

Ana Paula Araújo de Freitas

“DA SUA VIDA CUIDO EU!”
OS SIGNIFICADOS DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO PARA
PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Lucienne Martins Borges.

Florianópolis
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Freitas, Ana Paula Araújo de
"Da sua vida cuida eu!" : Os significados das
tentativas de suicídio para profissionais de saúde / Ana
Paula Araújo de Freitas ; orientadora, Prof^a Dra Lucienne
Martins Borges - Florianópolis, SC, 2013.
130 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa
de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Tentativas de suicídio. 3.
Profissionais de saúde. 4. Urgências e emergências. I.
Martins Borges, Prof^a Dra Lucienne . II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Psicologia. III. Título.

*“Seus olhos, meu clarão
Me guiam dentro da escuridão
Seus pés me abrem o caminho
Eu sigo e nunca me sinto só...”*

(Velha Infância – Tribalistas)

***Dedico esta dissertação aos meus pais,
A vocês, meu amor e minha gratidão!***

*Dedico ainda aos meus pacientes,
que me proporcionaram,
além de experiências profissionais,
vivências somente possíveis quando
um ser humano entra em contato
com o sofrimento de outro ser humano.
E assim despertaram meu interesse pela temática.*

AGRADECIMENTOS

Certamente o processo de tornar-se mestre produz significados plurais em quem o vivencia. Para mim – e não poderia ser diferente – o significado que fica é *Valeu a pena!* Difícil não ser piegas quando se tem tanto a agradecer e isso me deixa particularmente feliz, por saber que sou rodeada de pessoas tão especiais.

Agradeço, em primeiro lugar, aos participantes desta pesquisa, que sobremaneira tornaram tudo possível.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) e seus professores, que instigam sempre a ir além.

À professora Dra. Lucienne, minha orientadora. Obrigada pela confiança nos diferentes momentos do mestrado e pela credibilidade em meu trabalho. E por aquietar minha inquietude!

À professora Dra. Cintia Braghetto pela gentileza e pelas contribuições ao meu trabalho.

À professora Dra. Andrea Barbará S. Bousfield, pelas considerações entusiastas no momento da qualificação e agora, pela presença neste momento no qual tudo o que discutimos foi colocado em prática.

À professora Dra. Carmen Moré, pelas contribuições e por seu entusiasmo pelo tema.

A todos da banca de qualificação, à Márcia, pelas observações ao projeto e à professora Dra. Lecila Duarte Barbosa, sempre reforçadora.

À Scheila! Obrigada pelo carinho, pelas trocas, pelas risadas e pelas importantes contribuições em todos os momentos.

À Maiara! Feliz encontro, uma amiga para a vida. Obrigada pelas conversas, pelas risadas e momentos de alegria. Obrigada também pela parceria nos momentos de muito trabalho e por todas as trocas – de emails, de artigos, de experiências e expectativas – enfim, agradeço seu apoio incondicional.

Às queridas amigas “psis”: Ju(liana), Andrezza(Isa), San(dra) e Fe(rmanda). Obrigada pelas conversas, pelas tardes *belezinha* depois do trabalho, pelos cafés e pelas jantadas, pelas caminhadas e pelo carinho. Obrigada por estarem sempre comigo nestes dois (ou seriam dez?) anos!

À Edite Krawulski, professora e amiga, sempre acolhedora em minhas “passadas relâmpago”, obrigada por tornar as decisões mais leves.

Aos colegas de mestrado, pelo trabalho construído e pelas experiências compartilhadas.

Aos amigos de longe – Ana Cristina, Deizi, Caroline, Michele, Antônia, Felipe e Carlos – pela torcida.

Às “meninas” do Senad, pela parceria mesmo que rápida e em especial ao João, querido supervisor.

Aos colegas de trabalho do CRAS Ingleses e do CRAS Trindade, obrigada pela compreensão sem a qual esta dissertação não teria sido possível. E pelos momentos nos quais me fizeram sorrir em meio a muito cansaço.

À Denise, por quase dez anos de trabalho árduo, bem sabemos, porém gratificante. Obrigada pela escuta sempre atenta e acolhedora.

Agradeço à minha família. Aos meus irmãos, João e Carol, por me entenderem nos momentos difíceis ou de ausência, ainda que nem sempre entendessem o que eu estava fazendo.

Ao meu pai, por estar presente nas decisões mais importantes da minha vida. Obrigada por me ensinar que é preciso correr atrás do que se quer.

À minha mãe, minha luz. Obrigada por me ensinar a sonhar!

E por fim, agradeço a todos que estiveram presentes de diferentes formas – perto ou longe – nestes dois anos de muitos desafios e aprendizado.

A todos vocês, muito obrigada!

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta o suicídio como um problema de saúde pública, cuja demanda é crescente aos serviços de saúde. Para cada suicídio, estima-se que 10 a 20 tentativas são praticadas, às quais o atendimento será realizado em serviços de urgência e emergência, pelos profissionais que atuam nestas unidades. Assim, dado o aumento da demanda e a necessidade de discutir sobre a temática nos serviços de saúde, esta pesquisa se propôs a entender os significados atribuídos pelos profissionais de saúde às tentativas de suicídio por eles atendidas, nos contextos de urgências e emergências hospitalares. Para tal, foram entrevistados dezesseis profissionais de saúde, sendo quatro deles para cada uma das seguintes formações profissionais: psicologia, medicina, serviço social e enfermagem. A análise dos dados se deu a partir da tabulação das informações dos questionários e da análise de conteúdo das entrevistas, a qual de origem a quatro categorias e suas respectivas subcategorias e elementos que análise. Os resultados mostram uma polarização dos significados atribuídos ao suicídio. O primeiro deles percebe o suicídio enquanto condição de sofrimento, no qual se observam uma série de fragilidades e condições desfavoráveis que justificam a tentativa de suicídio, fazendo os profissionais de saúde adotarem atitudes acolhedoras para com os pacientes atendidos. Já o segundo entendimento, ainda que reconheça a condição de sofrimento psíquico, significa o fenômeno enquanto uma afronta à prática profissional, cujo atendimento não se encaixa às atribuições dos serviços de saúde pesquisados. Sobre o acolhimento realizado, observou-se o predomínio do público feminino, a intoxicação como método mais utilizado e a presença de relações ou contextos conturbados e/ou instáveis que funcionam como “gatilho” para as tentativas. Ainda, as tentativas de *chamar a atenção*, nomeadas de *falsas tentativas* de suicídio são as demandas de maior frequência nos atendimentos e apontadas como uma das dificuldades presentes ao atender o paciente. Acerca do atendimento prestado, destaca-se que os serviços de saúde pesquisados dispõem de protocolos mínimos para atendimento ao paciente que chega às unidades por tentativa de suicídio, ainda que se observem aspectos como diferentes olhares sobre o suicídio e a inadequação da demanda aos serviços, cuja explicação pode estar relacionada à formação de cada profissional. E por fim, os encaminhamentos realizados pelos profissionais se dão a partir da avaliação de risco realizada. Contudo, ainda que os profissionais estejam

engajados na tarefa de garantir um acolhimento ou a continuidade do tratamento do paciente na rede, observam-se fragilidades no sistema de saúde, como poucas opções disponíveis para encaminhamento e consequente dificuldade de absorção de toda a demanda encaminhada. Assim, fica claro que os significados que as pessoas dão aos diferentes aspectos do seu cotidiano têm influências sobre seus atos. Logo, é urgente pensar em estratégias que deem conta de prevenir o suicídio e ao mesmo tempo ofereçam conhecimentos que levem a um olhar menos pautado em julgamentos e regras morais. Este olhar sobre o suicídio possibilitaria que a pessoa em sofrimento psíquico fosse melhor acolhida em qualquer contexto e consequentemente tivesse melhores chances de recuperação e de reinserção social.

Palavras-chave: significados, tentativas de suicídio, urgências, emergências, passagem ao ato.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) points to suicide as a public health problem with growing demand to health services. For every suicide, it is estimated that 10 to 20 attempts are practiced, to which service will be performed in urgency and emergency services by professional working in these units. Thus, given the increased demand and the need to discuss the topic in health services, this research aimed to understand the meanings given by health professionals to suicide attempts answered by them, in the context of emergency and hospital emergencies. To this end, sixteen health professionals were interviewed, four of them for each of the following professional backgrounds: psychology, medicine, social work and nursing. The data analysis was performed based on the tabulation of informations from the questionnaires and content analysis of the interviews, which resulted in the four categories and their respective subcategories and analysis elements. The results show a polarization of meanings attributed to suicide. The first sees suicide as a condition of suffering, in which are observed a number of weaknesses and unfavorable conditions justifying the suicide attempt, making health professionals adopt welcoming attitudes towards patients seen. The second understanding, while recognizing the condition of psychological distress, means the phenomenon as an affront to professional practice, for which attendance does not fit the remit of health services surveyed. On the service provided, there was a predominance of female audience, intoxication as the most used method and the presence of troubled and/or unstable relationships or contexts which act as "trigger" for the attempts. Also, attempts to draw attention, named fake suicide attempts are the more frequent demands in the service and cited as a difficulty to attend the patient. About the care provided, it is emphasized that health services surveyed have minimum protocols for care for the patient that reaches the unit for attempted suicide, although aspects are observed such as different perspectives on suicide and inappropriate demand for services, which explanation may be related the training of each professional. And finally, the referrals made by professionals are given from the risk

assessment performed. However, even though professionals are engaged in the task of ensuring the continuity of care or treatment of the patient in the network, weaknesses were observed in the health system, such as few options available for referral and consequent difficulty absorbing all the directed demand. Thus, it is clear that the meanings that people give to different aspects of their daily lives have influences on their actions. Therefore, it is urgent to think of strategies that can manage to prevent suicide while offering knowledge that leads to a look less guided by judgments and moral rules. This look about suicide would allow the person in psychological distress to be better welcomed in any context and consequently had the best chances of recovery and social reintegration.

Key-words: meanings, suicide attempts, urgencies, emergencies, *acting out*.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	21
2.1 Objetivo Geral.....	21
2.2Objetivos Específicos	21
3 REVISÃO DE LITERATURA	23
3.1 Pressupostos epistemológicos	23
3.2A construção histórica e religiosa do suicídio.....	25
3.3 O panorama do suicídio.....	29
3.3.1 No mundo.....	29
3.3.2 No Brasil: Estados, capitais e municípios	30
3.3.3 Faixa etária e gênero no Brasil.....	32
3.3.4 As tentativas de suicídio no contexto brasileiro.....	33
3.4 Fatores de Risco	34
3.5 Fatores de Proteção	36
3.6 Comportamento suicida: da definição do termo a possíveis explicações	37
3.6.1 Ideação, tentativas de suicídio e suicídio	37
3.7 Significados e o contexto de saúde	40
3.7.1 Urgências e emergências.....	40
3.7.2 Significados das tentativas de suicídio para profissionais de saúde e a produção científica	41
4 MÉTODO	45
4.1 Caracterização da pesquisa.....	45
4.2 Contexto.....	45
4.3 Participantes	46
4.4 Instrumentos.....	47
4.4.1 Questionário sócio-demográfico	47
4.4.2. Entrevista semi-estruturada.....	47
4.5 Procedimentos	48
4.6 Análise dos dados	49
5 RESULTADOS	51
5.1Apresentação dos participantes	51
5.2Apresentação das categorias, subcategorias e elementos de análise.....	53
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	59
6.1 Categoria 1: Os significados atribuídos às tentativas de suicídio	59

6.2 Categoria 2: O acolhimento por tentativa de suicídio.....	79
6.3 Categoria 3: A atenção prestada às pessoas acolhidas por tentativa de suicídio.....	87
6.4 Categoria 4: Os encaminhamentos pós-alta realizados às pessoas atendidas por tentativa de suicídio	101
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
8 REFERÊNCIAS	113
9 APÊNDICES.....	127
9.1APÊNDICE 1 – Questionário sócio-demográfico.....	128
9.2APÊNDICE 2 – Entrevista semi-estruturada	129
9.3 APÊNDICE 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..	127
.....	127

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	56
----------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.....	52
---------------	----

1 INTRODUÇÃO

“Só existe um problema filosófico realmente sério: o suicídio.

....O resto, se o mundo tem tvês dimensões, se o espírito tem nove ou d/ze categorias, vem depois”.

(Camus, 2008, p. 17)

“...*Eu comprei bastante veneno de rato, fui pra trás do cemitério, lá tem tipo uMa cachoeirinha, eu dissolvi ele num copo, eu cheguei a pegar uma pedra pra colocar em mim(pra que eu não pudesse voltar”^B. O relato acima narra uma tentativa de suicídio em uma de suas formas possíveis – a ingestão de raticida – e temite algumas interrogações concernentes ao seu conteúdo: nos dias de hoje, quem não conhece alguém que já atentou contra a própria vida ou ouviu falar de alguém que efetivamente conseguiu tirar a própria vida?*

O suicídio – e tentativas –, estão cada vez mais presentes no universo de significados do cotidiano das pessoas e dos contextos nos quais estas circulam. Dentre estes contextos, incluem-se os serviços de saúde, em particular as urgências e emergências e os profissionais que neles atendem a estas demandas. Entende-se suicídio como o “ato humano de causar a cessação da própria vida” (Brasil, 2009a, p.40) e tentativa de suicídio como o “ato de tentar cessar a própria vida, porém, sem consumação” (Brasil, 2009a, p.40). Dado sua complexidade, é compreendido como um fenômeno multidimensional, resultado da interação de diferentes fatores desde os ambientais e sociais até os genéticos, biológicos e fisiológicos (OMS, 2000), que assume significados diversos que variam conforme a subjetividade de cada pessoa. Podem ser tanto “resultado [...] de situações temporárias, como às vezes relativas à defesa da honra, indo até a revelação de uma patologia grave” (Crepaldi, 2012, p.15).

¹ Freitas, A.P.A. de (2011). *A representação do suicídio e sua percepção enquanto estratégia de enfrentamento e solução de problemas por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial* (Monografia de Especialização não publicada). Unidade de Ensino Superior Vale do Itajaí; Instituto Sul-Paranaense de Altos Estudos. União da Vitória, PR.

É consenso que o suicídio é uma questão de saúde pública (OMS, 2000; Bertolote & Fleischmann, 2002; Botega, Werlang, Cais & Macedo, 2006; Brasil, 2006) que tem consequências irremediáveis, portanto um fenômeno que carece de ser discutido pela sociedade. O aumento de mortes por suicídio e da demanda por cuidados em serviços de saúde às tentativas registrado nas últimas décadas levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a lançar, em 1999, o SUPRE (Suicide Prevention Program), com o objetivo de instruir metodologicamente os países a desenvolver ações profiláticas na prevenção do suicídio (Loureiro, 2006). No Brasil, foi lançado em 2006, a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, que reúne uma série de ações a fim de reduzir as taxas de suicídio e os danos associados ao comportamento suicida (Brasil, 2006).

Uma forma de ampliar a discussão sobre o tema é identificar e analisar o atendimento oferecido aos usuários que, após uma tentativa de suicídio, são acolhidos nos serviços da rede pública de saúde. Segundo Botega, Marín-León, Oliveira, Barros, Silva e Dalgarrondo (2009), apenas uma em cada três pessoas que tentam suicídio é atendida em um serviço médico hospitalar. Nesta procura por atendimento estão envolvidos aspectos como gravidade e risco de morte, o fácil acesso ao serviço e a confiança do usuário no sistema de saúde, o estigma das demais pessoas em relação ao seu comportamento e o medo de ser criminalizado. De maneira geral, é um número reduzido tendo em vista as tentativas que são praticadas.

