

Tentativa de suicídio por queimadura: ideação suicida e desesperança

Attempted suicide by burning: suicidal ideation and hopelessness

Maria Eliane Maciel Brito¹, Leirylane de Souza Pereira Goes², Vanessa Bomfim Costa³, Maria Glêdes Ibiapina Gurgel⁴, Maria Dalva Santos Alves⁵, Maria Adélia Timbó⁶, José Gomes Bezerra Filho⁷

RESUMO

Objetivo: Avaliar a ideação suicida e desesperança em pessoas que tentaram suicídio por queimadura, assistidos por um centro de tratamento especializado em queimaduras do município de Fortaleza-CE. **Métodos:** Foram aplicadas duas escalas, a Escala de Desesperança de Beck e a Escala de Ideação Suicida de Beck e considerados os relatos e as informações verbalizadas pelo participante, o prontuário e as percepções da pesquisadora. **Resultados:** Evidenciou-se que os pacientes que tentaram suicídio por queimadura eram, na maioria, do sexo feminino, com média de idade de 33,8 anos, nível educacional de baixo a médio e tiveram leve desesperança e leve ideação suicida, portanto, considera-se que a maior parte deles tem baixo risco para tentar o suicídio novamente. **Conclusões:** Pode relacionar-se tal resultado às consequências da tentativa de suicídio sem sucesso utilizando um método muito violento, o que, nesses casos, provoca muito sofrimento físico e psicológico. Evidenciou-se a necessidade de acompanhamento multiprofissional imediato e tardio à tentativa de suicídio, bem como o aumento de pesquisas acerca de sua prevenção e de seus fatores de risco.

DESCRIPTORIOS: Suicídio. Tentativa de suicídio. Queimaduras. Unidades de queimados. Ideação suicida.

ABSTRACT

Objective: To evaluate suicidal ideation and hopelessness in people who attempted suicide by burning assisted by a specialized treatment center for burns in Fortaleza-CE, Brazil. **Method:** Two scales were applied, the Beck Hopelessness Scale and Scale for Suicide Ideation, Beck, and considered the reports and information spoken by the participant, the medical records and the researcher perceptions. **Results:** The patients who attempted suicide by burning were mostly female, mean age 33.8 years, with low and middle school levels. It was found that they had mild hopelessness and suicidal ideation; therefore it is considered that most of them have low risk to attempt suicide again. **Conclusion:** This result may be related to the consequences of unsuccessful suicide attempt using a method very violent, which in these cases causes much physical and psychological suffering. There were evidenced the needs of multidisciplinary care in the short and long term to the suicide attempt, as well as increased research on its prevention and risk factors.

KEYWORDS: Suicide. Suicide, attempted. Burns. Burns unit. Suicidal ideation.

1. Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, Enfermeira do Centro de Tratamento de Queimados do Ceará do Instituto Dr. José Frota, Fortaleza, CE, Brasil.
2. Enfermeira, Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará - Bolsista CAPES, Fortaleza, CE, Brasil.
3. Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.
4. Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, Coordenadora do Núcleo de Epidemiologia do Hospital Gonzaga Mota de Messejana, Fortaleza, CE, Brasil.
5. Enfermeira e Psicóloga, Professora Adjunta IV do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.
6. Enfermeira, Coordenadora de Enfermagem do Centro de Tratamento de Queimados do Ceará do Instituto Dr. José Frota, Fortaleza, CE, Brasil.
7. Estatístico, Professor Adjunto IV do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Correspondência: Maria Eliane Maciel Brito
Rua 43, número 50/B – Fortaleza, CE, Brasil – CEP 60750-570
E-mail: maciel.brito@uol.com.br
Artigo recebido: 20/11/2012 • Artigo aceito: 21/1/2013

○ suicídio é um comportamento que intriga o ser humano, por sua violência e por suas possíveis motivações. A palavra suicídio vem do latim *sui* (próprio) e *caedere* (matar) e significa uma atitude individual de extinguir a própria vida, podendo ser causada, entre outros fatores, por um elevado grau de desespero e sofrimento, geralmente de nível emocional¹.

