

LILIANA PERUCHE RIBEIRO

**ANÁLISE FUNCIONAL DE RELATOS SOBRE
TENTATIVAS DE SUICÍDIO**

PUC-CAMPINAS

2006

LILIANA PERUCHE RIBEIRO

**ANÁLISE FUNCIONAL DE RELATOS SOBRE
TENTATIVAS DE SUICÍDIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da PUC-Campinas como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

ORIENTADORA: profa. dra. Vera Lucia Adami Raposo do Amaral

PUC-CAMPINAS

2006

LILIANA PERUCHE RIBEIRO

**ANÁLISE FUNCIONAL DE RELATOS SOBRE
TENTATIVAS DE SUICÍDIO**

Banca Examinadora

profª drª Vera Lucia Adami Raposo do Amaral

prof. dr. Nelson Iguimar Valério

prof. Dra. Karina Magalhães Brasio

PUC-CAMPINAS

2006

SUMÁRIO

	Pag.
LISTA DE TABELAS	vii
RESUMO	ix
ABSTRACT	x
INTRODUÇÃO	1
Conceitos da Análise do Comportamento	11
Terapia comportamental e análise funcional	15
Objetivos	18
MÉTODO	19
Participantes	19
Material	19
Procedimento	21
RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	59
ANEXOS	66

LISTA DE TABELAS

		Pag.
TABELA 1	Dados de Identificação	24
TABELA 2	Dados sobre uso de substâncias e doença de base	25
TABELA 3	Método utilizado na TS e sua consequência	26
TABELA 4	História de TS e tratamento psiquiátrico	27
TABELA 5	História familiar de TS e tratamento psiquiátrico	27
TABELA 6	Contingências presentes na TS de P1	31
TABELA 7	Descrição do relacionamento familiar segundo P1 e sua mãe	32
TABELA 8	Descrição de relacionamentos afetivos feita por P1 e sua mãe	33
TABELA 9	Contingência aversiva na vida de P1 descrita por ela e sua mãe	34
TABELA 10	Estratégias de enfrentamento utilizadas por P1	35
TABELA 11	Contingências presentes na TS de P2	38
TABELA 12	Descrição do relacionamento familiar segundo P2 e sua tia	39
TABELA 13	Descrição do relacionamento afetivo de P2	58
TABELA 14	Descrição de desempenho acadêmico segundo P2 e a tia	41
TABELA 15	Contingência aversiva descrita por P2	41
TABELA 16	Estratégias de enfrentamento utilizadas por P2	42
TABELA 17	Contingências presentes na TS de P3	44
TABELA 18	Relacionamento familiar descrito por P3 e sua irmã	45
TABELA 19	Desempenho acadêmico de P3	46
TABELA 20	Contingência aversiva descrita por P3	47
TABELA 21	Estratégias de enfrentamento utilizadas por P3	47
TABELA 22	Contingências presentes na TS de P4	49
TABELA 23	Relacionamento familiar descrito por P4 e sua mãe	50
TABELA 24	Descrição do relacionamento afetivo de P4	50
TABELA 25	Desempenho acadêmico de P4	51
TABELA 26	Contingência aversiva descrita por P4	52
TABELA 27	Respostas relacionadas a história dos pensamentos de morte: topografia, frequência e intensidade	53

RIBEIRO, Liliana Peruche. *Análise Funcional de Relatos de Tentativas de Suicídio*. Campinas, 2006. 72 p. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica – Campinas.

RESUMO

Estudos epidemiológicos a respeito do suicídio descrevem alta incidência, sendo uma das 10 causas de morte em todas as idades. O conceito de tentativa de suicídio adotado neste trabalho refere-se ao ato que causa lesão àquele que emite a resposta, que pode ser de esquiva ou fuga de situações aversivas (Banaco, 2001). As tentativas de suicídio são executadas na maioria das vezes por mulheres, que utilizam como método a intoxicação exógena. Alguns eventos de vida são relacionados à tentativa de suicídio, como brigas, problemas de relacionamentos amorosos e familiares, morte de ente querido, separação ou abandono, perdas financeiras, gravidez indesejada, aborto e inconstância religiosa. Porém o fator de risco mais significativo encontrado nos casos de tentativa de suicídio e descrito na literatura é a presença de transtorno mental. A depressão, os transtornos de personalidade e o abuso de álcool são os mais comuns. Neste trabalho foi utilizado o referencial teórico da Análise do Comportamento como forma de compreensão do comportamento auto-destrutivo. As contingências presentes na ocorrência da tentativa de suicídio, juntamente com a história de vida do sujeito, fazem parte do conteúdo necessário para a realização da análise funcional, que é um instrumento clínico da terapia comportamental. O objetivo deste trabalho foi analisar funcionalmente o relato das contingências atuais e a história de vida de uma amostra de quatro participantes com história de tentativa de suicídio. Além do relato dos participantes, foram colhidas informações de um familiar de cada paciente. Esta amostra foi selecionada num serviço de emergência de um hospital geral do interior de São Paulo. Foram utilizados uma ficha de identificação do participante e um roteiro de entrevista semi-estruturada para a coleta de dados do participante. O mesmo roteiro de entrevista foi usado na entrevista com o familiar, porém com algumas adaptações. O primeiro contato foi feito durante a internação do paciente no hospital, no atendimento da tentativa de suicídio. As entrevistas, tanto com o participante quanto com o seu familiar, foram realizadas no ambulatório do hospital. Ao final das entrevistas, foi oferecido ao participante cinco sessões de apoio psicológico; estas sessões não foram utilizadas neste estudo. Conclui-se que as contingências aversivas presentes na vida de todos os participantes no momento da TS foram discriminadas sem dificuldades, porém as contingências referentes a história de vida não foram bem identificadas. A desestrutura familiar foi um fator significativo encontrado nos participantes. A avaliação funcional do uso de estratégias de enfrentamento apresentadas pelo participante pode colaborar na prevenção de futuras tentativas.

PALAVRAS-CHAVE: tentativa de suicídio, análise funcional, contingências, história de vida.

RIBEIRO, Liliana Peruche. *Functional Analysis about Stories of Suicide Attempt*. Campinas, 2006. 72 p. Máster Thesis. Pontifícia Universidade Católica – Campinas.

ABSTRACT

Studies epidemiologists regarding the suicide describe high incidence, being one of the 10 causes of death in all the ages. The concept of attempt of suicide adopted in this work mentions the act to it that cause injury to that it emits the reply, that can be of esquivia or escape of aversivas situations (Banaco, 2001). The suicide attempts are executed in the majority of the times for women, whom they use as method the exógena poisoning. Some events of life are related to the suicide attempt, as fight, problems of loving and familiar relationships, death of wanted being, separation or abandonment, financial losses, indesejada pregnancy, abortion and religious inconstância. However the factor of found more significant risk in the cases of attempt of described suicide and in literature is the presence of mental upheaval. The depression, the upheavals of personality and the excessive alcoholic consumption are most common. In this work the theoretical referencial of the Analysis of the Behavior was used as form of understanding of the auto-destructive behavior. The contingencies gifts in the occurrence of the suicide attempt, together with the history of life of the citizen, are part of the necessary content for the accomplishment of the functional analysis, that is a clinical instrument of the mannering therapy. The objective of this work was functionally to analyze the story of the current contingencies and the history of life of a sample of four participants with history of suicide attempt. Beyond the story of the participants, information of a familiar one of each patient had been harvested. This sample was selected in a service of emergency of a general hospital of the interior of São Paulo. A fiche of identification of the participant and a script of interview half-structuralized for the collection of data of the participant had been used. The same interview script was used in the interview with the familiar one, however with some adaptations. The first contact was made during the internment of the patient in the hospital, in the attendance of the suicide attempt. The interviews, as much with the participant how much with its familiar one, they had been carried through in the clinic of the hospital. To the end of the interviews, it was offered to the participant five sessions of psychological support; these sessions had not been used in this study. One concludes that the aversivas contingencies gifts in the life of all the participants at the moment of the TS had been discriminated without difficulties, however the referring contingencies the life history well had not been identified. The familiar desestruturata was a found significant factor in the participants. The functional evaluation of the use of strategies of confrontation presented by the participant can collaborate in the prevention of future attempts.

KEY-WORDS: attempt of suicide, functional analysis, contingencies, history of life.

INTRODUÇÃO

O suicídio e os comportamentos auto-destrutivos são temas históricos discutidos por filósofos, religiosos e escritores desde documentos que datam de 1834 (Bastos, 1995). Há descrições sobre suicídio em diferentes momentos históricos: no Estado grego o suicida era privado de honras fúnebres por considerar que o indivíduo teria sido fraco e covarde frente a seus deveres cívicos; no século XIX, durante a Revolução Industrial, o suicídio era considerado um ato de vergonha e mantido em segredo na família (Juchem, Benincá & Pureza, 1999).

Em meados dos anos 50, foi estruturada uma sub-especialidade psiquiátrica denominada Suicidologia, e então o suicídio começou a ser considerado um problema de saúde pública. A partir daí toda a comunidade científica passou a contribuir para as explicações acerca do suicídio, incluindo estudos bioquímicos, farmacológicos, psiquiátricos e atualmente o avanço das explicações com os estudos genéticos (Bastos, 1995).

Historicamente é possível constatar como a sociedade referiu-se aos suicidas e como esse tratamento foi se alterando. Silva (1992) refere-se ao suicídio como uma comunicação entre o sujeito e o mundo. O autor defende que a morte do suicida é a única estratégia que o sujeito encontra para restabelecer o elo de comunicação com os outros. O suicida pratica um ato de comunicação e não um gesto solitário. Além disso, é uma comunicação para uma sociedade que o impede de comunicar-se de outras formas que não seja através deste gesto.

A divulgação de um suicídio e sua comunicação sem critérios podem gerar

amplos problemas sociais. Antes mesmo do excesso de exposição ocorrido na morte do famoso cantor de rock Kurt Cobain, a influência da mídia na cobertura de suicídios era discutida. Jovens que se identificavam com o cantor da banda Nirvana através de músicas ou padrões de comportamento emitiram comportamentos imitativos e houve um aumento do número de suicídios com as mesmas características, de acordo com Harris (2004). Baptista (2004) defendeu que a divulgação destes modelos na vida de pessoas psicologicamente vulneráveis facilita o processo de imitação, fenômeno chamado *suicide contagion*.

Dados divulgados pela American Foundation for Suicide Prevention (2003) demonstraram esta influência através de uma pesquisa realizada em Viena que avaliava a eficácia de uma campanha direcionada aos jornalistas. O objetivo do estudo era rever a forma de divulgação dos suicídios em que o indivíduo se jogava na frente de trens, atividade intensa entre 1984 e 1987 naquela região. Como resultado observou-se uma queda para menos da metade dos suicídios no metrô de Viena após a restrição da veiculação de histórias de suicídios envolvendo estes veículos. Certamente o efeito da divulgação de um suicídio está relacionado à forma como o fato foi descrito, sendo por isso importante que a comunicação destas e outras notícias seja feita de forma responsável (Meleiro, Fensterseifer & Welang, 2004; Martin, 1998).

Esta preocupação com a forma como o suicídio é divulgado e explicado faz parte do avanço na área da suicidologia. A OMS discorreu sobre o tema e iniciou muitas atividades para promover pesquisas e intervenções mais adequadas, através de estudos multicêntricos (Harrington, 2001; OMS, 2001).

O processo de comunicação suicida-sociedade continua ocorrendo dentro de

um campo interacional. Silva (1992) explica que é preciso resgatar o ato suicida: “o gesto solitário, uma vez efetivado, perde sua característica de isolamento porque desencadeia um processo de comunicação contra o qual vão se consolidando diferentes mecanismos de controle social.”

As discussões acerca da definição de suicídio já caminharam pelo campo da filosofia, da religião, da literatura e hoje se instalam como discussão fundamental na área da saúde. Com a interferência da OMS através de investimentos significativos em programas de prevenção e tratamento, considera-se hoje que o suicídio tem um impacto negativo na saúde pública mundial (Grossi, Marturano & Vansan, 2000; Moscicki, 1997).

A palavra suicídio foi utilizada pela primeira vez por Desfontaines, em 1737. *Sui* significa si mesmo e *caedes* refere-se a ação de matar. Definições teóricas se alternam, se complementam, se contradizem. “Não há uma única resposta porque o caminho do suicídio é o da ambigüidade”, diz Silva (1992).

O conceito é discutido partindo de pressupostos teóricos diversos, como a história, a epidemiologia e o momento político-social. Em 1897, o fundador da sociologia Émile Durkheim publicou uma das obras mais significativas no direcionamento de estudos sobre o suicídio. O autor chamou de suicídio “todo o caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado” e a tentativa “como o ato assim definido, mas interrompido antes de resultar em morte” (p.16). A ênfase do ato como um produto social possibilitou, por meio de sua pesquisa estatística em seis países, a descrição de três tipos de suicídio:

- o egoísta, onde o indivíduo exclui-se ou é excluído de sua rede social;

- o anômico, em que o sujeito considera-se responsável por toda estrutura social e não discrimina condições para manipulá-la;
- e o altruísta, que seria aquele suicídio baseado numa crença, numa causa maior (Durkheim, 1982/1897).

Certamente o enfoque dado pelo autor no contexto social pôde colaborar para a compreensão do comportamento suicida a partir de uma visão sociológica. Porém é de extrema necessidade a compreensão do problema na relação particularizada da história de vida de cada indivíduo que tenta suicídio e das contingências as quais ele está exposto (Minayo, 1998).

Cassorla (1998, 2004) atentou para a variabilidade dos comportamentos considerados suicidas, distinguindo a ameaça, o gesto (onde não há risco de vida, predominando a manipulação), a tentativa e o suicídio completo ou exitoso. Ao considerar suicídio apenas o ato pelo qual se aniquila a vida, o autor questionou aqueles comportamentos não tão diretos para este fim, mas que envolvem categorias de exposição como fumar, dirigir em alta velocidade, a não adesão a tratamentos de doenças crônicas etc.

Para a OMS (2001), a definição de suicídio parece direcionada à topografia do comportamento quando é mencionada como “um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal (...), sendo a tentativa o ato com resultado não fatal” (p.66).