No mundo, o suicídio está entre as dez principais causas de morte em todas as faixas etárias e em alguns países situa-se entre as três principais causas de morte na população de 15 e 34 anos (Bertolote & Fleischmann, 2002). O Brasil encontra-se no 67º lugar entre as taxas de suicídio no mundo, entretanto, em números absolutos e por se tratar de um país populoso, está entre os 10 países com maiores números de suicídios, apresentando em média 25 mortes por dia (Brasil, 2006; Souza, 2010).

Entre as regiões do Brasil, as maiores concentrações em números absolutos de suicídios são encontradas na região Sul, no Estado do Rio Grande do Sul, números estes que se mantêm relativamente constantes a cada ano, seguida da região Centro-Oeste, no Estado do Mato Grosso do Sul. Contudo, os dados epidemiológicos mostram um aumento do número de suicídios nos Estados das regiões Norte e Nordeste do país.

O Estado de Santa Catarina apresenta taxa de 8,1² mortes, taxa esta que apresentou variação de 3,6% em 10 anos (1998-2008) (Waiselfisz, 2011).

Segundo informações do CIT/SC – Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina, referência no Estado enquanto unidade pública na área de Toxicologia Clínica para intoxicações e envenenamentos (CIT/SC, 2012), no ano de 2011 foram notificadas no Estado, sob a categoria “tentativa de suicídio”, 2300 ocorrências, sendo as formas mais comuns o abuso de medicamentos, com 1561 notificações e o uso de agrotóxicos, com 238 ocorrências notificadas. Dentre as capitais brasileiras, o município de Florianópolis apresenta uma das cinco maiores taxas de suicídio (Schnitman, Kitaoka, Arouca, Lira, Nogueira & Duarte, 2010). Porém, no mundo e no Brasil estima-se que o número de tentativas supere o número de suicídios em no mínimo dez vezes, pois não existem registros de maneira sistemática das tentativas de suicídio (Brasil, 2006; Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010).

Ainda, estudos mostram que as mulheres tentam mais o suicídio, enquanto homens utilizam meios que são mais fatais. Estes usam meios mais violentos e letais, como armas de fogo, o que justifica sua maior mortalidade, enquanto essas usam métodos menos agressivos, como overdose de medicamentos (Carvalho, 1996). Fatores de risco também são apontados por aumentar as chances de tentativas, sendo exemplos importantes os aspectos sociodemográficos – idade, sexo, estado civil etc – diagnóstico de transtornos mentais (esquizofrenia, depressão, transtornos de personalidade etc), fatores psicossociais – perdas recentes, reações de aniversário etc – e condições clínicas incapacitantes – dor crônica, epilepsia, aids etc, além do histórico de tentativas anteriores (Brasil, 2006).

Além do que já foi exposto, o estudo da temática do suicídio amplia sua discussão ao ser observada sua repercussão e impacto em diferentes contextos. No contexto econômico, no ano de 2002, o suicídio representava 1,8% do total de custos com doenças no mundo todo. Para o ano de 2020, estima-se que esta porcentagem aumente para 2,4% (Brasil, 2009a). Já no contexto familiar e social, sabe-se que um único suicídio afeta diretamente no mínimo outras seis pessoas. Quando ocorrido em lugares públicos, como em escolas, por exemplo, tem impacto sobre centenas de pessoas (OMS, 2000).

² As taxas apresentadas referem-se a 100 mil habitantes.

De forma importante, este estudo agrega conhecimento às áreas de Saúde e de Suicidologia – disciplina que estuda os fenômenos suicidas e sua prevenção (VandenBos, 2010) bem como ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGP-UFSC). A busca por artigos sobre a temática revelou que a produção científica sobre o significado das tentativas de suicídio ainda é escassa, totalizando número inferior a quatro artigos. Os estudos encontrados nas bases de dados nacionais e internacionais apontaram que o foco das pesquisas são as atitudes dos profissionais de saúde para com estes pacientes e não o significado que estes mesmos profissionais atribuem às tentativas de suicídio que atendem no seu contexto de trabalho. No que concerne aos atendimentos às tentativas e aos significados atribuídos pelos profissionais de saúde que os atendem nas urgências e emergências, contribui com um tema complexo, que repercute diretamente na relação profissional-usuário e carece de espaço de interlocução dos profissionais com o meio acadêmico.

A literatura aponta que é comum aos profissionais fazer uso de crenças pessoais na tentativa de ajudar o paciente, o que é penoso quando não há um distanciamento do sujeito com sua prática. O atendimento a pessoas que tentam suicídio, dado o aumento de sua frequência nos serviços de saúde, gera sentimentos ambivalentes nos profissionais, pois de um lado buscam estar atentos à escuta das demandas dos pacientes – que nem sempre são a de viver – mas por outro, precisam tomar todas as medidas necessárias a fim de que a pessoa não concretize o ato (Bertolote *et al*, 2010).

Refletindo acerca das práticas oferecidas aos usuários, Crepaldi (2012) pontua que quem tenta suicídio e é atendido nos serviços de saúde, em geral é recebido com revolta e agressividade por parte dos profissionais que prestam assistência, pois “esses não podem compreender como.... [o suicídio] acontece e, na maioria das vezes, não estão preparados para lidar com tal sofrimento e com a angústia que [este] neles suscita” (p.15). A equipe se sente fracassada uma vez que, preparada profissionalmente para “curar”, se vê impossibilitada de realizar seu trabalho quando a morte é apontada como uma solução, sendo sua frustração e impotência expressos por uma postura de afastamento e rejeição ao usuário.

Outrossim, a qualidade do atendimento é fator importante na reabilitação e na recidiva de tentativas, qualidade esta perpassada pelos significados das mesmas que são atribuídos pelos profissionais. Reiterando a importância da significação na prática profissional, pressupõe-se que “o profissional da área de saúdedeve ter em mente

que está diante de um indivíduo semelhante a ele, mas também está diante de um sujeito diferente com características, peculiaridades e contexto situacional próprio” (Werlang, Macedo & Asnis, 2005, p.195).

Dessa maneira, dadas as informações mencionadas e o impacto do suicídio na contemporaneidade, esta dissertação buscou respostas para a seguinte indagação: *quais os significados atribuídos pelos profissionais de saúde que atuam em unidades de urgência e emergência às tentativas de suicídio cometidas pelos pacientes que são atendidos nestes serviços?*

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender os significados atribuídos pelos profissionais de saúde que atuam em unidades de urgência e emergência às tentativas de suicídio cometidas pelos pacientes que são atendidos nestes serviços.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os significados que os profissionais de saúde que atendem nos serviços de urgência e emergência atribuem às tentativas de suicídio cometidas pelos pacientes atendidos nestes serviços;
- Caracterizar o acolhimento realizado pelos profissionais de saúde dos serviços de urgência e emergência aos pacientes que tentaram suicídio atendidos nestes serviços;
- Analisar a intervenção e orientação realizadas pelos profissionais de saúde dos serviços de urgência e emergência após o processo de acolhimento a pacientes que tentaram suicídio e que atendidos nestes serviços;
- Descrever os encaminhamentos realizados pelos profissionais de saúde dos serviços de urgência e emergência no momento da alta do paciente que tentou suicídio e foi atendido nestes serviços.

3 REVISAO DE LITERATURA

“....*signo-ficare*, um signo que fica”
(Codo, 1997, p. 26)

O suicídio, por sua complexidade enquanto conduta e pela magnitude do seu impacto na contemporaneidade, é um fenômeno igualmente complexo de ser compreendido. Buscando o suporte teórico necessário para a realização desta pesquisa e para o entendimento do objetivo a que a mesma se propôs serão apresentados, a seguir, algumas considerações teóricas que fundamentam a reflexão acerca do tema.

Nesta primeira parte do capítulo serão apresentados os *Pressupostos Epistemológicos* do fenômeno estudado. Após, em *Construção histórica e religiosa do suicídio*, o suicídio será situado na História, no qual é descrita a construção do seu significado desde a Antiguidade Clássica até os dias atuais. Em seguida, serão apresentados os dados epidemiológicos, que constituem um *Panorama do Suicídio*, com os números referentes ao suicídio no Mundo e no Brasil, às faixas etárias e aos sexos. Também serão apresentados dados sobre as tentativas de suicídio no Brasil. Na sequência, serão pontuados os *Fatores de Risco* e *Fatores de Proteção* e as definições do comportamento suicida, em *Comportamento suicida: da definição do termo a possíveis explicações*. E por fim, será apresentada a produção científica recente da temática em questão, em *Significados e o contexto de saúde*, bem como a definição de urgências e emergências.

3.1 PRESSUPOSTOS EPISTEMOLÓGICOS

O comportamento suicida – ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio – é classificado pela OMS como violência auto-inflingida (Minayo, 2005). Enquanto fenômeno complexo, há muito desperta o interesse dos pesquisadores que, a partir de suas abordagens teóricas buscam dar um significado ao ato deliberado do sujeito tirar a própria vida.

Nesta pesquisa, o fenômeno do suicídio está ancorado no conceito de passagem ao ato. Ainda que uso do termo não seja exclusivo ao suicídio – já que outros comportamentos também se caracterizam como uma passagem ao ato – nem seja esta sua única explicação, seu

entendimento a partir do mesmo é pertinente tendo em vista a forma emblemática que o ato apresenta (Maliska & Wallauer, 2012). Na literatura psicanalítica, a passagem ao ato expressa de forma contundente o conflito psíquico que não consegue ser dito por meio de palavras ou através de somatizações (Martins Borges, Mayorca & Livramento, 2011). Assim, ao invés de elaborar ou somatizar, o sujeito age.

Lacan (2005) fez uma analogia do suicídio com o sair de cena, um sair do palco que, no ato consumado equivale ao sair da cena da vida, pois coloca um fim na palavra e no ato. Destaca-se, e esta é uma consideração importante quando se estuda o suicídio, que a passagem ao ato evidencia um prejuízo no funcionamento mental quando a violência que é expressa, nas palavras de Bergeret (1998) vem junto de diferentes agressões, podendo ser a conduta suicida uma delas.

As explicações psicológicas para o suicídio, em particular as psicanalíticas, encontram em Freud importantes contribuições. Segundo Werlang (2000), embora Freud não tenha se debruçado exaustivamente sobre esta temática, precisou entendê-la a fim de lidar com seus casos clínicos, como por exemplo nas análises do caso Dora (1905), de Homem dos Ratos (1909), de Schreber (1911) e do Caso de homossexualidade feminina (1920).

Para a OMS, existem outros dois modelos explicativos, além do modelo psicológico acima apresentado, para o suicídio (Werlang & Botega, 2004; Minayo, 2005). O primeiro modelo, o sociológico, tem como representante Émile Durkheim, que publicou em 1897 *O suicídio: um estudo sociológico*, cujo objetivo foi, de forma metodológica, indicar as regularidades, recorrências e tentativas de suicídio em 11 países por ele pesquisados (Minayo, 1998). Defendia o autor que a análise do conjunto de suicídios de uma determinada sociedade em um dado período de tempo revela resultados diferentes da análise dos mesmos suicídios tomados individualmente. Estes possuem uma natureza própria, que é basicamente social (Durkheim, 2008).

O segundo modelo, o nosológico ou psiquiátrico explica o suicídio a partir de investigações genéticas ou da bioquímica cerebral (Werlang & Botega, 2004). Como exemplo, estudos como o realizado por Mann (1998) têm mostrado a relação entre a redução da serotonina e o comportamento suicida. Turecki *et al* (1999) apontam também que a redução de atividade da região pré-frontal do cérebro pode ser fator que predispõe ao suicídio, já que indivíduos nesta condição são mais impulsivos e auto-agressivos.

3.2 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E RELIGIOSA DO SUICÍDIO

Entender o significado de uma atitude ou comportamento na contemporaneidade requer a compreensão de como essa atitude ou comportamento foi construído e compartilhado nos diferentes momentos históricos. Tal afirmativa se aplica sobremaneira ao suicídio, que ao longo da História apresentou diversas significações e formas de entendimento, desde condenação e penalização até permissão e encorajamento (Werlang & Asniz, 2004).

Até o século XVIII a palavra suicídio não existia, sendo este o nome que a modernidade atribui à morte voluntária, aparecendo pela primeira vez na Inglaterra, em 1630. Os termos utilizados até então para designar o ato eram “ser homicida de si mesmo, matar-se, assassinar-se”, reflexo da associação existente entre suicídio e assassinato (Veneu, 1994; Alvarez, 1999). Na antiguidade grega, por volta de 3500 a.C., era proibido ao indivíduo suicidar-se sem a prévia autorização comunal e caso o fizesse, era condenado por transgressão às leis da pólis. O suicídio, quando praticado de forma ilegal, era entendido pelas pessoas como um desacato às leis que regiam a vida em sociedade e um atentado contra o modo de viver comunitário, subversivo à medida que infringia os valores e normas grupais compartilhadas. Do contrário, quando consentido pelo Estado, perdia o caráter delitivo, sendo portanto aceito (Kalina & Kovadloff, 1983).

Nas cidades de Esparta, Tebas e Chipre, por exemplo, após a exposição dos motivos do suicídio e argumentação acerca dos mesmos, o pedido era então deferido podendo ser inclusive indicadas as armas ou meios a serem utilizados. Fica claro que ao Estado cabia a autoridade de permitir, negar e induzir o suicídio, o que revela que os indivíduos pertenciam mais ao Estado que a Deus. Em Roma, as regras para o suicídio eram bastante semelhantes às dos gregos, contudo, até a criação da República o suicídio não era aprovado sob qualquer hipótese, não existindo justificativa legal para sua execução (Werlang, 2000).

Entre os povos antigos, gregos, romanos e civilizações pré-cristãs existia o medo que os espíritos das pessoas que morriam por suicídio voltassem para se vingar, surgindo o costume de furar os olhos dos cadáveres ou enterrar o corpo com uma pedra sobre a cabeça numa encruzilhada. Acreditava-se que o cruzamento de ruas faria com que o fantasma se confundisse e atrapalhasse sua volta para casa. Mais tarde, estes costumes foram substituídos pelo Cristianismo, que usa a cruz como forma de proteção (Alvarez, 1999). Todavia, conforme Roma foi

crescendo, expandindo seus territórios e se tornando hegemônica, as leis que regiam o suicídio foram se tornando cada vez menos rigorosas e mais diluídas (Kalina & Kovadloff, 1983).

Com o passar do tempo, as relações de dependência entre indivíduo e Estado tornaram-se menos paternalistas, o que fez com que, por meio da autonomia pouco a pouco conquistada pelo indivíduo, tornasse raro expor publicamente as causas que induziam uma pessoa a optar pelo suicídio. É o início da cisão entre vida privada e vida pública, que irá ter a partir da Idade Média dimensões cada vez mais significativas (Kalina & Kovadloff, 1983; Carvalho, 1996).

