








ARTIGO ORIGINAL

## Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2) em pacientes com comportamento suicida prévio

### Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) in patients with previous suicidal behavior

### Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2) en pacientes con conducta suicida previa

Cleonice Zatti <sup>a</sup>, Luciane Maria Both <sup>a</sup>, Andre Goettems Bastos <sup>b</sup>, Sérgio Eduardo Silva de Oliveira <sup>c</sup>,  
Taís Cristina Favaretto <sup>a</sup>, Luciano Santos Pinto Guimarães <sup>a</sup>, Lucia Helena Machado Freitas <sup>a,d</sup>

<sup>a</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento – Porto Alegre/RS – Brasil. <sup>b</sup> Contemporâneo – Porto Alegre/RS – Brasil., Tradutor e Revisor da versão brasileira do OPD-2 (Task Force OPD-2, 2016); Instituto de Psicanálise e Transdisciplinariedade – Porto Alegre/RS – Brasil. <sup>c</sup> Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura – Brasília/DF – Brasil. <sup>d</sup> Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Serviço de Psiquiatria – Porto Alegre/RS – Brasil.

DOI 10.5935/2318-0404.20220018

#### Resumo

**Objetivo:** avaliar o funcionamento psicodinâmico de pacientes pós-tentativa de suicídio através do Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2) e de outros instrumentos complementares. **Métodos:** estudo de caso utilizando métodos mistos de análise (quali-quantitativa). Os pacientes foram avaliados em *follow up* 3 anos após a primeira entrevista (que ocorreu logo após a tentativa de suicídio), e dois deles concordaram em participar do *follow up*. **Resultados:** observou-se nível moderado de funcionamento global nos pacientes. Os conflitos psíquicos com maior prevalência foram o de ‘autoestima’ e ‘necessidade de ser cuidado’ versus ‘autossuficiência’. Em suas relações, mostraram-se dependentes, impulsivos e exigentes, o que ocasiona sensação constante de abandono. Nessa perspectiva, o medo de ser abandonado faz com que se distanciem e se isolem. Os fatores protetivos de tendências suicidas foram a qualidade da rede de apoio (MOS), a maior interação social, a maior estabilidade do *self*, o nível de defesas maduras e o tratamento em saúde mental posterior à alta hospitalar. **Conclusão:** o OPD-2 demonstrou-se um instrumento apropriado para uma ampla compreensão psicológica de pessoas que tiveram tentativas de suicídio.

**Palavras-chaves:** Tentativa de Suicídio, Apoio Social, Fatores Protetivos, Saúde Pública.

## Abstract

**Objective:** to evaluate the psychodynamic functioning of patients after suicide attempts through the Operationalization Psychodynamic Diagnosis (OPD-2) and other complementary instruments. **Methods:** case study using mixed methods of analysis (quali-quantitative). Patients were evaluated in follow up 3 years after the first interview (which occurred shortly after the suicide attempt), and two of them has agreed in participating of the follow up. **Results:** a moderate level of overall functioning was observed in the patients. The most prevalent psychic conflicts were 'self-esteem' and 'need to be cared for' versus 'self-sufficiency'. In their relationships, they have shown up to be dependent, impulsive and demanding, which causes a constant feeling of abandonment. In this perspective, the fear of being abandoned causes them to distance themselves and be isolated. The protective factors of suicidal tendencies were the quality of the support network (MOS), the greater social interaction, the greater stability of the self, the level of mature defenses and the mental health treatment after hospital discharge. **Conclusion:** OPD-2 proved to be an appropriate instrument for a broad psychological comprehension of people who had suicide attempts.

**Keywords:** Suicide Attempt, Social Support, Protective Factors, Public Health.

## Resumen

**Objetivo:** evaluar el funcionamiento psicodinámico de pacientes tras intentos de suicidio a través del Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2) y otros instrumentos complementarios. **Métodos:** estudio de caso utilizando métodos mixtos de análisis (cuali-cuantitativo). Los pacientes fueron evaluados en el seguimiento 3 años después de la primera entrevista (que ocurrió poco después del intento de suicidio), y dos de ellos han aceptado participar del seguimiento. **Resultados:** se observó un nivel moderado de funcionamiento general en los pacientes. Los conflictos psíquicos más prevalentes fueron la "autoestima" y la "necesidad de ser atendido" versus la "autosuficiencia". En sus relaciones se han mostrado dependientes, impulsivos y exigentes, lo que provoca un constante sentimiento de abandono. En esta perspectiva, el miedo al abandono hace que se distancien y se aíslen. Los factores protectores de las tendencias suicidas fueron la calidad de la red de apoyo (MOS), la mayor interacción social, la mayor estabilidad del yo, el nivel de defensas maduras y el tratamiento de salud mental tras el alta hospitalaria. **Conclusión:** OPD-2 resultó ser un instrumento apropiado para una amplia comprensión psicológica de las personas que tuvieron intentos de suicidio.

**Palabras clave:** Intento de suicidio, apoyo social, factores protectores, salud pública.

## Introdução

As ações de atendimento e a pesquisa com pacientes em risco de suicídio necessitam de contribuições qualificadas. Do mesmo modo, os procedimentos diagnósticos e psicoterapêuticos implementados com essa população necessitam de um olhar atento ao risco, principalmente após o indivíduo ter realizado uma tentativa de suicídio (TS).

Um estudo no Hospital de Pronto Socorro (HPS) de Porto Alegre/RS comparou o risco de suicídio e o nível de sintomas depressivos em pacientes com e sem TS. Assim sendo, os resultados indicaram que 97,8% do grupo-controle não apresentou risco de suicídio, já na análise do grupo de caso, os pesquisadores descobriram que 94,4% dos pacientes apresentavam um aumento elevado do risco de uma nova TS e a presença de Transtorno Depressivo Grave<sup>1</sup>.

Sob esse enfoque, foi realizado, também, um estudo prospectivo na Espanha, que acompanhou 371 participantes adultos que haviam tentado suicídio<sup>2</sup>. Os participantes da pesquisa espanhola foram acompanhados desde a inclusão até a próxima TS, a morte por outras causas, a perda do paciente ou após no máximo dois anos desde a TS. Dessa amostra, 70 participantes (19%) tentaram novamente uma ação suicida, sendo que 60% das novas tentativas ocorreram nos primeiros 6 meses. Assim, os fatores que se mostraram fortemente associados às novas tentativas foram traços de transtornos de personalidade e a baixa adesão aos tratamentos indicados<sup>2</sup>.

Nessa perspectiva, pesquisadores apontam que, nos últimos 20 anos, mais que dobrou o número de pacientes que ingressam nos serviços de emergência por tentativas de suicídio<sup>3,4</sup>. Esses estudos mostram que cerca de 3% dos pacientes de pronto atendimento médico apresentam ideação suicida e que até 25% desses irão fazer uma tentativa de suicídio no próximo ano. Além disso, a maioria dos casos que apresenta ideação suicida nos Hospitais de Pronto Socorro têm histórico psiquiátrico e teve perdas de pessoas significativas na infância<sup>5</sup>.

No Brasil, as pesquisas de seguimento no campo da saúde mental, seja pós-hospitalar, seja ambulatorial, sofrem um grande problema em relação ao número de desistências ou de abandono no seguimento<sup>2,6</sup>. Em relação a esse problema, Irigoyen et al. (2019) e Bulloch et al. (2010) argumentam que pacientes gravemente doentes estão mais propensos a desistir de comparecer às consultas devido à consciência insuficiente da gravidade da doença. Outra característica comum do problema é a alta taxa de abandono característica da população psiquiátrica devido a não adesão ao tratamento e à falta de cooperação<sup>2,6</sup>. Já Jiménez pontua que um conjunto flexível de intervenções adaptadas às características de cada paciente e/ou seu transtorno promovem maior probabilidade de adesão e mudanças no processo psicoterápico<sup>7</sup>.

A partir dessas considerações, observa-se a importância de uma avaliação abrangente e profunda de pacientes em sofrimento psíquico grave visando à compreensão do seu funcionamento psicológico, a fim de instrumentalizar profissionais da saúde mental para melhor acolher, entender e direcionar o foco de tratamento, ponto inicial para o trabalho terapêutico. Diante disso, o instrumento Diagnóstico Operacionalizado Psicodinâmico (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik- OPD) busca integrar aspectos da sintomatologia descritiva, comum dos manuais diagnósticos, à dimensão psicodinâmica. Assim, através de uma entrevista semiestruturada, busca-se a integração de cinco eixos: Eixo I “Vivências da Doença e Pré-requisitos para o Tratamento”, Eixo II “Relações Interpessoais”, Eixo III “Conflito Psíquico”, Eixo IV, “Estrutura Psíquica” e Eixo V “Diagnóstico”, conforme o DSM ou a CID<sup>8</sup>.

O OPD, em sua segunda versão, demonstrou que pode ser utilizado em diversos contextos clínicos e

perturbações psíquicas, como com pacientes que sofreram violência doméstica, para Transtorno de Estresse Pós-Traumático<sup>9</sup> e Estresse Agudo<sup>10</sup> e pacientes psicóticos<sup>11</sup> lack of clarity and consensus among clinicians in the constructs operationalization and analysis of reliable results. A rigorous and reliable psychodynamic diagnosis that allows a homogenization of evaluation criteria, increases communication within the scientific community and approaches research to practice. The OPD2's – Operationalized Psychodynamic Diagnosis – objective is to operationalize psychoanalytic constructs, through semi-structured interviews, to formulate a psychodynamic multi-axial diagnosis based on 5 axes: experience of the illness and prerequisites for the treatment (Axis I. No entanto, apesar de ser uma ferramenta clínica essencial em relação à compreensão multidimensional dos sujeitos<sup>12</sup>, uma revisão sistemática de literatura, a qual buscou por estudos empíricos que utilizaram o OPD-2 publicados entre os anos de 2012 até 2017, mostrou que o número de produções sobre o assunto ainda não é significativo.

