

Assistência neuropsicológica a pessoas com tendência ao suicídio no âmbito do SUS

André Nunes de Carvalho*

Gabriela Maria Gomes Vieira*

Resumo

A depressão é um transtorno mental do humor que vêm acometendo pessoas em todo o mundo. É caracterizada por humor deprimido, perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades durante pelo menos duas semanas, na qual ultimamente vem sendo acompanhada fortemente por atos de suicídio, fenômeno esse que vem destruindo famílias em todo lugar independente de classes sociais, socioeconômicas ou religião. Identificar em literatura pertinente os Cuidados que possam revitalizar pessoas com sintomas depressivos e com pensamentos suicidas. Trata-se de uma revisão bibliográfica com base em fontes especializadas na temática encontrada nas bases de dados LILACS e SCIELO no período temporal de 2012 a 2017. Foi observado no presente estudo que os familiares de pessoas com depressão não têm conhecimento sobre as consequências que essa doença pode trazer, tratando como “frescura ou fazendo drama”, o que reforça ainda mais a ideia da execução de práticas suicidas pelos indivíduos, visto que o sistema de saúde atual ainda não se encontra capaz confrontar tal fenômeno silencioso e destrutivo, faltando capacitações para os profissionais atuantes, onde orientações e acompanhamento multiprofissional se faz necessário frente a tomadas de decisões diante de pacientes depressivos. Alguns estudos também revelaram que o tratamento, quando corretamente aplicado diminui os pensamentos suicidas e com isso a trazendo de volta o desejo de viver. Espera-se que os familiares e profissionais no âmbito do sus reflitam o tema a fim de melhorar a assistência que tem como essência o verdadeiro cuidado humano, respeitando e fazendo valer o direito à vida, a ética mantendo sigilo e sempre fazendo o diferencial, na medida em que lhe for possível frente este problema.

Palavras-chave: Suicídio no SUS; Suicídio; Atenção básica; Neuropsicopatologia; Transtornos psicológicos.

Abstract

Depression is a mental disorder of the mood that has been affecting people all over the world. It is characterized by depressed mood, loss of interest or pleasure in almost all activities for at least two weeks, in which it has lately been accompanied by acts of suicide, a phenomenon that has been destroying families everywhere regardless of social, socioeconomic or religion. Identify in pertinent literature the Care that can revitalize people with depressive symptoms and thoughts of suicide. It is a bibliographic review based on specialized sources on the subject found in the LILACS and SCIELO databases in the temporal period from 2012 to 2017. It was observed in the present study that relatives of people with depression are not aware of the consequences that this can be brought about, treating as "freshness or making drama", which further reinforces the idea of suicidal practices by individuals, since the current health system is not yet able to confront such a silent and destructive phenomenon, lacking capacities to the professionals, where multiprofessional guidelines and follow-up are necessary in the face of decision-making in the face of depressed patients. Some studies have also revealed that treatment, when properly applied reduces suicidal thoughts and thereby bringing back the desire to live. It is

hoped that the relatives and professionals within SUS will reflect the theme in order to improve care that has as its essence the true human care, respecting and asserting the right to life, ethics keeping secrecy and always making the difference in the as far as possible.

Keywords: Suicide in SUS; Suicide; Basic attention; Neuropsychopathology; Psychological disorders.

Introdução

O fenômeno atualmente bastante falado e cometido por muitos nos dias atuais, o SUICÍDIO é encontrado facilmente entre as classes sociais independentemente de cor raça ou sexo cultura espaço geográfico. Até o presente momento não existem nenhuma patologia ou tecnologia capaz de prever o suicídio, ainda existe uma vulnerabilidade que torna alguns indivíduos mais propícios a cometer tal ato que outros.

A prevalência de mortes por suicídio é mais elevada nos países da Europa Oriental, tais como: Albânia, Armênia, Bielorrússia, Bósnia, Bulgária, Croácia, Eslovênia, Estônia, entre outros, mas em países das Américas Central e do Sul, nem tanto. As taxas dos Estados Unidos, Europa Ocidental e Ásia figuram na faixa central (Chachamovich, Stefanello, Botega, Neury, & Tureki, 2009).