Na Idade Média (séc. V a XV), o suicídio – antes condenado política ou juridicamente –, passa a ter a condenação da Igreja como forma de repressão. Esta passa então a ser a responsável pela atitude medieval frente à morte voluntária (Kalina & Kovadloff, 1983; Carvalho, 1996). Nessa época não há mais a diferenciação entre suicídio legal ou ilegal, ambos são um atentado contra Deus, criador e senhor da existência de suas criaturas. A vida passa a ser entendida como um dom divino e matar-se é um sacrilégio (Kalina & Kovadloff, 1983; Alvarez, 1999).

Diante de um caso de morte voluntária, tribunais leigos ou eclesiásticos eram formados para julgar se o morto pusera fim aos seus dias movido por alguma forma de loucura ou se no gozo de suas faculdades mentais, fizera-o deliberadamente. No primeiro caso, o defunto era livrado da culpa por não saber o que estava fazendo, já no segundo, condenado tanto pela Igreja quanto pelas autoridades civis. As sanções eram das mais variadas, dentre elas as religiosas, com a privação dos ritos fúnebres e do sepultamento em terreno consagrado, o que era importante numa época em que ser enterrado junto aos Santos era garantia de ressurreição no dia do juízo. À justiça local, em alguns lugares, cabia o confisco dos bens do morto ou a punição física e moral do cadáver (Veneu, 1994).

Castigos materiais como o repasse dos bens do falecido para o senhor dos domínios onde se havia dado a morte passaram a fazer parte da legislação civil. Mais tarde os castigos estendem-se aos cadáveres, sendo comum pendurá-los pelos pés, arrastá-los pelas ruas, carregá-los nus numa forquilha e depois pendurá-los, em caso de homem, ou ser queimado publicamente, em caso de ser mulher (Kalina & Kovadloff, 1983; Durkheim, 2008[1897]).

De maneira geral as represálias serviam tanto para desencorajar novas tentativas mediante o medo, mas também “dramatizar a exclusão da alma [do sujeito] dos atributos celestiais” (Kalina & Kovadloff, 1983,

p.52). Contudo, quanto mais a Igreja pregava que o mundo era uma vale de lágrimas, repleto de tentações e pecados, mais as pessoas esperavam ansiosamente pela morte para alcançar a glória eterna. Logo, o suicídio se tornava uma tentação irresistível (Alvarez, 1999).

O Concílio de Arlés, em 452, declara o suicídio como um crime e efeito de furor diabólico. O homem, possuído, apresenta certo grau de inocência (Kalina & Kovadloff, 1983). Em 563, no Concílio de Praga foram prescritas sanções judiciais e penas religiosas aos suicidas, incluindo a proibição de rituais fúnebres, independente da classe social, método utilizado ou motivo (Alvarez, 1999; Durkheim, 2008[1897]). De forma geral, a gravidade do atentado suicida para a Igreja estava no fato de que a pessoa não poderia se arrepender e assim não viria a ser contemplada com a misericórdia de Deus (Veneu, 1994).

Porém, no século XV, quando as cidades começam a se formar e a economia feudal é substituída pelo modelo capitalista, paulatinamente Igreja e Estado perdem domínio sobre a vida das pessoas. Consequentemente, o entendimento do suicídio é reformulado, perdendo sua significação comunitária (Kalina & Kovadloff, 1983). O Renascimento, período que inaugura o início da Idade Moderna (séc. XV a XVIII) e cujas ideias retomam pensadores da Antiguidade Clássica vem valorizar o individualismo e a contestação dos valores tradicionais e das verdades absolutas (Minayo, 2005). A despeito do que aconteceu na Idade Média, o pluralismo das ideias acerca do suicídio volta à cena, porém os cristãos - agora também luteranos, anglicanos e calvinistas, ainda condenassem o ato e houvesse um culto bastante forte contra a sua prática (Alvarez, 1999; Minayo, 2005).

Durante a Revolução Francesa (1789-1799), o suicídio tem sua inscrição retirada da lista de crimes legais, sendo abolidas as leis que confiscavam os bens e as difamações ao suicida (Kalina & Kovadloff, 1983; Veneu, 1994). Para o Estado não havia mais a necessidade de castigar o suicida, uma vez que sua morte não prejudicaria a estabilidade estatal. O suicídio então perde sua relevância social e passa a pesar sobre a pessoa que o comete, adquirindo características individuais (Kalina & Kovadloff, 1983).

O surgimento das Ciências, a partir do século XIX traz o suicídio para o palco de discussões agora sociais, culturais, psicológicas, sociológicas e econômicas, sendo a figura de Durkheim, em 1897, expoente com seu estudo sobre a compreensão sociológica do suicídio. Todavia, na Inglaterra em 1961 ainda era possível prender o suicida que não tivesse atingido em seu propósito (Alvarez, 1999). Hoje, mesmo à luz da Ciência, o suicídio ainda é interiorizado como um ato condenável,

cujos culpados são os indivíduos ou a sociedade (Minayo, 2005), carregando ainda sua construção histórica de repressão, punições e condenações, que validam a hipótese de que sua reprovação histórica ainda se faz presente na cultura (Maliska & Wallauer, 2012).

Na História do Brasil, não foram encontrados relatos sistematizados a respeito do conceito ou da representação do suicídio, contudo há estudos que abordam o fenômeno entre os escravos negros. Oliveira e Oda (2008) apontam que durante o período de escravidão do século XIX, o suicídio era prática comum entre os escravos. Estes tiravam suas vidas de forma passiva, deixando de comer ou morrendo de tristeza – o chamado *banzo* – ou de forma ativa, por enforcamento, afogamento ou usando armas brancas etc.

Batiste (2001) afirma que os motivos que levavam os escravos a tirar suas vidas eram por protesto contra a escravidão e uma vida de castigos e por saudade da terra natal. Segundo o autor, o suicídio era condenado na África negra, contudo, a crença na reencarnação e no retorno à terra de origem justificavam a morte voluntária. É provável que a sociedade colonial brasileira compartilhasse das mesmas crenças da Igreja Católica da Idade Média, pois como aponta Oliveira e Oda (2008), as notícias veiculadas em jornais na época do Brasil colônia retratam a proibição e, mais tarde a permissão de enterrar suicidas em solo da Igreja, o que também acontecia na Europa.

Escravos vindos da África e escravos nascidos no Brasil entendiam o suicídio de maneiras diferentes. Para os escravos vindos do continente africano o suicídio era, sobremaneira, um retorno à terra de origem. Já os escravos nascidos no Brasil estavam expostos e sob domínio das concepções católicas, que condenavam de forma contundente o suicídio (Ferreira, 2004). Dentre as crenças africanas sobre morte e suicídio – e acredita-se que alguns escravos as seguissem – , tem-se a crença iorubá na qual haveria dois mundos, Orun Rere (ou Orun branco) e Orun Bubu ou (Orun ruim). Conforme merecimento, os mortos iam para uma dessas regiões do além, poderiam penar pela terra, reencarnar em pessoas ou então em animais (Reis, 1991).

Como se pôde observar, o suicida foi alvo de diferentes condutas e julgamentos sociais e o suicídio passou por diferentes entendimentos no curso da História. De abominado a aceito, de negado a incentivado, diversos povos e diversas culturas apresentaram diferentes formas de lidar com o mesmo fenômeno. Hoje, porém, à luz da ciência e de suas descobertas e tecnologias, é possível afirmar que os desafios não são menores daqueles que se tinha há quinhentos anos. E muito do que

se pensa a respeito do suicídio hoje, não difere muito do que se pensava antigamente.

3.3 O PANORAMA DO SUICÍDIO

Tendo como referencial o suicídio e a contemporaneidade, é importante, como afirma Souza (2010), avaliar a dimensão do problema. Assim, será apresentado um *Panorama do suicídio* no mundo e no Brasil (Estados, capitais e municípios), além do suicídio entre as faixas etárias e os sexos. Os *Fatores de risco* e os *Fatores de proteção* também serão apresentados por sua relevância como os principais fatores trazidos pela literatura como importantes de ser considerados no atendimento aos pacientes sob risco de suicídio.

3.3.1 No mundo

A OMS estima para o ano de 2020 que mais de um milhão e meio de pessoas morrerão por suicídio e um número 10 a 20 vezes maior de pessoas tentarão tirar suas próprias vidas. Estes dados representam a média de uma morte a cada 20 segundos e uma tentativa a cada 1-2 segundos. Uma análise ampla mostra ainda que entre ‘homens e mulheres’ e entre ‘grupos etários’ as taxas de suicídio são consideravelmente diferentes na maioria dos países. (Bertolote & Fleischmamm, 2002; Bertolote & Fleischmamm, 2002a).

Os números mostram que a Europa, com destaque para o leste Europeu, apresenta as maiores taxas de suicídio, para ambos os sexos. De maneira geral, esta região concentra países que compartilham características históricas e socioculturais semelhantes. Já as menores taxas, segundo a OMS, encontram-se na região leste do Mediterrâneo e na Ásia Central, em países que antigamente pertenciam à União Soviética (WHO, 1999; Bertolote & Fleischmamm, 2002; Bertolote & Fleischmamm, 2002a).

Entre os anos de 1950, quando a OMS começou a ser notificada acerca das mortes por suicídio e 1995, houve no mundo aumento de 49% nas taxas de suicídio em homens e 33% em mulheres. Contudo, este aumento precisa ser criteriosamente avaliado uma vez que houve mudanças nas notificações e na estrutura política de alguns países. Por exemplo, o número total de países que enviava dados à OMS em 1950 era menor (11 países em 1950 e 62 em 1995) e com o fim da União Soviética países com altas taxas de suicídio passaram a notificar

individualmente suas mortes (WHO, 1999; Bertolote & Fleischmamm, 2002; Bertolote & Fleischmamm, 2002a).

Comparando as taxas de suicídio entre homens e mulheres, estima-se que em 2020 esta taxa será de aproximadamente 4:1 (quatro homens para cada uma mulher). Os números absolutos mostram que o maior número de mortes por suicídio encontra-se na China e na Índia, que juntas somam quase 30% do total de suicídios no mundo. Porém, tem-se percebido uma mudança no perfil etário de mortes por suicídio. Em um terço dos países da OMS, os jovens estão morrendo mais por suicídio do que os idosos (embora as taxas entre os idosos seja maior, em números absolutos morrem mais jovens), sendo a faixa etária de 35-44 anos a faixa com maiores valores, em ambos os sexos (WHO, 1999; Bertolote & Fleischmamm, 2002; Bertolote & Fleischmamm, 2002a).

Como apontam os dados, o suicídio possui taxas elevadas em algumas regiões do mundo, em detrimento de outras, que são menores. A OMS tem apontado especialmente para a mudança do perfil etário dos suicídios, que em 1950 era mais alta entre as pessoas com mais de 45 anos (60%) e em 1998, 55% dos suicídios foram cometidos por pessoas com até 45 anos (Bertolote & Fleischmamm, 2002a). Esta mudança de perfil permite então questionar: no Brasil, quais são as taxas de suicídio apresentadas? Há diferenças entre as regiões? Há diferenças entre idades ou entre sexos? As respostas a estas perguntas serão respondidas, a seguir.

3.3.2 No Brasil: Estados, capitais e municípios

No Brasil, os dados a respeito das mortes por suicídio fazem parte da categoria ‘causas externas’, que abrangem as *lesões intencionais* (homicídios, suicídios, agressões etc) e as *não intencionais* (acidentes de transporte, quedas, afogamentos, etc). Estes dados podem ser encontrados junto ao Ministério da Saúde no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), nos quais são registrados os principais tipos de causas externas que determinam mortes e internações, respectivamente (Mascarenhas, Silva, Malta, Moura, Gawryszewski, Costa & Morais Neto, 2009). No ano de 2006, foi implantada a Rede Viva - Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes a fim de “descrever os atendimentos de emergência por violências e acidentes, principalmente as lesões de menor gravidade que não implicam mortes ou internações” (Mascarenhas *et al*, 2009, p.1658).

As informações apresentadas nesta seção fazem parte do estudo Mapa da Violência (Waiselfisz, 2011), que analisou dados entre 1998 a 2008 concernentes à violência, acidentes de transporte e suicídio, com ênfase na população jovem do país. O Brasil, comparado aos demais países do mundo, faz parte do grupo de países com baixas taxas de suicídio (Brasil, 2006). Contudo os dados referentes aos anos de 1998 a 2008 mostram que o número de suicídios cresceu 33,5% em termos absolutos, passando de 6985 para 9328 mortes, cujas taxas passaram de 4,2 para 4,9. Tal crescimento foi superior ao crescimento da população em geral, que foi de 17,8%, ao número de homicídios, 19,5% e ao número de acidentes de transporte, que aumentou 26,5% (Waiselfisz, 2011).

Quando analisadas as cinco regiões brasileiras, entre 1998 e 2008 a região Nordeste apresentou um aumento das taxas de suicídio de 2,3 para 4,1 mortes. A região Norte, de 3,3 para 4,1; a região Sudeste, de 4,0 para 4,2; a região Sul, de 8,8 para 8,2 e a região Centro-Oeste, de 4,8 para 6,3 mortes (Waiselfisz, 2011). Dentre as regiões brasileiras, portanto, as maiores taxas encontram-se nas regiões Sul e Centro-Oeste do país. De acordo com os dados da população geral, observa-se que a região Sul apresentou diminuição de 7,0% nas taxas de suicídio e a região Nordeste, um aumento de 80,1%. Em números absolutos, a região Nordeste teve crescimento de 109% no número de suicídios, passando de 1049 para 2199 ocorrências. Estados como a Paraíba, Piauí e Sergipe tiveram suas taxas triplicadas enquanto os Estados da Bahia, Ceará, Maranhão e Rio Grande do Norte duplicaram os números (Waiselfisz, 2011).

Os Estados do Rio Grande do Sul (10,7/100 mil hab.), Santa Catarina (8,1/100 mil hab.) e Mato Grosso do Sul (7,8/100 mil hab.) apresentam as três maiores taxas de suicídio dentre todos os Estados da Federação. Já entre as capitais, houve redução de 4,2% na taxa total de suicídios no período de 1998 a 2008, sendo as capitais da região Nordeste e Centro-Oeste as únicas que apresentaram crescimento, ao invés de redução das taxas, com 28,3% e 23,1% respectivamente (Waiselfisz, 2011). O mesmo estudo ainda mostra que a capital Teresina está em primeiro lugar, com taxa de 9,6/100 mil/hab, seguida de Porto Alegre (8,5/100 mil/hab) e Goiânia (8,1/100 mil/hab). Florianópolis, que no ano de 1998 estava em segundo lugar dentre as capitais com maiores taxas de suicídio (9,1/100 mil/hab), em 2008 passa a ocupar o 9º lugar, com taxa de 6,2.

Dentre os municípios, os três primeiros colocados num ranking dos 100 municípios com maiores taxas de suicídio estão Amambai e

Paranhos, ambos no Mato Grosso do Sul, com taxas de 49,5 e 35 respectivamente, e Ibirubá, no Rio Grande do Sul, com taxa de 34,5. Segundo o mesmo ranking, em Santa Catarina as maiores taxas de suicídio encontram-se nos municípios de Rodeio (23,9/100 mil/hab.), Palmitos (20,1/100 mil/hab.) e São Miguel do Oeste (20/100 mil/hab.), que ocupam respectivamente a 17^a, 36^a e 37^a posições. O município de Florianópolis não consta nesta lista (Waiselfisz, 2011).