Em razão disso e observando que não há estudos sobre aplicabilidade do OPD-2 em pacientes com TS, esta presente pesquisa tem como objetivo analisar dois casos de seguimento, utilizando do sistema de Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado<sup>8</sup>. Espera-se, então, que os dados possam contribuir com o entendimento acerca do funcionamento psicodinâmico de pacientes que fizeram TS, além de ampliar os conhecimentos sobre essa população.

## Método

O presente estudo refere-se à segunda fase de uma pesquisa com delineamento de caso-controle<sup>5</sup>, e, a seguir, são descritas as suas fases.

A fase 1 consiste em uma pesquisa de caso-controle, realizada com 84 pacientes adultos (28 casos e 56 controles) internados ou que estiveram em atendimento na sala de emergência, no período de agosto de 2015 a março de 2016, no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre/RS (HPS). O objetivo geral da pesquisa, iniciada em 2015, teve como objetivo principal identificar a ocorrência de traumas infantis, de apoio social e de expressão de raiva em adultos sobreviventes de suicídio atendidos no HPS. Dos 28 casos de tentativa de suicídio, apenas 5 pacientes, no momento da aplicação da pesquisa de caso-controle, recusaram a possibilidade de contato futuro. Logo, para a fase 2, existiam 23 potenciais participantes.

A pesquisadora principal realizou contato com os 23 pacientes da pesquisa de caso-controle, e os contatos registrados de 14 deles constavam como “números de telefone inexistentes”. Então, buscaram-se informações atualizadas com o HPS, porém não se obteve sucesso com a lista atualizada enviada pelo hospital. Sendo assim, o total de pacientes contatados foram 9, sendo que, em 7 casos, houve recusa de participação do *follow up*, resultando em 2 casos reavaliados com sucesso na fase 2.

A fase 2 utilizou métodos mistos concomitantes (análise quali-quantitativa), e a coleta de dados ocorreu entre maio e dezembro de 2019. Em relação às entrevistas de avaliação pelo OPD-2, elas foram realizadas presencialmente por duas psicólogas com experiência na temática, acompanhadas de uma psiquiatra do

Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS que tem treinamento específico para a utilização do protocolo OPD-2. É importante ressaltar que nenhum dos pacientes apresentava risco de suicídio no momento da entrevista.

### Caracterização da amostra

Participante 1: homem, 46 anos de idade. Tentou suicídio em fevereiro de 2016 por enforcamento. Tinha histórico de alcoolismo paterno, com situações significativas de negligências na infância. Havia realizado uma consulta com um profissional de saúde 7 dias antes da TS. Durante a entrevista com a pesquisadora na fase 1, relatou estar com pensamentos claros sobre uma nova tentativa, porém com outros métodos: tiro na cabeça ou facada. Em 2019, durante a entrevista da fase 2, relatou estar alegre por ter sobrevivido ao ato, sem tentativas posteriores.

Participante 2: homem, 25 anos de idade. Tentou suicídio em março de 2016 por queda de altura (de 5 metros). Sofreu fratura medular e hematomas na cabeça e nas pernas. Tinha histórico de situações de abusos sexuais na infância. Havia realizado uma consulta com um profissional de saúde mental 15 dias antes da TS. Em 2019, durante a entrevista da fase 2, relatou estabilidade emocional e física após realizar alguns procedimentos cirúrgicos em decorrência da ação, sem tentativas posteriores.

### Aspectos éticos

O estudo fica regido pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) com o seguinte registro: 44823315.1.0000.5327, via plataforma Brasil, aprovada uma emenda em 2018 pelo CEP-HCPA por meio do parecer de número 2.731.908, relatado em 23 de junho de 2018.

Os pacientes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e a publicação dos dados. Durante a aplicação, preservou-se o bem-estar dos participantes, de modo que eles ficassem livres para deixar de responder a qualquer questão ou desistir em qualquer momento da aplicação dos instrumentos. Além disso, houve a preservação da identidade das pessoas envolvidas, bem como a confidencialidade e o sigilo de informações pessoais. Por fim, os participantes consentiram a participação na pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### Instrumentos

**Questionário sociodemográfico:** foi elaborado um questionário para a obtenção de informações gerais dos participantes, composto de questões abertas e fechadas sobre aspectos de gênero, idade, grau de instrução, renda, tipo de ocupação e estado civil.

**Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2; Task Force OPD-2, 2008)<sup>13</sup>:** o OPD-2 permite uma avaliação quantitativa e qualitativa do funcionamento psicodinâmico de pacientes e surge como uma alternativa aos sistemas de classificação de transtornos mentais mais populares, a saber, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à

Saúde (CID). Esses manuais têm sido amplamente utilizados, e suas sistematizações possibilitam a comunicação entre profissionais do mundo todo, porém ambos estão muito longe do ponto de vista psicanalítico<sup>8</sup>. Trata-se de um sistema diagnóstico multiaxial composto por cinco eixos: Eixo I – experiência da doença e pré-requisitos para o tratamento; Eixo II – relações interpessoais; Eixo III – conflitos; Eixo IV – estrutura; e Eixo V – psicossomática e transtornos mentais de acordo com a CID-10. Para esta pesquisa, foi usada a versão brasileira disponível do manual OPD-2, traduzido e revisado por André Goettems Bastos e equipe & Rui Aragão Oliveira e equipe<sup>8</sup>.

**Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI-2; Spielberger et al, 1983)<sup>14</sup>:** o instrumento tem 57 itens, os quais proporcionam 12 medidas, a saber: Estado de Raiva (ER); Sentimento de Raiva (E-SR); Vontade de Expressar Raiva Verbalmente (E-RV); Vontade de Expressar Raiva Fisicamente (E-RF); Traço de Raiva (TrR); Temperamento de Raiva (Tr-TR); Reação de Raiva (Tr-RR); Expressão de Raiva para Fora (ExRF); Expressão de Raiva para Dentro (ExRD); Controle de Raiva para Fora (CRF); Controle de Raiva para Dentro (CRD); e Índice de Expressão de Raiva (IER). Além disso, o instrumento apresenta adequadas propriedades psicométricas<sup>15</sup>.

**Biópsia Psicológica (BP; Zatti & Freitas, 2019)<sup>16</sup>:** o questionário Biópsia Psicológica foi desenvolvido por Zatti e Freitas (2019) e visa a identificar histórias traumáticas, ideação suicida e tentativas de suicídio prévias, além de conhecimento de letalidade do método e autoagressão<sup>16</sup>.

**Defensive Style Questionnaire (DSQ-40; Bond et al, 1983)<sup>17</sup>:** avalia os mecanismos de defesa de um indivíduo através de 40 itens. Logo, as defesas são divididas em 3 fatores: maduro, neurótico e imaturo. Foi utilizada a versão adaptada para o Brasil de Blaya (2004)<sup>18</sup>.

**Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI; Sheehan et al, 1998)<sup>19</sup>:** entrevista diagnóstica padronizada brevemente (com duração de 15 a 30 minutos). Foi utilizada apenas a parte “C” do instrumento, que avalia o risco de suicídio, e aplicada a versão brasileira de Amorim (2000)<sup>20</sup>.

**Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1961)<sup>21</sup>:** é um dos instrumentos mais utilizados para medir a severidade de episódios depressivos. Esse instrumento consiste em questões de autorrelato com 21 itens de múltipla escolha. Foi utilizada a versão brasileira de Gorestein (1998)<sup>22</sup>.

**Medical Outcomes Study (MOS; Sherbourne & Stewart, 1991)<sup>23</sup>:** trata-se de uma escala de apoio social que avalia as seguintes dimensões: material (disponibilidade de serviços práticos e materiais), afetivo (demonstração física de afeto), emocional (receber demonstrações afetivas e empáticas e estimar a habilidade da rede social em satisfazer as necessidades emocionais do indivíduo), informação (informações, diretrizes e aconselhamentos para enfrentar dificuldades) e interação social positiva (ter alguém para fazer atividades agradáveis). São 21 questões respondidas em uma escala Likert de cinco pontos (ou seja, descrever os pontos extremos da escala). Foi utilizada a versão brasileira de Griep (2005)<sup>24</sup>.

**Inventário de Personalidade para o DSM-5 – Forma Breve (PID-5-BF):** instrumento que avalia os traços patológicos da personalidade do modelo alternativo dos transtornos da personalidade do DSM-5<sup>25</sup>. O PID-5-BF é composto por 25 itens, respondidos em escala Likert de quatro pontos (em que 0 = nunca e 3 = sempre), sendo

cinco itens para cada um dos cinco traços patológicos da personalidade: Afetividade Negativa, Distanciamento, Antagonismo, Desinibição e Psicoticismo. Foi utilizada a versão brasileira de Zatti e colaboradores (2020)<sup>26</sup>.