No Brasil, estima-se que cerca de 20 pessoas morrem diariamente por suicídio, todavia, esses dados não são divulgados. Assim sendo, o impulso do suicídio é encoberto pelos assassinatos e pelos acidentes de trânsito, que extrapolam em seis e quatro vezes, em média e, simultaneamente, o número de suicídios.

O suicídio é considerado o desenlace de um fato complexo e multidimensional e, é oriundo do intercâmbio de diversos fatores. É consensual entre os pesquisadores em suicidologia a informação de que não existe um elemento singular apropriado em responder pela tentativa ou pelo suicídio, propriamente dito. Inversamente, os componentes que convergem para este fenômeno advêm em conjunto (Chachamovich, Stefanello, Botega, Neury, & Tureki 2009, p. 519).

Entre os fatores de risco mais estudados na literatura internacional, a respeito do assunto em questão, sobressaem na modalidade tentativas prévias de suicídio, fatores genéticos, base social e familiar e psicopatologia (Brezo et al., 2008; WHO, 2009).

O ato suicida vitima cerca de um milhão de pessoas no mundo por ano. A autoagressão pode revelar-se de duas maneiras na conduta suicida (Mediante pensamentos, a tentativa em si e pelo próprio suicídio) e por meio de ações impetuosas geradas contra a própria pessoa, como é o caso das mutilações (Minayo, & Cavalcante, 2010).

Mutilações que causam prejuízo tanto a quem comete a si próprio, quanto aos

familiares que tentam ajudar, colocando um fim na tortura por eles vista.

O suicídio relacionado a outras patologias

Segundo Minayo & Cavalcante (2010), doenças e transtornos mentais estão intimamente relacionados com suicídios. As autópsias psicológicas referem que entre 71% e 95% das pessoas que cometeram suicídio tinham diagnóstico de algum transtorno mental por ocasião de sua morte.

Diante da conduta de gerar lesão física a si mesmo ocasiona estranheza devido contrariar o chamado instinto da busca pela sobrevivência, precaução da dor e preservação da vida.

Por vezes, o comportamento de provocar ferimentos em si mesmo foi chamado de para-suicídio, outras vezes, de automutilação e/ou autolesão (Arcoverde, & Soares, 2012).

O para-suicídio são episódios comuns no meio dos adolescentes devido a estarem começando a enfrentar as responsabilidades da vida de adulto, que já bate à sua porta. Uma forma de aliviar tal pressão é o autoflagelamento seja com cordas, facas ou medicações que não matam, porém deixam o indivíduo em um estado péssimo de saúde, já o suicídio é mais acometido entre adultos jovens e idosos. Na faixa etária de entre 25 a 30 anos homens tem mais tendência a cometer tal ato contra suas próprias vidas, isso pode ser desencadeado por uma série de fatores, o principal deles está ligado a falta de estabilidade financeira, a qual a sociedade em que vivemos “sem dinheiro você não vive”. E o homem, como o provedor da casa, sente essa pressão mais do que o sexo feminino. Com o auto índice de desemprego atual, a dificuldade de conseguir se manter no mundo capitalista, diante do desespero, só resta, dentro do pensamento dessas pessoas, o fim mais óbvio e fácil: a morte, pois ela encerra a dependência de outras pessoas ou de dinheiro, colocando um fim na sua angústia, desespero e dor, todavia deixando um vazio na imensidão da solidão de quem ficou sem entender o porquê de tal “saída”. O suicídio tem consequências extremamente graves para quem comete, pois segundo o cristianismo, o ser humano não pode tirar sua própria vida, pois ela foi dada por Deus. Como consequência de tal ato, o sujeito perderia a salvação que Cristo, com seu sacrifício na cruz, deu novamente acesso ao homem ao céu – “Paraíso”. Ou seja, o suicida iria direto para o tormento eterno - “inferno”. Olhando pelo prisma da religião ou não o suicídio deixa marcas terríveis que nem o tempo consegue apagar. Para a maioria dos pesquisadores sobre o assunto, tirar a própria vida é o

único ato que deixa Deus de mãos atadas devido ao livre arbítrio, como também pesquisas mostram que a maioria das pessoas que cometeram o suicídio sofriam de depressão ou alguma outra doença psicológica, infelizmente a maioria das pessoas sentem vergonha ou medo de buscar ajuda qualificada. Dentre essas vulnerabilidades há um grande destaque para a depressão, entendida como um fator de risco para o comportamento suicida.