Define-se por tentativa de suicídio um ato deliberado de autoagressão, em que a pessoa não tem certeza de sobrevivência e tem vaga consciência do risco de morte que esse ato lhe trará². A tentativa de suicídio é uma atitude que objetiva causar morte e pode não atingir essa meta. A pessoa que tentar pode também não ter total ciência do que seu ato acarretará.

Suicídio e Tentativa de Suicídio (TS) são termos ou fenômenos diferentes e contabilizados nas pesquisas epidemiológicas também distintamente. Com relação às TS, as taxas são maiores entre mulheres; quanto ao suicídio, as taxas são maiores entre os homens³.

Em boletim de divulgação da situação epidemiológica do suicídio em Fortaleza, concluiu-se que, semelhantemente à situação mundial e nacional do suicídio, Fortaleza teve, em um período de dez anos (1998-2008), um número de óbitos por suicídio entre homens (1040 óbitos) cinco vezes maior que os óbitos por suicídio entre mulheres (259 óbitos). Observando que as taxas médias de suicídio entre os gêneros foram 9,9 em 100 mil homens e 2,2 em 100 mil mulheres¹.

O Ministério da Saúde brasileiro considera o suicídio, em seus dados epidemiológicos sobre mortalidade, como morte por causas externas, e divide em 14 métodos para suicidar-se¹. Os métodos de suicídio fumaça/fogo e chamas; e vapor/água, gás ou objetos quentes são generalizados na expressão "suicídio por queimadura", que é o método utilizado pelos participantes do presente estudo.

Queimaduras são lesões em tecidos de grande morbidade e mortalidade, que acarretam um grande ônus econômico em seu tratamento e reabilitação para a sociedade em geral⁴.

O suicídio por queimadura é um método pouco utilizado e de grande letalidade. O paciente queimado é obviamente de difícil tratamento em sua fase aguda pelo grande potencial de óbito, por sepse, assim como pelas cicatrizes e retração; no entanto, com o desenvolvimento da especialidade de cirurgia plástica, são muitos os recursos técnicos e materiais fornecidos nas diversas unidades de tratamento de pacientes queimados, com a finalidade de elevar a qualidade dos cuidados às pessoas que sofrem com queimaduras, permitindo melhor tratamento e reabilitação⁵.

Em um Centro de Tratamento de Queimados que presta assistência à população de uma região economicamente privilegiada da Alemanha, foi realizada uma pesquisa para mensurar a incidência de tentativa de suicídio por queimadura e comparar esses pacientes com os que tiveram queimaduras não-intencionais. Observou-se que os pacientes autoincendiados

tinham queimaduras mais graves, maior consumo de álcool entre eles, situação econômica não ativa, e complicações mais presentes (infecção e sepse, hemotransfusão, necessidade de traqueostomia e suporte respiratório e mortalidade)⁶.

Dos pacientes que tentaram suicídio por queimadura em um estudo publicado em 2001, 68% estavam na faixa etária entre 15 e 34 anos, 72% eram do sexo feminino, 56% das tentativas ocorreram na própria casa; 60% tinham nível de escolaridade médio e 24% nível superior; 80% eram casados ou tinham relacionamento estável; 76% tinham história de tentativas anteriores; 40% estavam passando por crise no casamento ou em processo de divórcio; 20% relataram dificuldades econômicas; 72% relacionaram o período da tentativa com o estado emocional de tristeza; 56% usaram álcool como agente de combustão para provocar a queimadura e 52% foram classificados como pacientes em estado crítico⁵.

A dor psicológica e a dor física causadas pelas queimaduras, pós-tentativa de suicídio malsucedido, embora sejam de natureza diferente, se sobrepõem. Não é menor a dor psicológica que a dor física, pois aquela pode ser exacerbada com a solidão, a culpa e pelo medo da rejeição. Assim, os enfermeiros enfrentam o desafio de desenvolver habilidades na avaliação física e emocional do paciente, na comunicação interpessoal e na capacidade de superar vários problemas físicos e psicológicos junto ao sobrevivente do suicídio⁷.

O suicida chega à instituição, em sua maioria, arrependido e negando seu ato, necessitando que os profissionais de saúde compreendam fatores de riscos que o levaram a cometer esse ato doloroso. Essa compreensão somente será possível se na Instituição de Saúde houver grupos de apoio a essas vítimas e a sua família.