## **Análise de dados**

### **Dados das narrativas das entrevistas**

As entrevistas foram realizadas por profissionais experientes em psicoterapia psicodinâmica e gravadas em formato de áudio, com o consentimento dos participantes. As gravações foram transcritas e posteriormente analisadas de acordo com o método do OPD-2<sup>8</sup>.

### **Dados dos escores dos instrumentos**

A análise de dados quantitativos foi realizada por meio da categorização dos dados de acordo com: (a) o relato do paciente sobre suas experiências de vida e seus relacionamentos interpessoais; (b) as capacidades estruturais exibidas pelo paciente durante a entrevista; (c) as próprias observações e reflexões do paciente sobre si mesmo, suas características e seu modo de agir; (d) os conflitos; e (e) a estrutura. Já a operacionalização do OPD ocorreu conforme os quatro primeiros eixos do sistema, com a elaboração do entendimento sobre o funcionamento do paciente.

Dois juízes independentes, treinados no sistema multiaxial do OPD-2 e habilitados para sua aplicação, pontuaram o instrumento de forma independente. Assim, as entrevistas foram codificadas na planilha OPD. Utilizou-se o coeficiente Kappa para avaliar a confiabilidade de cada eixo, e a concordância entre os juízes foi substancial em cada um desses eixos. Assim sendo, houve 63% de acordo no Eixo I, 63% no Eixo III e 75% no Eixo IV.

As pontuações obtidas no MOS, PID-5, STAXI e BDI foram realizadas com base no manual de instruções desses instrumentos.

## **Resultados**

Primeiramente, é importante informar que sete dos nove pacientes contatados para a segunda fase da pesquisa apresentaram uma importante repulsão em seguir colaborando com as entrevistas. Os dois pacientes que aceitaram participar da segunda fase serão chamados de Zeus e Hades. Ambos **são** nomes fictícios retirados da mitologia grega, o primeiro foi atribuído pela força que o imperava com trovões, onde o limite é o céu, e o segundo pela tristeza que o imperava no domínio das profundezas. Zeus, ao receber a ligação da pesquisadora, disse: “Participar de uma pesquisa?! Claro que aceito, ainda mais se estarei contribuindo para ajudar outras pessoas que passaram pelo mesmo problema que eu. Só que trabalho em dois empregos, então só tenho um dia de folga, que é dia XX. Pode ser?!” Hades, ao receber a ligação, relatou: “Me sinto melhor do que em 2016. Passei por cirurgias, mas tô bem. Lembro que conversei com alguém no HPS sobre ‘o que eu tinha feito’ pra

estar internado. A pesquisa demora muito? Podemos fazer em uma manhã?” Assim, ambos demonstraram interesse, e as entrevistas foram agendadas.

### **Descrição dos casos por meio da Biópsia Psicológica**

Zeus se apresentou na entrevista como um homem alegre e bastante enérgico. Naquele momento, ele estava com 46 anos de idade, era casado há sete anos e tinha uma filha de seis anos de idade. A única vez que tentou suicídio foi em 2016, e então ele seguiu os tratamentos indicados pelo HPS. Além disso, Zeus fazia planos para o futuro da filha, referindo como saída saudável o investimento na educação para o crescimento dela. Em relação ao passado, ele relatou períodos de negligências sofridos na infância, com situações de agressões físicas sofridas em decorrência das brigas com o pai alcoólatra. Zeus frisou, durante a entrevista, sua força para sair das situações mais difíceis já enfrentadas, e como a sua visão de mundo mudou após a TS. Nessa perspectiva, ele relatou: “hoje dou mais valor para a vida e tenho minha filha para cuidar!”. Comentou, ainda, que, se tivesse morrido, “tudo acabaria, afinal, morrer é morrer. Não acontece mais nada! Não teria como entrar em contato com quem fica, porque tudo acaba!”.

Já Hades se apresentou na entrevista de forma rígida e fria, com aspecto visual entristecido e olhar cabisbaixo. A TS em 2016 por queda de altura foi a sua única tentativa. Depois da internação, Hades passou por procedimentos cirúrgicos por causa de lesões causadas pela queda. Além disso, após a avaliação psiquiátrica de emergência na situação de crise, ele seguiu as orientações da equipe hospitalar e fez tratamento em saúde mental na unidade de referência. A história de vida de Hades é marcada por muitas situações conflituosas com a mãe, à medida que o pai se demonstrou ausente. Na infância, sofreu abuso sexual por garotos mais velhos que eram seus vizinhos. Ele contou que os vários traumas sofridos deixaram marcas nele: “sobre a situação do abuso, eu me culpava por ela!”. Naquela situação, não contou o que aconteceu para a mãe e relatou que naquele período iniciou a prática religiosa como uma forma de “se desculpar com Deus”: “achava que eu seria punido. Eu precisava de punição. Quando fiz a TS, estava com estes pensamentos na minha cabeça. Às vezes fico me sentindo sozinho e sem esperança.” Sobre projetos futuros, Hades disse que já tinha iniciado duas vezes uma graduação, mas que não conseguiu terminá-la. Para o ano seguinte a esta entrevista, disse que faria a inscrição em um curso e que queria ir até o final. Ele contou, ainda, que o comportamento suicida apresentado anteriormente causou tristeza nos familiares. Disse que sua visão de mundo sofreu mudanças após a proximidade com a morte: “sempre me senti sozinho e tentei suicídio porque estava no desespero, me sentindo culpado! Se eu morresse, aconteceria um julgamento de Deus. Quando uma pessoa morre, os pensamentos não terminam.”

### **Descrição dos casos por meio do Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado (OPD-2)**

A análise psicodinâmica dos participantes, realizada por meio do OPD-2, está resumida na Tabela 1.



Tabela 1. Descrição dos casos de acordo com o OPD-2.

	ZEUS	HADES
<b>EIXO I – Vivência da doença e pré-requisitos para tratamento</b>		
<b>Gravidade atual do problema</b>	Sintomas raramente presentes AGF dos últimos 7 dias: 82 pontos Duração do problema: 2-5 anos Idade da primeira manifestação: 43 anos.	Sintomas raramente presentes AGF dos últimos 7 dias: 57 pontos Duração do problema: 2-5 anos Idade da primeira manifestação: 21 anos.
<b>Vivência, forma de apresentação e conceptualização da doença por parte do paciente</b>	Paciente refere estar bem. Nota que raramente tem apresentado problemas em relação a queixas físicas ou problemas pessoais. A doença, ou fator em questão, é baseada em aspectos psicológicos (TS). Em relação à conceptualização da mudança por parte do paciente sobre o tipo de tratamento desejado (médico, psicoterapêutico ou apoio social), não apresenta disponibilidade interna para início de tratamento psicoterapêutico ou psicossomático.	Paciente com sofrimento subjetivo moderado. Apresenta queixas de problemas psicológicos. Raramente apresenta queixa dos problemas em relação a vivências sociais. <b>É pouco</b> presente o desejo de tratamento físico e nada presente o desejo de tratamento psicoterapêutico.
<b>Recursos e resistência à mudança</b>	Nos últimos 6 meses, foi avaliado que o paciente apresenta recursos pessoais e rede de apoio moderada. Raramente apresenta resistências (internas ou externas) à mudança.	Nos últimos 6 meses, apresenta recursos pessoais e sociais moderados. Em relação à resistência à mudança, paciente apresenta nível moderado.
<b>EIXO II – Relações interpessoais</b>		
Perspectiva A: traduz a forma como o paciente descreve as experiências relacionais.	Na formulação relacional do paciente Zeus, ele se percebe como dependente, que permite muito espaço, reivindica independência e se isola com seus problemas. É cuidadoso e preocupado com a filha. Em contrapartida, percebe que os outros buscam controlá-lo, reivindicando e fazendo exigências. Além disso, sente-se atacado e prejudicado.	Na formulação relacional do paciente Hades, foi constatado que ele se percebe como uma pessoa que orienta pouco e que evita influências. Evita, também, autonomia e procura orientação. Isola-se, separa-se e retira-se das relações para evitar sofrimento. Tem dificuldade de aproximação e de confiar nos outros, uma vez que se sente abandonado, repetindo a sensação de abandono do pai. O medo da aproximação traz relação, ainda, com a percepção de retirada de afeto da mãe. Apenas a tia é reconhecida como alguém que se preocupa, de modo que ele a deixe se aproximar. Em alguns momentos, pode menosprezar e desvalorizar os outros. Culpa-se por <b>várias situações</b> , acreditando ser responsável pelo afastamento dos demais.
Perspectiva B: como é que outros experienciam o relacionamento que lhes é oferecido e como reagem.	As outras pessoas experienciam o paciente com poucos limites, envolvendo-se em situações perigosas. Muitas vezes, torna-se desafiador, apesar de dependente. Parece se perder quando os outros demonstram afeto, afastando-se ou confiando em demasia nas pessoas. Desse modo, essas pessoas percebem que são menosprezadas e desvalorizadas. Assim, acabam se impondo de forma grosseira na relação com o paciente, retirando o seu afeto por ele.	Hades é visto pelos outros como alguém que se protege de forma insuficiente, envolvendo-se em relacionamentos perigosos. Nas suas <b>relações</b> , evita autonomia e procura ser orientado. Geralmente, o outro acaba negligenciando-o e o abandonando. Por conseguinte, o paciente se culpa pelo abandono.