Segundo Murphy, Rubinsztein, & Michael (2001), nos transtornos de humor, existe uma falha nos processos inibitórios de comportamentos. Pacientes deprimidos apresentam impulsividade fator esse ligado às tentativas de suicídio.

Para Drevets (2003) as áreas associadas com a rede atenta e de orientação vêm sendo muito estudadas na depressão, com base na ideia de que, na depressão maior, o sistema neural envolvido no processamento das informações externas e manutenção do estado de vigília seriam suprimidos em favor de sistemas envolvidos no processamento interno gerador de informação, como o pensamento e as emoções.

Segundo Versiani (2004), embora a depressão ela possa ocorrer em episódios de longa duração ou apenas uma vez na vida de uma pessoa, é considerada uma doença crônica, mais incapacitante que males como diabetes ou insuficiência cardíaca.

Segundo Botega (2007), em termos globais, a morte por suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos, passando a ocupar a terceira posição na lista das causas mais frequentes de falecimento da população.

Assim como a depressão, o suicídio vem sendo considerado como um sério problema de Saúde Pública, porém dentro do Sistema Único de Saúde existem muito pouca ou quase nenhuma atenção sobre o número alarmante de suicídios cometidos, pois os CAPS não dão conta do número de pessoas com problemas mentais e pensamentos suicida, nem mesmo dentro da porta de entrada para o sistema, as unidades básicas de saúde, existem uma equipe completa, pois faltam psicólogos, sendo esta função desenvolvida por outros profissionais, os quais deixam de fazer suas funções para atender pessoas assim, isso compromete o serviço, ficando atrasado, pois pessoas com pensamentos suicidas requerem uma atenção diferenciada e um tempo exclusivo para elas, tempo esse que não é ofertado nas unidades básicas devido ao serviço ser muito burocrático, não existem em nenhuma lei orgânica ou nas diretrizes do SUS que demonstre preocupação com o fenômeno suicídio, problema que vem se agravando cada vez mais. É necessário, diante disto, uma tomada de decisão frente a uma abordagem diferenciada, seja em CAPS, unidades básicas ou hospitais mostrando que por mais que viver seja difícil,

tirar a própria vida não é a melhor solução. Muito antes de cometer o ato, o indivíduo experimenta o pré-suicídio, por dias é onde ele vislumbra a maneira como quer por um fim a sua existência. Analisa tudo o que viveu até o presente momento e chega à conclusão que sua vida não vale nada, diante disso ele escolhe a maneira a qual vai dar cabo da sua própria vida, a qual dias antes do ato, ele mesmo enxerga sua morte, ver seu corpo morto dentro de sua mente e as pessoas que poderiam encontrá-lo, a melhor hora para que não seja atrapalhado, tudo é muito bem planejado para que não ocorra empecilhos, suicidas geralmente são pessoas extremamente detalhistas, inteligentes e criativas, porém chegam a triste conclusão que não se vale a pena mais existir nesse mundo. Visto que o suicídio é apenas o grito dado no silêncio de uma alma em desespero e sem ânimo para continuar vivendo, todavia, seu resultado ecoará para sempre na vida de quem ficou e perdeu seu ente querido.

A relação, entre suicídio e depressão, é estreita, a ponto de o primeiro ser, ainda hoje, considerado, por muitos, um sintoma ou uma consequência exclusiva do segundo.

Além disso, o comportamento suicida é frequentemente considerado um dos sintomas característicos, senão específico, dessa doença, mesmo nos grandes sistemas nosográficos de classificação, como o CID-10 da Organização Mundial da Saúde (Who, 2007).