Acrescendo os diferentes conceitos do termo, Reinecke (1995) definiu suicídio através da motivação antecedente ao comportamento suicida. Citou quatro tipos de suicídio:

- o suicídio desesperado, aquele onde o princípio de fuga/esquiva da situação aversiva é a forma de resolução de problemas;

- o suicídio psicótico, onde estão presentes alucinações e delírios geralmente em quadros de esquizofrenia;
- o suicídio racional, que permeia histórias de pacientes terminais ou portadores de doenças progressivas objetivando o alívio de sintomas físicos e condições incapacitantes;
- e por fim o suicídio histriônico, compulsivo ou manipulador, onde a função do comportamento seria obter atenção ou vingar-se de pessoa(s) próxima(s).

Para a psicanálise, o suicídio é uma situação psicótica. Isso não significa que a pessoa seja psicótica, mas que, no momento do ato, nela tenham se ativados núcleos e componentes psicóticos da personalidade que permaneciam inativos e neutralizados pelas partes não psicóticas da personalidade e que acabaram por se manifestar em dado momento da crise. A tentativa geralmente está associada às fantasias que cada pessoa tem com relação à morte: busca de uma outra vida, desejo de ressurreição, reencontro com mortos, volta ao seio materno e retorno à vida intra-uterina, agressão e punição ao ambiente. (Cassorla, 2004)

Assim, a amplitude da definição de suicídio gera pesquisas metodologicamente diferentes. Visando a coerência com o referencial teórico adotado neste estudo, foi considerada a definição de tentativa de suicídio como todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo emitindo uma resposta que pode ser de esquiva ou fuga de situações aversivas. Considera-se que o suicídio está sobre controle verbal, uma vez que comunidades verbais formulam conseqüências verbais de sua própria morte. Dentro desta análise, de acordo com a descrição de contingência, poderia-se ter no suicídio a condição “Se morte, então não sofrimento”. Portanto, o suicídio pode ser analisado como um comportamento governado por regras, baseado na construção de conseqüências imaginárias (Banaco, 2001).

Uma pesquisa multicêntrica realizada em diversos países da Europa verificou que gênero, tentativas de suicídio por região, motivo do suicídio e impulsividade não demonstraram diferenças significativas entre as diversas regiões estudadas, sugerindo que há uma certa padronização referente ao suicídio neste continente (Baptista, 2004).

A OMS divulgou em 2000 um Manual de Prevenção de Suicídio para Profissionais da Saúde, onde é destacado o impacto do suicídio na saúde pública. A estrutura e os recursos em registrar, coletar e compilar as informações relativas aos óbitos por suicídio não apresentam uniformidade entre os países. Enquanto alguns países informam com precisão estes números, países menos desenvolvidos quanto à informatização de óbitos carecem destes dados. Ainda assim, através de cálculos técnicos, a OMS estima que no ano de 2000, em todo mundo, um milhão de pessoas cometeram suicídio, e um número 10 a 20 vezes maior tentaram se matar (OMS, 2002).

Nos Estados Unidos, o suicídio é a oitava causa de óbito, traduzindo em 30.000 mortes por ano (Mann, 2002). Este número superou em mais de 50% o número de homicídios cometidos no país. De 1980 a 1997, esta taxa cresceu 109% entre os adolescentes de 10 a 14 anos e 11% na faixa etária entre 15 e 19 anos (Grandin, 2001).

Estudos realizados na China comprovaram estes resultados exacerbados. De todas as mortes nesse país, o suicídio foi responsável por 3,6% delas, sendo que 19% entre pessoas de 15 a 34 anos (Stephenson, 2002). Em um contexto mundial, as taxas mais altas de suicídio encontraram-se na Estônia, Letônia e Lituânia, e em menor grau na Rússia, Hungria e Finlândia. Exceto Cuba e Uruguai, países latinos apresentaram taxas moderadamente baixas (Werlang & Botega, 2004).

Em todos os países, com exceção da área rural chinesa, o índice de suicídio foi maior na população masculina comparada a população feminina, constando um índice de 4:1. Fatores culturais específicos da China, como maior segregação das zonas rurais, menores chances e *status* sociais, e maior prevalência de violência doméstica nas zonas rurais produziram esta elevação na população feminina. Além disso existe neste país uma política de limitação de gravidez que favorece o aborto em caso da criança ser do sexo feminino, o que promove o aumento dos índices de depressão e conseqüentemente o de suicídios nesta população (Mann, 2002; Stephenson, 2002; Shmidtke et al, 1999).

No Brasil, as taxas de mortalidade por suicídio oscilaram entre 3,5 e 4,6 óbitos por 100.000 habitantes nas últimas duas décadas. O coeficiente feminino varia entre 1,5 e 2,2 e o masculino entre 5,2 e 7,3. Estes números representam 7,1% das mortes por causas externas em mulheres e 5,4% em homens, sendo mais freqüente na faixa etária de 20-49 anos (Werlang & Botega, 2004).

Em Campinas, este número variou entre 1,1 e 4,1 óbitos/100 mil habitantes no período de 1976 e 2001. Estas mortes corresponderam a cerca de 0,4% do total de óbitos, representando entre 2% e 5,4% dos óbitos de causas externas (Barros, Oliveira e Marín-Léon 2004).

É importante ressaltar que os números obtidos no Brasil são controversos. Estudos como de Rapeli e Botega (1998) verificaram a ineficácia nas anotações dos atestados de óbitos, defasando os registros brasileiros. Em outro estudo, Corrêa (1996) afirmou que os números não são confiáveis devido a várias mortes que não são investigadas pelas autoridades, a não confiabilidade dos atestados de óbito e a dificuldade da família em expor a perda de um ente querido por suicídio.

Ainda mais falhos que os dados de mortalidade por suicídio são os relativos às

tentativas, pois para cada tentativa registrada existem quatro não conhecidas (Mello, 2000). Estima-se que dez a vinte milhões de pessoas no mundo tentam suicídio por ano (OMS, 2001). Estes números são alarmantes porque 15 a 25% das pessoas que tentaram o suicídio serão reincidentes na tentativa no ano seguinte (Welang & Botega, 2004).

Os suicídios e as tentativas são executados por meios que variam conforme o sexo e a facilidade de se obter armas de fogo ou produtos tóxicos, por exemplo. Quanto aos métodos utilizados para cometer suicídio, observa-se diferenças entre gêneros. Homens utilizam meios mais violentos para executar o ato: overdose, armas de fogo, enforcamento, afogamento. Por serem técnicas mais agressivas, o grau de letalidade é maior e assim a consumação do ato também. Daí uma explicação pela prevalência da morte por suicídio em homens (Brown, Beck & Steer, 2000). Em um estudo sobre métodos utilizados em tentativas de suicídio em um Hospital Pronto-Socorro em Porto Alegre, verificou-se que 84% da população estudada eram mulheres e o método mais utilizado foi o de intoxicação exógena (Feijó, 1996).

Quanto mais violento for o método utilizado para o suicídio, maior o impacto para as pessoas que acompanham o paciente. Silva e Boemer (2004) realizaram um estudo comparando o método do suicídio com o impacto na equipe que acompanhava o paciente durante uma internação psiquiátrica. Ela relatou que não houve médico ou equipe que não tivesse sofrido o impacto violento do suicídio. Os membros da equipe de saúde captaram a agressividade do ato e o perceberam como um ataque a eles mesmos, surgindo sentimentos de impotência, frustração e fragilidade. A equipe deve lidar com o ato suicida como um sintoma de um quadro mais complexo, que deve ser investigado, identificado e combatido com estratégias adequadas, segundo as autoras.

Botega et al. (1995) retrataram os principais eventos de vida que antecederam a tentativa de suicídio. Foram discriminadas brigas com alguém próximo, problemas amorosos, dificuldades nos relacionamentos familiares, perda de alguém significativo, separação ou abandono, problemas financeiros, problemas com a justiça, dificuldades com a saúde, gravidez indesejada, aborto e inconstância religiosa.

Atualmente, investiga-se muito a relação entre transtorno mental em casos de suicídio, sendo um importante fator de risco (Brandão, 2002). A OMS (2000) descreve que mais de 90% dos suicídios foram cometidos entre a população com um diagnóstico psiquiátrico. Esses diagnósticos são, em ordem crescente, a depressão, o transtorno de personalidade (anti-social e borderline), abuso de substância (álcool), esquizofrenia e transtorno mental orgânico. King (2001) estudou as tentativas de suicídio em pacientes recém atendidos por psiquiatras no Reino Unido entre 1991 e 1994, e constatou que 90% dos casos apresentavam psicopatologias severas.

O suicídio é descrito como a causa mais importante de morte precoce entre os pacientes psiquiátricos. Em uma revisão bibliográfica feita por Bertolote & Fleischmann (2004), constatou-se que quase a metade dos pacientes suicidas com diagnósticos de doença mental tinha em sua história uma internação psiquiátrica. Tanto no grupo com internação (GIP) quanto no da população sem internação (GSIP) o diagnóstico mais freqüente foi o transtorno do humor (depressão). No GIP seguiu-se a esquizofrenia, os transtornos de personalidade, os transtornos mentais orgânicos e outros transtornos psicóticos. Já no GSIP, a depressão foi seguida pelos transtornos relacionados ao uso de substâncias, os transtornos de personalidade e a esquizofrenia.

Entre as pessoas que sofrem de transtorno do humor, estima-se que 15 a 20% morrerão por suicídio. O risco maior está nos diagnósticos Bipolares II (depressão/hipomania) e Monopulares (depressão) (Botega, Rapeli & Freitas, 2004).

Segundo estudos de Botega (2002), Mann (2002) e Stephenson (2002), mais de 90% das vítimas de suicídio apresentam um diagnóstico de transtorno psiquiátrico, onde a depressão destaca-se como condição presente nesta população, seguida pelo transtornos de personalidade, o uso abusivo de substâncias e outros transtornos psiquiátricos como a esquizofrenia.

Em um estudo demonstrativo da associação entre história de ataques de pânico, depressão maior, pensamentos suicidas e tentativas de suicídio, foram avaliados 1580 adolescentes de 13 e 14 anos, sendo 767 do sexo masculino e 813 do sexo feminino. Para a coleta de diagnóstico foram utilizadas questões adaptadas do National Comorbidity Survey (para o Transtorno de Pânico), uma adaptação da seção de depressão e outras questões sobre históricos de tentativas suicidas e/ou pensamentos suicidas do Composite International Diagnostic Interview. Os autores verificaram que aqueles que tinham histórias de ataque de pânico apresentavam aproximadamente três vezes mais pensamentos suicidas e duas vezes mais tentativas de suicídios do que adolescentes sem ataques de pânico. Já quanto aos adolescentes com histórias de depressão maior, a relação aumentava para seis vezes mais manifestações de pensamentos suicidas e cinco vezes mais tentativas de suicídio do que pacientes sem histórico de depressão. Os dados referentes à relação depressão e comportamentos suicidas já eram previstos, porém esta pesquisa epidemiológica acrescenta a evidência de uma associação também entre ataques de pânico e comportamentos suicidas na população adolescente (Pilowsky, Wu & Anthony, 1999).

Conceitos da Análise do Comportamento

Após a exposição dos fatores relacionados ao problema do suicídio e dissertando sobre aspectos conceituais e epidemiológicos, torna-se necessário compreender os conceitos referentes à análise comportamental.

A psicologia se caracteriza por ser um campo de conhecimento sem um paradigma aceito por toda a comunidade. Neste sentido não há uma psicologia mas sim várias psicologias (Meyer, 1997). Entretanto este trabalho adota como referencial teórico o da análise do comportamento, tendo como método de estudo a análise funcional.

A análise do comportamento é um “modo científico e particular de aplicação sistemática dos princípios da aprendizagem à mudança do comportamento, no sentido de promover formas mais adaptativas e positivas de interação” (Castanheira, 2002, p. 51). Esta abordagem está baseada nas propostas do behaviorismo radical, claramente evolucionista. Considera o comportamento humano como produto de: a) contingências de sobrevivência responsáveis pela seleção natural; b) contingências de reforço responsáveis pelo repertório dos indivíduos, incluindo c) as contingências especiais mantidas por um ambiente social evoluído (Matos, 2004).

O behaviorismo radical sendo a filosofia de uma ciência do comportamento, propõe que o pensamento acerca do homem seja feito de maneira diferente das explicações mentalistas, que desviam a atenção do objeto de estudo para supostas causas internas (Matos, 2004). Esta proposta de compreensão do comportamento humano constitui sua identidade através do reconhecimento da vida interna dos indivíduos e da proposição de uma perspectiva científica para o tratamento de fenômenos a ela relacionados (Tourinho, 1993). Baum (1999) completou, afirmando

que para analisar o comportamento é necessário identificar as situações em que ele ocorre e quais as variáveis que o controlam.

Skinner (1974/1999) evidenciou as relações do ambiente com as respostas do organismo, de modo que o ambiente deva ser analisado na história de aquisição e de manutenção de repertórios de comportamentos, servindo também como ocasião para que estes ocorram, advindo desta relação a compreensão acerca do comportamento.

O conceito de comportamento é uma atividade dos organismos (inclusive o homem) na relação com o ambiente. “Uma parte significativa do comportamento humano (e de outros animais) não é eliciada por estímulos antecedentes. Denominamos estes comportamentos de operantes, para enfatizar que eles operam sobre o ambiente” (de Rose, 1997, p. 80). Sendo assim estes comportamentos tendem a ser modelados pelas conseqüências, e este tipo de aprendizagem denomina-se condicionamento operante (Baum, 1999).

Skinner (1975) nomeia uma classe de respostas como operante pelo fato dela agir sobre o ambiente. A freqüência da emissão do comportamento operante depende das conseqüências que o seguem, que podem tanto aumentar esta ocorrência (reforços) como diminuí-la (punições).

Whaley e Malott (1971/1980) explicam que o reforçador poderá ser assim denominado quando aumentar a probabilidade futura de emissão do comportamento ao qual foi associado no passado. É possível classificar as conseqüências em dois tipos: o reforçamento positivo, entendido como evento recompensador capaz de aumentar a freqüência de uma resposta, e o reforçamento negativo, que tem a possibilidade de produzir comportamentos que evitem ou terminem com eventos aversivos, ou seja, ele aumenta a freqüência de uma resposta pela retirada de um evento aversivo (Cunha, 1998).

