because God Exists." **J Relig Health**, v.56, n.3, p. 962-970, 2017.

FREITAS, A.P.A.; BORGES, L. M. Do acolhimento ao encaminhamento: o atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. **Estudos de Psicologia**, v.22, n.1, p.50-60, jan-mar., 2017.

FUKUMITSU, K.O. & VALE, L.A. **Acolher e se afastar: relações nutritivas ou tóxicas**. São Paulo: Paulinas, 2019.

GATTI, B. A. **Grupo focal em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2012.

GLASER, B.; STRAUSS, A. **The discovery of grounded theory**. Berlin: Aldine de Gruyter, 1967.

GOTSSENS, M., et al. Validación de la causa básica de defunción en las muertes que requieren intervención medicolegal. **Rev Esp Salud Pública**, v.85, p.163-174, 2011.

GUEST, G.; et.al. Introduction to Applied Thematic Analysis. In: **Applied Thematic Analysis Thousand Oaks**, CA: Sage Publications, p.3-20,2011.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

HOOKE, S. A., & MASTERS, K. S. Daily meaning salience and physical activity in previously inactive exercise initiators. **Health Psychology**, v.37, n.4, p. 344–354, 2018.

HUPKENS, S., et al. Meaning in life of older adults in daily care: A qualitative analysis of participant observations of home nursing visits. **J Adv Nurs**, v.75, p.1732-1740, 2019.

JAMISON, E.C., BOL, K.A. Previous Suicide Attempt and Its. **American Journal of Preventive Medicine**, v.51, n.5, p.226-233, 2016.

JAMISON, K. R. Night falls fast: understanding suicide. New York: Ramdon House; 1999. Chapter 1: **Death lies near hands- History and overview**. p. 11- 19.

JAREMA, M. Are we able to evalute suicide risk? **Psychiatr. Pol**, v.52, n.1, p.7-19, 2018.

JONGKIND, M.; et al. Dimensions of Religion Associated with Suicide Attempt and Suicide Ideation in Depressed, Religiously Affiliated Patients. **Suicide Life-Threatening Behav**, v.49, n. 2, p. 505-519, 2019.

KAR RAY M., et al. Protect: Relational safety based suicide prevention training frameworks. **Int J Ment Health Nurs**, 2020.

KIM, H., et al. Journal of Affective Disorders Classification of attempted suicide by cluster analysis: A study of 888 suicide attempters presenting to the emergency department. **Journal of Affective Disorders**, v.235, p. 184-190, 2018.

KLONSKY, D. E.; et.al. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. **Annu. Rev.Psychol.**, v.12, p.307-330, 2016.

KOVÁCS, M. J. Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v.15, n.3, p.69-81, 2013.

LEÃO, E. M. S. F. **Novas perspectivas entre resiliência e espiritualidade através de escalas psicológicas**. 2017.

LOVISI, G. M. et.al. Epidemiological Analysis of Suicide in Brazil from 1980 to 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, p.86–94, 2009.

LUOMA, J.B.; MARTIN, C.E.; PEARSON, J.L. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. **Am J Psychiatry**. v.159, n.6, p.909-916, 2002.

MCKAY, K, SHAND, F. Advocacy and luck: Australian healthcare experiences following a suicide attempt. **Death Studies**, v.42, n.6, p.1-8, 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERSKY, J. P., et al. Child Abuse & Neglect Impacts of adverse childhood experiences on health, mental health, and substance use in early adulthood: A cohort study of an urban, minority sample in the U. S. **Child Abuse & Neglect**, v.37, n.11, p. 917-925, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 421-428, abr-jun, 1998.

MOREIRA, L. C. O.; BASTOS, P. R. H. O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Revista quadrimestral da associação brasileira de psicologia escolar e educacional**, Campo Grande, v. 19, n. 3, p. 445-453, 2015.

MUÑOZ, J.L., et al. Modelos de intervención em la conducta suicida según diferentes profesionales sanitarios em España: resultados Del proyecto EUROGENAS. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.2, p.146-154, 2014.