Dados de autópsia psicológica mostram que, aproximadamente, metade dos indivíduos – que faleceram por suicídio – estava sofrendo de depressão; se considerarmos os indivíduos com outros transtornos mentais, para os quais a sintomatologia depressiva era central, como nos transtornos de ajustamento com sintomas depressivos, a porcentagem sobe para cerca de 80% (Botega, Werlang, Cais e Macedo, 2006).

O maior risco de suicídio durante o episódio depressivo se encontra no início, onde a intensidade dos sintomas ainda é considerada fraca ou durante o período de tratamento quando o paciente já se sente melhor, devido ao fato de que muitos pacientes severamente deprimidos não dispõem de energia para cometer o suicídio.

Nestes casos, destaca Holmes (2001), os suicídios ocorrem depois que o indivíduo começa a melhorar, encontrando-se ainda deprimidos, porém à medida que melhoram, obtêm energia suficiente para executar o ato.

Durkheim (2003), em sua obra “O Suicídio” destaca a influência da depressão sobre o ato suicida quando define os seus tipos nos estados psicopáticos. O suicídio melancólico, um dos tipos definidos pelo Autor, relaciona-se, geralmente, a um estado de

extrema depressão, exagerada tristeza, que faz com que o doente já não consiga mais apreciar de maneira sadia as relações que com ele têm as pessoas e as coisas que o cercam.

Já Wilkinson, Moore e Moore (2003), o consideram, habitualmente, uma característica da doença depressiva grave, mas, ocasionalmente, mesmo doentes ligeiramente deprimidos consumaram o ato. De acordo com os autores, 15% dos indivíduos com depressão morrem por suicídio.

Visto que o modo para identificar as representações sociais acerca da depressão e do suicídio é compreender as formas que as pessoas utilizam para criar, transformar e interpretar essas problemáticas diante da sua realidade.

Conhecer seus pensamentos, sentimentos, percepções e experiências de vida compartilhadas; destacadas nas modalidades diferenciadas de comunicação, de acordo com o contexto cultural e a classe social a que pertencem; e as instituições às quais se está vinculado, prolongando-se para além das dimensões intrapsíquicas e concretizando-se em fenômenos sociais palpáveis de serem identificados e mapeados (Coutinho, 2005).

O conhecimento do conteúdo de uma representação social não é suficiente para definir, é necessário identificar os elementos centrais – o núcleo central do problema seja ele (familiar, social, amoroso ou financeiro). Este possibilita à representação sua significação, a qual determina os laços que unem entre si os elementos do conteúdo e que regem sua evolução e sua transformação em um ser depressivo e com pensamento suicida. São elementos unificadores e estabilizadores das representações sociais (Abric, 2003).

Um dos principais elementos mais importantes na vida de indivíduo com depressão é sua família pois é nessa hora que começa o isolamento de tudo e todos, onde deveria entrar o carinho dos familiares e alguns amigos.

Ackerman (1986) mesmo defende a ideia de que os vínculos familiares são compostos por uma fusão de fatores, como os biológicos, psicológicos, sociais e econômicos. No aspecto biológico, a família perpetua a espécie.

Dentro do psicológico, os elementos que integram a família estão vinculados por uma mútua interdependência na busca de gratificação de suas necessidades afetivas. No econômico, se ligariam para garantir suas necessidades materiais.

Hoje é considerado como sendo família “pessoas aparentadas, que vivem, em geral, na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos” (FERREIRA, 1986:755).

Na sociedade moderna família não passa de “um Quadro” mostrando pessoas aparentemente felizes sem conflitos ou desavenças até mesmo abandonos, que levam

muitos a cometerem o suicídio devido tamanha tristeza e desgosto com seus familiares.

Faz-se necessário enxergar a família como unidade. Ela é o ponto de interação entre o indivíduo e a sociedade e palco das trocas conscientes e também inconscientes, sendo participante ativa na vida emocional de seus membros.