Considera-se importante avaliar a intencionalidade suicida de tentativas de autoextermínio. Esta possui dois aspectos que merecem destaque: se é possível reverter o método escolhido e se houve alguma providência para evitar intervenções de terceiros². A mensuração da intenção de matar-se pode ser vista como subjetiva, porém, é relevante a avaliação da existência ou persistência de desejos e ideias vinculadas ao suicídio.

Para a mesma autora citada, "*Existe um grau crescente de intencionalidade quando se consideram ideias de suicídio, passando-se para desejo, ameaças, tentativas e finalmente ao ato consumado [...]*"².

Existem diferentes estágios incluídos no comportamento suicida que perpassam pelo nível mental, pela verbalização, chegando à ação ou consumação do ato. A base ou ponto inicial desse processo é a idealização, são os pensamentos mórbidos sobre a própria morte e como provocá-la, sendo essa etapa fundamental para a identificação de situações de risco e desenvolvimento de atividades preventivas.

Aaron Beck, juntamente com outros estudiosos da Universidade da Pensilvânia, elaborou quatro escalas, as Escalas de Beck, publicadas por Aaron & Steer, em 1993, e validadas no Brasil por Cunha,

em 2001⁸. Essas escalas são instrumentos de avaliação quantitativa acerca da depressão, ansiedade, desesperança e ideação suicida e podem ser autoaplicadas e separadamente.

Para os criadores da Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI), o objetivo dessa escala é quantificar a intensidade de consciência da intenção suicida atual, isso dividindo o comportamento suicida em dimensões⁹.

A aplicação da escala que avalia ideação suicida concomitante com a escala de depressão ou a escala de desesperança é recomendada por seus autores. A desesperança constitui-se um aspecto relevante como indicativo de uma possível tentativa de suicídio, pois a falta de planos e perspectivas para o futuro pode indicar descredibilidade com a vida e o futuro próprio.

Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI)

A Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI - *Beck Scale for Suicide Ideation*) é uma versão de autorrelato de outro instrumento clínico, desenvolvido no CCT da Universidade de Pensilvânia e utilizado, desde 1970, para investigar ideação suicida em pacientes psiquiátricos. Inicialmente com 30 itens, após um estudo-piloto em pacientes clínicos com suspeita de apresentarem ideação suicida, foi reformulada assumindo o formato de uma escala de avaliação clínica com 19 itens, com alternativas de 0 a 2 pontos, tipo Likert, com o objetivo de investigar a presença de ideação suicida, bem como a gravidade das ideias, planos e desejos de suicídio. Aos 19 itens foram acrescentados dois de caráter meramente informativo¹⁰.

Para os criadores da Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI), o objetivo dessa escala é quantificar a intensidade de consciência da intenção suicida atual, dividindo o comportamento suicida em dimensões⁹.

A identificação da mera presença de ideação suicida não revela o grau de intencionalidade, mas envolve a suspeita de risco de suicídio, mesmo porque o sujeito pode ocultar sua intenção real¹⁰.

ABSI propõe-se a mensurar a presença de pensamentos, planos e intenção de cometer suicídio no indivíduo avaliado, indicando sua ideação suicida atual. Esta não possui um ponto de corte específico, porém, considera-se como presente ideação moderada a alta pacientes com pontuação maior ou igual a 6¹¹.

É recomendável a administração da BDI (Inventário da Depressão de Beck), para investigar a presença ou não de depressão e de um escore positivo no item 9 (ideias suicidas), e da BHS, para investigar a existência ou não de pessimismo. Contudo, é mais sugerida pelos autores a administração da BHS, tendo em vista que a BSI tem maior especificidade, mas menos sensibilidade que a BHS. Tal combinação, com o caráter de triagem, reduz falsos positivos, bem como falsos negativos¹⁰.

Escala de Desesperança de Beck (BHS)

A Escala de Desesperança de Beck (BHS - *Beck Hopelessness Scale*), desenvolvida originalmente no *Center of Cognitive Therapy*

(CCT) da Universidade da Pensilvânia, na Filadélfia, nos Estados Unidos, é colocada como medida de dimensionamento do pessimismo ou da extensão das atitudes negativas relativas ao futuro. Sua primeira versão foi testada em uma amostra que incluía pacientes com ou sem depressão, sendo depois avaliada sua validade de fase, submetida a um estudo piloto, sendo usada durante vários anos em pacientes com ideação suicida ou história de tentativa de suicídio, antes de chegar à versão divulgada em 1974¹⁰.