NAHERNIAK, B., et al. Ambivalence About Living and the Risk for Future Suicide Attempts: A Longitudinal Analysis. **Prim Care Companion CNS Disord**, v.21, n.2, 2019.

O'CONNOR, R.; KIRTLEY, O. The integrated motivational-volitional modelo of suicidal behaviour. **Philosophical Transactions B**. p. 1-10, out, 2018.

OLIVEIRA, E. N. et al. Comorbidades psiquiátricas e risco de suicídio em usuários de substâncias psicoativas. **Rev Enferm Contemp**, v.9, n.2, p.202-210, 2020.

ONG, E. ; THOMPSON, C. The Importance of Coping and Emotion Regulation in the Occurrence of Suicidal Behavior. **Psychol Rep**, v.122, n.4, p. 1192–210, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Saúde pública ação para a prevenção de suicídio: uma estrutura**. 2014.

PINTO, V.C.P.; et al. Adversidade na infância prediz sintomas depressivos e tentativas de suicídio em mulheres adultas portuguesas Adversity in childhood predicts depressive adult Portuguese women. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v.32, n.4, p.671-626, 2015.

PIRES, M. C. D. C. et.al. Estressores na tentativa de suicídio por envenenamento: uma comparação entre os sexos. **Trends Psychiatry Psychother**, v. 34, n. 01, 2012.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

QUINTERO, E, R.; GÓMEZ, R. R. Vivencias y experiencias de individuos con ideación e intento suicida Experiences of Individuals With Suicidal Ideation and Attempts. **Revista Colombiana de Psiquiatria**, v.45, n.2, p.92-100, 2016.

RIBEIRO, D.B. Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.37, n.1, p.1-7, 2016.

RIBEIRO, J.M. MOREIRA, M.R. Uma abordagem sobre suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.9, p.2821-2834, 2018.

RIBEIRO, M. N.; et al. Análise da Tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. **Texto Contexto Enferm**, v.27, n.2, p.1-11, 2018. 2018.

RILEY, K. & MCLAREN, S. Relationship Status and Suicidal Behavior in Gay Men: The Role of Thwarted Belongingness and Hope. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v.49, n.5, p.1452-1462, 2019.

ROCHA, M. A. S.; et al. A experiência suicida numa perspectiva humanista-fenomenológica. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 18, n. 1, jun. 2012.

SHER, L. Resilience as a focus of suicide research and prevention. **Acta Psychiatr Scand**, v.140, n.2, p. 169-180, 2019.

SCHLÖSSER, A., et al. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. **Trends in psychology – Temas em psicologia**, v. 22, n.133, 132-145, 2014.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

STROPPIA, A.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. *Rev Psiquiatr Clin*, v.36, n.5, p. 205-211, 2009.

SUN, F. K; LONG, A. A suicidal recovery theory to guide individuals on their healing and recovering process following a suicide attempt. **Journal of Advanced Nursing**, v.69, n.9, p. 2030-2040, jan, 2013.

SUOMINEN, K.; et al. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. **Am J Psychiatry**, v.161, n. 3, p.562-563, 2004.

TEIXEIRA, C. M. F. S. Tentativa e suicídio na adolescência. **Rev. Univ Federal Goiás**, v.6, n. 27, 2004.

TIDEMALM, D.; et al. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. **BMJ**, p.1-6, 2008.

TURATO, E. **Tratado de Metodologia de Pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humana**. Petrópolis: Vozes.2003.

TSAI, F.J., et al. Simulated directed-learning in life-education intervention on the meaning of life, positive beliefs, and well-being among nursing students: A Quasi-experimental study. **Medicine**, v.98, n.27, p. 1-8, 2019.

VEDANA, K. G. G. et al. O Cuidado de Enfermagem Relacionado Ao Comportamento Suicida. In: **Cuidar em enfermagem e saúde mental** - Volume 4. Curitiba: Editora Appris, 2017.