Berenstein (1988: 64) tenta entender o funcionamento familiar em torno do conflito, considerando a hipótese de que as situações conflitivas podem permanecer inconscientes.

Quando a família resolve procurar diretamente o profissional, o que é raro, pela dificuldade de perceberem que estão precisando de ajuda, ou quando há um encaminhamento, a queixa quase sempre é clara e explícita; o que se torna difícil é a determinação do que está mais além do que é apresentado, a descrença dos demais dos mesmos em relação ao que estão passando, inicialmente a própria família do deprimido não aceita seus sintomas, nega, diz que vai passar... isso demonstra a dificuldade de aceitação da doença no âmbito familiar, o que deveria partir primordialmente de uma aceitação pessoal. Os vizinhos, os parentes e amigos costumam classificar os sentimentos dos deprimidos como “frescura”, muitas vezes desconsiderando o seu estado, como uma doença que muito em breve pode leva-lo a cometer o suicídio iminente.

A dificuldade de percepção, aceitação e a busca de ajuda existem e continuam persistir, por conta de que há uma resistência por parte não só dos familiares, mas também do próprio deprimido; é difícil para esse grupo se organizar diante de uma situação, como essa, que mobiliza conteúdos internos de fantasias, muitas vezes conflitivas e que “tira” a pessoa do mundo que Ela “construiu” para viver, mesmo que a tendência familiar seja a de “construção”, os pacientes deprimidos se sentem invadidos, pelas próprias projeções, que antes foram insuportáveis; o fenômeno depressão suscita “o retorno” de suas incapacidades, de suas fantasias não realizadas, de sua atuação neste grupo, de si mesmo negado. A “realidade” é filtrada seletivamente com o intuito de proteção diante de condições externas, que fossem ameaçadoras; esse mecanismo é muito característico nas relações do deprimido com sua família. É um inter jogo entre os membros; todos pactuados nesse mecanismo em busca de não destruir esse Sistema. Entretanto, percebe-se que essa família fica imobilizada, engessada em si mesma, perdendo suas funções e adoecendo cada vez mais.

O conflito familiar sobrevive às custas desse pacto; assim, o deprimido parece que deve agir segundo o que os familiares desprezam e reprimem em si mesmos.

Desse modo, recebe a punição e o processo de adoecimento cada vez mais, como uma maneira de aliviar nos outros os próprios conflitos e castigos os quais ele acha que deveria merecer, dentro desses (castigos) encontra-se a morte.

Gomes (2010), em uma tentativa de compreensão da psicodinâmica da depressão e do pensamento suicida, apoia-se na teoria kleiniana, para expressar suas ideias: “as pessoas deprimidas nunca superaram o luto depressivo, no qual a posição depressiva é reativada como resultado da perda do objeto amado, mas depois é superada e elaborada pelo restabelecimento da figura perdida como um objeto interno, bem como pela reinstalação dos pais bons no processo”. Percebe-se que dentro desta concepção, a preocupação por parte do deprimido se destruiu o objeto bom, consequência de sua voracidade. Pode com isso, sentirem-se desvalorizados, por terem atacado seus pais internos, transformando-os em perseguidores. Verifica-se que os deprimidos, mantêm uma relação de objeto interna, resultado das características de sua personalidade.

Beck (1984) aponta como características dos deprimidos a imagem negativa e pessimista de si mesmos, do Mundo e do futuro.

Assistência a pessoas com pensamentos suicidas pela equipe multiprofissional

O risco de suicídio só aumenta de acordo com o número de tentativas e também está associado a intervalos de tempo menores entre essas tentativas. Dentre os pacientes atendidos em setores de emergência por tentativa de autoextermínio, estima-se que 30% a 60% tiveram tentativas prévias e que 10% a 25% tentarão novamente no prazo de um ano. As taxas de prevalência de tentativas de suicídio ao longo da vida variam de 0,4% a 4,2% (Bertolote et al., 2005).

As principais de tentativas de suicídio ou o suicídio consumado atingem milhões de pessoas, considerando o fato de que a sociedade diariamente sofre prejuízos no âmbito físico, econômico e emocional advindos dessas situações que acontecem em rodovias, ferrovias, metrovias, viadutos, edifícios, instituições públicas e privadas, e domicílios.