O reforçamento negativo pode produzir dois tipos de padrões de comportamento. O primeiro é o comportamento de fuga, que “ocorre quando uma resposta específica permite que o organismo remova ou elimine uma estimulação não desejada, ou termine com a perda de reforçadores positivos” (p. 189). O comportamento de esquiva é o segundo tipo de comportamento mantido por reforçamento negativo; nesta situação o organismo impede ou adia o evento aversivo ou a perda do reforço positivo (Whaley & Malott, 1980).

Já em relação à punição, Skinner (1970) adverte a sociedade sob seu efeito, que temporariamente causa supressão do comportamento, mas não reduz as respostas totalmente. Ao passar do tempo, ela surte um efeito contrário ao reforço: torna-se onerosa tanto para o organismo punido quanto para a agência punitiva. Se um evento punitivo resulta numa redução da frequência de resposta que o precede, ele pode servir para dar a sensação de controle. Sidman (1989/2003) demonstrou que eventos dolorosos ou desagradáveis perdem sua efetividade como punidores caso sejam comparados com reforçadores positivos poderosos. O reforçamento positivo exerce controle não-coercitivo; o reforçamento negativo ou a punição exercem controle coercitivo.

O estabelecimento de um operante se dá quando um reforço ocorre contingente a uma resposta. Então a análise do comportamento e do ambiente como eventos separados é incoerente, devendo ser substituída pela análise da sua inter-relação, investigando as contingências de reforço (Whaley & Malott, 1971/1980).

A utilização do termo contingente descreve uma condição: “Se comportamento 1, então consequência 1, mas se comportamento 2, então não-consequência 1” (Sidman, 1989/2003). Em resumo pode-se dizer que o conceito de contingência estabelece relação de dependência entre eventos. Sendo assim, o

exercício do terapeuta comportamental de analisar contingências pode ser descrito na tarefa de considerar as probabilidades condicionais que relacionam um evento ao outro, identificando qual a probabilidade deste evento ocorrer na presença e na ausência do outro (Souza, 1997).

Compreendendo o conceito de comportamento como ação, é necessário esclarecer que esta ação interfere no ambiente, e o conceito de ambiente se refere a tudo o que não é própria ação; é tudo o que é externo à ação, e não ao organismo. Portanto ambiente pode ser interno, o que Skinner chama de mundo dentro da pele (Skinner, 1974/1999; Matos, 1997). Estes eventos privados são assim denominados pelo critério da acessibilidade, apesar de serem eventos físicos não acessíveis à observação pública. Estudar os eventos privados não significa atribuir a eles papel causal em um episódio comportamental. Eles não devem ser compreendidos como causa dos eventos públicos (Andery, Micheleto & Sérgio, 2001; Tourinho, 1993). Pensamentos e sentimentos são exemplos de comportamentos privados e devem ser analisados da mesma maneira que comportamentos públicos.

Outro exemplo de comportamento privado é o autoconhecimento, que nada mais é do que o conhecimento no qual o sujeito que produz conhecimento é também o objeto conhecido. Porém este comportamento depende do interesse que seu grupo social terá sobre a pessoa. O falar sobre o que está sentindo ou fazendo, descrevendo-se, dependerá das práticas da comunidade verbal a que o indivíduo pertence. Isso demonstra que o conhecimento de si próprio tem origem social (Rocha & Brandão, 1997, Skinner, 1991). Skinner (1974/1999) completa este pensamento dizendo que “uma pessoa que se tornou consciente de si mesma por meio de perguntas que lhe foram feitas está em melhor posição de prever e controlar seu próprio comportamento” (p. 188).

Terapia comportamental e análise funcional

Para a Terapia Comportamental, tanto os comportamentos considerados adequados quanto os considerados inadequados são resultados de processos complexos de aprendizagem. Esta abordagem objetiva criar novas condições para essa aprendizagem, e faz isso através da análise das contingências nas quais a queixa ou o comportamento problema está sendo mantido. Assim, uma análise funcional das contingências em operação que produzem comportamentos deve ser realizada visando a aquisição de novos repertórios de modo a fortalecer e manter o comportamento desejado. O analista comportamental remete a metodologia de sujeito único, sendo o sujeito seu próprio controle.

“Os seus procedimentos [do analista do comportamento] envolvem técnicas elaboradas e sua linguagem inclui uma série de conceitos descritivos. Essa metodologia, essas técnicas e esses conceitos explicitam o comportamento em suas relações com o ambiente, de uma forma tão evidente, regular e sistemática, que fazem por prescindir da estatística, como medida de resultado, e do acordo entre observadores como critério de verdade” (Matos, 2004).

Segundo Meyer (2001), a análise funcional é a ferramenta que auxilia o terapeuta a identificar contingências que operam no presente e inferem as que provavelmente operaram anteriormente; também propõe, cria ou estabelece a relação destas contingências para desenvolver ou instalar comportamentos, alterar padrões, reduzir, enfraquecer ou eliminar comportamentos dos repertórios dos indivíduos.

Para Skinner (1970) o comportamento é função das variáveis externas, que dão margem ao que pode ser chamado de análise causal ou funcional. Com ela pode-se

prever e controlar o comportamento de um organismo. Este controle é a variável dependente, o efeito para o qual procura-se a causa. As variáveis independentes são as causas do comportamento, ou seja, as condições externas das quais o comportamento é função. Skinner (1970) explica que uma formulação adequada da interação entre um organismo e seu ambiente deve sempre especificar três coisas: “(1) a ocasião em que a resposta ocorre, (2) a própria resposta, e (3) as conseqüências reforçadoras. As interrelações entre elas são as contingências de reforço” (p. 184).

Mas a análise funcional apresenta diferentes dimensões, segundo Sturmey (1996) (citado por Costa & Marinho, 2000). A primeira é quando enfoca categorias diagnósticas como depressão, transtorno do pânico, etc. A segunda diz-se da análise funcional de casos individuais, que é a forma mais comum. Neste caso é dada ênfase aos eventos ambientais correntes ou atuais como determinantes do comportamento ou enfatiza-se a compreensão do surgimento do problema e o seu desenvolvimento. A terceira dimensão da análise funcional é como método de entendimento de processos psicológicos, tal como o do desenvolvimento normal ou o processo de imitação. E então o quarto termo é a focalização de sistemas complexos, tais como a interação médico-paciente, em salas de aula ou em prisões.

Vários estudos são realizados utilizando a análise funcional como instrumento clínico. Costa e Marinho (2002) apresentaram modelos esquemáticos de análises funcionais em dois casos. Primeiramente descreveram os casos, identificando o sujeito, apresentando informações principais obtidas nas sessões de avaliação e fazendo a análise propriamente dita, em forma de esquema. Após a divisão dos antecedentes - regras (estímulos discriminativos verbais), do comportamento em si e das conseqüências, pode-se demonstrar alguns comportamentos como fruto de interações do indivíduo com seu ambiente. Por meio deste tipo de análise criteriosa,

as autoras sugeriram qual comportamento seria mais provável de ser apresentado por aquele indivíduo, dada as contingências envolvidas. É importante ressaltar que as análises funcionais clínicas são hipóteses para explicação dos comportamentos analisados. Elas devem ser confirmadas ou refutadas através da manipulação de variáveis e da observação de seu efeito sobre o comportamento.

Uma outra maneira de analisar funcionalmente uma classe de comportamentos, a categoria diagnóstica de Fobia Social, foi demonstrada por Silveiras e Meyer (2000). Após a exposição dos critérios definidores desta categoria segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), as autoras dividiram a análise funcional do Transtorno em cinco itens: o comportamento, os antecedentes, os conseqüentes, a história de vida responsável pelo desenvolvimento do comportamento e pela função de antecedente e conseqüente dos estímulos indicados, e o tratamento derivado da análise funcional. No estudo as autoras fizeram considerações relevantes a respeito da fidedignidade da análise. Por exemplo, a necessidade de se certificar se existem outras contingências importantes atuando, o que implicaria decisões diferentes quanto ao tratamento. Também torna-se necessário a observação de que a Fobia Social está freqüentemente associada a outros transtornos psiquiátricos. Porém o estudo tornou-se relevante a medida em que ampliou uma visão nosológica de um Transtorno para uma visão funcional, proporcionando possibilidades de alteração do quadro através da manipulação das hipóteses.

Nos estudos descritos acima, as demonstrações do uso da análise funcional em pesquisas clínicas facilitaram a realização desta pesquisa. Mais uma forma diversificada de se demonstrar a análise funcional poderá contribuir para o entendimento de novos trabalhos.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Analisar funcionalmente as contingências atuais e a história de vida de indivíduos com história de tentativa de suicídio através de seus relatos.

Objetivos específicos:

- Descrever variáveis da amostra como sexo, idade, estado civil, método utilizado para tentativa de suicídio, história de tentativas anteriores e doença psiquiátrica;
- Identificar as possíveis variáveis responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção de comportamentos suicidas em cada participante.
- Descrever as contingências atuais responsáveis pela tentativa de suicídio

MÉTODO

Participantes

Foram participantes deste estudo quatro pacientes, de ambos os sexos, que se apresentaram em um serviço de atendimento médico de emergência por motivo de tentativa de suicídio, além de um familiar de cada paciente. Participaram do estudo pacientes com idade superior a 20 anos e inferior a 50 que residiam na cidade e aceitaram participar do estudo.

A amostra foi selecionada em um hospital geral de uma cidade do interior de São Paulo, devido a este tipo de instituição ser uma das portas de entrada dos pacientes com história de tentativa de suicídio no contexto de saúde pública.

Os critérios de exclusão foram quadros de comprometimento neurológico, retardo mental e pacientes que apresentaram delírios ou alucinações, uma vez que esses fatores impediriam a avaliação para este estudo. Também foram excluídos do estudo pacientes cujo familiar não estivesse disponível a participar da entrevista, por razão qualquer,

O familiar a ser entrevistado foi escolhido pelo paciente, que indicou alguém com quem convivia e que tivesse condições de responder tanto sobre o episódio da tentativa de suicídio quanto à história de vida do participante.

Material

Carta de Autorização da Instituição: inicialmente foi encaminhado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a chefia do Serviço de Psicologia do

hospital no qual a pesquisa foi realizada, onde pode ser explicitado o objetivo e o tempo estimado da pesquisa em que a pesquisadora permaneceu dentro do ambiente hospitalar para coleta dos dados.

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o participante e seu familiar: elaborado pela pesquisadora especificamente para este estudo. Neste termo foram explicitados todos os objetivos do estudo, e assegurado ao participante sigilo e a possibilidade de abandono do estudo sem perdas no seu tratamento, assim como garantido o conhecimento dos resultados da pesquisa. Os participantes e seus familiares tiveram uma cópia deste termo, com os dados da pesquisadora e do Comitê de Ética sob qual o estudo foi submetido (Anexos 1 e 2).

Ficha de Identificação do Participante: instrumento desenvolvido pela pesquisadora contendo questões como: nome, idade, escolaridade, sexo, renda mensal, método utilizado para a tentativa de suicídio, história de tentativa anterior, composição familiar, história de tentativa de suicídio na família, internação ou tratamento psiquiátrico atual ou interrompido, história de doença psiquiátrica na família. Todos os dados contidos nesta ficha de identificação referiam-se a fatores epidemiológicos considerados de risco segundo a literatura (Anexo 3).

Roteiro de Entrevista para o Participante: para a coleta de dados clinicamente relevantes foi elaborado pela pesquisadora um roteiro para investigar comportamentos relacionados a interações do participante com a comunidade verbal a qual ele pertence. Contém questões que descrevem classes de comportamentos imediatamente anteriores e posteriores a tentativa de suicídio, para a compreensão molecular do fenômeno. A entrevista também era composta de questões descritivas sobre dados importantes da história de vida do indivíduo para que se pudesse realizar a análise

funcional dos episódios relevantes na história de contingências, além de comportamentos antecedentes e conseqüentes (Anexo 4).

Roteiro de Entrevista para o Familiar: contém questões relativas ao episódio de tentativa de suicídio, mudanças de comportamento e história de vida do paciente.

O estudo consta do relato das entrevistas, e foi usado um gravador para a transcrição das mesmas.

Procedimento

Foi realizada uma entrevista com a chefia do Serviço de Psicologia do hospital, para esclarecimento da pesquisa. Após a assinatura do Termo de Consentimento da instituição, a pesquisadora fez contato com a equipe multiprofissional do Serviço de Emergência, para explicar aspectos do trabalho como o critério de inclusão e exclusão dos participantes. Eram integrantes desta equipe profissionais de medicina (clínica e cirurgia), enfermagem, serviço social, além das secretárias. Foi solicitado a Equipe do Serviço Social que a pesquisadora fosse comunicada pelo telefone sobre a internação dos pacientes compatíveis ao estudo, durante o período das 8:00h às 18:00h de segunda a sexta-feira. Esta equipe foi escolhida por ter conhecimento de toda causa de internação neste setor, além de ter facilidade para utilizar o telefone para ligações externas.

Os contatos com a pesquisadora deram-se após o projeto de pesquisa ter sido aprovado pelo Comitê de Ética da instituição onde a pesquisa foi desenvolvida.

A cada contato, ao chegar ao hospital a pesquisadora se encaminhou primeiramente a sala do Serviço Social para obter a identificação do paciente, e logo em seguida entrou em contato com a equipe médica. Esta liberara o paciente para ser

abordado pela pesquisadora, descartando risco eminente de vida. A amostra foi formada pelos quatro primeiros pacientes contatados que preencheram os critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa.

A pesquisadora se apresentou ao paciente ainda durante sua internação, onde este foi informado da pesquisa e esclarecido que a aceitação ou não de sua participação não interferiria na rotina de atendimento da instituição.

Todos os pacientes abordados aceitaram participar deste estudo. Iniciou-se a coleta de dados. Primeiramente o paciente assinou o Termo de Consentimento Livre-Esclarecido, e foi preenchida a Ficha de Identificação ainda no ambiente hospitalar. Ao final deste primeiro contato foi agendada uma entrevista, que deu-se no ambulatório do próprio hospital, nas salas restritas ao Serviço de Psicologia. Esta etapa ocorreu após o paciente receber alta. Foram agendadas no mínimo 1 e no máximo 3 sessões para a coleta de dados da pesquisa.