VELOSO, C. et.al. Violência autoinfligida por intoxicação exógena em um serviço de urgência e emergência. **Rev Gaúcha Enferm**, v.38, n.2, p.661-87, 2017.

VIDAL, C.E.L.; GONTIJO, E.D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.108-114, 2013.

VLIET, N.K.; et al. The associations between God representations and suicidality among Christian patients with a major depressive disorder. **SafetyLit**, v.60, n.8, p.511-520, 2018.

WANDERBROOCKE, A. C.N.S.; DIAS, M.S.L. **Suicídio abordagens psicossociais para a prevenção**. Curitiba: Juruá, 2019.

WASSERMAN, D. **A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process.** In: D Wasserman (ed.). *Suicide: An Unnecessary Death*. London: Martin Dunitz. p.13-27, 2001.

WERLANG, B.S.G.; MACEDO, K.; KRÜGER, L.L. Perspectiva psicológica. In: WERLANG, B.S.G., BOTEAGA, N.J., et al. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed; p. 75-92, 2004.

WETHERALL, K. et.al. From ideation to action: Differentiating between those who think about suicide and those who attempt suicide in a national study of young adults. **Journal of Affective Disorders**, v.241, 1-34, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Suicide in the world: Global Health Estimates**. 2019

_____. **Preventing suicide: A global imperative**. Geneva: 2014.

YAMAUCHI, T.; FUJITA, T.; TACHIMORI, H.; YAMAUCHI, T.; FUJITA, T.; TACHIMORI, H.; TAKESHIMA, T.; INAGAKI, M.; SUDO, A. Age-adjusted relative suicide risk by marital and employment status over the past 25 years in Japan. **J Public Health (Oxf)** [Internet] v.35, n.1, p. 49-56, 2013.

YEUM, T., et al. Factors Affecting Suicide Method Lethality Among Suicide Attempters in the Korea National Suicide Survey. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v.206, n.3, p.20-210, 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A- ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

DADOS OBTIDOS COM O ENTREVISTADO	
1. Data da Entrevista:	_____/_____/_____
2. Data de Nascimento:	_____/_____/_____
3. Sexo:	() 1.Feminino () 2.Masculino
4. Situação Conjugal:	() 1.Sem companheiro(a) () 2. Com companheiro(a)
5. Você mora sozinho?	() 1.Sim () 2.Não
6. Você está satisfeito com a sua vida?	() 1.Sim () 2.Não
7. Você está satisfeito com o apoio que recebe das pessoas com quem convive?	() 1. Sim () 2. Não
8. Você realiza atividade física regularmente?	() 1. Sim () 2. Não Se sim, qual(is)? _____ Com qual frequência? _____
9. Você realiza atividades de lazer (atividades agradáveis feitas no seu tempo livre) regularmente?	() 1. Sim () 2. Não Se sim, qual(is)? _____ Com qual frequência? _____
10. Você possui alguma crença (espiritualidade)?	() 1. Sim () 2. Não
11. Está fazendo algum acompanhamento, terapia ou atendimentos em saúde mental? (Por exemplo: psicoterapia, grupos, terapia ocupacional, medicina alternativa)	() 1. Sim () 2. Não Se sim, qual(is)? _____
DADOS COLETADOS NO PRONTUÁRIO	
1. Diagnósticos:	_____ _____ _____ _____
2. Medicamentos prescritos:	_____ _____ _____ _____

3. Quantidade de tentativas de suicídio: _____
4. Quantidade de internações psiquiátricas: _____

APÊNDICE B- QUESTÕES NORTEADORAS PARA AS ENTREVISTAS

- 1- Conte-me como foi sua experiência relacionada à tentativa de suicídio.
- 2- O que levou você a realizar uma tentativa de suicídio?
- 3- Você buscou algum tipo de apoio quando estava com pensamentos suicidas? Qual(is)?
Como você avalia o apoio recebido?
- 4- Para você, qual significado da sua vida hoje?

APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a), venho por meio desse convidá-lo a participar voluntariamente do estudo: “**A experiência da tentativa de suicídio e o significado da vida**”, que possui como objetivo compreender o significado da vida e a experiência de uma tentativa de suicídio na perspectiva de adultos que tentaram suicídio. O estudo será realizado pela pesquisadora Profa. Dra. Kelly Graziani Giaccheri Vedana com participação da enfermeira Andréa Cristina Alves Santos, sendo a pesquisadora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP-USP.

Deste modo, solicito que responda quanto aos seus dados sociodemográficos e clínicos onde terá algumas questões relacionadas ao seu diagnóstico, qual seu projeto terapêutico nos serviços de saúde mental, quantas tentativas de suicídio já cometeu e se tem histórico na família, se houve internações em hospitais psiquiátricos e na entrevista semidirigida, serão abordados quanto a sua experiência referente à tentativa de suicídio, os motivos pelo qual tentou suicídio, os recursos de apoio buscados na ocasião (e avaliação dos mesmos), as ações de apoio consideradas bem sucedidas e qual o significado da vida. O tempo para responder aos dois questionários será de aproximadamente 50 min. Riscos físicos não estão previstos, mas há possibilidade de sentir algum desconforto e/ou ansiedade ao preencher os questionários e refletir sobre como foi essa experiência de tentar suicídio. Nesse caso, você pode ser ouvido pela pesquisadora ou poderá se recusar a participar do estudo ou interromper sua participação a qualquer momento, sem que haja prejuízos por parte do pesquisador e da instituição de trabalho.

Vale ressaltar que não haverá gastos nem ganhos financeiros por parte dos participantes. Na presença de algum dano, você poderá ser indenizado segundo a legislação brasileira vigente. A pesquisa poderá ter como benefícios a oportunidade de falar abertamente sobre a experiência relacionada às tentativas de suicídio e à busca por ajuda, o que pode fazer com que você se sinta acolhido e apoiado e poderá ajudar os profissionais de saúde a compreender melhor essa experiência para aprimorar os cuidados a pessoas em risco de suicídio. As informações coletadas nesse estudo ficarão sob guarda e responsabilidade da pesquisadora e o anonimato dos participantes será garantido. Os resultados poderão ser divulgados em artigos científicos publicados e apresentados em eventos científicos, sem que haja a identificação dos participantes.

Comprometemo-nos a prestar quaisquer informações e esclarecimentos adicionais, diante de dúvidas a respeito da pesquisa que porventura possam ocorrer. Você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável na sala 49 da Escola Enfermagem de Ribeirão Preto, no endereço: Av. Bandeirantes, nº 3900, Vila Monte Alegre, CEP 14040-902, Ribeirão Preto - SP, telefone (16) 3315-3408, e-mail: kellygiaccheri@eerp.usp.br

Para demais esclarecimentos, também poderá se comunicar com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EERP-USP, que tem a finalidade de defender a integralidade e dignidade dos participantes da pesquisa, bem como contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões ético-científicos. O CEP está localizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto no endereço Av. Bandeirantes, 3900, Vila Monte Alegre, CEP: 14040-902, Ribeirão Preto-SP, telefone (16) 3315-9197, nos dias úteis - das 10 às 12 e das 14 às 16 horas. Frisamos que o desenvolvimento dessa pesquisa foi aprovado pelo CEP EERP-USP.

Caso o (a) sr (a) aceitar participar dessa pesquisa o fará de forma voluntária e deverá assinar este termo de consentimento em duas vias, sendo que uma via assinada ficará com você.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Kelly Graziani Giaccherro Vedana

Pesquisadora Responsável

Andréa Cristina Alves Santos

Doutoranda

Eu, _____ declaro que estou devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos e concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e sanar as minhas dúvidas.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do Participante

APÊNDICE D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA PARA JUÍZES

Prezado (a) especialista, venho por meio desse, solicitar sua participação no projeto intitulado **“A experiência da tentativa de suicídio e o significado da vida”** que possui como objetivo compreender o significado da vida e a experiência de uma tentativa de suicídio na perspectiva de adultos que tentaram suicídio.