Assim, estimular a conscientização das tendências epidemiológicas relacionadas às tentativas de suicídio e lesão autodestrutiva é um dos primeiros e mais importantes passos para o desenvolvimento de estratégias eficazes para a prevenção de comportamentos suicidas recorrentes ou fatais (Ting et al., 2012).

A realização do acolhimento à pessoa com transtorno mental em situação de

emergência também é de suma importância, pois se realizado com segurança, prontidão e qualidade é possível determinar a aceitação e a adesão do paciente ao tratamento.

O acolhimento representa a mais importante tecnologia de um serviço de emergência, pois possibilita a escuta ativa pelo profissional, favorecendo a empatia, oferecendo-lhe cuidado integral com respostas adequadas e resolutividade, no âmbito intra e extra-hospitalar, isto é, articulando as possibilidades oferecidas na rede de serviços do sistema de saúde e social (Azevedo & Barbosa, 2007; França, 2005).

Nesta abordagem, durante o acolhimento existem ações que devem ser priorizadas para o alcance desses objetivos visando diminuir tanto o número relacionado às tentativas de suicídio quanto o próprio suicídio.

Essas ações devem estar direcionadas ao cuidado integral prestado à tríade – paciente/família/equipe de profissionais da área da saúde e da área social. Onde se procurará desenvolver aspectos relacionados a essa tríade durante a assistência hospitalar, dividindo-se em cinco partes. A primeira parte trata sobre o cuidado, A segunda aborda a necessidade da integralidade do cuidado prestado no hospital, A Terceira contempla a atuação da equipe multiprofissional frente ao paciente e aos familiares, A quarta descreve a avaliação e possibilidades de melhoria das competências da equipe de saúde.

A quinta parte se destina à conclusão sobre as reflexões geradas durante todo o processo de cura desse paciente bem como seu retorno ao convívio familiar e social.

Para Boff (1999) a essência humana está no cuidado, sendo este o suporte da criatividade, da Liberdade e da inteligência, permeada pelos princípios, valores e as atitudes presentes no agir no viver.

O cuidado na ótica de Silva (1997) floresce da esfera ciência-arte-espiritualidade, e faz parte de um processo de interação dinâmico e contínuo que requer novas habilidades/capacidades dos seres cuidadores, que invadem as capacidades intelectuais/rationais, para incluir o amor, a sabedoria, a compaixão, a solidariedade, a intuição, a criatividade, a sensibilidade, a imaginação e as formas multissensoriais de percepção.

De todas as formas de cuidar, destaco a utilização de técnicas da comunicação e de relacionamento terapêuticos para abordagem mais efetiva, incluindo situações de emergência, nas quais há manifestações de intenso sofrimento.

Deste modo, é possível evitar técnicas restritivas e proporcionar assistência de maior qualidade, que transcenda o cuidado voltado somente para o corpo, incorporando o

cuidado que considere a dimensão existencial, relacional, histórica, cultural e situacional dos pacientes, como sujeitos humanos desejantes (Kondo, Vilella, Borba, Moraes, & Maftum, 2011).

O caminho para o humanismo está na compreensão dos indivíduos, sendo que a prática da moral e da ética de um homem de bem e da preservação do humano precisa ser buscada dentro do próprio ser humano, pois o conhecimento da ciência é insuficiente para atingir esses requisitos (Money-Kirle, 1969).

Nesse sentido, Boff (1999) afirma que o cuidado só existe a partir do momento que o cuidador valoriza o indivíduo que necessita de cuidado.

Nesse momento o cuidador passa a compartilhar seus sonhos, sofrimentos, conquistas, isto é, de sua vida. Por isso, torna-se coerente nessa relação, o florescer do cuidado humanizado.