O paciente, ao final da coleta de dados, indicou um familiar que considerou capaz de responder questões referentes à sua vida. A pesquisadora entrou em contato com o familiar, e foi realizada uma entrevista semi-estruturada utilizando o mesmo roteiro do paciente, porém com algumas adaptações. O objetivo desta entrevista foi coletar dados complementares ao relato do participante para que fosse possível realizar a análise funcional.

Foram oferecidos a todos os pacientes, ao final desta etapa da pesquisa, 5 sessões de apoio psicológico. Estas sessões não tiveram utilidade neste estudo, e portanto não foram gravadas. Ao final da quinta sessão de apoio a pesquisadora fez o encaminhamento do paciente a um serviço de psicologia disponível no município, mas não foi interesse de nenhum participante continuar o atendimento.

Após o término da coleta de dados e das sessões de apoio, a pesquisadora esteve disponível para outros esclarecimentos sobre a pesquisa e/ou a divulgação de seus resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados de identificação dos participantes estão descritos na Tabela 1, de acordo com o sexo, a idade, o estado civil, a escolaridade e a renda mensal.

Dois participantes eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. Suas idades variavam entre 19 e 28 anos, com uma idade média de 22,5 anos. Três dos participantes eram solteiros, e destes apenas um tinha namorado. O quarto participante era amasiado há dois anos.

Em relação à escolaridade, três participantes cursaram o ensino médio completo, enquanto um não concluiu o ensino fundamental. Este não tinha renda fixa, trabalhando com consertos em geral. Dois dos participantes ganhavam entre um e três salários mínimos (um deles era auxiliar administrativo e outro secretária), e um deles não tinha fonte de renda, pois não trabalhava.

Tabela 1 – Dados de identificação

Participantes	Sexo	Idade	Estado civil	Escolaridade	Renda mensal
P1	Feminino	22	Solteiro	Ensino Médio	1-3 S.M.
P2	Masculino	19	Solteiro	Ensino Médio	Sem renda
P3	Feminino	21	Solteiro	Ensino Médio	1-3 S.M.
P4	Masculino	28	Amasiado	Ensino Fundamental	Sem renda fixa

S.M. = Salário Mínimo

Na Tabela 2 foram descritos outros dados referentes a comportamentos de saúde/doença de cada participante. Dois participantes relataram nunca terem feito uso abusivo de substâncias, e três disseram não estar sob efeito de nenhuma droga ou álcool durante a TS. Dois participantes faziam uso abusivo de crack há mais de dois anos, sendo que um deles havia ingerido álcool (“*cachaça*”) no episódio de TS. Nenhum participante relatou ter qualquer doença de base.

Tabela 2 – Dados sobre uso de substâncias e doença de base

	Uso abusivo de	Tempo	Estava sob efeito de substância	Doença de base
--	----------------	-------	---------------------------------	----------------

	substância			
P1	Não	-	Não	Não
P2	Sim – crack	2 anos	Sim (álcool)	Não
P3	Não	-	Não	Não
P4	Sim – crack	3 anos	Não	Não

Os métodos utilizados pelos participantes foram Intoxicação Exógena (IE) por medicação, por veneno e Ferimento por Arma Branca (FAB) – faca, através de cortes nos pulsos. Como descrito na Tabela 3, o método mais grave de todas as TS foi ingestão de 180 comprimidos, que acarretou internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por 12 dias.

Tabela 3 – Método utilizado na TS e sua consequência

	Método utilizado	Consequência
P1	I.E. medicação (60 comprimidos variados)	Hospitalização para lavagem estomacal (1 dia)
P2	F.A.B. cortes nos pulsos (aproximadamente 40 cortes)	Hospitalização para curativos (1 dia) e hospitalização psiquiátrica (2 meses)
P3	I.E. veneno de rato (1 tubo com 15 ml)	Atendimento no Pronto-Socorro para lavagem estomacal (1 dia)
P4	I.E. medicação (180 comprimidos antidepressivos)	Hospitalização em UTI devido a comprometimento gástrico (12 dias)

A Tabela 4 mostra que três dos participantes nunca tinham emitido qualquer comportamento relativo ao suicídio (pensamento, ideação ou tentativa). Apenas um participante já tinha pensado sobre o assunto mas não tinham planejado. Nenhum participante estava em tratamento psiquiátrico, e apenas um deles já tinha sido submetido a tratamento anterior, que constou de uma internação em hospital psiquiátrico devido a uso de drogas.

Tabela 4 – História de TS e tratamento psiquiátrico

	TS anterior	Tratamento psiquiátrico atual	História de tratamento psiquiátrico
P1	Pensamento	Não	Não
P2	Não	Não	Não
P3	Não	Não	Não
P4	Não	Não	Sim

Apenas um participante, como mostra a Tabela 5, apresentou história de TS na família; sua mãe já havia tentado suicídio por várias vezes, pelo mesmo método que o participante utilizou (ingestão de medicação). Dois participantes disseram ter nenhum familiar com diagnóstico psiquiátrico. Um deles disse que a mãe tomava medicação devido à “*crises de nervos*” e o outro participante descreveu a mãe como depressiva grave.

Tabela 5 – História familiar de TS e tratamento psiquiátrico

	História de TS familiar	História de tratamento psiquiátrico
P1	Não	Não
P2	Não	Não
P3	Não	Sim
P4	Sim	Sim

A seguir será feita a descrição e a discussão dos dados de cada participante, coletados através do roteiro de entrevista estruturada elaborado para esta pesquisa, seguindo sempre a mesma ordem. O primeiro item consta da breve exposição da história de vida dos participantes. Segue-se a análise e o diagrama dos eventos antecedentes e consequentes da TS, seguindo o modelo proposto por Costa e Marinho (2002). Na parte final de cada participante, serão relacionadas as histórias pregressas dos participantes com as possíveis variáveis que contribuíram para um padrão auto-lesivo, objetos de análises desta pesquisa. As categorias de análise seguirão a ordem:

- Relacionamento familiar
- Relacionamento afetivo
- Desempenho acadêmico
- Contingências aversivas
- Estratégias de Enfrentamento

Ao final os dados relacionados às respostas de pensamentos de morte serão analisados e será feita a análise dos eventos em comum encontrados entre todos os participantes.

Participante 1

A participante 1 era uma mulher de 22 anos, solteira, morava sozinha há um ano e trabalhava de auxiliar administrativa. Tinha uma irmã e um irmão mais novos, ambos solteiros. A irmã tinha um filho de 6 anos.

Relatou que seus pais se separaram há 16 anos e há 1 ano não vê o pai, que não tem residência fixa. Logo depois da separação litigiosa, a mãe foi morar com outro homem, pivô da separação. Quando seus pais se separaram P1 tinha 6 anos e foi morar com a bisavó materna porque não aceitava a separação da mãe. Morou com a avó até os 10 anos, que adoeceu e rapidamente faleceu. A participante foi morar com mãe. Brigava muito com o padrasto, e então P1 quis morar com o pai. Ficou 2 meses com ele, mas também não pôde ficar porque o pai não tinha residência fixa: trabalhava de vendedor pelas cidades. A mãe não aceitou P1 em casa, e a mandou para a casa de uma amiga, onde morou por 2 anos. Quando ela tinha 14 anos, uma tia materna teve bebê e a chamou pra morar com ela, com a finalidade de cuidar da criança.

Aos 15 anos voltou a morar com a mãe, pois aquele padrasto tinha falecido. Brigavam muito, e quando sua mãe amasiou-se com outro homem, as brigas pioraram, tanto com ela quanto com seu

atual companheiro. A participante já se envolveu várias vezes em discussões com o padrasto, motivo pelo qual disse ter saído de casa da última vez. Então P1 foi morar com a irmã e o sobrinho em outra casa.

Há um ano a participante foi morar sozinha, e a irmã voltou pra casa da mãe. Namorava um rapaz há 8 meses. Ele era seu vizinho e tinham uma relação que ela classificava como boa. No dia anterior a TS o namorado terminou com P1, dizendo que “*não dava mais*”. Era muito ciumento e “*não levava o namoro a sério*”, segundo a participante. Ela tinha uma amiga, sua vizinha, com a qual conversava muito. Foi ela quem a ajudou na TS, chamando outros vizinhos para levá-la ao hospital.

A seguir serão demonstrados na Tabela 6 aspectos relevantes para a análise funcional da TS de P1. A participante relatou que o namorado, em uma briga no dia anterior, terminou o relacionamento magoando-a e dizendo “*coisas horríveis, que nunca tinha gostado de mim, que eu era uma fantasia.*” No dia seguinte a briga, ela relatou que acordou revoltada e chorando muito, e como morava sozinha “*não via ninguém, não tinha ninguém com quem conversar...foi daí que eu peguei todos os remédios que tinha em casa e tomei, foi quase 60.*” Após algumas horas, sua vizinha entrou em sua casa, como era de costume, e a viu deitada junto a várias embalagens de remédios: “*Ela chamou um monte de gente... chamou o Fábio (o ex-namorado)... sei que no fim não lembro muita coisa porque comecei a passar mal.*”

A atenção dos vizinhos e principalmente do ex-namorado podem ser analisadas como reforçadores positivos do comportamento da TS, uma vez que após voltar do hospital P1 sentia-se menos sozinha e sem obrigação de voltar ao trabalho até que se sentisse melhor, sendo esses reforçadores classificados como negativos. Também foi por P1 ter tentado se matar que sua mãe a visitou pela primeira vez. Esse fato foi significativo para a participante, que declarou: “*Faz um ano que eu moro nesse apartamento. Sabe quando minha mãe veio me ver? Depois que eu sai do hospital.*”

A ingestão de medicação (TS) pode ser compreendida como um padrão de esquiva das contingências aversivas a qual a participantes estava submetida. Como micro-análise do comportamento, também torna-se necessário a análise da consequência punitiva encoberta gerada pela TS, que foi discriminada pela P1 como *fracasso*: “*Eu não consegui me matar mas não tenho vontade de continuar viva. Eu tinha tentado fazer aquilo era porque eu queria morrer, eu não queria ser salva.*”

EVENTOS ANTECEDENTES	COMPORTAMENTO – ALVO <u>COMPORTAMENTOS ENCOBERTOS</u>	CONSEQUÊNCIAS <u>Reforço positivo</u>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mora sozinha ✓ Falta de ajuda financeira da família ✓ Briga do namorado ✓ Fim do relacionamento 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acordou e viu-se sozinha ✓ Sentiu-se triste <p style="text-align: center;"><u>TS</u></p> <p style="text-align: center;">Ingestão de medicação</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atenção dos vizinhos ✓ Atenção do ex-namorado que a levou ao hospital ✓ Atenção da mãe que a visitou durante a internação ✓ Tia convida para passeio no final de semana <p style="text-align: center;"><u>Reforço negativo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evita sentimentos de solidão ✓ Licença no trabalho <p style="text-align: center;"><u>Punição</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sentimento de incompetência por não atingir seu objetivo (suicídio)

Tabela 6 – Contingências presentes na TS de P1

Após a exposição da análise funcional voltada ao comportamento-alvo do P1, cinco itens serão analisados conforme a segunda parte da Entrevista Semi-Estruturada. O primeiro refere-se ao relacionamento familiar descrito pelo participante. Nesse momento também foi utilizado o relato da mãe da participante, familiar que foi entrevistada pela pesquisadora. Alguns relatos foram explicitados na Tabela 7.

A participante disse ter uma relação conflituosa com a mãe, desde a separação dos pais. Demonstrou a dificuldade dessa relação com seus relatos e choro intenso durante o tempo em que esse assunto foi abordado. Dizia se sentir excluída e diferenciada dos outros irmãos pela mãe. Não discriminou em nenhum momento a falta de habilidade em lidar com a família, descrita e ressaltada pela mãe durante seu relato. A mãe disse que P1 sempre foi “*birrenta e respondona*”, características que justificavam as várias mudanças de casa durante a infância da filha. Disse que até o pai de P1 não agüentou ficar com ela, e a mãe teve que buscá-la. Quando voltou pra casa, as brigas entre elas se acentuaram, e iniciaram os conflitos com o padrasto. A mãe da participante questionou: “*Será que todo mundo é ruim pra T?*”

P1	Mãe		<i>“Quando eu era criança me senti rejeitada porque eu era a única que não morava junto. Nunca me vi igual minha mãe, sempre diferente”</i>
	Pai		<i>“Meu pai eu quase não vejo”</i>
Mãe	Mãe		<i>“É diferente, não sei se é por ela ser a primeira, mas ela sempre foi mais difícil de lidar...ela não é uma pessoa ruim, ela é difícil de lidar, tem um gênio difícil Ela é mais boa com as pessoas de fora do que com as pessoas de casa.”</i>
	Pai		<i>“Quando ela tinha 12 anos ela disse que o pai dela era melhor do que eu. Juntei as coisas dela e levei ela. Aí ele falou assim: vem buscar esse frango da peste que eu não agüento mais, eu falo uma palavra ela fala 5,6. Ela vai acabar me matando.”</i>

Tabela 7 – Descrição do relacionamento familiar segundo P1 e sua mãe

No que se refere ao relacionamento afetivo, o namorado havia terminado com P1 no dia anterior a TS. Apesar dela dizer que não entendia porque havia ficado tão abalada com o fim do namoro, já que não era tão apaixonada assim, discriminava como aversivo a condição de estar sozinha de novo. Considerava o namorado uma pessoa presente, companheira e amiga: este era um padrão de relação não presente na história de vida da participante. No momento da briga e do fim do namoro, P1 viu-se sob a contingência de abandono, temida por ela uma vez que passara por essa condição outras vezes. O relato de P1 explicitado na Tabela 8 demonstra o déficit da participante em discriminar quais as intenções reais do seu companheiro.

P1	Namorado terminou no dia anterior a TS	<i>“Ele terminou comigo...Falou que queria minha amizade...Como é possível, você ficar com uma pessoa hoje e amanhã ela é sua amiga?”</i>
----	--	---

Tabela 8 – Descrição de relacionamentos afetivos feita por P1 e sua mãe

Em relação ao desempenho acadêmico, houve similaridade nos relatos da participante e de sua mãe quanto a boa história de notas e comportamento escolar. P1 não apresentou história de fracasso escolar, fator de risco para o suicídio como cita Resmini (1997) em sua revisão bibliográfica sobre

suicídio na faixa etária jovem. Ao invés de mau desempenho, P1 demonstrou preocupação e cobrança excessiva em ser boa aluna: *“Sempre me preocupei muito em tirar nota”*.