	<b>ZEUS</b>	<b>HADES</b>
<b>EIXO III – Conflito</b>		
<b>Conflitos disfuncionais repetitivos</b>	Paciente com perfil passivo, apresentando como conflito disfuncional principal a necessidade de ser cuidado versus a autossuficiência e o conflito de autoestima. Não apresentou problemas nos conflitos de culpa, edipiano ou de identidade.	Paciente com perfil predominantemente passivo, apresentando como conflito disfuncional principal o conflito de autoestima e o conflito de necessidade de ser cuidado versus a autossuficiência, a individuação versus a dependência e a culpa. Não foram identificadas disfunções nos conflitos edipiano ou de identidade.
<b>Eixo IV – Estrutura</b>		
1a Autopercepção	O paciente tem pouco interesse em refletir sobre si próprio. A autorreflexão é dirigida sobretudo ao <i>self</i> atuante (o que o paciente disse e fez); sua autoimagem parece grosseira. Os afetos podem ser evitados em situações difíceis, de forma a manter a estabilidade do ego. Ocorrem mudanças na autoimagem, dependendo da situação que vivencia e do humor que apresenta no momento.	O paciente reflete pouco sobre si e tem dificuldades em encontrar termos apropriados para se descrever. A experiência afetiva é dominada por afetos negativos, como raiva, medo, desapontamentos, autodesvalorização e depressão. As falhas ou as mudanças na autoimagem dependem da situação vivida e do humor do momento.
1b Percepção do objeto	Os aspectos positivos e negativos são vivenciados de forma exagerada. Não existe equilíbrio de interesses na relação com o outro. Normalmente as relações são sobrecarregadas.	O paciente tem dificuldades em perceber os outros de forma realista. As reações negativas dos outros como resposta às ações do próprio paciente são antecipadas de forma exagerada.
2a Autorregulação	Os aspectos negativos são mal tolerados. O <i>self</i> é vivenciado como bloqueado ou sob grande pressão. Superego excessivamente crítico. O sentimento de autoestima pode ser perturbado, pois é necessária a confirmação por meio dos outros (desvalorização, autoengrandecimento e retirada).	Os impulsos não são bem integrados, e as tendências agressivas levam a ações autodestrutivas e a ações destrutivas aos outros. A falta de relacionamentos pode ser sexualizada por meio de soluções perversas. Os afetos negativos tendem a inundar o paciente e a provocar comportamentos impulsivos. O sentimento de autoestima é muito frágil, tornando-o sensível a mudanças emocionais. Notam-se ideias irrealistas de vergonha e aversão a si próprio.
2b Regulação da relação objetal	As relações são sobrecarregadas, não havendo equilíbrio de interesses. As reações negativas dos outros como resposta às ações do próprio paciente são antecipadas de forma exagerada.	Os impulsos perturbadores não podem ser geridos pelo nível intrapsíquico e colocam tensão sobre as relações (defesa interpessoal). As reações negativas dos outros como resposta às ações do próprio paciente quase não podem ser antecipadas e utilizadas para conduzir e regular as próprias ações.
3a Comunicação Interna	A experiência dos afetos é limitada. O fantasiar ativo é claramente restringido. Apresenta inseguranças no que toca à autoimagem corporal.	A descrição da experiência dos afetos é normativa. O fantasiar é claramente restringido. Apresenta experiência corporal limitada, com dificuldade de reconhecer seus próprios afetos e dos demais.

	<b>ZEUS</b>	<b>HADES</b>
3b Comunicação com o mundo externo	Interesses em entrar em relação parece limitado. A comunicação é difícil devido ao comportamento exigente, irritável e egocêntrico. A empatia em relação ao outro é reduzida.	Interesses em entrar em relação impessoal. No entanto, seus afetos predominantemente negativos (desapontamento, autodesvalorização e estados afetivos depressivos) acabam dificultando o contato. A comunicação é difícil devido a uma sensibilidade excessiva. A empatia em relação ao outro é reduzida.
4a Capacidade de vinculação: objetos internos	A capacidade em desenvolver imagens internas estáveis de pessoas importantes é limitada. As imagens internas podem ser perdidas após uma situação de conflito. O medo e a ansiedade central são a perda do objeto de suporte e de regulação. Os objetos internos são agressivos, críticos, exigentes e negligentes. O paciente procura relações diáticas.	O relacionamento com outras pessoas não deixa imagens internas positivas. As representações de objetos são persecutórias e ameaçadoras. O medo e a ansiedade central são de ser danificado ou aniquilado pelos objetos. O paciente não é capaz de remeter para objetos internos seguros devido a sua inexistência e por isso é incapaz de se acalmar e cuidar de si próprio ou se proteger.
4b Capacidade de vinculação: objetos externos	A importância emocional em relação a pessoas significativas pode ser exagerada. O paciente apegar-se aos objetos para evitar perdas temidas.	Tem clara dependência do objeto. As despedidas são encobertas.
5 Estrutura total	Paciente apresenta nível de estrutura médio. Tem pouco interesse em refletir sobre si próprio e apresenta dificuldades na autoimagem e na autoestima. Demonstra distanciamento e baixo reconhecimento do outro, apesar de sua dependência. Os afetos são evitados ou intensificados, principalmente os negativos. Demonstra baixa empatia e dificuldades em equilibrar o desejo dos outros com os seus próprios.	Paciente apresenta nível de estrutura médio-baixo. Faz baixa reflexão sobre si e apresenta falhas na autoimagem, além de ter autoestima frágil. Os afetos <b>são</b> percebidos de forma limitada, geralmente de forma negativa, assumindo caráter de certeza ameaçadora. Os outros são percebidos de maneira desintegrada. Demonstra impulsos desintegrados com tendências agressivas. O nível estrutural médio-baixo do paciente compromete aspectos de autorregulação, de regulação da relação objetal e de capacidade de vinculação com objetos internos.

\* AGF: Avaliação Global do Funcionamento

\*\* Eixo V – não se aplica

A tabela 2 apresenta os resultados dos pacientes pontuados pelos juízes.

**Tabela 2.** Pontuações OPD-2

	Paciente Zeus	Paciente Hades
Eixo I		
Eixo I – Vivência da doença e pré-requisitos para o tratamento		
Módulo Básico		
Avaliação objetiva da doença/problema		

	Paciente Zeus	Paciente Hades
1. Gravidade atual da doença/problema		
1.1. Gravidade dos sintomas	1	3
1.2. GAF: máximo nos últimos 7 dias:	80	55
1.3. EQ-5D: _____ Valores dos itens é		
EQ1	1	1
EQ2	1	1
EQ3	<6 meses	6-24 meses
EQ4	1	1
EQ5	2	3
2. Duração da doença/problema		
2.1. Duração da doença		
2.2. Idade na primeira manifestação da doença		
Vivência, forma de apresentação e conceptualização da doença por parte do paciente		
3. Vivência e forma de apresentação da doença		
3.1. Sofrimento subjetivo	1	2
3.2. Presença de problemas e queixas físicas	0	0
3.3. Presença de problemas e queixas psicológicos	1	2
3.4. Presença de problemas sociais	0	1
4. Conceptualização da doença por parte do paciente		
4.1. Concepção da doença baseada em fatores somáticos	0	1
4.2. Concepção da doença baseada em fatores psicológicos	2	3
4.3. Concepção da doença baseada em fatores sociais	1	1
5. Conceptualização da mudança por parte do paciente		
5.1. Tipo de tratamento desejado: físico/médico	0	1
5.2. Tipo de tratamento desejado: psicoterapêutico	0	1
5.3. Tipo de tratamento desejado: apoio social		
Recursos e resistência à mudança		
6. Recursos para a mudança (últimos 6 meses)		
6.1. Recursos pessoais	0	1
6.2. Apoio (Psico)Social	2	1
Resistência à mudança		
7. Resistências à mudança		
7.1. Resistências externas à mudança	1	2
7.2. Resistências internas à mudança	1	2
Eixo I – Módulo Psicoterapêutico (Opcional)		
Módulo Psicoterapêutico (Opcional)		
(opcional)		
Vivência, formas de apresentação e conceptualização da doença por parte do paciente		
5. Concepção da mudança por parte do paciente		
5.P1. Redução de sintomas	1	2
5.P2. Predisposição para clarificação e reflexão dos problemas/conflitos	2	2

	Paciente Zeus	Paciente Hades
5.P3. Intervenção de suporte emocional	1	2
5.P4. Intervenção diretiva	2	2
<b>Recursos e Resistências à mudança</b>		
6. Recursos para a mudança		
6.P1. Capacidade introspectiva	2	2
7. Resistências à mudança		
7.P1. Ganhos secundários com a doença / condições que mantêm o problema	1	3
	Paciente Zeus	Paciente Hades
<b>Eixo III – Conflito</b>		
<b>Questões preliminares que permitem ao terapeuta classificar o conflito:</b>		
A) Os conflitos não podem ser classificados por falta de segurança diagnóstica.		
B) Devido a um baixo nível de integração estrutural, não se reconhece um padrão distinto conflitual, mas antes padrões conflituais tênues.		
C) Uma vez que a percepção dos conflitos e dos afetos está condicionada por questões defensivas, o eixo do conflito não pode ser classificado.		
D) Stress conflitual (conflito indutor de stress) sem nenhum padrão conflitual e disfuncional repetitivo.		
Conflitos disfuncionais repetitivos		
Conflitos disfuncionais repetitivos		
1. Individuação versus Dependência	1	2
2. Submissão versus Controle	2	1
3. Necessidade de ser cuidado versus autossuficiência	2	2
4. Conflito de autoestima	1	1
5. Conflito de culpa	0	2
6. Conflito edipiano	0	0
7. Conflito de identidade	0	0
Conflito principal: <u>3</u> Seguido de (por ordem de importância): <u>1</u>		
Modo como o conflito principal se processa (Principal)	3	5
Modo como o conflito principal se processa (Secundário)	2	1
Modo como o conflito principal se processa	2	3
	Paciente Zeus	Paciente Hades
<b>Eixo IV.</b>		
1a Autopercepção	2	2
1b Percepção do objeto	2	2
2a Autorregulação	2	2,5
2b Regulação da relação objetal	2	2,5
3a Comunicação interna	2	2
3b Comunicação com o mundo externo	2	2
4a Capacidade de vinculação: objetos internos	2	2,5
4b Capacidade de vinculação: objetos externos	2	2
5 Estrutura total	2	2

\* pontuação média dos dois juízes

Os resultados do PID-5, MOS e BDI apontaram que, na primeira aplicação, os pacientes estavam mais fragilizados, enquanto na segunda aplicação não apresentaram risco de suicídio e transtorno depressivo. Além disso, a qualidade do apoio social obteve uma melhora significativa, conforme mostra a tabela 3.