Conclusão

A maioria dos suicídios cometidos poderiam ser evitados por meio de acompanhamento adequado. Todavia o Sistema Único de saúde o sus, não possui nem em suas diretrizes nem dentro das suas leis orgânicas uma preocupação para com tratamento ou acompanhamento adequado a esta temática, deixando de lado a devida importância a este ato devastador, que destrói famílias todos os dias. Família está que na maioria dos casos é a responsável por não evitar tal acontecimento, uma vez que abandonam seu familiar com sintomas claros de depressão e pensamentos em acabar com sua existência, fazendo com que o indivíduo, além de não buscar ajuda profissional dificilmente responderia adequadamente ao tratamento por se sentir desprezado por seus parentes e amigos, diante disto os profissionais de saúde precisam considerar os aspectos biopsicossociais para que eles permaneçam constantemente na vida dos pacientes, onde assim poderiam conseguir revitalizar o desejo de viver dessas pessoas. Porém é de extrema necessidade que toda a equipe possua habilidades, conhecimentos e atitudes, isto é, sendo eficiente para o atendimento a pessoas com pensamentos suicidas.

Referências

- Chachamovich, E.; Stefanello, S.; Botega, Neury & Turecki, G.(2009). Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. vol.31, suppl.1, pp. S18-S25.
- BECK, A.T. (1984). Cognition and therapy. *Arch Gen Psychiatry* 41, pp. 1112-1114.
- BERENSTEIN, I. *Família e doença mental*. Trad. de Adriana Friedman. São Paulo Editora Escuta, 1988.
- ACKERMAN, N. W. *Teoría y práctica de la psicoterapia familiar*. Buenos Aires: Proteo, 1986.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. 3.ed. São Paulo: Hucitec,1994.
- FERREIRA, A B.de H. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- WHO – World Health Organization. (2007). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. [Versão online] 2007.
- Wilkinson, G., Moore, B., & Moore, P. (2003). Tratar a depressão. Lisboa: Climepsi.
- Holmes, D.S. (2001). Psicologia transtornos mentais. Porto Alegre: ArtMed.
- Abric, J.C. (2003). L'analyse structurale des représentations sociales. In S. Moscovici & F. Buschini (orgs.). *Les méthodes des sciences humaines* (pp. 375-392). Paris: PUF.
- Durkheim, E. (2003). O suicídio. São Paulo: Martin Claret. Versiani, M. (2004). Depressão: uma doença crônica. *Revista Ciência Hoje/Psiquiatria*, 34, 201, 34-37.
- Botega, N.J. (2007). Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29, 1, 7-8.
- Botega, N.J., Werlang, B.S.G., Cais, C.F.S., & Macedo, M.M.K. (2006). Prevenção do Comportamento Suicida. *Psico (Porto Alegre)*, 37, 213-220.
- Coutinho, M.P.L., & Saldanha, A.A.W. (2005). Representações sociais e práticas em pesquisa. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB.
- GOMES, Antonio Maspoli de Araújo. **Eclipse da alma**. A depressão e seu tratamento sob o olhar da psicologia, da psiquiatria e do aconselhamento pastoral solidário. São Paulo: Fonte, 2010. p. 95-125.
- Boff, L. (1999). Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra (8a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Silva, A. L. (1997). Cuidado transdimensional: um paradigma emergente. Pelotas, RS: Ed. Universitária.

Money-Kirle, R. E. (1969). Psicanálise e ética. In M. Klein, P. Heimann & R. E. Money-Kirle (Orgs.), *Temas de psicanálise aplicada* (pp. 140-162). Rio de Janeiro, RJ: Zahar.

Kondo, E. K., Vilella, J. C., Borba, L. O., Moraes, M. R., & Maftum, M. A. (2011). Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 501-507.

Azevedo, J. M. R., & Barbosa, M. A. (2007). Triagem em serviços de saúde: percepção dos usuários. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 15(1), 33-9.

Ting, S. A., Sullivan A. F., Boudreaux, E. D., Miller, I., & Camargo Jr, A. (2012). Trends in US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1993–2008. *General Hospital Psychiatry*, 34, 557–565.

Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., Bolhar, J., Botega, N., Silva, D., Wasserman, D. (2005). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: The WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological Medicine*, 35, 1457-65.