Kliemann (2007) realizou um estudo que buscou descrever o perfil epidemiológico dos óbitos por suicídio na região da Grande Florianópolis no período de 1991 a 2005. As informações foram obtidas a partir da análise dos laudos de exame cadavérico do Instituto Médico Legal de Florianópolis do referido período, num total de 671 casos. Dentre os principais resultados, tem-se a predominância da faixa etária de 20 a 29 anos (166 mortes) e a maior parte das mortes para o sexo masculino (85,4%), corroborando assim os dados da OMS.

3.3.3 Faixa etária e sexo no Brasil

Nos dados referentes ao perfil etário dos suicídios no Brasil (1998-2008), observa-se que até os dez anos de idade o suicídio é quase inexistente, aumentando até atingir o seu auge entre 20 e 27 anos e caindo progressivamente a partir daí, em números absolutos (Waiselfisz, 2011). Contudo, destaca Minayo (2005), a idade tem sido um índice importante para a epidemiologia do suicídio. Na maioria dos países o risco de morte por suicídio é aumentado com o envelhecimento, sendo que em algumas partes da Europa a vulnerabilidade chega a triplicar em idosos com mais de 75 anos (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002).

No Brasil, os maiores números absolutos entre adultos estão entre 50 e 59 anos, que passaram de 815 para 1247 mortes, um aumento de 53% na taxa. De 60 a 69 anos, de 568 mortes passou para 760, um aumento de 33,8% e em idosos com mais de 70 anos, passou de 456 para 616 mortes por suicídio, representando aumento de 35,1% na taxa (Waiselfisz, 2011). Quanto ao gênero, assim como nas taxas encontradas no mundo, no Brasil observa-se diferenças entre as taxas de suicídio entre homens e mulheres. Nos Estados e capitais a porcentagem de suicídios é predominantemente masculina, com 79,1% das mortes nos Estados e 74% nas capitais, proporções estas que têm se mantido constantes ao longo do tempo (Waiselfisz, 2011). De acordo com a OMS, no ano de 2008, a taxa de suicídio na população brasileira entre

homens era de 7,7, enquanto para as mulheres era de 2 (por 100 mil/hab.) (http://www.who.int/mental_health/media/braz.pdf).

3.3.4 As tentativas de suicídio no contexto brasileiro

Há certa unanimidade entre os pesquisadores brasileiros que trabalham com suicídio na afirmação de que os números reais de tentativas são maiores que os notificados oficialmente (Minayo, 2005). Informações do Ministério da Saúde estimam que o número de tentativas de suicídio supere os suicídios em no mínimo dez vezes (Bertolote & Fleischmann, 2002a; Brasil, 2006). Os motivos que levam a esta subnotificação vão desde questões familiares, sociais e religiosas, como vergonha e preconceito frente à tentativa de suicídio de um membro da família ou do grupo social, subnotificação e dificuldade de identificar a tentativa de suicídio enquanto diferente de outras formas que provocam mortes ou lesões (Minayo, 2005).

De acordo com dados do Sinitox (Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas), vinculado à Fundação Oswaldo Cruz, que registra os casos que chegam aos hospitais referentes à intoxicação humana por agentes tóxicos (Minayo, 2005), no ano de 2010 foram atendidas 15.987 tentativas de suicídio, o que corresponde a 18,34% do total das notificações. Dentre os três meios mais utilizados para as tentativas estão em primeiro lugar o uso de medicamentos (9738 casos), seguido de agrotóxicos de uso agrícola (2123 casos) e raticidas (1479 casos) (Sinitox, 2010). Conforme já citado, o CIT/SC, no ano de 2011 recebeu 2300 notificações de tentativas de suicídio, sendo as formas mais comuns o abuso de medicamentos, com 1561 notificações e o uso de agrotóxicos, com 238 ocorrências notificadas.

Dentre os métodos mais utilizados, Adjacic-Gross, Weiss, Ring, Hepp, Bopp, Gutzwiller e Rössler (2008) buscaram junto aos dados de mortalidade da OMS, identificar os padrões mundiais de métodos utilizados para cometer o suicídio. Na análise das informações de 56 países (1994–2005), observou-se um uso elevado de envenenamento por pesticidas na maioria dos países da Ásia e da América Latina e envenenamento por medicamentos nos países nórdicos e no Reino Unido. O enforcamento é apontado na Europa do Leste e o uso de arma de fogo nos Estados Unidos. Pular de lugares altos é comumente utilizado em regiões urbanas, como na região administrativa de Hong Kong, na China, Luxemburgo e Malta.

Um estudo realizado por Sá, Oliveira, Mascarenhas, Yokota, Silva e Malta (2010), com base nas informações de 84 serviços de emergência mostrou que no ano de 2007 foram atendidos nestes serviços um total de 516 tentativas de suicídio, sendo a maioria praticadas por mulheres (58,1%) na faixa etária de 20 a 29 anos (35,9%). Ficher e Vansan (2009) também analisaram as tentativas de suicídio, porém entre jovens de 10 a 24 anos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital universitário entre 1988 e 2004. Como resultados observaram que num total de 1377 tentativas atendidas, a predominância foi entre as mulheres, com 1027 atendimentos (75%) e 350 atendimentos (25%) para homens. Em ambos o estudos fica explícita a predominância das tentativas de suicídio entre as mulheres, conforme justifica a literatura.

3.4 FATORES DE RISCO

Existem situações ou condições que são mais ou menos predisponentes ao comportamento suicida. Para Bertolote *et al* (2010) comportamento suicida é entendido como uma série de fenômenos que estão relacionados ao suicídio, sendo os mais relevantes o suicídio (que leva ao óbito) e as tentativas de suicídio. Os mesmos autores salientam que o comportamento suicida em si não é uma doença, mas a presença de doenças, por exemplo, pode levar a pessoa a apresentar comportamento suicida (OMS, 2000; Bertolote *et al*, 2010).

De maneira geral, os fatores de risco associados ao suicídio são apresentados através de indicadores sociodemográficos e clínicos (Bertolote *et al*, 2010). Dentre os fatores sociodemográficos pode-se listar o sexo masculino, faixa etária entre 15 e 35 anos ou acima de 75 anos, ser solteiro, viúvo ou separado, viver sozinho (condição de isolamento social), desempregado ou aposentado e pertencer a extratos econômicos extremos ou a minorias (OMS, 2000; Mann, 2002; Brasil, 2006).

Dentre as condições clínicas a presença de transtornos mentais é um dos mais importantes fatores de risco (Bertolote *et al*, 2010). Em geral, a OMS admite a prevalência de 80 a 100% de transtornos mentais em pessoas que morreram por suicídio (OMS, 2000). Os transtornos mentais cujo risco de suicídio é maior são a depressão, os transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de psicoativos (dependência de álcool e outras drogas), os transtornos de personalidade, a esquizofrenia, os transtornos de ansiedade e as

comorbidades, como por exemplo, o uso de álcool associado à depressão (OMS, 2000; Brasil, 2006).

Um estudo a partir de notificações à OMS com base em 15.629 casos de suicídio mostrou que 35,9% das mortes por suicídio apresentavam diagnóstico de transtorno de humor, enquanto os transtornos por uso de substâncias e a transtornos de personalidade representavam 22,4% e 11,6%, respectivamente (Bertolote & Fleischmann, 2002a). Doenças físicas como as doenças terminais, as orgânicas incapacitantes (câncer), dor crônica, lesões desfigurantes, epilepsia, trauma de medula, doenças dolorosas ou debilitantes e aids também são apontadas como condições clínicas de risco para tentativas de suicídio (OMS, 2000; Brasil, 2006).

Fanger, Azevedo, Mauro, Lima, Gaspar, Silva e Botega, (2010) estudaram as prevalências de depressão e de comportamento suicida em indivíduos com câncer internados em um hospital geral universitário. Participaram do estudo 675 pacientes com câncer, sendo observada a prevalência de depressão em 18,3% dos casos e risco de suicídio em 4,7%. A prevalência de depressão foi identificada como maior nos pacientes com câncer que nos demais pacientes internados (13,2%), sendo dor e depressão fatores associados ao risco de suicídio.

Ainda é importante destacar o risco de suicídio aumenta para pessoas com tentativas anteriores e histórico familiar de suicídio (Bertolote *et al*, 2010). Exemplificando este fato, Nakagawa, Kawanishi, Yamada, Iwamoto, Sato e Hirayasu (2009) buscaram explorar as características de japoneses que tentaram suicídio com e sem história familiar de tentativas. Para tal, entrevistaram 469 pacientes que foram admitidos em um serviço de emergência em Yokohama, no período de 2003 a 2008. Os participantes foram divididos em dois grupos, baseado na presença ou ausência de história familiar de tentativas de suicídio.

Observou-se que 14,9% (70 casos) apresentaram histórico familiar de suicídio e dentro deste grupo, 34,9% apresentaram como motivos para o suicídio as relações familiares conflitivas, seguidas de questões de saúde, com 18,6% de frequência. Entre as pessoas que não apresentavam histórico familiar, os motivos apresentados foram problemas de saúde (28,3%) seguido de relações familiares conflitivas (22,4%). Ainda, foi observada uma taxa de auto-agressão significativamente maior entre os pacientes com histórico familiar de tentativas de suicídio, o que sugere um possível relação entre as tentativas de suicídio e histórico familiar.

Histórico de uso de álcool associado a transtornos mentais também indica o aumento do risco de suicídio (Bertolote *et al*, 2010).

Situações adversas e estressantes também precisam ser avaliadas, sendo elas, precipitantes das tentativas de suicídio. Separação conjugal recente, luto recente ou na infância, dinâmica familiar conturbada, alterações na situação laboral, rejeição de parentes ou amigos, datas importantes ou reações de aniversário – data em que se comemora aniversário de nascimento ou de morte da pessoa que se suicidou, por exemplo – e personalidade impulsiva e/ou agressiva são situações que não podem deixar de ser investigadas (OMS, 2000; Brasil, 2006).

3.5 FATORES DE PROTEÇÃO

Os dados acerca dos fatores de proteção disponíveis na literatura ainda são escassos, conforme afirmam Bertolote *et al* (2010). Alguns fatores, contudo, podem ser enumerados enquanto protetores, dentre eles ausência de transtorno mental, suporte social positivo, comportamento religioso, emprego, satisfação com a vida, capacidade de adaptação e resolução de problemas de forma positiva etc. De maneira geral estes autores entendem que um baixo nível de estressores externos, que podem ser minimizados com boa moradia, alimentação adequada e boa saúde, aliado à resiliência e habilidades sociais são fatores protetivos. Minayo (2005) aponta de forma mais ampla alguns fatores de proteção importantes que contribuem para uma estratégia permanente de prevenção do suicídio, sendo eles:

assistência médica que propicie cuidados clínicos efetivos e apropriados às pessoas que apresentam sinais de transtornos mentais, físicos e de abuso de substâncias; facilitação de acesso à variedade de intervenções clínicas e de suporte prestado pelos serviços de auto-ajuda; restrição de acesso aos métodos de suicídio mais letais; suporte à família e à comunidade para que se tornem parte do apoio para os que mantêm ideação ou tentam suicídio; priorização e suporte aos serviços que cuidam da saúde física e mental das pessoas em risco de suicídio e tratamento que tenha como parte constitutiva o desenvolvimento de habilidades na solução de problemas, resolução de conflitos e de disputas de forma não violenta (p.229).

No manual desenvolvido pela OMS para Conselheiros (OMS, 2006), também são apresentados como fatores de proteção o apoio familiar, de amigos e de outros relacionamentos significativos para a pessoa, crenças culturais e ético-religiosas, estar envolvido com a comunidade à qual pertence; vida social percebida como satisfatória; estar integrado socialmente, por meio de trabalho ou atividades de lazer e acesso a cuidados e serviços na área de saúde mental. Contudo, de maneira geral ainda há carência de estudos científicos nesta área que venham a corroborar estas informações (Bertolote *et al*, 2010).

3.6 COMPORTAMENTO SUICIDA: DA DEFINIÇÃO DO TERMO A POSSÍVEIS EXPLICAÇÕES

Após conhecer o impacto do suicídio em termos numéricos nas diferentes amplitudes de contextos, é salutar entender os conceitos que definem cada etapa ou cada comportamento que fazem parte do comportamento suicida, conforme se observa a seguir. Nesta sessão, serão apresentados os conceitos de ideação, tentativa e suicídio e em seguida, alguns aspectos importantes sobre o suicídio, com destaque ao enfoque psicanalítico do fenômeno.

3.6.1 Ideação, tentativas de suicídio e suicídio

O suicídio é um fenômeno humano complexo e universal, sendo encontrado em todas as sociedades (Minayo, 2005). Werlang e Botega (2004), estudiosos desta temática, são favoráveis ao uso do termo comportamento suicida, que segundo os autores, definiria todo ato de autoagressão de um indivíduo contra si mesmo independente da letalidade e do conhecimento do verdadeiro motivo do ato. A OMS também tem adotado esta terminologia, nomeando como comportamento suicida fatal os suicídios consumados e comportamento suicida não fatal, as tentativas de suicídio (Krug *et al*, 2002).

Assim sendo, o comportamento suicida geralmente varia dentro de um *continuum*, que vai dos pensamentos autodestrutivos (ideação suicida), ameaças e gestos, às tentativas de suicídio, culminando com o suicídio (Werlang & Botega, 2004). Minayo (2005.) compartilha do mesmo entendimento ao afirmar que o comportamento suicida engloba as violências autoinflingidas e também as diversas formas de automutilação, considerando desde pensamentos autodestruidores, o planejamento de se ferir ou se matar até a concretização de terminar com a própria vida. Contudo, a OMS adverte que a intenção de morrer não é

necessariamente critério para um comportamento suicida não-fatal, como por exemplo, machucar-se (Krug *et al*, 2002).

A primeira categoria, *Ideação suicida*, ou ideias suicidas, pode ser definida como o pensamento de matar-se, independente da intensidade ou do grau de elaboração da pessoa. *Tentativas de suicídio*, que fazem parte da segunda categoria, são os atos empreendidos por pessoas que desejam se matar mas o resultado não é a morte e o *suicídio*, a terceira categoria, é definido como o ato realizado pela pessoa, que tem conhecimento ou previsão do desfecho (Krug *et al*, 2002). Nesta definição apoiada pela OMS, a intencionalidade do ato é peça-chave (Mayo, 1992; Minayo, 2005). Há também uma quarta categoria chamada de *pára-suicídios* ou *suicídios inconscientes*, definidos como “atos que não se expressam de modo explícito e manifesto, e sim de forma incompleta, deslocada, simbólica, como se verifica em certos acidentes, homicídios provocados pela vítima e automutilações” (Cassorla, 1991; Kovács, 2010).

Ainda, o suicídio e as tentativas podem ser classificados de acordo com a intencionalidade – a intensidade do desejo de tirar a própria vida – e a letalidade, – as consequências e a gravidade médica do ato –, tendo como base numa escala que varia do grau 1, falar a respeito de suicídio ao grau 7, o suicídio exitoso (Werlang & Botega, 2004). No estudo realizado por Rapeli e Botega (2005) observou-se que em considerável proporção das tentativas de suicídio a intencionalidade é baixa. Dentre todos os participantes, apenas 25% admitiu o desejo de morrer, enquanto os demais queriam apenas dormir ou se afastar dos problemas.