Quando foi questionada sobre as contingências aversivas presentes em sua vida, P1 pronta e seguramente descreveu a condição de solidão. Esse era seu principal problema de vida. Dizia sentir-se muito sozinha. Descreveu-se como triste por saber que sua família não lhe oferecia afeto e nem atenção. Certamente ela referia-se a mãe, com a qual não tinha história nenhuma em obter reforços. Por várias vezes dizia se sentir rejeitada. Quanto ao relato da mãe sobre as dificuldades da filha no momento da TS, reduz todo o sentimento de abandono da filha em uma causa simplista: *“Penso que (a TS) foi por causa do namorado , porque ele deixou ela. Não tinha outro motivo”*.

P1	Viver sozinha	<i>“...queria que tudo tivesse sido diferente, não queria ter tido que morar sozinha, queria que fosse por vontade própria e não porque tua mãe não te aceita”</i>
Mãe	Abandono do namorado	<i>“Eu penso que é por causa desse namorado dela...Falei pra ela, T., tentar tirar a vida por causa de homem. Aí ela encheu o olho de lágrima e foi embora”</i>

Tabela 9 – Contingência aversiva na vida de P1 descrita por ela e sua mãe

Logo após a participante relatar a dificuldade em lidar com sua família, principalmente sua mãe, ela foi questionada sobre as estratégias que utilizou para lidar com esse problema. Recortes de seu relato foram expostos na Tabela 10.

Primeiramente variou nas respostas de convivência com a família. Uma vez não sendo reforçada nessas tentativas, esquivou-se do contato e foi morar sozinha. A participante relatou como causa do fracasso na tentativa de morar com a família as brigas com o padrasto, a implicância da mãe, a desorganização da irmã. Enfim, por nenhum momento P1 assume qualquer responsabilidade por não ter conseguido conviver com seus familiares.

P1	Variabilidade de Resposta	<i>“Fui morar com a minha mãe mas não dava. Aí morei um tempo eu, minha irmã e as duas crianças. Mas não deu muito certo.”</i>
	Esquiva	<i>“ Depois eu mudei pra cá eu cortei toda a relação que eu tinha com minha família. Parei realmente de ir lá. Eu evito tanto problema pra mim, sei lá, o risco de ser maltratada”</i>

Tabela 10 – Estratégias de enfrentamento utilizadas por P1

Participante 2

No caso de P2, ele era um jovem de 18 anos, solteiro, filho único. Não conheceu a mãe: ela tinha dado a criança no hospital, para um médico. Mas a avó paterna a tirou do hospital e a levou pra casa com o neto. A mãe de P2 ficou 4 dias morando com a sogra, mas abandonou a criança dizendo que não queria mais o filho. Oito meses depois requereu a criança na Justiça e o processo durou 5 anos. Nesse tempo a mãe de P2 nunca viu a criança, até desistir da briga judicial e entregar a tutela para a sogra.

O pai foi morar em outra cidade há 10 anos; o participante foi criado pelos avós e um casal de tios paternos. Seu pai não casou novamente, e nem teve mais filhos. Morava sozinho mas P2 nem pensava em ir morar com ele: *“Tudo bem assim, nós nunca se demos bem mesmo”*.

Há dois anos seu avô (figura paterna) faleceu e ele foi morar na casa dos tios, porém sem firmar residência lá. A tia, sua figura materna, refere-se ao lar de P2 da seguinte maneira: *“Ele não foi criado só comigo. Em casa eu agia de uma maneira, aí ele ia na minha sogra e no meu sogro, eles agia de outra maneira. Então, 2, 3 pessoas mandando não dá certo. A cabeça de M começou a entrar em parafuso nessa época.”*

Depois que o avô faleceu, P2 ficou muito triste e agressivo. Tinha muito contato afetivo com ele, sentindo falta desta referência masculina. Começou a apresentar comportamentos bizarros: envolveu-se em magia negra e passava dias dentro de um quarto bebendo pinga e adorando imagens de “santos”. Logo depois o participante se envolveu com drogas, e cometeu pequenos furtos nas casas da avó e da tia para comprar crack. Os tios sempre pagavam as dívidas de P2 com os traficantes, e nunca o puniram por isso. A avó também não demonstrou condição de puni-lo, além de superprotege-lo e manter um padrão de educação inadequada.

Há duas semanas da TS, o participante começou a ficar perturbado com a idéia de que seus movimentos estavam carregados de trejeitos gays. Em sua história relatou que nunca havia tido esses pensamentos. Por isso foi consultar um psicólogo, que segundo o participante, fez com que sua suspeita se confirmasse: “*era da hora.. ele fez eu ver...eu não sabia que eu tinha jeito.*”

É necessário esclarecer que no momento da entrevista o participante não estava sob efeito de drogas, uma vez que se mantinha internado há 4 dias. Porém mostrou-se confuso quando questionado sobre a consulta que havia feito com o psicólogo, e não soube descrever exatamente como foi a conversa com o profissional. Também apresentava momentos de robotização em relação a seus movimentos, dizendo que eles se pareciam com trejeitos homossexuais. Muitas informações complementares necessárias para a compreensão global da história foram adquiridas somente com a entrevista da tia, familiar que esteve presente na sessão agendada.

Muito ligado a sua imagem física, focalizou sua atenção, durante as entrevistas, em si mesmo, a fim de não demonstrar por nenhum momento uma condição homossexual. Isso dificultou um bom *rapportt* durante a primeira entrevista, mas melhorou significativamente no decorrer das entrevistas.

É importante ressaltar que a consulta com o psicólogo pode ser considerada desencadeadora de um desequilíbrio do participante em relação a sua opção sexual. E a recorrência desses pensamentos se tornou aversiva e incontrolável por P2, que devido a um repertório comportamental empobrecido, lançou mão de um comportamento auto-lesivo como esquiva.

Na sua história não há relatos de treinos de amplitude comportamental, assim como estratégias de enfrentamento adequadas para soluções de problemas. As regras em relação a orientação sexual avaliadas na entrevista estavam muito relacionadas a um padrão punitivo do pai, que mesmo morando em outra cidade exercia um controle muito significativo na conduta do filho. Isso dificulta o desenvolvimento de fatores imprescindíveis como a auto-eficácia e a segurança. Demonstrava intensa necessidade da aprovação das pessoas, e a possibilidade de não ser aceito o fazia esquivar-se das situações, inclusive para resolução desse problema.

O grau de letalidade da TS de P2 foi muito alto, já que foram aproximadamente 80 cortes nos dois antebraços conforme descrito na Tabela 11. Logo na primeira entrevista o participante negou estar ainda pensando ou tendo desejo de acabar com sua vida, justificando sua internação psiquiátrica pela possibilidade de uso de drogas.

De forma geral, sua TS pode ser compreendida como alternativa única para livrar-se de um problema gerado por uma regra clara e rígida que foi verbalizada: “*Não posso ser gay: prefiro morrer*”. Fatores psicossociais como envolvimento com rituais de magia negra e uso anterior de drogas dificultam ainda mais a condição de clareza no processo terapêutico. Porém uma rede familiar com possibilidades de orientação pode ser ponto inicial no cuidado dessa TS e prevenção para futuros padrões suicidas.

EVENTOS ANTECEDENTES	COMPORTAMENTO-ALVO	CONSEQÜÊNCIA
<p><i>Encobertos</i></p> <p>✓ “ <i>Não quero ser [gay], e não sei porque eu to fazendo isso</i>”</p> <p>✓ “<i>Que filho eu sou pro meu pai, agora, ele é tão rígido e eu vou ser viado</i>”</p> <p><i>Semana anterior</i></p> <p>✓ Viagem a casa do pai</p> <p>✓ Críticas do pai a homossexuais</p> <p><i>Dia da TS</i></p> <p>✓ Estava sozinho e alcoolizado</p> <p>✓ <i>Encoberto</i></p> <p>✓ Pensamentos aversivos recorrentes sobre homossexualidade</p>	<p><u>COMPORTAMENTOS ENCOBERTOS</u></p> <p>✓ Imaginou sendo rejeitado pelo pai</p> <p>✓ Desaprovação</p> <p>TS</p> <p>Cortou os pulsos</p> <p>Desmaiou</p>	<p>✓ Foi levado ao Hospital Geral</p> <p>✓ Internação em Hospital Psiquiátrico</p> <p><i>Reforço positivo</i></p> <p>✓ Atenção excessiva da tia e da avó</p> <p>✓ Atendimento psicológico individual</p> <p><i>Reforço negativo</i></p> <p>✓ Privação do ambiente natural</p> <p><i>Punição</i></p> <p>✓ Medicação e mal-estar constante</p>

Tabela 11 - Contingências presentes na TS de P2

A vivência familiar de P2 foi conceituada como desestruturada. O abandono da mãe possibilitou uma aprendizagem em lidar com dificuldades sem a figura materna constante, contando com modelos que alternavam entre sua avó paterna e sua tia. Essa instabilidade no processo educativo e afetivo o fez desenvolver um padrão de mimo, exigindo sempre o máximo das “duas mães”, ou seja, aquilo que elas não poderiam dar mas acabavam dando por reforçamento negativo (eliminação de culpa / pena).

Assim também a distância do pai era mantida por reforçamento negativo, uma vez que a cada encontro as brigas se acentuavam e a falta de identificação de P2 com o pai lhe causava mais sofrimento. Tanto que o participante não conseguia nem se lembrar quando tinha sido a última vez que os dois haviam passado por momentos de prazer juntos.

Quanto ao relato da tia sobre a relação de P2 com os pais, ficou evidente a falta de contato e presença tanto materna quanto paterna. O prejuízo causado pela desestrutura familiar é fator de risco para o suicídio, segundo Botega e Werlang (2004). Os autores dizem que o risco de suicídio aumenta ainda mais quando há perda, real ou funcional, dos pais no período da infância.

P2	Mãe	<i>“Eu nunca vi minha mãe. Nem cheguei a conhecer ela. Nunca tentei, não tenho vontade...Não tenho raiva, já tive.”</i>
	Pai	<i>“Era uma merda. Desde pequeno a gente nunca se deu bem.”</i>
Tia	Mãe	<i>“Ele nunca viu a mãe. Ele disse que não quer ver ela nem morta, e nem tem vontade de conhecer”</i>
	Pai	<i>“Eu não sei se ele culpa o filho por a mãe ter abandonado ele, ele gostava muito dessa mulher. Ele queria que o M fosse sempre certinho, do jeito dele, então ele sempre teve suas desavenças”</i>

Tabela 12 – Descrição do relacionamento familiar segundo P2 e sua tia

O próximo item descrito por P2 corresponde ao relacionamento afetivo significativo vivenciado por ele. Disse que havia ocorrido há mais de 1 ano: foi um namoro rápido, o primeiro, com o qual ele teve sua primeira relação sexual. Esse fato foi muito importante pra ele. Relatou que apesar desta namorada ter um outro relacionamento, pensava que a droga tinha sido fator desencadeador do fim deste namoro.

Não se sentia capaz de conquistar outras garotas, principalmente agora na condição de dúvida sobre a sua condição sexual. Apesar de todos seus pensamentos, ele dizia ter interesse e desejo sexual por mulheres, o que não condiz com a idéia de homossexualidade. Disse ser inseguro e durante sua verbalização foi constatado uma auto-imagem significativamente negativa.

P2	Não tinha namorada	<i>“...fiquei muito deprimido [quando a ex-namorada largou dele]... Tenho dificuldade em conversar com as meninas, me achava meio estranho...”</i>
----	--------------------	--

Tabela 13 – Descrição do relacionamento afetivo de P2

No que diz respeito ao desempenho acadêmico, o participante e sua tia relataram esse fase da vida como “*problemática*”, segundo a Tabela 14. Muitos problemas de comportamento, afrontamento com figuras de autoridade como a professora e a diretora, brigas recorrentes com os colegas. Não respondia as ordens em sala de aula, porém só repetiu o ano uma vez. A tia disse que ele era inteligente, mas tinha problemas em seguir regras.

Esse padrão impulsivo está diretamente relacionado ao suicídio segundo um estudo genético feito por Oquendo e Mann (2000). Os autores relacionaram uma anormalidade na função noradrenérgica tanto em casos de impulsividade agressiva quanto em comportamentos suicidas, dizendo que tanto o comportamento auto-lesivo quanto o impulsivo são mediados por essa disfunção. Pelos depoimentos desse caso, pode-se concluir que não havia problemas de aprendizagem, e sim problemas com comportamentos agressivos e impulsivos.

P2		<i>“Na escola era uma tragédia. Só fazia bagunça, só fazia coisa errado. Vivia indo pra diretoria. As minha notas eram mais ou menos.”</i>
Tia		<i>“Nunca fez nada na escola. Chegava, sentava lá, cruzava os braços e ficava lá até o final da aula. Sempre foi problemático, sempre de castigo, uma briga, sempre.”</i>

Tabela 14 - Descrição do desempenho acadêmico segundo P2 e a tia

Quando P2 foi questionado sobre qual padrão aversivo ele gostaria de livrar-se com a TS, ele prontamente referiu-se a homossexualidade. O que demonstrou relevância nesse caso foi um desequilíbrio e uma falta de condição cognitiva de discriminar sua real opção sexual. Na possibilidade de “tornar-se” gay, o participante já se agitava. A TS foi uma resposta de esquiva de encobertos sobre o fato e não do fato em si.

P2	Ser gay	<i>“Pensei que sou veado e não quero isso pra mim não”</i>
----	---------	--

Tabela 15 - Contingência aversiva descrita por P2

E como para P2 ainda havia chances de constatar sua opção heterossexual, ele desenvolveu um repertório de fuga frente a qualquer contato com pessoas do sexo masculino, como demonstra seu relato na Tabela 16.

No hospital psiquiátrico onde foram realizadas as entrevistas, claramente era observado esse padrão: P2 não se comunicava com nenhum enfermeiro homem. Quando o médico precisava de alguma informação, ele era rápido e sucinto em suas respostas. Acreditava que assim não entraria em contato com seus pensamentos sobre homossexualidade e magicamente ela deixaria de estar presente em sua história. Esta é uma demonstração da ineficácia de estratégias utilizadas por P2 para enfrentar seus problemas.