A desesperança é preditora de suicídios, abordando três aspectos importantes dela: sentimentos acerca do futuro, perda de motivação e expectativas¹².

A teoria da desesperança considera existir três "elementos nucleares", que, hipoteticamente, resultam numa depressão desesperançosa. São estes: expectativa de resultados adversos; sentimento de desamparo relativo a esses resultados; e elevado grau de certeza sobre essa crença¹⁰.

A BHS é uma escala dicotômica, que engloba 20 itens, consistindo em afirmações que envolvem cognições sobre desesperança. Ao concordar com (certo) ou discordar (errado) de cada uma delas, o sujeito descreve sua atitude, permitindo que seja possível "avaliar a extensão das expectativas negativas a respeito do futuro imediato e remoto"¹⁰.

A BHS, portanto, é um instrumento adequado como indicador psicométrico de risco de suicídio, mostrando-se mais útil em pacientes com sintomatologia depressiva ou histórico de tentativa de suicídio¹⁰. A escala não objetiva estabelecer um diagnóstico, mas dar um indicativo de risco de suicídio em decorrência do avaliado apresentar perspectivas ruins em relação ao próprio futuro.

Inquietações acerca de queimaduras como método de tentar o suicídio surgiram em uma das discussões de um grupo de estudo acerca do suicídio vinculado à Universidade Federal do Ceará, tais como: Quanto deseja morrer indivíduo que tentou suicídio por queimadura? O quanto acredita no próprio futuro?

Diante da situação exposta sobre o suicídio, objetivou-se avaliar a ideação suicida atual e desesperança nos pacientes que tentaram suicídio por queimadura de um centro de especializado em tratamento de queimados do município de Fortaleza-CE.

MÉTODO

O presente estudo trata-se de pesquisa descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa-analítica. O método de pesquisa descritiva-exploratória tem por finalidade investigar conceitos e ideias de uma dada população e levantar hipóteses que serão investigadas em estudos posteriores¹³.

Para desenvolver este estudo, optamos pela abordagem quantitativa, pois se refere à intencionalidade suicida recente e desesperança nos pacientes por meio de dois instrumentos validados e amplamente utilizados em vários países.

A coleta de dados ocorreu do mês de setembro de 2010 a fevereiro de 2011. A organização e a análise dos dados foram realizadas de fevereiro 2011 a maio de 2011.

A instituição participante da pesquisa foi um hospital público municipal, localizado na cidade de Fortaleza-CE. Este oferece atendimento em Emergência, Centro de Envenenamento, Hemoterapia, Serviço de Pronto Atendimento (SPA), Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), Centro de Imagens e Neurocirurgia, com profissionais especializados em Clínica Médica, Cirurgia Geral, Anestesiologia, Cirurgia Pediátrica, Pediatria, Traumatologia, Neurocirurgia, Cirurgia Tóraco-Vascular e Cirurgia Plástica.

O Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) constitui-se em uma Unidade Integrada que ocupa toda a área de um pavimento hospitalar, prestando atendimento especializado de urgência e emergência ambulatorial e hospitalar aos pacientes vítimas de queimaduras, durante 24 horas.

O serviço dispõe de ambulatório, enfermarias, sala de balneoterapia, sala de terapia ocupacional, sala de fisioterapia e centro cirúrgico. Ao todo, dispõe de 30 leitos para internação hospitalar. Desses, seis são exclusivos para pediatria, porém, como a demanda pediátrica é sempre grande, utilizam-se os leitos destinados a adultos, pois o serviço é referência no Estado, não tendo como encaminhar o paciente a outra unidade.

A equipe multidisciplinar é composta por cirurgiões plásticos, clínicos, pediatra, enfermeiros, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e, mais recentemente, foram incorporados à equipe um psiquiatra e psicólogo.

Esse serviço de atendimento a queimados é referência para o município de Fortaleza e de todos os demais municípios do estado, além de alguns Estados da região Norte e Nordeste, que não dispõem de serviço de queimados.