De tal modo, solicito seu auxílio a fim de validar um instrumento sociodemográfico e umas questões norteadoras para execução da entrevista, tanto ao conteúdo, quanto à adequação, de forma a concordar ou discordar das questões formuladas e sugerir alterações. Esse instrumento foi elaborado pelas autoras do estudo e tem como objetivo obter dados sociodemográficos, subjetivos e psicossociais dos participantes da pesquisa.

Você receberá um questionário por meio postal ou eletrônico contendo as questões e o conteúdo, adequação, sendo o tempo previsto para esta avaliação de 30 a 40 minutos. Frisamos que a sua identidade não será revelada e que não haverá custo ou pagamento para os colaboradores voluntários que participarem deste estudo.

Você tem o direito de se recusar a participar, assim como de interromper sua participação a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Riscos físicos não estão previstos, mas tem a possibilidade de sentir algum desconforto e/ou ansiedade relacionado ao tempo para avaliar o questionário. Com o intuito de minimizar tais questões, estipulamos o prazo de 30 dias para realizar a avaliação, no momento que preferir e, caso não saiba avaliar alguma questão do roteiro, a mesma poderá ficar sem avaliação. Caso sinta algo, peço que comunique a pesquisadora imediatamente ou se preferir entre em contato com a pesquisadora responsável, cujo telefone e e-mail estão disponibilizados no final desse documento. Na presença de algum dano, você poderá ser indenizado segundo a legislação brasileira vigente.

A sua participação irá trazer benefícios para a compreensão de como é o processo de uma tentativa de suicídio e como a pessoa ressignifica sua vida após o ato. Os resultados poderão ser divulgados em artigos científicos publicados e apresentados em eventos científicos, sem que haja a identificação dos participantes.

Além disso, para demais esclarecimentos, também poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EERP-USP, cuja finalidade é defender a integralidade e dignidade dos participantes da pesquisa, bem como contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões ético-científicos. O CEP está localizado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto no endereço

Av. Bandeirantes, 3900, Vila Monte Alegre, CEP: 14040-902, Ribeirão Preto-SP, telefone (16) 3315-9197, nos dias úteis - das 10 às 12 e das 14 às 16 horas, e-mail: kellygiacchero@eerp.usp.br. Ressaltamos que o desenvolvimento desse estudo foi aprovado pelo CEP EERP-USP.

Caso o (a) sr (a) aceitar participar dessa pesquisa o fará de forma voluntária e deverá assinar este termo de consentimento em duas vias, sendo que uma via assinada ficará com você.

Antecipadamente, agradecemos e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Kelly GrazianiGiacchero Vedana

Pesquisadora Responsável

Andréa Cristina Alves Santos

Doutoranda

Eu, _____ declaro que estou devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos e concordo em participar desse estudo voluntariamente. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e sanar as minhas dúvidas.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura

APÊNDICE E-DESCRIÇÃO DAS EXPRESSÕES ARTÍSTICAS TRAZIDAS NOS ENCONTROS GRUPAIS SOBRE O SIGNIFICADO DA VIDA APÓS TENTATIVA DE SUICÍDIO

O significado da vida foi abordado por meio de encontros grupais, sendo um deles no formato de grupo focal e os seguintes abordaram músicas, imagens e poesias. A seleção dos itens apresentados, através dos elementos artísticos, encontra-se descritos nos quadros a seguir:

Quadro 01-Música

Um dado relevante é que 50% dos participantes escolheram músicas voltadas para a religiosidade.