P2	Fuga/Esquiva	<i>“... to pegando raiva de homem, só estou conversando com mulher agora. To mudando meu jeito para não ficar boiola.”</i>
----	--------------	--

Tabela 16 - Estratégia de enfrentamento utilizada por P2

Participante 3

O P3 apresentava estrutura familiar muito comprometida. Era uma moça de 21 anos, solteira, trabalhava como secretária em uma auto-escola durante a semana e como auxiliar de cabeleireiro nos finais de semana. Residia com a mãe e um irmão mais velho. Sua mãe teve uma filha do primeiro casamento, separou-se e casou-se com o pai da participante, com o qual teve três filhos. As duas irmãs mais velhas de P3 eram casadas e tinham filhos. O irmão era solteiro e extremamente agressivo com ela.

Relatou que a vida conjugal dos pais sempre foi instável, com várias separações. Há 15 anos eles se separaram definitivamente, e seu pai foi morar com outra família. A participante disse que não o via e não tinha notícias dele há mais de um ano: *“Mas acho que o pai não morreu não, porque notícia ruim corre rápido, e eu já tinha sabido.”* A mãe sempre trabalhou muito e nunca teve outro homem. Era rigorosa na educação de P3, apesar desta descrever-se como *teimosa e desobediente*.

Há oito meses a mãe sofreu um aneurisma e encontrava-se com seqüelas de fala e partes cognitiva e motora. Sua família não tinha condições financeiras de manter uma enfermeira para cuidar da mãe, que necessitava de atenção integral. Desde a doença, os irmãos brigavam muito. Como P3 era a única mulher solteira da casa, os períodos da noite e dos fins de semana eram de sua responsabilidade. O irmão trabalhava e contribuía com a parte financeira, porém P3 queixava-se dele não assumir nenhum cuidado com a mãe, o que a sobrecarregava.

A figura 7 apresenta contingências presentes na emissão do comportamento de P3 de ingerir veneno de rato para tentar se matar. Após o AVC, a mãe precisava de cuidados intensos, ou seja, P3 passou a ser cuidadora nos momentos onde antes eram preenchidos com atividades de lazer. Essa situação gerou como contingência aversiva a privação do contato social (festas, encontros com amigas, presença no salão de beleza nos finais de semana, etc), contingência essa que pode ser analisada como antecedente da TS. Posteriormente a um dos momentos de brigas e agressões entre P3 e o irmão, a participante ingeriu um vidro todo de veneno, com os objetivos de livrar-se da situação aversiva e punir o irmão pelos maus-tratos.

EVENTOS ANTECEDENTES	COMPORTAMENTO-ALVO	CONSEQÜÊNCIA
<p><i>Encobertos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Revolta pela privação de liberdade ✓ Raiva do irmão <p><i>Meses anteriores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História de doença da mãe ✓ Posição de cuidadora ✓ Briga dos irmãos ✓ Perda do contato social <p><i>Dia da TS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Briga do irmão com agressão física 	<p><u>COMPORTAMENTOS</u></p> <p><u>ENCOBERTOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pensamento de não poder escapar <p><u>TS</u></p> <p>Ingeriu veneno de rato</p>	<p><i>Reforço positivo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Culpa do irmão ✓ Autorização para sair em alguns finais de semana <p><i>Reforço negativo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Esquiva das agressões do irmão <p><i>Punição</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Extinção de aprovação social

Tabela 17 – Contingências presentes na TS de P3

O relacionamento familiar da participante 3 referiu-se apenas ao contato com a mãe, uma vez que o pai saiu de casa muito cedo, não deixando tantas lembranças para a filha. A irmã de P3, familiar que compareceu em entrevista agendada, relatou que o fato da irmã ser a filha mais nova de 4 irmãos possibilitou a ela acesso a padrões de vida que os outros nunca tiveram. Questões como horário,

dinheiro, respeito pela mãe, tudo foi sendo menos cobrado de P3 em comparação com os outros. Esse contexto desencadeava nos irmãos sentimentos de revolta, e em P3 uma condição facilitadora para manipulação da mãe em favor de suas vontades.

Na Tabela 18 estão demonstradas respostas de não cumprimento de regras pela P3, e segundo a irmã, um esquema de reforçamento da mãe que mantinha o padrão desobediente e independente da participante. Relacionando todos estes aspectos com a TS, pode-se concluir que quando P3 esteve sem condições de infringir as regras (cuidar da mãe), ela fez a tentativa de esquivar-se mas agora com comportamento auto-lesivo. Não havia em seu repertório variabilidade em seguir as regras, ou ao menos negociá-las.

P3	Mãe		<i>“Ela era brava, mas eu nem ligava. Falar ela falava, mas eu não obedecia. Quando ela teve AVC eu queria morrer, mas sei que não foi por minha culpa.”</i>
Irmã	Mãe		<i>“Era a mais nova, então sempre fez tudo o que queria. Chegava tarde, minha mãe não controlava. Com as moça mais nova não era assim não, meu pai segurava muito....A mãe deixava J. fazer o que queria”</i>

Tabela 18 - Relacionamento familiar descrito por P3 e sua irmã

Havia uma baixa frequência de exposição em tarefas com as quais P3 tinha dúvida de ser eficaz. Uma delas foi no relacionamento afetivo. Ela se mantinha em fuga de qualquer envolvimento mais sério. Não demonstrou durante seu relato nenhum interesse em namorar, o que foi esclarecido pela irmã como timidez: *“Ela é muito alegre perto das amigas, mas não gosta de falar de namoradinho. Acho que porque ela é meia gordinha, os meninos não olham muito pra ela e aí ela fala que é ela que não quer nada com eles. Besteira dela, mas é assim.”* Claramente ficou exposta uma extinção de qualquer resposta de contato, ou exposição para relacionar-se. Ela disse: *“Não gosto, nunca namorei. No final nunca dá certo.”* Pode-se levar em conta também a experiência vivenciada por P3 no relacionamento frustrado dos pais e na postura radical da mãe: *“Ela nunca quis outro homem, certa ela porque são tudo igual mesmo”*.

Na Tabela 19 foi descrito de forma sintetizada a história acadêmica de P3. Não atribui a ela mesmo a eficácia dos estudos, apesar de ter cumprido sua tarefa cursando até o ensino médio. Ela foi a única em sua casa que terminou esta etapa de estudos, o que lhe dava a condição de “estudada” frente a

mãe e os irmãos. Usava isso pra justificar suas regalias conseguidas com a mãe: *“Fui a única em casa que estudou, ela (mãe) falava bem por isso. Numa casa de 4, meu irmão foi até a 8ª e minhas irmãs pararam tudo antes. Ta certo que meu pai não deixava eles estudarem porque tinha que trabalhar, eu não, sempre estudei.”*

P3	Baixa eficácia	<i>“Nem me lembro bem, mas acho que faltava muito. Passava porque todo mundo passava lá na minha escola. Até que fui bem em acabar o 3º colegial”</i>
----	-----------------------	---

Tabela 19 - Desempenho acadêmico

A questão da aversividade presente na vida da participante era muito específica, como mostra a Tabela 20. Lidava bem com suas atividades de vida diária enquanto todas as suas necessidades estavam sendo supridas. Uma vez que houve privação de reforço (lazer) e apresentação de condição punitiva (cuidados com a mãe), essa situação foi intolerável. A casa de P3 foi conceituado por ela como objeto aversivo, e era ali seu ambiente mais freqüente. Isso tornou sua vida *“um inferno”* e sem perspectivas de melhora.

Aliás, a condição para sua melhora era a ausência daquele a quem provia cuidados, que era a mãe. Como não havia possibilidade nenhuma de melhora no quadro de AVC da mãe, a outra hipótese era a morte. Esse paradoxo era desencadeador de culpa. Conseqüentemente ela preferiu a sua própria morte a culpa de desejar a morte da mãe.

P3	Sobrecarga de responsabilidades com a mãe	<i>“De repente eu não podia mais sair e voltar a hora que eu queria. Quando eu entrava dentro de casa me sentia numa prisão”</i>
-----------	---	--

Tabela 20 - Contingência aversiva descrita por P3

A estratégia de enfrentamento para a contingência exposta anteriormente pode ser avaliada como de baixa-eficácia na Tabela 21. A esquivia da sua comunidade verbal mantinha em P3 pensamentos mágicos de rejeição e discriminação parcial da resposta dessa comunidade, que era a possibilidade de punição. Porém por ter em mãos um baixo repertório frente a dificuldades, com pouca

variabilidade de respostas e daí uma condição de enfrentamento prejudicada, mais uma vez fica exposto um padrão de fuga/esquiva.

P3	Baixo repertório	<i>“Não converso com ninguém em minha casa. Não tem como, e eu prefiro não falar, só assim eles não encham meu saco”</i>
----	------------------	--

Tabela 21 - Estratégia de enfrentamento utilizada por P3

Participante 4

Quanto à história de vida de P4, ele era um homem de 28 anos, ajudante de pintor no momento desempregado. Seus pais eram casados e ele tinha dois irmãos mais velhos que também estavam casados. Ele estava amasiado há dois anos, morando na mesma casa que seus pais. Era dependente de droga (maconha e crack) há 3 anos, e há 1 ano estava em processo de tratamento para desintoxicação, tendo passado por 2 internações em clínicas especializadas.

Há aproximadamente cinco anos P4 foi acusado por um assalto que ele diz não ter cometido. O participante ficou preso por quase um ano e nesse período sua mãe sofreu de uma depressão grave. Ela tentou suicídio *“mais de quatro vezes”*, segundo P4, sempre por ingestão de medicamentos. Já foi internada, e tomava remédios como tratamento. O filho se sentia culpado, pois dizia que a mãe ficara deprimida depois que ele foi preso, por *“desgosto”*.

Desde que saiu da cadeia, P4 tentava se curar da drogadição com internações. O abuso de substância (*crack*) era um problema em tratamento quando sinais relacionados ao processo de abstinência começaram a se agravar: saudade, consciência do prejuízo financeiro e afetivo causado pela droga e fissura pelo *crack*. A fuga da clínica desencadeou desentendimentos tanto na família do participante quanto com a sua namorada. Sem repertório adequado para lidar com os problemas afetivos, P4 ingeriu uma quantidade muito alta de medicação que o levou a um quadro grave, com necessidade de internação em UTI. Após a fase de risco de morte, o paciente recebeu toda a atenção da namorada e da mãe, que por medo de perdê-lo, nesse momento forneceram afeto de forma indiscriminada, reforçando positivamente o episódio da TS, com mostra a Tabela 22.

EVENTOS ANTECEDENTES	COMPORTAMENTO-ALVO	CONSEQÜÊNCIA
<p><i>Encoberto</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Saudade dos pais e da namorada <p><i>Semana da TS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Clínica de desintoxicação ✓ Fissura pela droga ✓ Fuga da clínica <p><i>Dia da TS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Desaprovação e briga da namorada ✓ Efeito do uso de droga ✓ Negação dos pais ao pedido de dinheiro 	<p><u>COMPORTAMENTOS ENCOBERTOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tristeza por ter perdido a namorada ✓ Raiva dos pais por não cederem a seu pedido <p><u>TS</u></p> <p>Ingeriu medicação</p>	<p><i>Reforço positivo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Culpa do irmão ✓ Autorização para sair em alguns finais de semana <p><i>Reforço negativo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Esquiva das agressões do irmão <p><i>Punição</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Extinção de aprovação social

Tabela 22 – Contingências presentes na TS do P4

Uma característica relevante no discurso de P4 foi a pobreza de repertório verbal de forma generalizada, inclusive quanto a descrições familiares. Ele não discriminou qual a condição da relação entre ele, sua mãe e seu pai, conforme mostra a Tabela 23. Quando questionado quanto a características individuais de cada um, a distinção mais significativa é: “*Ela conversa mais que ele, mas acho que é o jeito dele mesmo*”. Não tem repertório verbal suficiente para nomear sentimentos, o que dificulta seu processo de auto-conhecimento.

Esta característica também esteve presente na entrevista realizada com sua mãe. Porém há um diferencial: há 4 anos a mãe sofria de Depressão Maior e sua variabilidade comportamental, particularmente verbal, era muito baixa. Ela falava pouco e chorava muito, sintomas compatíveis com o quadro psiquiátrico. Em relação à sua atitude frente ao filho, relatou um padrão superprotetivo mas excessivamente passivo.

P4	Pais		“É bom, tudo é bom.”
Mãe	Pais		“Ele é um bom filho, não tem maucriação, mas a gente também não fica

		<i>perguntando muito da vida dele, ele não gosta muito. Quando não quer falar eu e o pai dele até já sabe, nem pergunta mais. Nós fica quieto.”</i>
--	--	---

Tabela 23 – Relacionamento familiar descrito por P4 e sua mãe

Durante todo o relato, P4 demonstra padrão dependente quanto a sua companheira. Essa análise pode ser exemplificada com a Tabela 24. Caso sua namorada o deixasse, ele não saberia o que fazer. A última vez que isso ocorreu, ele tentou suicídio. Isso confirma a pobreza de repertório. Ele diz não ter tido um bom começo de paqueras: tinha medo de falar com as meninas, e a droga foi um agravante também. Quando as meninas que ele se interessou ficavam sabendo de sua dependência, não queriam mais continuar. *“Tive duas namoradas sérias, uma que me abandonou quando viu que eu tava com droga e essa que eu to até hoje, que também quis largar de mim por causa das drogas”.*

P4	Estava amasiado	<i>“Antes eu tinha vergonha de chegar perto de menina... Tentei o suicídio porque eu achei que eu não ia voltar com a namorada.”</i>
----	-----------------	--

Tabela 24 – Descrição do relacionamento afetivo de P4

Tendo como fator antecedente uma história de falta de reforçamento para desenvolvimento de um bom repertório verbal descrita anteriormente, pode-se prever um fracasso no desempenho acadêmico do participante. Ele descreveu um quadro de desinteresse e poucas lembranças de sucessos escolares: a experiência de fracasso contribuiu para padrões de insegurança e auto-imagem negativa frente a outras situações.

Seu discurso foi reforçado pela mãe do participante, conforme mostra Tabela 24, que durante todo o relato focalizou a história de fracasso de P4 na escola, e ainda o comparou com outros filhos.