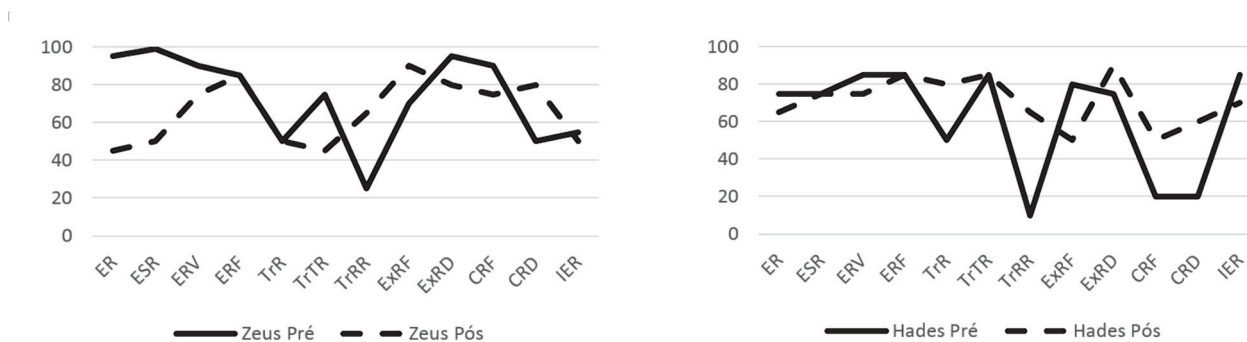
**Tabela 3.** Escores dos participantes nas medidas de patologia da personalidade, suporte social e depressão na primeira e segunda fases da pesquisa.

	Zeus		Hades	
	Pré	Pós	Pré	Pós
<b>PID</b>				
Afeto Negativo	1,20	1,40	1,20	1,20
Cl.Perc/ClassT	Alto/Médio	Alto/Alto	Alto/Médio	Alto/Médio
Destacamento	1,00	0,80	1,60	1,80
Cl.Perc/ClassT	M.Alto/M.Alto	M.Alto/M.Alto	M.Alto/M.Alto	M.Alto/M.Alto
Antagonismo	0,20	0,20	1,20	0,20
Cl.Perc/ClassT	M.Alto/M.Alto	M.Alto/Clínico	M.Alto/M.Alto	M.Alto/M.Alto
Desinibição	1,00	0,80	1,80	1,40
Cl.Perc/ClassT	M.Alto/M.Alto	M.Alto/Clínico	M.Alto/M.Alto	M.Alto/M.Alto
Psicoticismo	0,00	0,20	1,40	1,60
Cl.Perc/ClassT	M.Alto/Clínico	M.Alto/Clínico	M.Alto/Clínico	M.Alto/Clínico
<b>MOS</b>				
Apoio Material	4,00	5,00	4,25	5,00
Classificação	Alto	Alto	Alto	Alto
Apoio Afetivo	3,33	5,00	4,67	5,00
Classificação	Médio	Alto	Alto	Alto
Apoio Emocional	4,25	5,00	4,25	2,75
Classificação	Alto	Alto	Alto	Médio
Apoio Informação	3,50	5,00	3,50	2,75
Classificação	Alto	Alto	Alto	Médio
Apoio Interação Social Positiva	2,75	5,00	4,00	2,75
Classificação	Médio	Alto	Médio/Alto	Médio
<b>BDI</b>				
Escore	23	0	31	12
Classificação	Moderado	Mínimo	Grave	Leve
<b>DSQ</b>				
Fator Maduro		7,3		5,1
Classificação		Z=1,79/Alto		Z=-0,12/Média
Fator Neurótico		5,63		5,25
Classificação		Z=1,31/Alto		Z=1,01/Alto
Fator Imaturo		5,0		4,73
Classificação		Z=1,51/Alto		Z=1,27/Alto

Dados observados dos pacientes

Nota: Afetivo(Af) – Interação Social (Int.Soc.)

Nas análises do DSQ, os escores do paciente Zeus referem-se à utilização do fator maduro como 7,3, mecanismo de defesa relacionado especificamente à **Racionalização e Humor**. Já o paciente Hades utiliza como mecanismo de defesa o fator neurótico 5,25 com foco no Pseudo Altruísmo e Idealização. Logo, o mecanismo de defesa imaturo foi o mecanismo com menos escores, 5,0 e 4,73, respectivamente.



Paciente Zeus – Escore do STAXI-2 – Masculino

Paciente Hades – Escore do STAXI-2 – Masculino

Figura 1 – Escore do STAXI-2

Nota: Estado de Raiva (ER); Sentimento de Raiva (E-SR); Vontade de Expressar Raiva Verbalmente (E-RV); Vontade de Expressar Raiva Fisicamente (E-RF); Traço de Raiva (TrR); Temperamento de Raiva (Tr-TR); Reação de Raiva (Tr-RR); Expressão de Raiva para Fora (ExRF); Expressão de Raiva para Dentro (ExRD); Controle de Raiva para Fora (CRF); Controle de Raiva para Dentro (CRD); e Índice de Expressão de Raiva (IER).

Os escores de Zeus, em relação à experiência e à expressão da raiva (operacionalizadas pelo STAXI-2), variaram do momento da situação de crise da TS para a segunda fase da pesquisa. Assim sendo, durante a crise suicida, ele apresentou altíssimo índice de raiva. Em relação a esse fato, cabe ressaltar que pessoas com esse resultado no item E-SR relatam sentimentos relativamente intensos de emoções de raiva, que vão desde o aborrecimento à fúria. Já no item Vontade de Expressar Raiva Verbalmente (E-RV), ambos apresentaram índices altos na primeira aplicação e na pós apresentaram padrões dentro da normalidade. Quanto à Reação de Raiva (Tr-RR), o paciente Zeus, no pré TS, teve o escore de 25, enquanto na pós TS o escore foi de 65. Enquanto isso, o paciente Hades, no pré TS, obteve escore de 10 e na **pós TS** obteve escore de 65. Por fim, na primeira aplicação, os pacientes apresentaram baixos níveis de reação de raiva, ou seja, pela interpretação do manual, eles não apresentavam sensibilidade a avaliações realizadas pelos outros; na segunda aplicação, estavam dentro da normalidade para ouvir avaliações ou críticas de outros.

Sob outra perspectiva, os dados sociodemográficos trouxeram um dado interessante: a renda familiar dos participantes durante a crise suicida (2016) foi de R\$ 3.000,00 e R\$4.000,00 e na aplicação atual (2019) foi de R\$ 5.000,00 e R\$ 8.000,00. Com esses dados, percebe-se que a renda praticamente dobrou com estabilidade emocional e aumento da rede de apoio social.

## Discussão

O presente estudo teve como objetivo investigar o funcionamento psicodinâmico de pacientes que fizeram TS e ampliar os conhecimentos acerca da aplicabilidade do OPD-2 com essa população. Para tanto, participaram dois pacientes adultos com histórico de TS. De modo geral, os resultados obtidos evidenciaram a importância de se considerar as experiências subjetivas de pacientes com TS, visto que as diferenças individuais, assim como as especificidades histórico-contextuais de cada indivíduo, associam-se a desfechos diferenciados. Sendo assim, o OPD-2 mostrou-se uma ferramenta pertinente para auxiliar na compreensão clínica do funcionamento psicodinâmico dos participantes deste estudo. De tal modo, o conhecimento sobre seus processos subjetivos e as características individuais podem ser considerados no planejamento do foco de tratamento em seus planos terapêuticos.