O universo da pesquisa correspondeu a 102 pacientes registrados no livro de internação do Centro Especializado em Tratamento de Queimados (CTQ), no período de sete anos (2003 a 2009 = 84 meses), com média anual de 14,5 pacientes internados por tentativa de suicídio por queimadura. A partir desse número, foi retirada a média mensal de 1,20 pacientes. Ao considerar os seis meses de coleta, a amostra a ser estudada corresponderia a 7,2 pacientes. Portanto, a amostra efetivamente estudada foi de 9 pacientes.

Foram incluídos na amostra todos os pacientes internados no CTQ que tentaram suicídio por queimadura e que aceitaram participar do estudo. Excluíram-se os pacientes que não tinham capacidade de responder verbalmente aos instrumentos aplicados.

No período estudado, participaram da pesquisa 9 pacientes dos 18 que entraram na unidade com queimaduras pós-tentativa de suicídio. Dos 9 que não participaram da amostra, 1 era pequeno queimado e, assim, permaneceu apenas quatro dias na unidade, saindo antes do dia da visita de coleta, para ser acompanhado pelo serviço ambulatorial; 2 recusaram-se a participar; 1 a família pediu que não fosse feita abordagem para participação do estudo; 2 morreram no mesmo dia que chegaram à unidade, pois eram grandes queimados; e 3 eram pacientes que não tiveram boa evolução clínica, tornando-se graves e necessitando transferência para a Unidade de Tratamento Intensivo do serviço ou indo a óbito.

Foram aplicadas duas Escalas de Beck: a Escala de Desesperança de Beck¹⁴ e Escala de Ideação Suicida de Beck⁹. Todos os pesquisadores que aplicaram os instrumentos citados eram integrantes do subgrupo de estudo Suicídio do PLUS – Projeto Integrado de Pesquisa e Extensão em Perda, Luto e Separação da Universidade Federal do Ceará.

Assim, os níveis dos escores da BHS, para pacientes psiquiátricos quando é empregada a versão em português, são: Mínimo (0-4), Leve (5-8), Moderado (9-13), e Grave (14-20). De modo geral, indivíduos que apresentam escores ≥ 9 têm maior possibilidade de desenvolverem ideação suicida. Para a atribuição do escore às respostas à BHS, utilizou-se uma chave de correção (Crivo de Correção da BHS).

A BSI foi estruturada de forma a permitir que os cinco primeiros itens possam ser usados como triagem da ideação suicida. Assim sendo, se a resposta do examinado for 0 ao grupo de afirmações número 4 (“indicando ausência de intenção suicida ativa”) e ao grupo de número 5 (“indicando evitação de morte, se confrontando com uma situação ameaçadora para a vida”), ele deverá ser orientado a passar imediatamente ao item 20, deixando de dar resposta aos 14 itens seguintes. Tais itens são mais específicos a respeito de planos e atitudes com uma intenção suicida subjacente. Caso tenha havido qualquer escolha diferente de 0 no item 4 ou 5, o examinado fará suas escolhas referentes aos grupos de afirmações dos itens 6 a 19. Os itens 20 e 21 não deverão ser contabilizados, pois têm caráter meramente informativo¹⁰.

Quanto ao item 20, deve ser respondido por todos os examinados, tenham ou não preenchido os 14 itens anteriores. Já o item 21 só será respondido por sujeitos com história de alguma tentativa prévia de suicídio¹⁰.

A BSI deve ser vista sob dois pontos: 1. presença ou não de ideação suicida; e 2. intensidade com que cada indivíduo deseja e tem razões para morrer, tendo intenções, planos detalhados, além de ter em vista um método, preparando-se para chegar à consecução de um suicídio e, naturalmente, o grau com que admite isso¹⁰.

As escalas foram aplicadas individualmente, com tempo médio de aplicação de 20 a 30 minutos. Ao final de cada aplicação dos instrumentos, foram coletados dados do prontuário relativos à história do participante.

Os dados obtidos foram separados em dois grandes grupos, o primeiro com pacientes que tentaram suicídio por queimadura do sexo feminino (TSF) e o outro grupo com pacientes que tentaram suicídio por queimadura do sexo masculino (TSM).