P4		<i>“Ia mal na escola, tirava D ou C, não tinha cabeça pra estudar... Não mexia com nada ainda (drogas) mas ia muito pra diretoria”</i>
Mãe		<i>“ O negócio do S. não era estudo não, me dava muito trabalho, o q os outros não dava ele dava em dobro. Ia pra diretoria, eu tinha que ir lá buscar ele, também não gostava de estudar, acho até que ele não dava conta desse negócio de estuda, igual eu.”</i>

Tabela 24 - Desempenho acadêmico

Pelo padrão afetivo dependente mostrado anteriormente, esse foi o fator desencadeador da TS de P4. A fuga do participante da clínica de recuperação de drogas foi a justificativa utilizada pela namorada para o término do relacionamento. Ele, em momento algum da entrevista, discriminou que essa tenha sido a causa do fim do namoro, condição que poderia ser alterada pelo seu próprio comportamento.

O participante disse que gostaria que as conseqüências fossem diferentes, mas não cita como solução a alteração do padrão de conduta. Isso demonstrou a falta de condição em discriminar a relação causal das situações e assim, a falta de condições para controlar as contingências e modificá-las.

P4	Perda da namorada	<i>“Quería arrumar um serviço bom pra mim, e arrumar uma casinha e viver junto com ela”</i>
-----------	-------------------	---

Tabela 26 – Descrição de contingências aversivas para P4

Sem condições de discriminação visto na história de P4, pode-se prever uma baixa eficácia em enfrentamento de problemas. Um exemplo da emissão desse tipo de resposta pode ser identificado quando o aversivo apresentado foi em determinado momento a dependência de droga. Ele disse: *“Fico lendo livro, vendo televisão. Converso muito com a minha mãe também”*. Pode-se prever que essa estratégia de atuação não resulta em eficácia na resolução de problemas, e repete-se: quando o aversivo foi a falta da namorada, ele emitiu o comportamento de TS.

Análise dos outros fatores e eventos em comum entre os participantes

Primeiramente, foi elaborado um quadro contendo as respostas sobre a história de comportamentos encobertos (pensamentos) sobre morte, de cada participante. Verificou-se que apenas o participante 1 continha elementos de topografia, frequência e intensidade significativos. Os outros participantes não relataram qualquer tipo de pensamentos suicidas. Quanto ao participante 1, apresentou respostas de desesperança em alta frequência e intensidade. Esse contexto de variáveis

sugere aumento do risco de suicídio. Segundo Cassorla (2004), uma TS malsucedida é uma “mensagem desesperada”.

Certamente os outros três participantes fazem parte da população que Bertolote e Fleishmann (2004) descrevem como de difícil prevenção: eles não verbalizam sua intencionalidade. Segundo os autores, são esses os casos onde a equipe de saúde mental deve ser atuante quanto a programas de prevenção.

P1	Topografia	desesperança (ausência de R)	<i>“Eu não vejo sentido em estar aqui... eu não achei nenhuma resposta de porque eu tava aqui. Você pena... Por quanto tempo vai ficar aqui ainda? Pra que?”</i>
	Frequência	recorrente	<i>“Não sumiu a vontade (de se matar), ela vinha de um bom tempo, já tinha passado várias vezes na minha cabeça”</i>
	Intensidade	alta	<i>“...vem numa intensidade muito forte”</i>
P2	Frequência	nula	<i>“Eu nunca tinha pensado nisso”</i>
P3	Frequência	nula	<i>“Isso nunca me passou pela cabeça”</i>
P4	Topografia	medo da morte (desconhecido)	<i>“acabava de usar droga... aí vinha a tristeza... tinha medo de dar um tumor, um negócio na cabeça e morrer...”</i>
	Frequência	nula	<i>“eu pensava em coisa boa até.”</i>

Tabela 27 – Respostas relacionadas a história dos pensamentos de morte: topografia, frequência e intensidade

A população pesquisada, apesar de ter sido quantitativamente irrelevante, teve alguns fatores em comum. Era totalmente jovem, fase citada como de maior risco para o suicídio. Em sua maioria não tinha referência afetiva, e um participante que era amasiado determinou como fator causal da sua TS exatamente o rompimento da relação.

A história de desestrutura familiar também foi relevante: dois dos participantes referiram-se a questão familiar como contingência aversiva presente na TS. Os resultados foram significativos quanto a pobreza nessas relações. No caso de P1, na relação tanto com o pai quanto com a mãe pôde-se observar uma escassez significativa de afeto. A presença da mãe era ainda mais aversiva: ela não

precisava estar longe, como o pai, para ser ausente. O afastamento no começo da infância provocou uma auto-imagem depreciativa e sem identidade, fato comum com o P2.

No discurso da P3, ficou expressa a ausência do pai, quando a participante tristemente relatou: *“Eu não me lembro muita coisa, mas ele devia ser legal”*. Este é mais um exemplo de perda de figura importante que gera uma ausência de afeto, aumento a probabilidade de fracasso em outras relações.

A má qualidade da relação familiar descrita anteriormente como fator comum entre os participantes possibilita a previsão de seus desempenhos acadêmicos. A maioria descreve um quadro de desinteresse e poucas lembranças de sucessos: a experiência de fracasso contribui para padrões de insegurança e auto-imagem negativa frente a resoluções de problemas. Esse padrão provavelmente foi parte de uma cadeia depreciativa, que pode desencadear comportamentos auto-lesivos. Baixa frequência de acertos pode ter contribuído para o pouco acesso a reforçadores; essas características contribuem para a formação da cadeia comportamental citada acima.

A baixa renda, junto com as situações acima citadas, podem ser considerados como fatores de risco para o suicídio. Além do mais, em dois casos há presença de transtorno psiquiátrico, que é o Uso Abusivo de Substâncias.

Padrões de fuga/esquiva também estiveram presentes em quase todas as respostas analisadas. A falta de condição de prever punição ou controlá-la aumenta a probabilidade desse padrão se manter.

Estratégias de enfrentamento pouco eficazes também condizem com repertório previsto para TS. Uma vez que não havia variabilidade comportamental para resolução de problemas, os participantes emitiram comportamentos auto-lesivos. Apesar do nível de intencionalidade não ter sido alto na totalidade dos participantes avaliados, o risco de chegar a morte mesmo quando não se quer a ausência da vida existe. Pode ser que a tentativa de mudança tenha como resultado a falta de possibilidade de tentar de novo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados possibilitou algumas considerações a respeito da totalidade deste trabalho. A TS foi considerada, como todo comportamento, multideterminado em sua causalidade. Esta é a razão pela qual foram estudados os casos em separados, para exatamente demonstrar o diferencial entre eles. Tentou-se avaliar então o padrão de comportamento utilizado pelos participantes, e não só os fatores de risco presentes em cada um deles.

Pode-se concluir que a TS é um comportamento emitido com função de fuga/esquiva. Há uma condição aversiva e incontrolável vivenciada pelo sujeito. Há uma dificuldade sendo enfrentada e não há estratégias no repertório do indivíduo que sejam capazes de resolver. As histórias de resoluções de problemas vivenciadas anteriormente esclarecem a baixa eficácia e a ausência de reforçadores que poderiam desenvolver um repertório mais adequado.

Uma TS geralmente é reforçada com atenção e mudança no ambiente anteriormente aversivo. Essa resposta não foi emitida ao acaso: ela pode ter sido aprendida por modelagem ou por aprendizagem social.

No processo de modelagem, há mudanças quantitativas ao longo do tempo que envolvem o reforçamento diferencial (Catania, 1999). No caso da TS o ambiente vai respondendo de forma gradativa a um padrão cada vez mais auto-lesivo. O indivíduo precisa emitir a TS para ser notado, e caso ele consiga, ou seja, caso ele receba reforço pela emissão deste comportamento, há uma chance maior dele voltar a emitir essa resposta.

Esta é uma previsão necessária: se hoje o sujeito ingeriu 60 comprimidos e obteve atenção que desejava, amanhã terá que emitir uma resposta com uma topografia mais elaborada. A morte, então, não é o objetivo do comportamento, mas a topografia sim traz um risco de morte significativa.

Outra forma de aprendizagem é a social, aquela onde aprendemos com os outros. Há histórias familiares em alguns participantes que claramente evidenciam a utilização desse padrão de comportamento para esquiva do sofrimento. Ouve-se histórias ou vivencia-se problemas onde a TS passa a ser uma forma de enfrentamento para a comunidade a qual o sujeito pertence. Então a TS torna-se mais um comportamento aprendido.

O arrependimento dos participantes em relação a TS e a ausência de relatos referentes a planos futuros de morte podem indicar um bom prognóstico clínico. O auxílio terapêutico pode se pautar na

condição de fornecer ao sujeito condições mais adequadas, ou seja, menos lesivas, de livrar-se dos vários fatores aversivos.

Nos casos estudados, fatores aversivos podem referir-se a solidão, medo da reprovação social devido a opção sexual, privação do contato social e abandono. Todos os participantes descreveram exatamente a contingência das quais fugiam. A condição de discriminar de forma aparentemente precisa esses aversivos deve ser analisada de forma cuidadosa. Não há causa única para um comportamento, e pode ter havido então restrição no que diz respeito ao repertório verbal de cada participante.

Assim, vários fatores devem ser analisados quando se tem a frente um paciente com história de TS. Este estudo tentou demonstrar algumas das contingências que devem ser pesquisadas pelo terapeuta clínico. Porém são inesgotáveis as fontes de risco para o suicídio.

Mais estudos que demonstrem a investigação das contingências atuais e da história de vida de sujeitos que tentam suicídio possibilitam a avaliação cada vez mais precisa do potencial suicida de outras populações que tenham as mesmas características. É necessário que os profissionais da saúde, principalmente da saúde mental, se voltem para a diminuição do preconceito que gira em torno do suicídio. Os pacientes precisam se sentir acolhidos uma vez que a falta do acolhimento é o desencadeador.

Jovens e adultos jovens estão cada vez mais utilizando dessa estratégia para livrar-se do mundo, quando na verdade eles deveriam estar em fase de aprendizagem das várias maneiras de se comportar frente aos problemas. Assim, a relevância de criar-se estratégias de enfrentamento para a população que tem na sua história uma ou mais TS fica evidente.

REFERÊNCIAS

- American Foundation for Suicide Prevention (2003). *Stories Concerning Suicide: Media Guidelines*. Recuperado em 21 de outubro de 2004: www.afsp.org/education/newrecommendations.htm.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 ed.) Washington, DC.
- Andery, M. A. P. A.; Micheletto, N.; Sério, T. M. A. P. (2001). Análise Funcional na Análise do Comportamento. Em H. J. Guilhardi (org.). *Sobre Comportamento e Cognição: expondo a variabilidade*. (pp. 148-157). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Banaco, R. A. (2001). Um levantamento de fatores que podem induzir ao suicídio. Em H. J. Guilhardi (org.). *Sobre Comportamento e Cognição: expondo a variabilidade*. (pp. 210-217). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Baptista, M. N. (2004). *Suicídio e depressão: atualizações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Barros, M. B. A., Oliveira, H. B., & Marin-Leon, L. (2004). Epidemiologia no Brasil. Em B. G. Werlang e N. J. Botega. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed.
- Bastos, O. (1995). Suicídio e Depressão. *Revista de neurologia, psiquiatria e neurocirurgia*, 58, 37-44.
- Baum, W. M. (1999). *Compreender o behaviorismo: ciência, comportamento e cultura* (M. T. Silva, Trad.). Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda.

- Bertolote, J. M., & Fleixhmann, A. (2004). Suicídio e doença mental: uma perspectiva global. Em B. G. Werlang e N. J. Botega (orgs.). *Comportamento suicida*. (pp. 35-44). Porto Alegre: Artmed.
- Botega, N. J., Rapeli, C. B., & Freitas, G. V. S. (2004). Perspectiva psiquiátrica. Em B. G. Werlang & N. J. Botega. *Comportamento suicida*. (pp. 107-122). Porto Alegre: Artmed.
- Botega, N. J. (2002). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Artmed: Porto Alegre.
- Botega, N. J., Cano, F. O., Kohn, S. C., Knoll, A. I., Pereira, A. B., & Bonardi, C. M. (1995). Tentativa de suicídio e adesão ao tratamento : um estudo descritivo em hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (1), 19-25.
- Brandão, A. K. (2002). *Psicopatologia: suicídio*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Marcos, São Paulo.
- Brown. G. K., Beck, A. T., & Steer, R. A. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20 years prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (3), 371-77.
- Cassorla, M. R. S. (2004). Suicídio e autodestruição humana. Em B. G. Werlang & N. J. Botega. *Comportamento suicida*, pp 21-34. Porto Alegre: Artmed.
- Cassorla, M. R. S. (1998). Comportamentos suicidas na infância e adolescência. Em R. M. Cassorla (org.). *Do suicídio : estudos brasileiros*, (pp. 61-88). São Paulo: Papyrus.
- Castanheira, S. S. (2002). Intervenção comportamental na clínica. Em A. M. S. Teixeira, A. L. Senechal-Machado, N. M. S Castro & S. D. Cirino (org.). *Ciência do Comportamento: conhecer e avançar*, pp 88-96. Santo André: ESETec.

- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. Trad. D.G. Souza. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Correa, A. C. O. (1996). Depressão e suicídio no idoso: uma crucial questão em psicogeriatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45 (3), 149-157.
- Coryell, W. Haley, J. Endicott, J. Solomon, D., Leon, A. C., Keller, M., Turbey, C. Maser, J. D., & Mueller, T. (2002). The prospectively observed course of illness among depressed patients who commit suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105 (3), 218-223.
- Costa, S. E., & Marinho, M. L. (2002). Um modelo de apresentação de análise funcional do comportamento. *Revista de Estudos de Psicologia PUC-Campinas*, 19 (3), 43-54.
- Cunha, A. C. B. (1998). Análise experimental do comportamento. Em B. Range (org.) *Psicoterapia comportamental e cognitiva : pesquisa, prática, aplicações e problemas*. (pp. 15-26). Campinas: Editorial Psy.
- Daher, A. V. S., & Baptista, M. N. (2004). Suicídio e Saúde Mental na Mídia. Em M. N. Baptista (org.). *Suicídio e Depressão: Atualizações*, (pp.239-262). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- De Rose, J. C. (1997). O que é comportamento. Em R. A. Banaco (org.). *Sobre Comportamento e Cognição*. (pp 79-81). São Paulo: ARBytes.
- Durkheim, E. (1982). *O suicídio – um estudo sociológico*. Rio de Janeiro: Zahar. (original publicada em 1897).
- Feijó, R.B.; Raupp, A. P. G.; John, A. B. (1999). Eventos estressores de vida e sua relação com tentativas de suicídio em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48 (4), p. 151-157.