Participante	Música escolhida e fonte	Justificativa para a escolha (perspectiva do participante)
01	Sou humano- Bruna Karla Referência: https://www.letras.mus.br/	Expressa o oscilar da vida, entre em alguns momentos se sentir forte e em outros fraca e reforça a ideia de que a vida está nas mãos de Deus.
02	Skyscraper- Demi Lovato Referência: https://www.letras.mus.br/	Identificação com a autora, que apresenta transtorno de humor bipolar e com a história de vida dela.
03	Trem Bala- Ana Vilela Referência: https://www.letras.mus.br/	A música inspira fortalecimento nos momentos difíceis da vida, traz bem-estar e fala sobre a alternância entre a fraqueza e força.
04	Deixa eu te usar- Sarah Farias Referência: https://www.letras.mus.br/	Expressa a ligação com Deus, algo que transcende.
05	I'll still Have Me- CYN Referência: https://www.letras.mus.br/	Servia de apoio para os momentos difíceis e tem mensagem sobre autonomia.
06	Maluco Beleza- Raul Seixas Referência: https://www.letras.mus.br/	Identificação com o autor, que oscila entre a loucura e lucidez.
07	Montanha- Patrícia Romania	Identificação com a autora (pois acreditava não precisar de Deus em sua vida, e com o passar do

	Referência: https://www.letras.mus.br/	tempo, sentiu Deus no comando da sua vida). Mensagem de que, através do sofrimento, houve uma transformação positiva na vida.
08	Verdades do tempo- Thiago Brado Referência: https://www.letras.mus.br/	Concordância com a crença de que a fé em Deus move a esperança para suportar adversidades. A música lhe faz refletir sobre o amor e a importância de vivermos o hoje.

Quadro 02- Imagens

Um dado relevante é que 50% dos participantes apresentou dentre as imagens escolhidas, fotos próprias ou de pessoas conhecidas. Houve em comum também, participantes que trouxeram imagens voltadas para a religiosidade.

Participante	Descrição	Justificativa para a escolha (perspectiva do participante)
01	A imagem é um quadro de um vilarejo em uma colina, cercada por montanhas, ipês, vegetação rasteira com um lago. Há uma pessoa sentada em uma cadeira, observando a natureza. O céu cheio de nuvens com presença de geleira na montanha.	Remete paz, felicidade e tranquilidade para sua vida.
02	Imagem da Frida Kahlo, colorida, expressão da artista séria, olhando para câmera, com adornos, tiara de flores, cabelos presos, maquiagem marcante, casaco preto, ao fundo papel de parede verde com flores.	Fonte de fortalecimento e ressignificação para a vida.
03	Imagem com duas crianças (filhas), com uniforme escolar, face alegre, cabelos presos. Estão envolvidas por flores com fundo colorido com uma mensagem com os seguintes dizeres: “Ser mãe é chorar de alegria e muitas vezes sorrir com tristeza, é cancelar sonhos em prol de terceiros. É acreditar quando ninguém mais acredita, é esperar quando ninguém mais espera. Parabéns pelo seu dia! Maio 2011.”	Fonte de ressignificação da vida através do sofrimento. As filhas são uma fonte de vida.

04	A imagem de uma criança (filha), estampada em um chaveiro, com uniforme escolar, cabelos presos com tranças e com as mãos em forma de um coração.	A filha é uma fonte de ressignificação da vida.
05	A imagem de uma igreja católica na cor branca, com uma cruz; uma escadaria central, com um cálice e uma torre de tijolinhos à vista, com uma cruz e um relógio ao alto.	Gratidão pela vida e a superação através da fé.
06	Imagem 01- A imagem traz como descrição a seguinte frase “Não é livro nem filme, é vida real”, contém quatro mulheres, abraçadas, olhando para câmera, com vestes despojadas em frente a um monte. Imagem 02- Duas mulheres com jalecos brancos, sorridentes, com adornos, olhando para a câmera. Há um cartaz ao fundo referente a campanha de câncer de mama.	As imagens remetem à liberdade na vida, o que o participante busca no momento.
07	Imagem 01- Imagem com várias mulheres (familiares) abraçadas, descontraídas, olhando para câmera, com roupas despojadas. Imagem 02- Imagem com várias pessoas (homens, mulheres e crianças) em um campo rodeado de árvores, sorridentes, descontraídos, olhando para a câmera e com roupas despojadas. Imagem 03- Imagem da participante com um homem (esposo). Ela está com sorriso discreto, cabelos soltos, blusa preta. O homem se encontra sorridente, faz uso de óculos, com camisa polo azul. Eles se encontram em frente a uma vegetação.	A família e os amigos são como fontes de vida. A família é o alicerce para sua vida. Sente que hoje é motivo de orgulho para todas as pessoas próximas.