Nesse sentido, o OPD-2 foi capaz de complementar os demais instrumentos, já conhecidos e utilizados em pacientes com TS, revelando medidas específicas e profundas sobre o funcionamento psicodinâmico da amostra, como por exemplo, no eixo IV- Estrutura, a autopercepção demonstrou dificuldades apresentando afetos negativos, dentre eles: raiva, medo, autodesvalorização e depressão; diante de falhas na estruturação da autoimagem, que assumem papéis contraditórios, ora megalômana, ora desvalorizada. Em situações de tensão ou estresse, a pessoa pode desorganizar-se de modo mais grave, não conseguindo distinguir minimamente diferenças em si e nos outros e seus sentimentos e dos demais. Já na autorregulação, as tendências agressivas levam a ações autodestrutivas e a ações destrutivas frente aos outros, podendo provocar ideias de aversão a si próprio. Esses fatores interferem diretamente na comunicação com o mundo interno e externo, ficando predominantes os afetos negativos, que, como hipótese, podem levar a um comportamento suicida. Da mesma forma, observaram-se particularidades entre os participantes onde em suas Estruturas Totais, em que Zeus apresentou nível médio e Hades nível baixo. Assim, apontam-se diferenças importantes em relação à organização e à capacidade de reflexão do *self*, de modo que para Zeus essas questões estão limitadas e com fragilidades, enquanto para Hades não há disponibilidade de um sentimento de diferenciação nessas questões, não havendo também uma imagem coerente, ou seja, com um *self* mais desestruturado<sup>8</sup>.

Também, referente a esse instrumento, é possível levantar que os principais conflitos apresentam-se diferentes: em Zeus, há a necessidade de ser cuidado *versus* a autossuficiência e o conflito de autoestima, que indicam desejo de segurança e medo de ficar só. Isso o torna exigente e apegado em suas relações, visando buscar preencher sentimentos de autodesvalorização, muitas vezes rebaixando o outro. Já em Hades, são manifestados diferentes conflitos, como conflito de autoestima, necessidade de ser cuidado *versus* autossuficiência, individuação *versus* a dependência e culpa, onde existe um medo existencial em relação a perdas do objeto, com sensação de aniquilamento. A responsabilidade e a independência são evitadas, buscando não pôr em perigo suas relações, de modo que se sinta organizado e pertencente<sup>8</sup>.

Destaca-se, assim, que os elementos do OPD-2 são aspectos importantes para a avaliação de pacientes com comportamento suicida, pois, identificando essas características, pode-se direcionar com maior especificidade o tratamento em saúde mental em diferentes pacientes, além de se abrir uma porta para



trabalhar a prevenção de comportamentos autodestrutivos. Cabe mencionar que houve algumas limitações na pesquisa em relação à análise de todos os eixos completos: o instrumento OPD-2 e o DSQ-40 não foram aplicados na fase 1, logo algumas mudanças dos pacientes não puderam ser observadas e estabelecidas objetivamente de acordo com o manual. As limitações do instrumento OPD-2 podem eventualmente estar ligadas à aplicabilidade na situação de crise decorrente da TS, diante da necessidade de intervenção focal com o paciente e de articulação rápida com diferentes equipes de cuidado, família e serviços para atendimento após a alta hospitalar. Aponta-se, no entanto, que, após a estabilização inicial e a organização para o tratamento psicoterapêutico, esse instrumento é adequado e essencial.

Ademais, é importante considerar que o afastamento do indivíduo de seu estado homeostático vai em direção a um estado de maior risco, que poderia incluir comportamento suicida. Por meio do entendimento de seu funcionamento psicodinâmico diante da crise decorrente da TS, é possível estabelecer maior aproximação com o paciente, buscando desenvolver uma vinculação segura entre o terapeuta-paciente. Salienta-se, contudo, que, com pacientes com maior desestruturação de personalidade, o terapeuta deve conter emoções, além de buscar ser uma nova figura representativa de apego primário, oferecendo novas conexões e autonomia, de tal forma que o paciente passe a se relacionar com objetos bons e observe recursos externos<sup>8</sup>.

Logo, verifica-se que tais características de constituição influenciam diretamente seus processos regulatórios, porque a falta de uma imagem de *self* integrado pode levar a dificuldades de autorregulação e a vulnerabilidades emocionais de modo amplo nos indivíduos, aumentando seu risco de comportamento suicida<sup>28</sup>. No caso do paciente Hades, ele experimentou uma intensa excitação emocional depois de sofrer abuso sexual na infância, respondendo a esse evento com ruminação, autopunição e autocrítica, além de utilizar-se do isolamento social como estratégia de enfrentamento não adaptativa. Para complementar esta análise psicodinâmica, foram analisados os traços de personalidade, os traços de raiva e o apoio social. Esses instrumentos apresentaram um papel complementar psicodinâmico, porém não menos fundamental na investigação.

De modo concordante os impulsos internos, avaliados por meio do STAXI-2, variaram na expressão de raiva quando comparada a fase 1 versus a fase 2. Na crise suicida observou-se altíssimo índice de raiva (ESR) e sentimentos relativamente intensos de emoções de raiva (do aborrecimento à fúria). Quanto aos impulsos agressivos na vontade de expressar raiva verbalmente, Zeus e Hades, na crise suicida, obtiveram resultados de altos índices no sistema de desequilíbrio. Depois de passados 3 anos da crise suicida, a segunda aplicação do instrumento STAXI-2 mostrou que Zeus e Hades estavam dentro dos padrões de normalidade do teste psicológico. Assim sendo, os dados do STAXI-2 se aproximam do observado na comunicação e na regulação emocional dos casos, levantadas pelo OPD-2, além dos níveis de raiva estarem dentro da normalidade, porém, quando os casos foram analisados pelo Eixo IV (OPD-2), notou-se que havia uma perturbação sutil na regulação do sentimento de autoestima; Zeus, com o auto engrandecimento, já Hades, com a autodesvalorização. Pacientes com essas características podem se sentir frequentemente explorados ou pressionados pelos outros, não conseguindo lidar com os sentimentos gerados devido as suas estruturas psicológicas<sup>8</sup>. Isso mostra que

os clínicos e os pesquisadores devem estar atentos às experiências e às expressões de raiva em momentos em que um paciente apresenta ideação suicida, especialmente porque, de acordo com os resultados desta pesquisa, durante a crise suicida, as expressões e os impulsos agressivos estavam exacerbados, principalmente no índice de raiva (ESR) e na vontade de expressar raiva verbalmente (E-RV).

É importante pontuar que, quando um componente do sistema emocional entra em desequilíbrio, os outros componentes do sistema respondem de uma maneira projetada para restabelecer a homeostase. Com isso, vamos considerar o caso do paciente Zeus: antes da TS em 2016, ele experimentou um estressor agudo – uma crise conjugal – e sofreu uma intensa excitação emocional de raiva e tristeza. Ele não conseguiu falar sobre a questão e permaneceu com sentimento de raiva intensa. A intensificação desses sentimentos, o sentimento de rejeição e o abandono, aliados com poucos recursos para lidar com o estresse, provocaram uma tentativa de acabar com seu sofrimento por meio da busca pela homeostase, gerando uma tentativa de suicídio pelo método de enforcamento. No MOS de 2016, Zeus referiu não ter nenhum amigo e ter apenas um familiar como rede de apoio (o que demonstra que essa rede era frágil). Então, hipotetizando que houvesse, naquele momento, forças de homeostase embutidas, ou melhor, se Zeus tivesse desenvolvido posteriormente uma conversa pessoal positiva, desabafando por meio do contato com um amigo ou um familiar, estratégias de enfrentamento poderiam ser acionadas para projetar a neutralidade da excitação emocional causada pela situação de crise, podendo retornar ao seu estado anterior de equilíbrio.

Contudo, sabe-se que, nos casos de TS, os processos de autorregulação falham<sup>28</sup>. No Eixo II (OPD-2) em 2019, Zeus se vê como um pai bastante cuidadoso com a filha, aspecto que ele retrata com muita alegria. Consegue, também, fazer planos para que a menina possa um dia estudar em uma faculdade e “virar uma doutora”. Percebe-se que, neste momento, mantém-se mais fortalecido, conseguindo ter uma maior autorregulação emocional, se comparado com 2016. Ainda, observa-se maior capacidade de ego em mediar as necessidades internas com a flexibilidade interpessoal, sendo capaz de ter relações diferenciadas<sup>8</sup>.

É imprescindível pontuar que foi comum, nos dois casos, uma rede de apoio frágil durante a crise suicida. Zeus e Hades encontraram saídas saudáveis para evitar uma nova TS, e um dos fatores protetivos foi a qualidade da rede de apoio (MOS). Zeus, com sua força durante a aplicação dos instrumentos, relatou uma rede de amigos e familiares próximos. Hades, de um jeito diferente, pontuou ter poucos amigos em sua rede de apoio, mas refere que é suficientemente boa. Confirmando a importância de auxílio externo para maior organização emocional, alguns autores consideram que variáveis relacionadas à rede de apoio (familiar e social) são fatores protetivos contra o comportamento suicida<sup>1,2</sup>. No Eixo I (OPD-2), a variável do apoio social é descrita como um processo ativo-interacional com aspectos da personalidade e fatores ambientais (família e amigos) inter-relacionados, por isso o suporte social sempre deve ser visto como um recurso importante. Zeus, em 2016, tinha apenas uma pessoa que poderia ser considerada sua rede de apoio. Já em 2019, respondeu que há 15 pessoas com quem ele pode contar. Por outro lado, Hades, em 2016, respondeu ter três pessoas em sua rede de apoio (MOS) e, em 2019, considera apenas duas pessoas, mas é importante lembrar que hoje a qualidade da sua rede de apoio (MOS) é superior à da época da TS. Além disso, Zeus apresenta

também maior número de defesas maduras do ego (DSQ-40), facilitando sua capacidade adaptativa, ou seja, tais defesas contribuíram psicicamente para que ele consiga lidar com as adversidades cotidianas, obtendo, portanto, maior qualidade nas relações de apoio em comparação ao Hades, que se utiliza, em maior número, de defesas neuróticas. Na outra extremidade, quando as tentativas ocorreram, a rede de apoio social pareceu enfraquecida, aumentando o isolamento social<sup>8</sup>.