Dentre os aspectos psicológicos presentes em pessoas que tentam suicídio, três merecem destaque, sendo elas a ambivalência, a impulsividade e a rigidez/constricção. Por ambiguidade entende-se o conflito interno entre o desejo de viver e o de morrer; de morrer e ao mesmo tempo de ser resgatado ou salvo (Brasil, 2006; Bertolote *et al*, 2010). A impulsividade é a ação por impulso que leva a pessoa a cometer suicídio. Para Martins Borges *et al* (2012), a passagem ao ato suicida é a expressão do sofrimento e do conflito psíquico, quando o sujeito expressa por meio do ato o que não consegue dizer com palavras ou através de somatizações. Como qualquer impulso, caracteriza-se por ser transitório e pode ser desencadeado por estressores do dia-a-dia que levam o indivíduo às tentativas. E por fim, a rigidez/constricção, cujo pensamento predominante é o de tudo ou nada, que impede a pessoa de enxergar novas formas de resolver seus conflitos que não seja pelo suicídio (Brasil, 2006).

Contudo, ainda que o sujeito verbalize um desejo de morrer, mesmo que este não seja verdadeiro, Freud (1996[1940]) afirma que a morte não tem representação no inconsciente, logo não pode ser desejada. Além disso, o narcisismo impede que o sujeito tente se matar. As ideias de Cassorla (1991) vão ao encontro do que Freud já indicava no início do século XX. Segundo ele, o suicida não quer morrer, ele não sabe o que é a morte. Na realidade, “procura-se *explicar* a morte, porém não se a aceita nem se justifica a não ser através de ideais e/ou fantasias religiosas, em que é possível detectar uma verdadeira negação da morte” (Knobel, 1991, p. 28).

Cassorla (1991) afirma que as fantasias de morte encontradas por psicanalistas nas análises de pacientes podem ser reunidas em três grupos principais. A primeira delas seria encontrar uma vida repleta de paz e sem sofrimento. Em geral, vem acrescida do reencontro com alguém importante para a pessoa, mas que já morreu. A segunda fantasia refere-se à vingança de inimigos, estes reais ou não. O sujeito chega a visualizar o sofrimento das pessoas após a sua morte. Este componente agressivo em geral é sentido por toda a sociedade, o que explica os motivos pelos quais o suicida historicamente tem sido punido.

A terceira categoria é formada por fantasias nas quais a pessoa pensa em tirar sua vida pois precisa ser punida por seus sentimentos de culpa, em geral ligados à “sexualidade proibida e à destrutividade” (Cassorla, 1991, p. 24). Segundo o autor, um dos desafios no trabalho em saúde mental com pacientes que sobrevivem às tentativas de suicídio é, em alguns casos, estes lidarem com seus sentimentos de culpa. O autor pontua ainda que as fantasias apresentadas fazem parte da dinâmica psíquica e não são necessariamente, doenças mentais.

Assim sendo, Kovács (2010) que adverte para o cuidado de evitar conclusões precipitadas, ao afirmar que o suicídio é um ato complexo, portanto não é explicável de forma simplista, como mero resultado de uma doença mental (nosológico) ou de uma desordem social (sociológico). Ademais não pode ser reduzido a um único acontecimento como o término de um relacionamento afetivo ou à perda de emprego. Os motivos alegados, segundo ela podem ser apenas desencadeadores. Desta forma, corrobora Cassorla (1991), diversos fatores se acumulam na história de vida do sujeito e o motivo alegado é a apenas o elo final da cadeia.

3.7 SIGNIFICADOS E O CONTEXTO DE SAÚDE

Dar significados ao mundo que no qual as pessoas vivem faz parte do universo simbólico individual e das relações sociais. Segundo Turato (2005), o significado tem função organizadora, pois “o que as coisas – fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos – representam, dá molde à vida das pessoas” (p. 210). Nesse mesmo pensamento, o modo como as pessoas significam a realidade a sua volta e a compartilham direciona suas ações nos contextos em que vivenciam as experiências, sejam estes pessoais ou profissionais (Motta, 2011). Através da linguagem que a pessoa utiliza e das relações que estabelece, é revelado como o mundo é percebido por ela (Spencer, 1993).

Minayo (2004), através do que chamou de consciência histórica, pontua que as pessoas, os grupos e a sociedade dão significados e atribuem intenções, da mesma forma que interpretam suas ações e construções. Nos ambientes de saúde, aponta Turato (2005) conhecer os significados presentes nos contextos e nos processos de saúde-doença permite que uma série de ações sejam realizadas, dentre elas, a melhoria na qualidade da relação entre o paciente, a família, o profissional e a instituição. Ainda, permite maior adesão aos tratamentos, sejam estes individuais ou ações coletivas e possibilita entender pensamentos, comportamentos e sentimentos dos pacientes, familiares e dos profissionais de saúde, vindo este último ao encontro do objetivo desta pesquisa.

Surge então o questionamento: o que e como são estes contextos – as urgências e emergências hospitalares – e o que tem sido produzido pelos pesquisadores sobre significados atribuídos por profissionais de saúde às das tentativas de suicídio no Brasil e no mundo, em especial sob o olhar dos profissionais que atendem em urgências e emergências?

3.7.1 Urgências e emergências

Entende-se por urgência o imprevisto de agravo à saúde no qual não há necessariamente risco de vida, porém há a necessidade de assistência médica imediata. Por emergências entendem-se as situações em que há a constatação médica de agravo à saúde, com risco de vida ou sofrimento intenso, demandando tratamento médico imediato (Resolução nº 1451, 1995).

As urgências são compostas pelas UPA's, que são estruturas de complexidade intermediária e funcionam 24h por dia, situando-se entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares – prontos-socorros e o conjunto de UPA's compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências (Brasil, 2012). As emergências hospitalares, comumente chamadas de prontos-socorros, são os locais onde são atendidas as situações clínicas nas quais o paciente apresenta risco imediato e necessita de atendimento igualmente imediato, seja para estabilização das funções vitais ou para o alívio da dor (Simonetti, 2004).

Os hospitais, dos quais fazem parte a emergência hospitalar, compõem a atenção terciária do Sistema Único de Saúde (SUS) e são caracterizados pelo conjunto de procedimentos que, no SUS, envolvem altos custo e tecnologia, buscando garantir à população acesso a serviços de qualidade, com integração aos demais níveis de atenção à saúde, sendo estes a Atenção Básica e Atenção de Média Complexidade (Brasil, 2007).

3.7.2 Os significados das tentativas de suicídio para profissionais de saúde e a produção científica

Como já exposto acima, as pessoas buscam a todo tempo dar um entendimento ao mundo que as rodeia. Isto inclui tentar entender o motivo que leva algumas pessoas a tentar tirar suas próprias vidas e outras não e de que forma isso é representado para cada uma delas.

Na busca de estudos que abordassem esta temática, o significado das tentativas de suicídio para profissionais que atendem em serviços de urgência e emergência, foi realizada pesquisa nas bases de dados *Ebsco Host*, *Scopus* (2005-2012), *Scielo.br*, *Scielo.org* e *Psycinfo* (2002-2012). Os descritores utilizados foram as palavras “suicide”, “suicide attempts” e “health professionals” ou “suicide”, “suicide attempts” e “emergency” ou “emergency room”. Nas bases de dados nacionais os descritores utilizados foram suicídio, tentativas de suicídio e profissionais de saúde ou suicídio, tentativas de suicídio e emergências. Também foi realizada pesquisa no *Portal Periódicos Capes*, com os mesmos descritores acima citados.

De maneira geral, os estudos sobre suicídio e tentativas são inúmeros, tanto nas bases de dados nacionais como nas internacionais, mas referem-se por exemplo, a estudos sócio-demográficos, a públicos específicos como jovens ou idosos ou a detecção de fatores de risco etc.

Assim sendo, não foram encontrados conhecimentos sistematizados e disponíveis específicos acerca da temática procurada.

Todavia, foram encontrados estudos que pesquisaram as atitudes dos profissionais de saúde das emergências hospitalares frente às tentativas de suicídio, o que se aproxima ao tema procurado, porém quase todos internacionais, realizados na Europa ou na Ásia. No Brasil, é possível citar os estudos de Botega *et al* (2005) e Silva e Boemer (2004). Em Botega *et al* (2005) o objetivo do estudo foi a criação de uma escala para avaliar as atitudes da equipe de enfermagem em relação aos suicidas e verificar diferenças de atitude entre esses profissionais.

A escala foi aplicada em 317 profissionais de enfermagem de um hospital escola e os resultados mostraram dentre os participantes que a crença de que uma pessoa não possui o direito de morrer foi mais contundente entre os profissionais mais velhos, os que nunca tinham cuidado de pacientes suicidas, os que tinham histórico de suicídio na família e os de religião protestante, que costumavam frequentar mais cultos religiosos. Ainda, uma maior capacidade profissional de lidar com estes pacientes foi relatada entre os assistentes de enfermagem e entre os profissionais que já tinham cuidado de pacientes suicidas.

Já o estudo de Silva e Boemer (2004), através da pergunta *Como o suicídio se mostra a você?*, entrevistou 11 profissionais do serviço de emergência da Clínica Psiquiátrica de um hospital, sendo eles médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Dentre os resultados, os profissionais relataram que o suicídio acontece em um momento de muito desespero, ao qual as pessoas recorrem para chamar a atenção dos outros e que desperta uma diversidade de sentimentos nos profissionais.

O estudo realizado por Srivastava e Tiwari (2012) aponta que, no contexto pesquisado, profissionais de saúde mental têm uma atitude mais positiva frente aos pacientes com tentativas de suicídio que os profissionais que não atuam na saúde mental, sendo a rejeição um dado significativamente maior neste último grupo. Entre enfermeiras, foi observado por Kishi, Kurosawa, Morimura, Hatta e Thurber (2011) que aquelas que trabalham com enfermagem psiquiátrica têm uma atitude mais positiva e relatam maior habilidade para lidar com pacientes que tentaram suicídio, enquanto as enfermeiras de outros setores, dentre eles emergências e terapia intensiva, mostraram-se menos mobilizadas a serem simpáticas, conversar sobre os problemas e tentar entender o paciente suicida.

Quando comparados dois hospitais gerais, um com consulta de avaliação psiquiátrica e outro sem, Suominen, Suokas e Lönnqvist (2007) apontam uma atitude mais positiva frente aos pacientes com

tentativa de suicídio no hospital sem a consulta médica de avaliação psiquiátrica. Quando estudados profissionais (médicos e enfermeiros) das emergências de um hospital geral e de um hospital psiquiátrico (Suokas, Suominen & Lönnqvist, 2008), houve uma tendência geral dos profissionais considerarem os pacientes com tentativas de suicídio de forma positiva e com simpatia. Contudo, no hospital geral foram expressas atitudes mais negativas frente a estes pacientes que no hospital psiquiátrico.

Ainda, Gibb, Beautrais e Surgenor (2010) pesquisaram 195 profissionais médicos clínicos gerais e psiquiatras de dois hospitais, um geral e outro psiquiátrico, que relataram também uma atitude positiva junto a estes pacientes e um forte desejo de ajudá-los, contudo não se sentem seguros em lidar com esta demanda e apontam que precisam de maior treinamento para tal. Especificamente sobre as atitudes profissionais de emergências e que lidam com tentativas de suicídio, Sethi e Uppal (2006) pesquisaram uma amostra de 50 médicos de diferentes especialidades (medicina interna, anestesista etc) de um hospital geral.

A partir de um questionário composto por 35 itens relataram o predomínio de atitudes negativas ao atender o paciente que incluem sentimentos de mal-estar, ansiedade, raiva e evitação devido principalmente a questões médico-legais. Há ainda sentimento de inadequação e medo ao lidar com o paciente. Estes profissionais também consideram a tentativa de suicídio um ato manipulativo e ilegal e são ambivalentes entre a necessidade de cuidar do paciente e querer evitá-lo. Os médicos também consideraram estes pacientes um fardo para a profissão, pessoas covardes que deveriam ser ignoradas. Admitem ser pouco capacitados para lidar com esses casos, embora reconheçam que paciente e família precisam de ajuda (Sethi & Uppal, 2006).

Sobre o impacto das tentativas de suicídio nas reações dos profissionais de saúde e nas suas práticas, um estudo de Gulfi, Dransart, Heeb e Gutjahr (2010) apontou que, em média, o impacto sobre os profissionais dura um mês após o atendimento da tentativa, com aumento da atenção a sinais de novas tentativas e uma maior ansiedade em lidar com pacientes sob risco de suicídio. As reações destes profissionais também dependem de fatores como o local da tentativa, sendo mais intensas quando ocorridas nas Instituições, o sexo do profissional (em geral as mulheres são mais mobilizadas) e os sentimentos de responsabilidade ou de ligação emocional com o paciente. Entre as práticas profissionais, foi encontrado um aumento no

interesse às questões relacionadas ao suicídio, maior tendência de hospitalizar pacientes com risco de suicídio, a consultar colegas e aumento da atenção às questões legais. Respostas como a recusa em trabalhar com estes pacientes ou mudar de profissão foram raras (Gulfi *et al*, 2010).

Do Nascimento, Silva, Silva e Pereira (2006) faz uma observação importante sobre esses profissionais que lidam constantemente com a eminência da morte e que fica evidente no cuidado às tentativas de suicídio. Afirma que a morte, mesmo apoiada num saber científico, também é uma vivência humana. Desta forma, salienta, as explicações científicas não abrandam as explicações subjetivas, em especial aquelas que se referem aos sentimentos, geralmente negativos, vivenciados frente à morte. A prática laica do cuidado em saúde, agora desvinculada dos saberes e das explicações religiosas, traz também à morte um novo significado, onde há um profissional que agora tem um dever e recebe para salvar a vida de alguém (Lago & Codo, 2010). Há então uma contradição para os profissionais de saúde nas tentativas de suicídio, pois o paciente que busca morrer é uma afronta ao ofício de salvar.

Assim sendo, a presente revisão de literatura teve como objetivo a construção de um referencial teórico que pudesse sustentar as discussões provenientes dos resultados desta pesquisa. A construção histórica do suicídio, os dados epidemiológicos, os aspectos psicológicos relacionados ao fenômeno bem como a produção científica sobre a temática nos contextos de saúde reiteram que o suicídio é um fenômeno complexo que demanda discussões nos diferentes níveis de atenção, a fim de que a prática profissional não prejudique quem atende e quem é atendido.

4 MÉTODO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A presente pesquisa, de abordagem qualitativa, é aplicada e descritiva. Uma abordagem de pesquisa qualitativa busca entender o significado individual ou coletivo de um fenômeno para a vida das pessoas, ao invés de estudar o fenômeno em si. Assim sendo, o significado adquire importância pois ele estrutura, é em torno dele que as coisas passam a ser entendidas, que as pessoas organizam suas vidas e o objetivo é dar um sentido ou interpretação aos fenômenos a partir de como as pessoas o significam (Denzin & Lincoln, 1994; Turato, 2005).

Caracteriza-se como aplicada pois tem como objetivo a resolução de problemas presentes no contexto do qual o pesquisador faz parte e há a preocupação por uma aplicação imediata dos resultados (Barros & Leffeld, 2007; Gil, 2010). Ainda, é descritiva porque busca descrever as características da população estudada e aqui inclui aquelas pesquisas cujo interesse é descobrir opiniões, crenças e atitudes de uma dada população (Gil, 2010). Nesta classe de estudos costuma-se inserir aqueles cujo objetivo é identificar o perfil de indivíduos e grupos ou as representações sociais, bem como os que objetivam a identificar estruturas e funções, formas e conteúdos, como no caso da presente pesquisa (Cervo, Bervian & Silva, 2007).