Os pacientes dos grupos foram nomeados por ordem de entrada no CTQ, no caso de pertencer ao primeiro grupo – pacientes que tentaram suicídio do sexo feminino (TSF1, TSF2, TSF3, TSF4, TSF5) e no segundo grupo – pacientes que tentaram suicídio do sexo masculino (TSM1, TSM2, TSM3, TSM4), totalizando nove participantes do estudo.

Para melhor desenvolvimento dos aspectos relacionados às escalas de Beck utilizadas no presente estudo, os participantes foram classificados de acordo com o somatório de escores obtidos com suas respostas à BSI, em participante com ideação suicida de leve a moderada ou participante com ideação moderada a grave, destacando-se aqueles que apresentarem qualquer resposta positiva às questões 4 e 5.

Na análise das respostas dadas à BHS, estabelecemos a classificação de Desesperança Leve a Moderada (< 9) e Desesperança de Moderada a Grave (≥ 9).

Para melhor visualização dos resultados foram elaborados quadros. Por fim, discutiremos os resultados à luz da literatura pertinente à temática.

Foram considerados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com o preconizado pela Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996. Ressalta-se a assinatura (ou digitais) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias por todos os participantes, contendo

esclarecimento sobre a relevância de sua participação para o desenvolvimento do estudo, as quais uma ficará com o participante e a outra em poder do pesquisador. Na seleção dos participantes não houve distinção de credo, etnia e/ou estigma social.

O projeto da pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dr. José Frota, obtendo parecer favorável, protocolo nº 88094/10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As respostas à BHS de oito participantes do estudo revelaram desesperança leve a moderada. Apenas um paciente apresentou ideação de moderada a grave. Três participantes apresentaram ideação suicida de moderada a grave, e seis foram classificados como tendo ideação de suicida leve a moderada. A participante TSF3 destaca-se entre os demais, por apresentar desesperança moderada e ideação suicida moderada a grave. Isso remete ao um menor risco de novos atentados contra a própria vida, não excluindo essa possibilidade (Tabela 1).

A tentativa de suicídio é um fator de risco muito relevante, admitir ou verbalizar que o que causou a queimadura não foi um acidente e sim uma atitude autoinfligida reflete a aceitação do próprio comportamento suicida.

Os dados sobre história de suicídio nas Tabelas 1 e 2 diferem pelo fato de que na Tabela 1 foram consideradas as informações do prontuário e, na Tabela 2, as respostas às questões 20 e 21. A divergência citada refere-se aos participantes TSF4 e TSM3, que referiram haver tentado uma vez o suicídio, porém, os registros de seu prontuário descrevem história de tentativa anterior.

A BSI, em suas questões, avalia alguns aspectos específicos pertinentes ao suicídio (Tabela 2).

TABELA 1
Distribuição de resultados da aplicação de duas Escalas de Beck de homens e mulheres que tentaram suicídio, Fortaleza, 2011.

Participante	Pontuação BHS	Pontuação BSI	História progressa de tentativa de suicídio	Desejo de morrer durante a tentativa anterior
TSF1	6	8	Sim	Fraco
TSF2	1	8	Não	—
TSF3	9	20	Sim	Forte
TSF4	5	0	Sim	Fraco
TSF5	5	0	Sim	Forte
TSM1	4	3	Não	—
TSM2	4	4	Não	—
TSM3	5	0	Sim	—
TSM4	6	0	Não	—

TABELA 2**Distribuição de aspectos avaliados pela Escala de Beck, questões e respostas de homens e mulheres que tentaram suicídio por queimadura, 2011.**