Outro ponto importante a salientar é que os pacientes não apresentaram Transtorno Depressivo (BDI) e relataram a sequência no tratamento após a alta hospitalar do Hospital de Pronto Socorro (BP). Nota-se, também, que Zeus e Hades acreditavam na concepção de mudança (Eixo I – OPD-2) por meio de um fator externo, por isso buscaram tratamento posterior à TS. Nessa perspectiva, pesquisas indicam que pacientes com má adesão ao tratamento em saúde mental têm um maior risco de tentar suicídio<sup>2</sup>. Nota-se, então, nesses dois casos, que a sequência no tratamento em saúde mental após a hospitalização serviu como um fator protetivo. Logo, fatores protetivos e de risco para o comportamento suicida são elementos conceituais e estruturais à teoria da vulnerabilidade fluida<sup>28,29</sup>.

Sob outra perspectiva, no contexto da teoria psicodinâmica, a estrutura e os traços de personalidade são, em particular, importantes para o entendimento do sujeito. Sendo assim, o repertório das funções egoicas influenciam no grau de flexibilidade afetiva e cognitiva dos pacientes, como por exemplo, a tolerância ao estresse, os mecanismos de defesa, a tolerância à frustração, a autorregulação e a capacidade de formar relacionamentos<sup>7</sup>. Existe, ainda, uma correlação positiva entre os traços patológicos da personalidade e o risco de comportamento suicida. A relação foi observada com destaque para os fatores Distanciamento e Desinibição (PID-5-BF). Com isso, entende-se que traços de isolamento social e de constricção afetiva, associados a comportamentos impulsivos e erráticos, tendem a estar associados com pensamentos e comportamentos suicidas. Já os fatores Desinibição e Afetividade Negativas (PID-5-BF) referem-se, de forma geral, a uma falha no controle comportamental e emocional, problemas característicos e comuns aos mais diferentes tipos de transtornos mentais<sup>26</sup>. Isso é confirmado pelo nível estrutural apresentado pelos pacientes, que é médio e médio-baixo. Uma estrutura instável, com maior desestruturação de *self*, tem maior dificuldade em controlar impulsos, afetos negativos e influência nos sentimentos de autoestima. Quando, ao passar por dificuldades que são sentidas como desestabilizadoras, a capacidade de autorregulação parece ter ficado reduzida, a baixa flexibilidade emocional, o aumento da agressividade e a autodesvalorização, aliados a um maior afastamento das relações, acabaram culminando nas tentativas de suicídio<sup>8</sup>.

Ademais, Rebouças e colaboradores (2020) realizaram um estudo naturalístico longitudinal com 80 pacientes no serviço de atenção psiquiátrica no Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS. Esse estudo indicou que pacientes com história prévia de internação psiquiátrica e tentativas de suicídio podem apresentar comprometimento na organização estrutural das defesas e da personalidade. Nos dados obtidos, os pesquisadores encontraram que a maioria dos pacientes tinha diagnóstico de transtorno depressivo (58%) e com alta taxa de tentativas de suicídio (28.8%)<sup>30</sup>. Nessa perspectiva, o presente estudo buscou avaliar se houve alterações nas características de personalidade (PID-5-BF). Nas duas aplicações, em 2016 e em 2019,

Zeus apresentou predominantemente o traço de personalidade Afetividade Negativa (1,20; 1,40); já Hades, em 2016, manifestou de forma predominante o traço Desinibição (1,80) e, em 2019, o Distanciamento (1,80). Esse último resultado não era a hipótese inicial dos pesquisadores, porém o achado nos alerta que o uso do instrumento dos traços de personalidade, quando aplicado em pacientes na situação de crise suicida, pode mostrar divergências nos traços de personalidade porque o sujeito está com seu estado emocional fragilizado. Em relação à teoria da vulnerabilidade fluida, ela foi articulada como um modelo para entender a dinâmica temporal de risco de suicídio<sup>31</sup>. Assim sendo, nesta linha teórica da vulnerabilidade fluida, o risco de suicídio é conceitualizado em duas dimensões: linha de base (com propriedades crônicas ou estáveis que persistem no tempo) e aguda (com propriedades dinâmicas que são reativas a forças externas). A primeira dimensão é influenciada por fatores de risco e proteção que são históricos, por exemplo, a genética, o trauma e o comportamento suicida anterior, correspondendo ao ponto homeostático para o baixo risco de um indivíduo. Por outro lado, a segunda dimensão é influenciada por fatores de risco e proteção que flutuam na resposta às experiências internas ou às contingências ambientais, como por exemplo, humor, desesperança e uso de substâncias, correspondendo a diferenças entre pessoas com risco de desequilíbrio homeostático<sup>28</sup>. Conclui-se, portanto, que essa teoria parece estar ligada aos casos entrevistados, pois, ao serem analisados os motivos pelos quais os pacientes buscaram uma ação contra a vida, é possível afirmar que Zeus e Hades apresentavam o risco de suicídio, predominantemente, na segunda dimensão, com a soma dos aspectos traumáticos da primeira.

Com relação ao acompanhamento psicoterápico, sabe-se que ele serve como alternativa na atenção e na promoção de saúde de pacientes com desorganização estrutural no funcionamento das defesas, nos conflitos desadaptativos, com diferentes transtornos psiquiátricos e com/no risco de suicídio<sup>30</sup>. Inclusive, pesquisadores já exploraram teorias sobre o risco e o comportamento suicida, mas ainda há incógnitas neste tema. Nessa perspectiva, a vulnerabilidade do suicídio pode ser pensada por meio de uma chave e uma fechadura, que podem desbloquear a homeostase do indivíduo. Especificamente, quando a quantidade estressora ou o tipo de estresse (a chave) transborda, esse evento pode levar a vulnerabilidade específica ao risco de suicídio (o desbloqueio). Os indivíduos podem, ainda, ter várias chaves (que são os gatilhos que despertam o episódio suicida), porém nem todos os indivíduos que têm vivências semelhantes com os mesmos gatilhos estressores terão como resultado a abertura da fechadura (que são os pensamentos e os comportamentos suicidas). Para abrir a fechadura, uma série de outros aspectos cognitivos, afetivos, comportamentais e físicos precisam se unir. Segundo a teoria da vulnerabilidade, um indivíduo com muitas predisposições ao risco de suicídio pode ter esse risco desencadeado por uma maior variedade de estressores (ou seja, quando muitas chaves cabem na fechadura) do que um indivíduo com menos predisposições (isto é, quando apenas uma chave cabe na fechadura)<sup>28</sup>. Nos casos estudados, foram observadas várias chaves durante a entrevista na fase 1, porém, após três anos (já na fase 2), os estressores de Zeus diminuíram, e a intensa culpa de Hades foi reduzida. Isso se deve ao fato de que, no momento da TS, a fechadura estava aberta com mais de uma chave para abrir e, na fase atual, os pacientes estavam mais organizados e com mecanismos protetivos também mais organizados e consistentes. Acredita-se, inclusive, que este pode ter sido o motivo pelo qual eles conseguiram retornar para a fase 2 da pesquisa, podendo falar de modo mais aberto e estruturado sobre suas vivências dolorosas. Em vista

disso, pacientes com menos organização psíquica e com dificuldades para falar sobre sua história demonstram que a fechadura está mais sensível e com possibilidade de abertura imediata, sendo esta a provável hipótese do motivo pelo qual muitos pacientes não aceitaram falar sobre o tema e não retornaram na fase 2, mesmo tendo indicado inicialmente que participariam.

Nesse prisma, globalmente, aponta-se que as pesquisas de seguimento no campo da saúde mental sofrem um grande problema em relação ao número de desistências ou de abandono no seguimento, problema que é comum em pacientes psiquiátricos<sup>2,6</sup>. No Brasil, a principal limitação da adoção de estudo de seguimento é que, por não ser uma prática de pesquisa utilizada com frequência, torna-se difícil de conseguir o retorno dos pacientes, pois eles não são adeptos a este tipo de retorno, fato que representa um atraso em comparação com outros países que têm pesquisas de seguimento com pacientes pós-TS<sup>32,33</sup>. Além disso, os pesquisadores ainda levantaram a hipótese de que os pacientes que não aceitaram participar da fase 2 da pesquisa poderiam estar afetados por doenças emocionais no momento do contato, e a possibilidade de enfrentar a situação vivenciada no passado, reativada pela entrevista, tornou-os incapazes de encarar o teste de realidade. Então, a negação pode ter agido como fator de proteção, pois, ao participar de uma entrevista, um investimento substancial de energia seria movimentado e isso poderia romper com a (re)construção psíquica que estão buscando. Logo, o ato de negar pode agir como uma maneira de manter sentimentos inaceitáveis fora da consciência, não necessitando deparar-se com sentimentos dolorosos.

## Conclusão

Embora pesquisadores já tenham levantado diversas hipóteses e teorias sobre o comportamento suicida, cabe salientar que o tema é instigante e de grande relevância para a saúde pública. Seu estudo é útil na busca de auxiliar aquele que sofre e identificar alternativas mais saudáveis para lidar com suas vivências de sofrimento.