4.2 CONTEXTO

De acordo com as fontes que foram utilizadas para abordar e tratar o objeto, esta pesquisa é definida como pesquisa de campo. Na pesquisa de campo a abordagem do objeto ou da fonte se dá no ambiente em que o fenômeno acontece e os dados, são coletados sem que haja intervenção ou manuseio por parte do pesquisador (Severino, 2007).

A presente pesquisa foi realizada em quatro serviços de urgência e emergência disponíveis no município de Florianópolis, sendo eles as duas UPA's e os dois hospitais públicos com unidade de emergência. As UPA's localizam-se no Norte – UPA Norte, inaugurada em 2009 e no sul da Ilha – UPA Sul, em funcionamento desde 2008. O atendimento nas UPA's é realizado pelo critério de classificação de risco, sendo prioritários os casos de maior urgência. A administração municipal destaca que após a implantação das UPA's, apenas 2% dos casos atendidos precisaram ser encaminhados para hospitais.

(<http://portal.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=5113>).

As emergências localizam-se junto a dois hospitais públicos, ambos localizados na Ilha de Florianópolis. O Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU) é um serviço totalmente público, inaugurado em 1980, que segue a perspectiva do trinômio ensino, pesquisa e extensão. A emergência do HU é um serviço que funciona 24h e atende em média 400 pessoas por dia. (http://www.hu.ufsc.br/novo_site/institucional/apresentacao/). Na Grande Florianópolis, a emergência do HU é referência para os casos de intoxicação, dentre elas as intoxicações cujo objetivo era tentativa de suicídio (Macchiaverni, 2011).

O Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), inaugurado em 1966, é uma instituição pública e faz parte da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Foi construído com recursos do governo do Estado, quando do mandato do governador Sr. Celso Ramos, na década de 1960, com objetivo inicial de prestar assistência hospitalar aos servidores estaduais. Este hospital também conta com serviço de emergência 24h e tem como principais atividades atuar no ensino e na pesquisa, prestando assistência de referência e excelência para a população (Osório, 2006).

As tentativas de suicídio são atendidas em hospitais ou nas UPA's, locais estes preparados para oferecer a estes pacientes o atendimento necessário para sua estabilização, cujo procedimento varia conforme o método utilizado. Os usuários chegam a estes serviços por diferentes caminhos, seja por encaminhamento das UPA's – quando o usuário necessita de cuidados de maior complexidade –, por encaminhamentos das Unidades Básicas de Saúde (UBS's), do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), dos bombeiros ou pela procura espontânea da população (Macchiaverni, 2011). O corpo clínico destes serviços é formado por profissionais médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais etc, além dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

4.3 PARTICIPANTES

No ambiente de trabalho das urgências e emergências, são inúmeros os profissionais de saúde que prestam assistência à população. A presente pesquisa foi realizada com dezesseis (16) profissionais de saúde de nível superior, escolhidos de forma intencional e por conveniência. Dentre eles, quatro (4) participantes tinham formação em

medicina, quatro (4) em serviço social, quatro (4) em enfermagem e quatro (4) tinham formação em psicologia. Tal escolha buscou entender o significado das tentativas de suicídio a partir de diferentes fazeres junto ao usuário do serviço. Ainda, oito (8) profissionais trabalhavam em urgências e oito (8) em serviços de emergência.

A escolha do número de participantes foi baseada no estudo de Guest, Bunce e Johnson (2006), que aponta que doze entrevistas são suficientes para que seja alcançada a saturação teórica dos dados. Os critérios de inclusão adotados foram a atuação no atendimento a tentativas de suicídio nos serviços de urgência e emergências hospitalares no momento da pesquisa e o participante já ter atendido a tentativas de suicídio em sua prática profissional.

4.4 INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados para coleta de dados desta pesquisa foram um questionário sócio-demográfico e uma entrevista semi-estruturada.

4.4.1 Questionário sócio-demográfico (APÊNDICE 1):

O questionário foi composto por questões que objetivaram caracterizar os participantes, como idade, sexo, estado civil, religião, grau de escolaridade, formação superior e tempo no exercício da profissão, número aproximado de tentativas de suicídio atendidas, tipo de vínculo funcional (concurso público, processo seletivo, temporário etc), tempo de serviço na instituição na qual trabalha e, se for o caso de já ter trabalhado em outras unidades, tempo de serviço no setor de urgências e emergências.

4.4.2 Entrevista semi-estruturada (APÊNDICE 2):

Entrevista é uma técnica de coleta de dados que acessa as informações investigadas solicitando-as diretamente aos participantes, por meio da interação entre pesquisador e pesquisado. Permite, desta forma, conhecer o que os participantes fazem, sabem, representam ou argumentam (Severino, 2007).

Para esta pesquisa foi elaborado um roteiro de entrevista composto por 14 questões que nortearam o discurso do participante sem, contudo, impedir a livre verbalização a respeito do tema pesquisado. As questões da entrevista buscaram investigar a prática profissional dos

participantes junto aos pacientes, as rotinas de atendimento e encaminhamentos após a alta, as crenças que estes profissionais têm sobre as tentativas de suicídio e os sentimentos despertados por estes pacientes. É importante destacar que após a entrevista-piloto foi acrescentada a pergunta *Defina suicídio* às questões iniciais, questão esta que não tinha sido anteriormente referida no instrumento.

4.5 PROCEDIMENTOS

A ética em pesquisa delinea as atividades dos que buscam o avanço da ciência e a produção de conhecimento, para que haja o respeito à integridade dos participantes em todos os âmbitos que a pesquisa possa atingir (Freitas & Silveira, 2008). Após a qualificação do projeto, a presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina. O projeto foi submetido em 27 de fevereiro de 2013 e aprovado em 18 de maio de 2013. Em seguida, o projeto foi enviado para avaliação dos Comitês de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, do Hospital Universitário e do Hospital Governador Celso Ramos, todos retornando com parecer favorável à realização da pesquisa.

Na sequência, foi realizada a coleta de dados, entre os meses de maio e julho de 2013. Para tal, foi realizado contato com a chefia do serviço junto a cada instituição para informar da autorização da pesquisa. Em visita previamente agendada a administração dos serviços disponibilizou o contato de profissionais que atuavam nas urgências e emergências para que estes fossem contatados e convidados a participar da pesquisa. O convite à participação se deu via contato telefônico, no qual foram explicados os objetivos e procedimentos da pesquisa e foi agendado dia, horário e local para a realização da entrevista.

Todas as entrevistas foram realizadas nos respectivos locais de trabalho dos participantes, nos turnos da manhã, tarde e noite, sendo a maior parte delas realizada no período noturno, cuja duração média foi de 20 minutos. Ainda, todas as entrevistas foram gravadas (após o consentimento do participante) e posteriormente transcritas.

No início da entrevista foi entregue ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 3), que foi lido e permitiu que possíveis dúvidas fossem esclarecidas. Dentre as informações presentes no TCLE estavam os objetivos da pesquisa, sua relevância científica e social, os procedimentos que foram adotados e as

orientações éticas conforme a Resolução 196, que regulamenta as pesquisas com seres humanos (Freitas & Silveira, 2008), além do contato da pesquisadora. Ainda, antes do início da coleta de dados, foi realizado um estudo-piloto com um participante, a fim de avaliar a adequação dos instrumentos.

Nas considerações éticas destacaram-se a possibilidade do participante desistir da pesquisa a qualquer momento, o sigilo e o anonimato das informações prestadas e a garantia de que a participação não acarretará ônus algum ao participante (Brasil, 1996). Após a defesa da dissertação, os entrevistados serão contatados novamente para a devolutiva dos resultados da pesquisa, segundo a forma escolhida (via email ou pessoalmente), conforme acordado no TCLE.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após o término da coleta de dados, os dados que foram obtidos por meio dos questionários foram tabulados, com a ajuda do programa *Excel* e foi construída uma tabela a fim de auxiliar a visualização dos mesmos. Já o material textual obtido a partir das entrevistas com os participantes foi transcrito para a utilização do programa *Atlas/Ti 5.0*[®], um software utilizado **como suporte para tratar e analisar** dados qualitativos, organizando uma grande quantidade de material e sistematizando-o (Muhr, 2004).

A primeira parte da análise consistiu na leitura exaustiva das narrativas, a fim de realizar o que Corbin e Strauss (2008) apresentam como codificação aberta, processo no qual “os conceitos são identificados e suas propriedades e dimensões são descobertas nos dados” (p.103). Em seguida, procedeu-se à codificação axial, na qual as categorias previamente obtidas na codificação aberta foram relacionadas às subcategorias, chegando assim às respostas aos objetivos desta pesquisa (Corbin & Strauss, 2008), conforme apresentado nos resultados, a seguir.

5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa estão organizados em duas partes. A primeira delas consiste em informações obtidas através do questionário sócio-demográfico aplicado aos participantes logo após a entrevista. A segunda parte apresenta os resultados obtidos por meio das entrevistas realizadas, analisados e organizados a partir de categorias, subcategorias e elementos de análise, informações estas suporte para a discussão realizada na sequência.

5.1 APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A presente pesquisa, como indicado de forma simplificada na Tabela 1, adiante, foi realizada com 16 (dezesesseis) profissionais de saúde de nível superior, identificados a partir de agora como P1, P2, P3...P16, dentre eles 4 (quatro) médicos(as), 4 (quatro) enfermeiros(as), 4 (quatro) assistentes sociais e 4 (quatro) psicólogos(as) que atuam na rede pública de saúde do município de Florianópolis. A idade dos participantes variou entre 25 e 50 anos, cuja média foi 33 anos, sendo 12 (doze) deles do sexo feminino e 4 (quatro) do sexo masculino. Quanto ao estado civil, 9 (nove) participantes eram solteiros, 6 (seis) casados e 1 (um) divorciado. Ainda, 10 (dez) pessoas se declararam católicas, 1 (um) espírita, 1 (um) declarou que acredita em Deus mas sem seguir uma religião específica e 4 (quatro) disseram ser ateus.

Quanto à escolaridade, 3 (três) participantes eram mestres, 9 (nove) eram especialistas e 4 (quatro) possuíam graduação. A média de tempo em exercício da profissão foi de aproximadamente 9 (nove) anos, sendo o menor tempo igual a 8 (oito) meses e o mais longo, igual a 27 (vinte e sete) anos. Quanto ao tempo de trabalho na instituição, a média geral foi de aproximadamente 4 (quatro) anos, cuja variação foi de 8 (oito) meses a 15 (quinze) anos e o tempo de trabalho em urgência ou emergência variou de 8 (oito) meses a 29 (vinte e nove) anos, cuja média foi de 5 anos de atuação nestes contextos. Quanto ao tipo de vínculo de trabalho com a instituição, 12 (doze) participantes eram servidores públicos, 1 (um) possuía vínculo seletista e 3 (três) apresentavam vínculo de estudante.

Tabela 1. Síntese do perfil dos participantes

	%
<i>Sexo</i>	
Homem	25
Mulher	75
<i>Escolaridade</i>	
Mestrado	18,75
Especialização	56,25
Graduação	25
<i>Tempo de trabalho em emergências</i>	
Até 5 anos	62,5
Entre 5 e 10 anos	25
Superior a 10 anos	12,5
<i>Número de tentativas atendidas</i>	
10 a 50	56,25
51 a 100	12,5
101 a 150	12,5
> 150	18,75
<i>Capacitação sobre Suicídio</i>	
Sim	6,25
Não	93,75

No que se refere ao número de tentativas de suicídio atendidas na prática profissional, 9 (nove) participantes declararam ter atendido entre 10 e 50 tentativas (sendo o menor número igual a 15 tentativas), 2 (dois) declararam entre 51 e 100 atendimentos, 2 (dois) declararam entre 101 e 150 atendimentos e 3 (três) declararam ter atendido mais de 150 tentativas de suicídio.

E por último, os participantes foram questionados se haviam recebido algum tipo de qualificação formal por iniciativa da instituição na qual atuavam para lidar com a demanda de tentativas de suicídio e a resposta de 15 dos 16 participantes foi que nunca houve qualquer tipo de capacitação. Contudo, 3 (três) participantes informaram que tiveram

mais informações sobre a temática a partir de iniciativa própria, como por exemplo em congressos, especializações que abordaram o assunto em um dos módulos ou na residência profissional.

5.2 APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E ELEMENTOS DE ANÁLISE

O processo de análise de dados desta pesquisa foi composto por dois momentos. No primeiro deles, o material narrativo foi trabalhado de forma aberta, com o objetivo de apreender as informações que respondessem ao fenômeno como um todo, a partir da identificação dos elementos de análise. Em seguida, num segundo momento, deu-se início ao que Corbin e Strauss (2008) apontam como codificação axial, processo no qual, a partir dos elementos de análise – dados estes mais brutos sobre o fenômeno – as categorias são relacionadas às subcategorias buscando assim responder de forma precisa ao que se investiga sobre o fenômeno. Para os autores, as categorias representam o fenômeno enquanto as subcategorias, ainda que também sejam categorias, respondem a questões sobre este fenômeno (Corbin & Strauss, 2008).

Assim, ao término deste processo foram identificadas quatro categorias, e suas respectivas subcategorias e elementos de análise, cujas informações podem ser observadas na Figura 1, adiante (p.48-49). De maneira sintética, as categorias são descritas a seguir:

CATEGORIA 1: “Os significados atribuídos às tentativas de suicídio”

Nesta categoria são apresentados os significados atribuídos às tentativas de suicídio pelos profissionais de saúde a partir de quatro diferentes aspectos, a saber: da definição do suicídio, do que os participantes pensam sobre o suicídio, dos motivos pelos quais as pessoas tentam suicídio e dos sentimentos que são despertados nos profissionais quando atendem a tentativas de suicídio.

Subcategoria 1.1: “Definições de suicídio”

Buscou-se identificar que definições os participantes tinham sobre o suicídio, a maneira pela qual eles definiam o fenômeno.

Subcategoria 1.2: “O que pensam os profissionais sobre o suicídio”

Identificou-se o que os participantes pensavam a respeito do fenômeno do suicídio de forma geral.

Subcategoria 1.3: “Motivos pelos quais as pessoas tentam suicídio”

Buscou-se agrupar os motivos que foram enumerados pelos quais as pessoas tentam suicídio, segundo os participantes.

Subcategoria 1.4: “Sentimentos despertados nos profissionais”

Identificou-se nas narrativas os sentimentos despertados nos profissionais pelos pacientes que chegam ao serviço por tentativa de suicídio.

CATEGORIA 2: “O acolhimento por tentativa de suicídio”

Nesta categoria é caracterizado o acolhimento realizado aos pacientes atendidos por tentativa de suicídio a partir dos procedimentos realizados no acolhimento desse paciente, das características das tentativas de suicídio atendidas e da entrada do paciente na Unidade.

Subcategoria 2.1: “Características relacionadas às pessoas atendidas”

Identificou-se diferentes aspectos que caracterizam as tentativas de suicídio atendidas nos serviços.

Subcategoria 2.2: “Características relacionadas às tentativas de suicídio”

Identificou-se as características das tentativas de suicídio atendidas nos serviços.