	Imagem 04- Uma criança (filho) sorrindo, com uma veste de escoteiro camuflada, com uma boina marrom.	
08	Imagem 01- Imagem de um folheto de liturgia católica. Imagem 02- Imagens de duas fotos 3x4 da participante. Imagem 03- Imagem de um projeto de uma igreja católica com uma cruz central e duas escadarias	A religiosidade como fonte de fortalecimento para a vida.

Quadro 03- Poesias

As poesias escolhidas pelos participantes (50%) trazem o amor como significado para a vida.

Participante	Poesia escolhida e fonte	Justificativa para a escolha (perspectiva do participante)
01	O dia mais belo-Madre Teresa de Calcutá https://www.pensador.com	Menciona conteúdos que têm significado na sua vida: fé, família e amor.
02	E de repente, num dia qualquer- Fabíola Simões https://www.pensador.com	Aborda a importância de ter força para superar os obstáculos da vida.
03	Soneto da Fidelidade-Vinícius de Moraes https://www.pensador.com	Aborda o amor e a fidelidade como uma fonte de significado para sua vida.
04	Presságio- Fernando Pessoa https://www.pensador.com	Exprime o amor como uma fonte de significado para sua vida.
05	Ao meu lindo e pequeno peixe- autoria do participante	Retrata o fortalecimento após sofrimento e o aprendizado trazido frente às situações difíceis.
06	Ela era suicida-Eita Mocidade https://www.pensador.com	Identificação com o autor, pois mostra a escolha pela vida e não pela morte.
07	Recomeço- Bráulio Bessa https://www.pensador.com	Remete à ideia de que a vida é sempre um recomeço.
08	Ame-autoria do participante	Aponta o amor como significado da vida.

1-5 pontos	Baixo	☐
6-9 pontos	Moderado	☐
≥ 10 pontos	Alto	☐

ANEXO B-PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A EXPERIÊNCIA DA TENTATIVA DE SUICÍDIO E O SIGNIFICADO DA VIDA

Pesquisador: Kelly Graziani Giaccherio Vedana

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 77961417.8.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: INSTITUTO FEDERAL DE EDUCACAO, CIENCIA E TECNOLOGIA DO SUL DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.473.572

Apresentação do Projeto:

O suicídio é considerado atualmente como um problema de saúde pública, e a tentativa prévia de suicídio é um forte preditor para um suicídio futuro. A compreensão da experiência de uma tentativa de suicídio e do significado da vida são importantes para a proposição de medidas preventivas e de valorização da vida. Objetivo: O presente estudo tem como objetivo geral compreender o significado da vida e a experiência de uma tentativa de suicídio na perspectiva de adultos que tentaram suicídio. Método: Estudo qualitativo que empregará o Interacionismo Simbólico e a Análise Temática. A pesquisa será desenvolvida em serviços de saúde mental localizados no interior do estado de Minas Gerais - Brasil. Serão elegíveis para o estudo 30 participantes adultos que tentaram suicídio há, no máximo, dois anos, que possuam ao menos uma tentativa de suicídio notificada nos serviços da Vigilância Epidemiológica do município e que estejam em tratamento no CAPS II ou CAPS AD do município. O estudo será desenvolvido em duas etapas. Na primeira será realizada uma entrevista semidirigida e a aplicação de um roteiro com dados sociodemográficos. A segunda etapa da pesquisa consistirá na realização de 4 encontros grupais para explorar a perspectiva dos participantes o significado da vida por meio de grupo focal e músicas e imagens e poesias sugeridas pelos participantes. Os indivíduos serão avaliados antes e após os encontros grupais pela aplicação do módulo C do MINI PLUS referente ao Risco de Suicídio. Este estudo poderá produzir conhecimento inovador e relevante para o planejamento de intervenções relacionadas à prevenção do suicídio e apoio a pessoas com comportamento suicida.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 2.473.572