Apesar da limitação de apenas dois casos clínicos, esse estudo trouxe particularidades que envolvem aspectos sobre o funcionamento psicológico dos casos de sobreviventes de uma tentativa de suicídio. Sendo assim, conclui-se que os fatores que podem ser considerados de risco, como a estrutura de personalidade com menor nível de organização e o *self* com maior desestruturação, ocasionados por vivências do desenvolvimento voltados ao apego inseguro, causam a formação de identidades difusas e os conflitos disfuncionais relacionados à autoestima. Ainda, o conflito de necessidade de ser cuidado versus autossuficiência traz à tona a dificuldade estabelecida na construção de relações mais estáveis e saudáveis, predominando sentimentos de raiva e abandono.

Por outro lado, fatores apontados como protetivos foram identificados, sendo eles a rede de apoio efetivo, o tratamento de saúde mental após tentativa de suicídio, a maior capacidade de interação social, o nível de defesas maduras e a estabilidade do *self*. Tais fatores contribuíram para uma maior organização nas relações interpessoais e de trabalho.

Dessa forma, os achados do estudo possibilitam que clínicos, terapeutas e comunidade científica observem o quanto as características e as variações psicodinâmicas dos pacientes são importantes para a

tomada de decisão sobre o tratamento e como evoluem de acordo com tempo, seguindo a linha da teoria da vulnerabilidade fluida. Além disso, salienta-se a importância de acompanhamento em saúde mental aos pacientes que seguirem com comportamento suicida após a alta hospitalar, bem como espera-se que os achados promovam reflexões na articulação da rede de saúde mental sobre a assistência aos pacientes em risco de uma nova tentativa.

**Conflito de interesses:** Os autores declaram não haver conflito de interesses.

**Agradecimentos:** Este estudo foi financiado em parte pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – código de financiamento 001, e pelo Fundo de Incentivo à Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

## Referências

1. Zatti C, Guimarães LSP, Soares MA, Neves JPT, Santana MRM, Calegari V, Bastos AG, Freitas LH. Relación entre apoyo social y trastornos mentales en pacientes ingresados por intento de suicidio en un hospital de emergencia. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 2018;64:261-272.
2. Irigoyen M, Segovia AP, Galván L, Puigdevall M, Giner L, De Leon S, Baca-Garcia E. Predictors of re-attempt in a cohort of suicide attempters: A survival analysis. *J. Affect. Disord*. 2019;247:20-28.
3. Arias SA, Miller I, Camargo CA Jr., Sullivan AF, Goldstein AB, Allen MH, Manton AP, Boudreaux ED. Factors Associated With Suicide Outcomes 12 Months After Screening Positive for Suicide Risk in the Emergency Department. *Psychiatr Serv*. 2016;67(2):206-13.
4. Scott AS. (2019) A Survey of Clinical Approaches to Suicide Risk Assessment for Patients Intoxicated on Alcohol. *Psychosomatics*. 2019;60(2):197-203.
5. Zatti C, Guimarães LSP, Soibelman M, Semensato MR, Bastos AG, Calegari VC, Freitas LHM. The association between traumatic experiences and suicide attempt in patients treated at the Hospital de Pronto Socorro in Porto Alegre, Brazil. *Trends Psychiatry Psychother*. 2020;42(1):64-73.
6. Bulloch A & Patten S. Non-adherence with psychotropic medications in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2010;45(1):47-56.
7. Jiménez JP. Can research influence clinical practice? *Int J Psychoanal* [Internet]. 2007;88(3):661–79. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1516/P447-7027-L16W-2362>
8. Task Force OPD-2. Diagnóstico psicodinâmico operacionalizado: Manual de diagnóstico e plano de tratamento. São Paulo, Honofre CETEPP; 2016.
9. Both LM, Favaretto TC, Freitas LHM. Cycle of violence in women victims of domestic violence: Qualitative analysis of OPD 2 interview. *Brain Behav*. 2019;9(11).
10. Baie L, Hucklenbroich K, Hampel N, Ehrenthal JC, Heuft G, Burgmer M. Steht das strukturelle integrationsniveau nach OPD-2 in Zusammenhang mit der symptomseverität einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)? – Eine kohortenstudie bei patienten einer traumaambulanz.. *Z Psychosom Med Psychother*. 2020;66(1):5–19.
11. Both LM, Malgarim BG, Freitas LH. Avaliação psicodinâmica de pacientes com transtorno de estresse agudo e pós-traumático em uma instituição pública. *Psicol Clínica*. 2018;30(3):579–93.

12. Both LM, Bastos AG, Freitas LHM. Operationalized psychodynamic diagnosis: a systematic review of the literature. *Trends Psychiatry Psychother.* 2019;41(2):201-10.
13. Task Force OPD-2. *Diagnóstico Psicodinâmico Operacionalizado: Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia.* Barcelona: Herder; 2008.
14. Spielberger CD, Jacobs G, Russell JS, Crane RS. Assessment of anger: the state-trait anger scale. In: Butcher JN, Spielberger CD, editors. *Advances in personality assessment, 2.* Hillside, NJ: Erlbaum; 1983.
15. Spielberger CD. *Manual do inventário de expressão de raiva como estado e traço (STAXI).* São Paulo: Vetor; 2010.
16. Zatti C & Freitas LHM. “Biópsia Psicológica”: releitura do conceito, uma estratégia de avaliação prospectiva. *Rev Bras Psicoter.* 2019;21(3):69-75.
17. Bond M, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry.* 1983;40(3):333-8.
18. Blaya C, Kipper L, Heldt E, Isolan L, Ceitin LH, Bond M et al. Versão em português do Defensive Style Questionnaire (DSQ - 40) para avaliação dos mecanismos de defesa: Um estudo preliminar. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2004;26(4):255-258.
19. Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(20):22-33.
20. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2000;22(3):106-15.
21. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh G. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry.* 1961;4:53-63.
22. Gorestein C, Andrade L. (1998). Beck Inventário de Depressão: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiq Clín.* 1998;25:245-50.
23. Sherbourne CD & Stewart AL. (1991). The MOS social support survey. *Soc Sci Med.* 1991;38:705-14.
24. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study: adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública: Rio de Janeiro.* 2005;21(3):703-14.
25. American Psychiatric Association. *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.* Artmed Editora; 2014.
26. Zatti C, Oliveira SES, Guimarães LSP, Calegari VC, Benetti SPC, Serralta FB, Freitas LHM. (2020) Translation and cultural adaptation of the DSM-5 Personality Inventory – Brief Form (PID-5-BF). *Trends Psychiatry Psychother.* Epub June 05. <https://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0073>.
27. Paulo AMR, Pires AP. (2013). Operacionalização Psicodinâmica de Diagnóstico (OPD-2) numa psicanálise. *Psicol. Clin.* 2013;25(1):163-78.
28. Bryan CJ, Butner JE, May AM, Rugo KF, Harris J, Oakey DN, Rozek DC, Bryan AO. Nonlinear change processes and the emergence of suicidal behavior: a conceptual model based on the fluid vulnerability theory of suicide. *New Ideas Psychol.* 2020;57. doi:10.1016/j.newideapsych.2019.100758.
29. Beck AT & Haigh EAP. (2014) Avanços na Teoria Cognitiva e Terapia: O Modelo Cognitivo Genérico. *Revisão Anual da Psicologia Clínica.* 2014;10(1):1-24.
30. Rebouças CDAV, Bastos AG, Barbisan GK, Gonçalves L, Carniel BP, Rocha NS. Propriedades psicométricas do

protocolo de sistema diagnóstico Operationalization of Psychodynamic Diagnosis 2 (OPD-2) em pacientes com transtorno mental grave em psicoterapia. Rev. Bras. Psicoter. 2020;22(3):31-43

31. Rudd MD. Fluid vulnerability theory: A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic risk. In T. E. Ellis (Ed.), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy*; 2006 (pp. 355–368).
32. Azcárate-Jiménez L, López-Goñi JJ, Goñi-Sarriés A, Montes-Reula L, Portilla-Fernández A, Elorza-Pardo R. Repeated suicide attempts: a follow-up study. *Actas Esp Psiquiatr.* 2019;47(4):127-36.
33. Mirkovic B, Cohen D, Garny de la Rivière S, Pellerin H, Guilé JM, Consoli A, Gerardin P. (2020). Repeating a suicide attempt during adolescence: risk and protective factors 12 months after hospitalization. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2020;29(12):1729-40.

Contribuições: Cleonice Zatti – Aquisição de financiamento, Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento de Recursos, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição;

Luciane Maria Both – Análise estatística, Coleta de Dados, Conceitualização, Investigação;

Andre Goettems Bastos – Redação – Revisão e Edição, Supervisão, Validação, Visualização;

Sérgio Eduardo Silva de Oliveira – Conceitualização, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação – Revisão e Edição, Supervisão, Visualização;

Taís Cristina Favaretto – Análise estatística, Investigação, Visualização;

Luciano Santos Pinto Guimarães – Análise estatística, Software, Validação;

Lucia Helena Machado Freitas – Aquisição de financiamento, Conceitualização, Gerenciamento do Projeto, Metodologia, Supervisão, Validação, Visualização.

### **Autor correspondente**

*Cleonice Zatti*

cleonice.zatti@outlook.com

Submetido em: 26/10/2021

Aceito em: 12/09/2022