Subcategoria 2.3: “A entrada do paciente na Unidade”

Buscou-se elencar as diferentes formas de acesso que o paciente tem ao serviço de saúde.

CATEGORIA 3: “A atenção prestada às pessoas acolhidas por tentativa de suicídio”

Nesta categoria está descrito o atendimento prestado ao paciente a partir de duas realidades que se apresentam: os procedimentos realizados durante o atendimento ao paciente e as dificuldades que são encontradas neste processo, sob diferentes aspectos e contextos.

Subcategoria 3.1: “Procedimentos realizados”

Identificou-se os procedimentos realizados ao paciente atendido no serviço de urgência ou emergência por tentativa de suicídio.

Subcategoria 3.2: “Dificuldades observadas no atendimento ao paciente”

Buscou-se elencar as dificuldades observadas pelos profissionais de saúde no processo de atender ao paciente que tentou suicídio.

CATEGORIA 4: “Os encaminhamentos pós-alta realizados às pessoas atendidas por tentativa de suicídio”

Nesta categoria buscou-se caracterizar os encaminhamentos realizados pelos profissionais de saúde às instituições e as orientações dadas à rede de apoio do paciente que acessa ao serviço de saúde por tentativa de suicídio após sua alta hospitalar.

Subcategoria 4.1: “Encaminhamentos feitos às instituições”

Identificou-se os encaminhamentos realizados ao paciente após sua alta hospitalar às diferentes instituições, sejam elas de saúde, de assistência social, ONG's etc.

Subcategoria 4.2: “Orientações à rede de apoio”

Caracterizou-se as orientações feitas às famílias ou à rede de apoio próxima ao paciente atendido por tentativa de suicídio.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE
1. Os significados atribuídos às tentativas de suicídio	1.1 Definições de suicídio	1.1.1 <i>Acabar com a vida</i> 1.1.2 <i>Dar fim ao sofrimento</i> 1.1.3 <i>Chamar a atenção</i>
	1.2 O que pensam os profissionais sobre o suicídio	1.2.1 <i>Demanda para a Saúde pública</i> 1.2.2 <i>Ausência de solução</i> 1.2.3 <i>Ato de coragem</i> 1.2.4 <i>Conhecimento sobre os métodos utilizados</i> 1.2.5 <i>O inverso da morte</i> 1.2.6 <i>Fragilidade da rede de apoio e de atenção</i>
	1.3 Motivos pelos quais as pessoas tentam suicídio	1.3.1 <i>Solução ao sofrimento</i> 1.3.2 <i>Fragilidade dos recursos psíquicos</i> 1.3.3 <i>Chamar a atenção</i> 1.3.4 <i>Falta de perspectivas para o futuro</i> 1.3.5 <i>Conflitos conjugais</i> 1.3.6 <i>Conflitos familiares</i> 1.3.7 <i>Alívio para os outros</i> 1.3.8 <i>Presença de transtornos mentais</i>
	1.4 Sentimentos despertados nos profissionais	1.4.1 <i>Pena/tristeza</i> 1.4.2 <i>Inconformidade</i> 1.4.3 <i>Irritação/raiva</i> 1.4.4 <i>Impotência</i> 1.4.5 <i>Indiferença</i>
2. O acolhimento por tentativa de suicídio	2.1 Características relacionadas às pessoas atendidas	2.1.1 <i>Condições físicas e psicológicas</i> 2.1.2 <i>Sexo feminino</i> 2.1.3 <i>Rede de apoio fragilizada</i> 2.1.4 <i>Relações conflitivas</i>
	2.2 Características relacionadas às tentativas de suicídio	2.2.1 <i>Falsa tentativa</i> 2.2.2 <i>Intoxicação</i> 2.2.3 <i>Acesso fácil a medicações</i>

Figura 1. Síntese das categorias, subcategorias e elementos de análise

<p>2. O acolhimento por tentativa de suicídio (cont.)</p>	<p>2.3 A entrada do paciente na Unidade</p>	<p>2.3.1 <i>Diferentes formas de acesso</i> 2.3.2 <i>Triagem realizada pela equipe de enfermagem com classificação de risco</i></p>
<p>3. A atenção prestada às pessoas atendidas por tentativa de suicídio</p>	<p>3.1 Procedimentos realizados</p>	<p>3.1.1 <i>Protocolo de atendimento de acordo com o método utilizado</i> 3.1.2 <i>Avaliação médica</i> 3.1.3 <i>Avaliação do CIT</i> 3.1.4 <i>Avaliação psicológica</i> 3.1.5 <i>Contato com o acompanhante/atendimento à família</i> 3.1.6 <i>Trabalho multiprofissional</i></p>
	<p>3.2 Dificuldades observadas no atendimento ao paciente</p>	<p>3.2.1 <i>Inadequação da demanda ao serviço</i> 3.2.2 <i>Diferentes perspectivas de trabalho</i> 3.2.3 <i>Modelo compartimentalizado de atendimento</i> 3.2.4 <i>Limites na comunicação paciente/profissional</i> 3.2.5 <i>Ausência de médicos psiquiatras</i> 3.2.6 <i>Condições físicas do ambiente</i></p>
<p>4. Os encaminhamentos pós alta realizados às pessoas atendidas por tentativa de suicídio</p>	<p>4.1 Encaminhamentos feitos às instituições</p>	<p>4.1.1 <i>Unidades da Rede Municipal de Saúde</i> 4.1.2 <i>Avaliação psiquiátrica/internação no Instituto de Psiquiatria</i> 4.1.3 <i>Rede não-governamental</i></p>
	<p>4.2 Orientações à rede de apoio</p>	<p>4.2.1 <i>Família</i></p>

Figura 1. Síntese das categorias, subcategorias e elementos de análise (continuação)

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“Joana é mais uma mulata triste que errou, errou na dose, errou no amor,
Joana errou de João, ninguém notou, ninguém morou,
Na dor que era o seu mal, a dor que não sai no jornal”

Notícia de Jornal – Chico Buarque

Nesta seção, os resultados apresentados serão discutidos à luz da literatura disponível sobre o tema. Para cada elemento de análise apresentado, foram elencados 3 (três) ou 4 (quatro) falas dos participantes que o exemplificam, mesmo que em diversos elementos de análise o número de ocorrências tenha sido maior que o número de exemplos. Assim, a partir do critério de aproximação semântica, as falas dos participantes permitiram responder aos objetivos deste estudo e ainda aprofundar o fenômeno pesquisado, sem, contudo deixar de dialogar com os autores que escrevem sobre o assunto. Abaixo, segue a discussão dos dados.

6.1 CATEGORIA 1: OS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO

Nesta categoria buscou-se identificar o significado que os profissionais de saúde atribuem às tentativas de suicídio por eles atendidas. A partir das narrativas foi possível significar o suicídio a partir de quatro subcategorias: as diferentes formas pelas quais os profissionais definem o fenômeno, em *as definições de suicídio*, seguido de *o que os profissionais pensam sobre o suicídio*. Na sequência, tem-se os *motivos que levam as pessoas a cometer suicídio* e por fim, os *sentimentos despertados nos profissionais* de saúde ao atender pessoas que tentaram suicídio.

Na primeira subcategoria, **1.1 “Definições de suicídio”**, o suicídio foi definido por 15 (quinze) participantes como *acabar com a vida* (1.1.1), conforme segue:

“É a tentativa, o ato de pôr fim à própria vida de maneira intencional”³ (P1)

³ As narrativas dos participantes foram utilizadas em sua forma original, sem correções gramaticais ou de concordância.

“Suicídio é uma tentativa de terminar com a própria vida”. (P3)

“Suicídio é um atentado contra a tua própria vida”. (P4)

“Suicídio é tentar contra a própria vida. Por diversos fatores. [...] Aí tem questão de depressão, tem história de outras doenças associadas, mas bastante conflitos familiares que geralmente eles falam”. (P12)

Observa-se na fala dos participantes um conceito para o suicídio que contempla o agir contra si mesmo, de auto-agressão, cujo resultado é tirar a própria vida, ainda que observados outros fatores, como conflitos familiares ou a presença de algum transtorno mental. Este conceito, apresentado por quase todos os profissionais, é semelhante ao conceito descrito pelos dicionários, que define o suicídio como “ato ou efeito de suicidar-se”, e suicidar-se é definido como “pôr termo à vida, matar-se” (Houaiss & Villar, 2009, p.1787).

Outro conceito que surge na fala de 5 (cinco) participantes para o suicídio é *dar fim ao sofrimento*, expresso pelos exemplos a seguir:

“Um sofrimento psíquico tão grande que a pessoa decide, pra mim ela tá sofrendo tanto que ela decide terminar com a sua vida para acabar com esse sofrimento” (P5)

“Sempre quando eu penso em suicídio, eu penso em intenso sofrimento emocional, o limite do sofrimento, algo realmente insuportável”. (P9)

“É uma insatisfação da pessoa com alguma situação dela mesma e que ela quer tentar terminar com o sofrimento dela ou até mesmo com a vida dela, por causa desse sofrimento que ela sente, até essa insatisfação com alguma coisa do dia a dia dela”. (P16)

Nestes trechos, os participantes relacionam o suicídio à presença de um sofrimento ao qual se quer dar um fim. Percebe-se que o suicídio é apontado como equivalente semântico a dar fim ao sofrimento, sendo que o fenômeno é definido a partir do sofrimento e ao mesmo tempo, tem sua conduta motivada por ele.

E por fim, o suicídio é definido pelos participantes como uma tentativa de *chamar a atenção*, expressa abaixo por 3 (três) participantes:

“Suicídio é a atitude que atente contra a vida do próprio paciente, com o objetivo inicial de tirar a vida, mas algumas vezes a gente sabe que é uma tentativa de chamar atenção, de alertar para algum problema, ocorre que algumas vezes eles nem querem muito mas acabam conseguindo”. (P11)

“É porque pra mim claramente temos duas situações, temos o suicídio e temos a tentativa de chamar atenção. O suicido geralmente uma depressão importante, uma falta de perspectiva, de qualquer possibilidade de futuro, ou de resolução de problema agudo que parece grande demais que ele não vai conseguir ultrapassar, falta de esperança”. (P14)

“...por exemplo às vezes chega e tomou 3 AAS (ácido acetilsalicílico), chega tomou uma colher de ‘kiboa’ (alvejante para roupas), então são aquelas coisas que a gente vê que realmente são uma tentativa de chamar atenção”. (P2)

Para estes participantes há uma distinção bem clara entre o suicídio e a tentativa de chamar a atenção, como se pode perceber na fala do participante 14, *“É porque pra mim claramente temos duas situações, temos o suicídio e temos a tentativa de chamar atenção”*. Ainda que se considere o suicídio enquanto o ato de atentar contra a própria vida, o fenômeno passa a ser definido a partir de sua finalidade, situação esta que traz consequências importantes para a prática profissional. Tais dados mostram semelhança aos dados obtidos no estudo de Silva e Boemer (2004), que apontam que “a tentativa de suicídio consiste, assim, num gesto calculado para impressionar, assustar, ou forçar pessoas com quem o paciente está em contato a dar-lhe atenção e prestar-lhe favores” (p.148).

A subcategoria **1.2 “O que os profissionais pensam sobre o suicídio”**, apresenta o que os participantes pensam sobre o suicídio a partir de seis aspectos: *demandas para a Saúde Pública, ausência de solução, ato de coragem, conhecimento sobre os métodos utilizados, o inverso da morte e fragilidade da rede de apoio e de atenção*. O relato dos participantes demonstra a preocupação por parte dos profissionais

de saúde com um fenômeno que tem crescido nas últimas décadas, conforme apontado por 3 (três) profissionais, a seguir:

“...que é um problema de saúde pública, que cada vez tá mais, que a gente encontra mais casos, que a gente percebe mais casos e que como qualquer outro tipo de doença ou de problema que a gente acaba cuidando, que a gente acaba se deparando, é mais um deles”.(P6)

“...é um fenômeno que tá acontecendo cada vez mais na sociedade, que já é de antigamente, mas que vem tomando proporções cada vez maiores”.(P7)

“...eu acho que nós estamos aqui enquanto serviço que tem que tá qualificado para atender uma demanda que é de saúde, eles trazem uma demanda de saúde, de uma necessidade de saúde, que também tem um aspecto diferente, então eu acho que é considerar uma pessoa que traz uma necessidade para o serviço, é nessa lógica que a gente tem que olhar essa pessoa”.(p15)

Importante destacar nas falas dos profissionais a confirmação dos dados para os quais o Ministério da Saúde (Brasil, 2006) e a OMS (Bertolote & Fleischmann, 2002a) têm alertado, sendo este o aumento do número de casos de suicídio e também de tentativas. Segundo a OMS, a estimativa para o ano de 2020 é que 1,5 milhão de pessoas morram por suicídio e um número 10 a 20 vezes maior de tentativas sejam praticadas (Bertolote & Fleischmann, 2002a).

Esta demanda, e seu conseqüente aumento, tem sido percebida pelos profissionais de saúde e requer, além da utilização de recursos técnicos para seu atendimento, sua legitimação enquanto uma demanda de saúde e que de alguma forma precisa ser atendida, como apontado por P15, acima. É preciso ainda lembrar as mudanças da noção de saúde ocorridas nos últimos anos, que incorporam esferas mais amplas ao conceito e as noções de humanização e integralidade que balizam o Sistema Único de Saúde brasileiro (Maliska & Wallauer, 2012).

Os participantes também pensam no suicídio como uma situação na qual o paciente não enxerga outra solução, apresentada aqui como *ausência de solução*. Este elemento de análise foi apontado por 14 (quatorze) participantes, cujo conteúdo destacava o sofrimento, a falta de perspectiva e de alternativas e o suicídio enquanto única solução vislumbrada pelo paciente, a seguir:

“...é um fenômeno no qual a pessoa tem um sofrimento muito grande, na minha prática o que eu identifico é um sofrimento muito grande, onde a pessoa não consegue ver uma alternativa para dar solução a tal sofrimento”. (P8)

“...eu acho que normalmente a pessoa tá sofrendo bastante e às vezes não vê solução nesse sofrimento, eu imagino isso”. (P13)

“...mas acho que mais da pessoa não vislumbrar alternativas, seja qual for isso, às vezes é por um sofrimento, por uma ruptura, por uma separação, mas ela não vislumbra alternativas para lidar com aquilo de outra maneira, então como uma forma de acabar com aquele sofrimento”.(P6)

“A presença de um sofrimento intenso e de não saber como lidar, dificuldade de pensar em perspectivas de como lidar com aquela situação”. (P3)

Nas falas acima, os participantes pontuam de forma clara a existência de um sofrimento, logo o suicídio é percebido como a ausência de solução para esse sofrimento, para o qual não se enxergam alternativas ou outras saídas que não seja tirar a própria vida. Ramos e Falcão (2011) trazem dados que validam o que foi mostrado acima. Segundo os autores, 60% dos participantes de uma pesquisa sobre Suicídio e Formação Médica afirmam que o suicídio está associado a muito sofrimento e desesperança. Ainda sobre o que os profissionais pensam sobre o suicídio, 3 (três) participantes apontaram o suicídio como um *ato de coragem*:

“Eu acho que é um ato de extrema coragem. Eu já parei pra pensar nisso algumas vezes, quando a gente, é corriqueiro a gente atender pacientes nessa situação, então muitas vezes é um ato de extrema coragem, porque para a pessoa realmente fazer isso, realmente tentar dar fim à sua vida, é algo que ela deve estar sofrendo muito, como eu já te falei, pra ela tentar tá fazendo isso”. (P4)

“Eu não tenho uma clareza a respeito, em alguns momentos eu acho que é uma atitude de muita coragem, em outras de muita covardia, então eu não tenho muito claro”. (P15)

“Acaba sempre voltando naquela tecla né, do sofrimento, não considero pessoas fracas, porque às vezes pode ter pessoas que pensem que é mais fácil tu acabar com a tua vida pra acabar com esse sofrimento, mas eu não considero elas pessoas fracas nesse sentido que preferem terminar com isso pra não sofrer mais, como eu te falei, eu acho que é um ato de coragem muito grande”. (P11)

Para estes participantes, as pessoas que tentam suicídio são percebidas como pessoas corajosas, porque conseguiram agir contra suas próprias vidas para acabar com um sofrimento. Como já foi mencionado, diversas são as formas de explicar o fenômeno do suicídio, sejam estas explicações pautadas na ciência ou não e pensar em termos como coragem ou covardia é o exemplo de uma delas. Contudo, conforme apontam Falcão e Ramos (2011) é preciso atentar para a tendência da reprovação, condenação ou até mesmo aprovação do suicídio, uma vez que ao contexto médico ou de emergência não cabe culpar ou condenar, mas sim diagnosticar e ajudar o paciente em suas necessidades.