Objetivo da Pesquisa:

Este estudo tem como objetivo compreender o significado da vida e a experiência de uma tentativa de suicídio na perspectiva de adultos que tentaram suicídio.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Os possíveis riscos estão relacionados ao tempo destinado à aplicação da pesquisa e à possibilidade de desconforto ao falar sobre o tema da investigação, para minimizar tais questões, será sugerido aos entrevistados que não se sintam pressionados a falar sobre algum assunto o qual não queiram abordar. Caso haja desconforto, o entrevistado poderá optar entre evitar o assunto que gera desconforto, poderá ser ouvido, ou ser referenciado para os profissionais da atenção psicossocial onde os participantes são acompanhados.

Os participantes dos grupos serão avaliados quanto ao risco de suicídio antes dos encontros e após a realização destes pela aplicação do módulo C do MINI PLUS -Risco de Suicídio e, a depender dos resultados obtidos, o participante poderá passar por uma avaliação mais detalhada, obter apoio da pesquisadora (com formação em saúde mental) ou ser encaminhado para o profissional de referência do serviço onde é acompanhado.

Benefícios

Um dos benefícios que poderão ser obtidos no presente estudo é a oportunidade de desmistificar o suicídio e das tentativas de suicídio. Embora no senso comum haja a crença de que falar sobre suicídio com um paciente pode induzi-lo ao ato, há recomendações consistentes para que esse assunto seja abordado, pois falar abertamente e de forma adequada sobre o suicídio pode salvar vidas (OMS, 2000). Ademais, conversar com o paciente sobre o suicídio pode reduzir a ansiedade e fazer com que ele se sinta acolhido (BERTOLOTE, 2012), elementos primordiais para que o paciente possa pedir ajuda. Dessa forma, o diálogo adequado com a pessoa que tem um risco de suicídio deve ser estimulado e não evitado conforme mitos existentes.

Após consentirem verbalmente em participar da pesquisa, foi solicitado aos participantes que assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante com temática importante para a saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados à pesquisa.

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

**USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP**

Continuação do Parecer: 2.473.572

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Realizados alterações conforme solicitado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado Ad Referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_940131.pdf	04/12/2017 09:57:15		Aceito
Outros	TCLEJversao02.pdf	04/12/2017 09:56:49	Andréa Cristina Alves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEversao02a.pdf	04/12/2017 09:55:31	Andréa Cristina Alves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PGC.pdf	04/12/2017 09:55:00	Andréa Cristina Alves	Aceito
Outros	Oficio_de_resposta.pdf	27/11/2017 16:52:17	Andréa Cristina Alves	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostocerta.pdf	27/09/2017 13:33:39	Andréa Cristina Alves	Aceito
Outros	OE.pdf	01/09/2017 18:13:14	Andréa Cristina Alves	Aceito
Outros	ICD.pdf	01/09/2017 17:46:29	Andréa Cristina Alves	Aceito
Cronograma	CR.pdf	01/09/2017 17:44:16	Andréa Cristina Alves	Aceito
Outros	CEPF.pdf	01/09/2017 06:59:38	Andréa Cristina Alves	Aceito
Outros	CEPE.pdf	01/09/2017 06:58:31	Andréa Cristina Alves	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: BANDEIRANTES 3900
 Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 2.473.572

RIBEIRAO PRETO, 24 de Janeiro de 2018

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br