- Feijó, R. B., Salazar, C. C., Bozko, M. P. Candigo, R. H., Ávila, S., Rocha, T. S.; Chaves, M. (1996). O adolescente com tentativa de suicídio: características de uma amostra de 13 a 20 anos atendida em emergência médica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45 (11), 151-157.
- Grandin, L. D. (2001). Suicide prevention: increasing education and awareness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (25), 12-16.
- Grossi, R., Marturano, E. M., & Vansan, G. A. (2000). Epidemiologia do suicídio – uma revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 6, 193-202.
- Harrington, R. (2001). Depression, suicide and deliberate self-harm in adolescence. *British Medical Bulletin*, 57, 47-60.
- Harris, J. (2004). O último rebelde do rock se chamava Kurt Cobain. *JB online*. Recuperado em 22 de novembro de 2005: www.jbonline.terra.com.br.
- Juchem, E., Pureza, S., & Benincá, C. (1999). *Suicídio: revisão literária*. Monografia apresentada à disciplina de Metodologia da Pesquisa Psicológica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- King, A. (2001). Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (7), p. 837-846.
- Mann, J. J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annals of Internal Medicine*, 136(4), 302-311.
- Martin, G. (1998). Media influence to suicide: the search for solutions. *Archives of Suicide Research*, 4, 51-66.
- Matos, M. A. (1997). Com o quê o behaviorista radical trabalha? Em R. A. Banaco (org.). *Sobre Comportamento e Cognição* (pp. 45-53). São Paulo: ARBytes.

- Meleiro, A. M., Fensterseifer, L., & Werlang, B. S. (2004). Esforços para prevenção. Em B. G. Welang e N. J. Botega (orgs.). *Comportamento suicida*. (pp. 141-152). Porto Alegre: Artmed.
- Mello, M. F. (2000). O suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. *Caderno de Saúde Pública*, 16 (1), 49-60.
- Meyer, S. B. (2001). A relação terapeuta-cliente é o principal meio de intervenção terapêutica? Em H. J. Guilhardi (org.). *Sobre Comportamento e Cognição*. (pp 95-98). Santo André: ESETec.
- Meyer, S.B. (1997). O conceito de análise funcional. Em: M.Dellitti (org.). *Sobre Comportamento e Cognição*. (pp.29). São Paulo: ARBytes.
- Minayo, M. C. (1998). A autoviolência, objeto da sociologia e problema para a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, 7-34.
- Moriyama, J.S. (2003). *Transtorno dismórfico corporal sob a perspectiva da Análise do Comportamento*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP), Campinas.
- Moscicki, E. K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Suicide*, 20 (3), 499-517.
- Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental – nova concepção, nova esperança*. Genebra.
- Organização Mundial da Saúde (2000). *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Genebra.
- Pilowsky, D. J., Wu, L-T, & Anthony, J. C. (1999). Ataques de pânico e tentativas de suicídio no meio da adolescência. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1545-1549.

- Rapeli, C. B., & Botega, N. J. (1998). Tentativas de suicídio envolvendo rico de vida: internações em um hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47 (4), 157-162.
- Reinecki, M. (1995). Suicídio e depressão. Em F. M. Dattilio & A. Freeman (orgs.) *Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises*. (M. Lopes & M. Carbajal, Trad.) (pp. 99-142). Campinas: Editorial Psy II.
- Rocha, M. M.; Brandão, M. Z. S. (1997). A importância do autoconhecimento dos pais na análise e modificação de suas interações com os filhos. Em M. Delitti (org.). *Sobre Comportamento e Cognição* (pp. 137-146). São Paulo: ARBytes.
- Schmidtke, A., Weinacker, A., Apter, A., Batt, A., Berman, A., Bille-Brahe, U., Botsis, A., De Leo, D., Doneux, A., Goldney, R., Grad, O., Jaring, C., Hawton, K., Hjelmeland, H., Kelleher, M., Kerkhof, A., Leenaars, A., Lönnqvist, J., Michel, K., Ostamo, A., Salander-Renberg, E., Sayil, I., Takahashi, Y., Van Heeringen, C., Värnik, A., & Wasserman, D. (1999). Suicide rates in the world: Update. *Archives of Suicide Research*, 5, 81-89.
- Sidman, M. (1989/2003). *Coerção e suas implicações*. (M. A. Andery & T. M. Sério, Trad.). Campinas: Editorial Psy.
- Silva, M. M. (1992). *Suicídio – trama da comunicação*. Dissertação de mestrado, PUC-SP, São Paulo.
- Silva, V. P.; Boemer, M. R. (2004). O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6 (2). Recuperado em 24 de novembro de 2005: www.fen.ufg.br.
- Silvares, E. F. M., Meyer, S. B. (2000). Análise funcional da fobia social em uma concepção behaviorista radical. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27 (6).

- Skinner, B. F. (1970). *Ciência e Comportamento Humano*. (J. C. Todorov & R. Azzi, Trad.). Brasília, EUB.
- Skinner, B. F. (1999). *Sobre o Behaviorismo*. (M. P. Villalobos, Trad.). São Paulo: Cultrix. (original publicado em 1974)
- Skinner, B. F. (1975). O papel do meio ambiente. Em B. F. Skinner. *As contingências de reforço*. (pp. 09-27). São Paulo: Abril Cultural, Coleção Os Pensadores.
- Souza, D. G. (1997). O que é contingência? Em R. A. Banaco (org.). *Sobre Comportamento e Cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista*. (pp. 82-87). São Paulo: ARBytes Editora Ltda.
- Stephenson, J. (2002). Suicide in China. *The Journal of the American Medical Association*, 287 (14), 1794-1796.
- Tourinho, E. Z. (1993). O autoconhecimento na psicologia comportamental de B. F. Skinner. Belém: UFPA.
- Turecki, G. (1999). O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (2).
- Werlang, B. S. G. & Botega, N. J. (2004). Introdução. Em B. G. Werlang & N. J. Botega (orgs.). *Comportamento Suicida*. (pp. 17-20). Porto Alegre: Artmed.
- Whaley, D. L. & Malott, R. W. (1980). *Princípios Elementares do Comportamento*. (M. A. Matos, M. L. Ferrar & C. F. Santoro, Trad.). São Paulo: EPU.

ANEXOS

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Paciente

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre a compreensão e avaliação da tentativa de suicídio, realizado por um psicólogo clínico, pesquisador. Sua participação consiste na gravação integral das sessões de entrevistas, para posterior transcrição. As fitas gravadas, assim como seus dados de identificação serão preservados. Sua participação é de fundamental importância para que possam ser descritas as situações vivenciadas e suas relações com quem tenta o suicídio, o que possibilita uma melhor compreensão e elaboração de estratégias de tratamento deste importante problema.

A aceitação em participar desta pesquisa é voluntária, de modo que a recusa não afetará seu atendimento na instituição. É garantido também ao participante que o abandono em qualquer momento do estudo não acarretará em danos no tratamento.

A pesquisa será conduzida pela psicóloga Liliana Peruche Ribeiro, fone: (17) 9608-7229, para o desenvolvimento da sua dissertação de mestrado, sob orientação da Profa. Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral, do Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).

Está firmado o compromisso de que as informações coletadas serão utilizadas seguindo os critérios de ética e sigilo profissional, resguardando a sua identidade. A divulgação dos resultados da pesquisa poderá ocorrer em congressos, com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre a Tentativa de Suicídio, mas sempre sem mencionar seu nome e evitando qualquer informação que identifique você.

Ao final da pesquisa, você poderá obter conhecimento sobre os resultados, se assim o desejar. Agradeço imensamente sua colaboração. Por favor, preencha o campo abaixo:

Eu _____, RG nº _____, declaro que fui informado sobre a pesquisa e autorizo minha participação, assim como a publicação dos resultados.

assinatura

São José do Rio Preto, ____ de _____ de _____.

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Familiar

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre a compreensão e avaliação da tentativa de suicídio, realizado por um psicólogo clínico, pesquisador. Sua participação consiste na gravação integral das sessões de entrevistas, para posterior transcrição. As fitas gravadas, assim como seus dados de identificação serão preservados. Sua participação é de fundamental importância para que possam ser descritas as situações vivenciadas e suas relações com quem tenta o suicídio, o que possibilita uma melhor compreensão e elaboração de estratégias de tratamento deste importante problema.

A aceitação em participar desta pesquisa é voluntária, de modo que a recusa não afetará seu atendimento na instituição. É garantido também ao participante que o abandono em qualquer momento do estudo não acarretará em danos no tratamento.

A pesquisa será conduzida pela psicóloga Liliana Peruche Ribeiro, fone: (17) 9608-7229, para o desenvolvimento da sua dissertação de mestrado, sob orientação da Profa. Dra. Vera Lúcia Adami Raposo do Amaral, do Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).

Está firmado o compromisso de que as informações coletadas serão utilizadas seguindo os critérios de ética e sigilo profissional, resguardando a sua identidade. A divulgação dos resultados da pesquisa poderá ocorrer em congressos, com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre a Tentativa de Suicídio, mas sempre sem mencionar seu nome e evitando qualquer informação que identifique você.

Ao final da pesquisa, você poderá obter conhecimento sobre os resultados, se assim o desejar. Agradeço imensamente sua colaboração. Por favor, preencha o campo abaixo:

Eu _____, RG nº _____, declaro que fui informado sobre a pesquisa e autorizo minha participação, assim como a publicação dos resultados.

assinatura

São José do Rio Preto, ____ de _____ de _____.

ANEXO 3

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Data: ____ / ____ / ____

Prontuário: _____

Nome: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____ Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Naturalidade: _____

Telefone: _____

Estado civil: () Solteiro Namora? _____ Há quanto tempo? _____

() Casado Há quanto tempo? _____

() Amasiado Há quanto tempo? _____

() Separado Há quanto tempo? _____

() Viuvo Há quanto tempo? _____

Escolaridade: _____

Renda mensal: () 1 a 3 salários mínimos

() 4 a 7 salários mínimos

() mais de 8 salários mínimos

Possui alguma doença: _____

É dependente de álcool ou droga: _____

Estava sob efeito de álcool ou droga no momento da tentativa de suicídio: _____

Genetograma:

Método utilizado para tentativa de suicídio:

() FAF/FAB

() Enforcamento

() Intoxicação exógena. Tipo de substância: _____

() Outro: _____

História de tentativa anterior:

() Nunca pensou nisso antes

() Já pensou mas nunca tentou

() Tentou uma vez. Há quanto tempo: _____

Com qual método: _____

() Tentou mais de um vez. . Descreva-as: _____

História de tentativa de suicídio

familiar:

Quem? _____

Como? _____

Há quanto tempo? _____

Está em tratamento psiquiátrico atualmente:

() Não

() Sim Medicamentos: _____

Há quanto tempo: _____

Parou alguma vez: () Não () Sim Motivo: _____

Já foi internado em hospital psiquiátrico alguma vez:

() Não

() Sim Quantas vezes: _____

Há quanto tempo: _____

Por quanto tempo: _____

Motivo: _____

Alguém na família possui algum diagnóstico psiquiátrico:

() Não

() Sim Quem: _____

ANEXO 4

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1- Levantamento das variáveis relacionadas ao comportamento-alvo:

- Descreva detalhadamente como foi sua tentativa de suicídio: onde foi, como foi, quem estava presente no local, que tipo de pensamento e emoção você experienciava naquele momento, o que aconteceu imediatamente depois da tentativa.
- Como foi o dia em que você tentou o suicídio: quais atividades você realizou neste dia, com quais pessoas você teve contato, você vivenciou algo diferente, sofreu ou fez alguma ofensa ou desentendeu-se com alguém, quais eram suas preocupações naquele dia.
- Como você passou a semana anterior à tentativa: quais atividades você realizou, com quais pessoas você teve contato, você vivenciou algo diferente, sofreu alguma ofensa ou desentendeu-se com alguém, quais eram suas preocupações.
- Descreva como aconteceu sua chegada ao hospital: você avisou alguém do que tinha ocorrido ou alguém percebeu sozinho, quem lhe trouxe ao hospital, como você estava se sentindo (sintomas físicos), como você foi recebido pela equipe, quais foram os procedimentos no hospital, você ficou acompanhado durante sua internação, quanto tempo você ficou internado, quais eram suas preocupações naquele momento.
- Como foi sua volta pra casa: como sua família reagiu quando você voltou pra casa, alguém conversou com você sobre o que aconteceu, alguém lhe deu mais atenção depois que você voltou, o que mudou pra você no ambiente familiar.
- Qual a repercussão da sua tentativa de suicídio no ambiente profissional/escolar: alguém comentou alguma coisa com você, houve mudança na maneira como as pessoas te tratavam, houve facilidades ou dificuldades depois da tentativa.
- O que você gostaria que mudasse depois da sua tentativa de suicídio?

2- Levantamento das variáveis relacionadas à história de vida:

- Quando começaram os pensamentos sobre morte: como eles acontecem, com qual frequência e com qual intensidade.
- Você falava destes pensamentos para alguém: para quem, como esta(s) pessoa(s) reagia(m).
- Como você descreveria os principais problemas de sua vida?
- O que você já fez, vem fazendo ou deixa de fazer para resolver seus problemas?
- Fale um pouco do relacionamento com seus pais, ou algum familiar próximo.

- Fale um pouco sobre sua vida acadêmica (desempenho escolar, amigos de escola, relação com professores).
- Fale um pouco de sua vida afetiva: namoro/ casamento, habilidade em lidar com o(a) parceiro(a), satisfação e desejos nesta relação.
- Você costuma ser elogiado, ou receber atenção, quando faz algo importante ou quando você solicita? Quem são as pessoas mais presentes nestes momentos agradáveis.
- Você costuma ser criticado, ou punido, quando faz algo inadequado. Quem são as pessoas que tomam essa atitude mas frequentemente?
- Você sabe quando vai ser elogiado ou punido? Comente no mínimo dois exemplos de cada situação.
- O que você acha que fez com que você tentasse o suicídio?
- Você acha que tem algo em sua história de vida que possa ser responsável por hoje você pensar em tirar sua vida?
- Que tipo de consequência você já sofreu por ter pensamentos ou comportamentos de tentativa de suicídio?