Aspectos avaliados	Nº das questões	Pacientes com ideação moderada a grave	Paciente com ideação leve a moderada
Desejo de viver	1	TSF3(+)	(-)
Desejo de morrer	2	TSF3(++)	TSM1(+) TSM2(++)
Razões para viver e morrer	3	TSF2(++)	(-)
Intenção ativa de tentativa de suicídio	4	TSF1(+) TSF2(+) TSF3(++)	(-)
Intenção passiva de suicídio	5	TSF3(+)	(-)
Dimensionamento de duração de tempo dos pensamentos suicidas	6	TSF1(++ TSF3(++)	(-)
Dimensionamento de frequência de tempo dos pensamentos suicidas	7	TSF1(+) TSF2(+) TSF3(+)	(-)
Atitude para com ideação / Intensidade desse desejo	8	TSF2(+) TSF3(++)	(-)
Autocontrole sobre atitudes suicidas	9	(-)	(-)
Impedimentos para tentativas	10	TSF3(+)	(-)
Motivo da tentativa contemplada	11	TSF2(++ TSF3(++)	(-)
Método: especificidade/ plano	12	TSF1(+)	(-)
Método: disponibilidade/ acesso	13	(-)	(-)
Sentimento de "capacidade" para realizar tentativa	14	TSF3(++)	(-)
Expectativa de concretizar tentativa	15	TSF3(++)	(-)
Preparação real	16	(-)	(-)
Atitudes reais para o fim	17	TSF1(++)	(-)
Tomou providências caso consumação do intento	18	(-)	(-)
Ocultação de tentativas contempladas	19	TSF2(++)	(-)
História de tentativa atual ou pregressa	20	TSF1(++ TSF2(+) TSF3(++)	TSF4, TSM1, TSM2, TSM3 e TSM4 (+) TSF5 (++)
Intensidade do desejo de morrer durante a tentativa anterior	21	TSF1(-) TSF3(++)	TSF5(++)

TSF = paciente do sexo feminino que tentou suicídio por queimadura; TSM = paciente do sexo masculino que tentou suicídio por queimadura; (-) = escore zero ou ausência de paciente com resposta positiva; (+) = um escore positivo.

As questões informativas (20 e 21) nos mostraram que todos os pacientes haviam tentado suicídio pelo menos uma vez durante sua vida, três deles haviam atentado contra a própria vida outra vez, anteriormente à tentativa atual; todos eram do sexo feminino e utilizaram métodos que não a queimadura. Seis pacientes haviam tentado matar-se uma única vez, esta se refere à tentativa atual.

Esse último aspecto foi admitido por todos os participantes, demonstrando que eles não tiveram uma atitude de negação frente ao próprio ato suicida atual, reconhecendo que, em algum momento de suas vidas, já fizeram uma tentativa de suicídio, o que demonstra certo nível de consciência do comportamento suicida dos mesmos.

Dentre os pacientes que tentaram duas ou mais vezes o suicídio, dois tiveram um forte desejo de morrer durante a tentativa anterior.

Dos participantes do estudo incluídos no grupo que possuíam ideação suicida moderada a grave, todos eram do sexo feminino.

Os aspectos presentes nesse grupo foram: intenção ativa de tentativa de suicídio; dimensionamento de frequência de tempo dos pensamentos suicida; história de tentativa atual ou pregressa.

TSF1 revelou ter planos para uma futura tentativa, referindo haver tomado medidas para que esse plano se concretize. Tal situação de ideação suicida coloca a paciente como tendo maior necessidade de cuidados preventivos, no que diz respeito a medidas de controle ambiental, e de maior atenção de suporte psicológico.

TSF2 afirmou ter fortes motivos para nova tentativa, que tem que ocultar seus intentos. Isso remete uma grande intenção de matar-se, e que, hipoteticamente, a participante poderia estar articulando um plano suicida.

A participante TSF3 destacou-se por apresentar a maior pontuação e, assim, o maior grau de intenção suicida, pois, além de referir intenção ativa e passiva de suicidar-se, demonstrou desejo

de viver diminuído; forte desejo de morrer; frequentes pensamentos mórbidos de longa duração e que não sofriam resistência; a existência de motivos que poderiam impedir uma tentativa de suicídio, concomitante à existência de motivos que a impeliam a atentar contra a própria vida, tendo este maior intensidade que aquele; esperança de obter sucesso na próxima investida e sentimento aptidão para realizá-la; história de tentativa pregressa, um fator de risco decisivo para suicídio, agravado pelo forte desejo de morrer durante a última tentativa anterior.

TSF3 apresentou desesperança moderada a grave e forte ideação suicida, o que a torna a paciente com maior risco de suicídio desse estudo.

CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa demonstraram que os pacientes que tentaram suicídio por queimadura tiveram, em sua maioria, leve desesperança e leve ideação suicida; portanto, podemos considerar que a maior parte deles tem baixo risco para tentar o suicídio novamente. Pode-se relacionar tal resultado às consequências da tentativa de suicídio sem sucesso utilizando um método muito violento, o que nesses casos provoca muita dor física, além da psicológica.

O sofrimento físico referido é inerente aos procedimentos clínicos e cirúrgicos, e a dor característica da lesão de pele por queimadura; o psicológico, ao sentimento de arrependimento, ao medo do preconceito social, e as cicatrizes esperadas para o período tardio do tratamento.

O baixo risco apresentado certamente está vinculado ao suporte da equipe multiprofissional oferecido pela instituição onde esses pacientes foram atendidos. Essa equipe constitui-se de médicos, psicólogo, psiquiatra, fisioterapeuta, enfermeiros e equipe de enfermagem, sendo necessário garantir o suporte para que o paciente com comportamento suicida possa evoluir favoravelmente, obtendo alta hospitalar.

Fica, ainda, o desafio de assegurar continuidade ao acompanhamento físico e mental iniciado na Unidade que o recebeu no período imediato a sua tentativa.

O enfermeiro constitui-se um elemento fundamental no contexto de suporte multiprofissional eficaz ao paciente de TS. Este tem a possibilidade de implementar intervenções de enfermagem estabelecidas a partir de diagnóstico de Enfermagem Risco de Suicídio, tendo o auxílio, para tanto, de sua equipe.

Também podem ser desenvolvidos meios para melhor articulação do sistema de referência e contrarreferência de pacientes, estabelecido pelo SUS, como forma de consolidação da prevenção do suicídio.

Resalta-se, também, a necessidade de serem elaboradas medidas preventivas, que venham a interceptar precocemente o comportamento suicida, a fim de tentar evitar novas tentativas com ou sem sucesso, pois ambas causam um ônus social altíssimo, tanto pela perda de um cidadão que geralmente está no período de maior produtividade ou atividade econômica, como pelos gastos com o serviço de saúde, no caso das queimaduras, um serviço especializado.

Também, evidencia-se que existe a necessidade de realização de pesquisas sobre a temática, principalmente, sobre prevenção e fatores de risco relacionados.

REFERÊNCIAS

1. Fortaleza. Secretaria de Saúde de Fortaleza. Boletim de Saúde de Fortaleza. 2009;13(1).
2. Kovács MJ. Comportamentos autodestrutivos e o suicídio. In: Kovács MJ, ed. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
3. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental - nova concepção, nova esperança. Lisboa: Organização Mundial da Saúde; 2002.
4. Gimenes GA, Alferes FCBA, Dorsa PP, Barros ACP, Gonella HA. Estudo epidemiológico de pacientes internados no Centro de Tratamento de Queimados do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. Rev Bras Queimaduras. 2009;8(1):14-7.
5. Mlílian PER, Yárd MLE, Morgado ECS, Paz MR, Cordero LP, Castillo ALA. Tentativa de suicídio por queimaduras. MediCiego. 2003;9(1).[Acesso em: 27 abril 2013]. Disponível em: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol9_01_03/articulos/a14_v9_0103.htm
6. Theodorou P, Phan VT, Weinand C, Maegele M, Maurer C, Perbix W, et al. Suicide by burning: epidemiological and clinical profiles. Ann Plast Surg. 2011;66(4):339-43.
7. Ferreira LA, Luis MAV. A construção de um processo que culminou num episódio de queimadura: relato da história de vida de pacientes queimadas. Rev Esc Enferm USP 2002;36(2):125-32.
8. Reppold CT. Construção, validação e normatização de uma bateria de cinco escalas para avaliação de ajustamento psicológico em adolescentes [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
9. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. J Consult Clin Psychol. 1979;47(2):343-52.
10. Cunha J. Manual em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
11. Palmu R, Suominen K, Vuola J, Isometsä E. Mental disorders among acute burn patients. Burns. 2010;36(7):1072-9.
12. Pompili M, Rinaldi G, Lester D, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. Arch Psychiatr Nurs. 2006;20(3):135-43.
13. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 6ª ed. São Paulo: Editora Atlas; 2007.
14. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. J Consult Clin Psychol. 1974;42(6):861-5.