Para 3 (três) participantes, os pacientes que tentam suicídio têm pouco *conhecimento sobre os métodos utilizados* para tirar a vida, como segue:

“em geral o nível de conhecimento da maioria das pessoas é baixo sobre o que é que funciona pra causar a morte, então acabam sendo tentativas de suicídio fracassadas, as pessoas não sabem o que realmente provoca a morte e então é muito comum tu ver que o remédio tem gosto ruim, ou tem uma cara feia, ou tem um nome feio, a pessoa usar achando que vai ter um efeito e às vezes não tem efeito nenhum”.(P9)

“...a gente tem inúmeros casos de pacientes que tentam e conseguem, e chegam pra gente morto, e vários que tentam com coisas que sabidamente eles não vão conseguir”.(P11)

“eles não buscam uma forma eficaz, a forma mais comum é intoxicação por algum produto químico em dose inadequada para alcançar o que eles querem ou o tipo de remédio que não é tóxico, dose não tóxica”.(P3)

Os profissionais apontam que os pacientes comumente fazem uso de doses baixas ou inadequadas para que o método utilizado, sejam medicamentos ou substâncias químicas de fácil acesso, como produtos de limpeza, cause algum dano sério à saúde ou provoque a morte. Esta informação permite questionar o que este paciente está buscando sinalizar, uma vez que, conforme 4 (quatro) participantes, o que também foi observado é que eles procuram *o inverso da morte*:

“...no fundo no fundo eu vejo que a morte, muitas delas quando se aproximam da morte eu vejo que isso muitas vezes assusta elas, aí elas acabam inclusive pedindo ajuda, é muito comum, isso é uma das coisas que a gente inclusive quando a gente faz a entrevista a gente pergunta como foi essa tentativa, se estavam sozinhas ou se não estavam, se pediram ajuda ou não, que isso inclusive ajuda a gente a mostrar pra elas que no fundo elas estavam querendo matar a dor e não a elas mesmas”. (P5)

“Eu já atendi pessoas que depois que passou se arrependeram, ficaram assustadas com a possibilidade de realmente ter morrido porque não penso que seja a morte concreta que elas buscam, eu acho que naquele momento, o que eu penso é que eles não conseguem pensar assim na morte, eles morrendo, enterro, às vezes até podem imaginar mas é muito mais uma forma de parar a dor, tipo “não dá, chega, eu não aguento mais”. (P9)

“Mas tu sabe que grande parte das pessoas que tentam suicídio aqui [...] a gente percebe que depois se arrependem, elas não têm realmente a vontade de, isso nos relatos “é eu fiz mas eu me arrependo”, eles têm vontade de ter a tentativa mas não a real vontade de morrer, entende?! Isso em vários relatos”. (P13)

Os dados mostram que a pessoa não busca a morte física, cujas decorrências práticas abarcariam rituais fúnebres e de despedida, velório, enterro e caixão, mas sim uma morte simbólica, um morrer que as faça renascer para uma vida diferente, uma vida sem sofrimento. Freud já dizia que a morte não tem representação no inconsciente, logo não pode ser desejada, pois ninguém deseja aquilo que não conhece (Maliska & Wallauer, 2012).

Outra característica importante é o arrependimento do paciente após a tentativa. Tais informações vão ao encontro do estudo realizado por Botega *et al* (2005), que mostrou que apenas 25% das pessoas que tentaram suicídio queriam realmente morrer, sendo mais presente o desejo de dormir ou de se afastar dos problemas, ficando clara uma baixa intencionalidade de morte. Ainda, o mesmo estudo permite pensar que o suicídio acaba sendo utilizado como uma forma de solução de problemas, conforme apontado acima pelos participantes e que a morte em si não é o fim esperado.

E por fim, 5 (cinco) participantes apontam que numa situação de tentativa de suicídio, observa-se *fragilidade da rede de apoio e de atenção* à pessoa, tanto de familiares como das instituições que atuam nas diferentes políticas públicas, sejam elas saúde, assistência social etc:

“enfim eu acredito que são pessoas que precisam de acompanhamento e elas desistem e os profissionais também desistem delas. Pessoas que até então não foram acolhidas, muitas vezes e de repente não tem uma rede de serviço que realmente consiga acolher e resolver as questões. Isso de todas as políticas né, não só a saúde, enfim”. (P3)

“...mas às vezes a gente vê que faltam muitos recursos internos das pessoas, da rede de apoio pessoal e da rede de apoio institucional, dos municípios, enfim”. (P16)

“Então às vezes a gente fica muito preocupado de ver que essa pessoa precisaria de ajuda e às vezes percebe que ela se beneficiaria muito rapidamente se ele tivesse, mas a gente vê que a dificuldade de acesso aos profissionais de saúde mental de uma maneira geral é muito complicado, então a gente encaminha mas muitas vezes quando a gente retorna as pessoas não conseguiram atendimento [...]”.(P8)

As fragilidades apontadas estão presentes em duas esferas: a fragilidade na rede de apoio do paciente, que muitas vezes é uma pessoa que vive sozinha, que não tem a rede de apoio próxima ou esta rede é distante, e a fragilidade da rede institucional para acolher a demanda do paciente, seja de acesso às unidades de saúde, como por exemplo dificuldades para agendar consultas, de acesso aos profissionais de saúde mental, para os quais há fila de espera para atendimento ou a

outras políticas que se fizerem necessárias, como a política de assistência social.

Bertolote *et al* (2010) afirmam que uma tentativa de suicídio é um grito de socorro que pode ou não dar certo. Se der certo, provocará um movimento centrípeto, de aproximação e reestruturação, mas se der errado, poderá ser fonte de mais agressões tanto por parte da família ou da rede de apoio mais próxima quanto de profissionais da rede que não estejam preparados para lidar com esta demanda.

A subcategoria **1.3 “Motivos pelos quais as pessoas tentam suicídio”** reúne as falas dos participantes que expressam os motivos pelos quais entendem que os pacientes cometem suicídio. Os principais motivos apontados foram dar uma *solução ao sofrimento*, a *fragilidade dos recursos psíquicos* do paciente, *chamar a atenção* de outrem, a *falta de perspectivas para o futuro*, a presença de *conflitos conjugais*, a presença de *conflitos familiares*, a pessoa considerar a tentativa ou sua morte um *alívio para os outros* e a *presença de transtornos mentais*.

Para 14 (quatorze) participantes, a pessoa que tenta suicídio está buscando uma *solução ao sofrimento*. Os relatos abaixo exemplificam esta ideia, conforme segue:

“...logo após uma briga, elas já não vinham bem aí tem um estressor naquele momento, que não é a causa, mas elas já estavam em intenso sofrimento, acontece algo que aí confirma ainda mais, “realmente, eu sou um peso, eu não sirvo pra nada” ou sei lá “esse casamento é horrível, minha vida é horrível e não vai mudar nunca”. (P3)

“...e você percebe que não, tem toda uma história de vida e de dificuldades, enfim, ao longo da vida que levaram a esse momento as coisas chegarem nesse ponto”. (P5)

“...porque eu acho que não é uma coisa que a pessoa acorda hoje e vai dizer “ah, hoje eu vou tentar me matar”, é alguma coisa que acontece ao longo da vida dela, durante muito tempo que leva a isso”. (P9)

“Eu acho que porque elas não tão vendo, não tão conseguindo uma maneira de aliviar aquele sofrimento delas, seja por avaliação profissional, às vezes por acesso à rede, seja por suporte familiar, às vezes até seja por questão social mesmo, imagino que de alguma maneira elas estão sofrendo e esse

sofrimento ou não foi percebido ou não foi dado real valor e chega num ponto que a pessoa não vê outra solução”. (P12)

É expressivo que a quase totalidade dos participantes tenha apontado que as pessoas que tentam suicídio encontram-se numa condição de sofrimento psíquico presente há muito tempo. Segundo elas, há uma história de vida e de dificuldades em diferentes esferas da vida da pessoa, que na presença de um estressor pode desencadear a tentativa, conforme aponta P3. Este estressor não é a causa em si, mas sim o limite deste sofrer. Ainda, estas pessoas não enxergam outra maneira de solucionar seus problemas ou seu sofrimento, aproximando-se do que outros participantes trouxeram sobre o que pensam sobre o suicídio, quando apontam que a pessoa não vê outra solução.

Outro motivo pelos quais as pessoas tentam suicídio é a *fragilidade dos recursos psíquicos*, apontada por 8 (oito) participantes e expresso pelos exemplos a seguir:

“...então você vê realmente que existem histórias de sofrimento que não é de agora, que é de uma história de vida, que demonstra uma vulnerabilidade psíquica enorme e que são pessoas muito vulneráveis a qualquer coisa, qualquer fracasso”. (P4)

“Mas eu acho que é isso, eu só consigo responder intenso sofrimento emocional e uma estratégia disfuncional pra tentar aliviar isso por falta de recursos”. (P6)

“então eu procuro não fazer uma leitura “ah ela ta fazendo isso só pra manipular”, vejo, consigo perceber que teve essa função mas aí eu vejo também a dificuldade dessa pessoa de recursos pra lidar com algumas situações de uma forma mais funcional, acho que acabam sendo recursos mais disfuncionais”. (P12)

“...eu acho que uma das coisas que eu percebo é uma dificuldade em lidar, em recursos pra lidar com stress, pra lidar com frustrações, pensamentos muito “tudo ou nada”, aquela coisa assim, “ah não, se é isso então agora não dá mais”, então uma coisa mais impulsiva”. (P1)

Dentre as características apontadas pode-se destacar a falta de recursos psíquicos para lidar com as dificuldades e o uso de estratégias

disfuncionais frente aos problemas do dia a dia, como se observa na fala do P4 e P6. Já o participante 1 (P1) ilustra em sua fala a rigidez de pensamento, quando afirma “*tudo ou nada, aquela coisa assim, ah não, se é isso então agora não dá mais*”. O Manual de Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde (Brasil, 2006) aponta três principais aspectos psicológicos que precisam ser considerados numa pessoa sob risco de suicídio, a saber a ambivalência, a impulsividade e a rigidez/constricção, sendo o pensamento “tudo ou nada” comum às pessoas que não conseguem vislumbrar formas alternativas de solucionar seus problemas (Brasil, 2006).

O motivo *chamar a atenção* foi apontado por 10 (dez) participantes. Segundo eles, a tentativa de suicídio é utilizada com o objetivo de sinalizar que algo não está bem, como um grito de socorro ou desempenhando uma função específica na relação com o outro, conforme segue:

“uma maneira de pedir atenção, uma maneira de pedir atenção que ela não consegue pedir de outra maneira”. (P3)

“Elas tentam porque elas estão fazendo um grito de “olha eu aqui, ainda existo”. É um tipo de uma birra, sabe uma criança que quer alguma coisa mas não consegue verbalizar ou negociar aquilo que ela quer, então ela se joga no chão e esperneia. Eu acho que é essa mesma atitude, só que no adulto”. (P8)

“...já atendi situações também em que a gente podia perceber que tinha uma função até mesmo na relação conjugal, eu não gosto de usar a expressão “pra chamar a atenção”, mas de alguma forma pra buscar, não sei se consciente um cuidado ou um olhar “oh eu realmente estou sofrendo, eu realmente não to bem”. (P14)

Estudos apontam que as tentativas de suicídio são comumente entendidas pelos profissionais de saúde como uma tentativa de chamar a atenção (Sampaio & Boemer, 2000, Silva & Boemer, 2004; Maliska & Wallauer, 2012). No relato de P8, a tentativa é comparada ao comportamento infantil da criança, que se joga no chão e esperneia para conseguir o que quer. Nas palavras de Cassorla (1991), tomando como exemplo os casos de mulheres que chegam à emergência por intoxicação medicamentosa, “o rótulo de ‘histeria’ é rapidamente colocado, e a paciente é enviada para casa ridicularizada ou, na melhor das hipóteses,

complacientemente aconselhada com palavras que se crê decorram do bom senso” (p.151).

A partir disto, Maliska e Wallauer (2012) afirmam existir uma desconsideração do sofrimento psíquico presente por parte de alguns profissionais, questionando assim se esta falta de consideração está relacionada à falta de conhecimento dos aspectos psicológicos e emocionais do suicídio. Neste aspecto, ainda que se considere o sofrimento subjacente à tentativa, o entendimento de alguns dos profissionais de saúde não difere muito do que é apontado pelo senso-comum.

Questiona-se se esta forma de compreender o fenômeno poderia ser decorrente da falta de capacitação profissional, cuja oferta é responsabilidade das instituições de saúde, em atividades de educação permanente, como prevê o SUS. Conforme apresentado na Tabela 1, apenas 1 (um) participante respondeu ter recebido capacitação sobre a temática, logo o medo de lidar com o paciente suicida e o sentimento de inadequação para atender a demanda, exemplos apontados pelo estudo de Sethi e Uppal (2006), podem ser reflexos desta realidade.

Outro motivo apontado pelos participantes é a *falta de perspectivas para o futuro*, com 10 (dez) ocorrências, como pode ser visto, abaixo:

“E a outra eu acho que desespero extremo, porque tirar a tua vida é uma coisa, acho que é falta de perspectiva”. (P5)

“...ausência de perspectivas, sob vários aspectos, falta de perspectiva profissional, perspectiva financeira, perspectiva de relacionamento amoroso”. (P10)

“...eu acho que a falta de perspectivas sob várias óticas, aquela questão da pessoa que digamos se acha feia, perdeu o namorado e acha que nunca mais vai conseguir ninguém, aquele cara talvez, aquele paciente que perdeu um dinheiro em alguma época da vida e não conseguiu se reestabelecer”. (P11)

Para os participantes, a falta de perspectivas para o futuro é percebida em diversos contextos da vida das pessoas, desde aspectos profissionais, no que se refere a trabalho e emprego, aspectos financeiros, de renda e dinheiro até aspectos de relacionamento afetivo, como por exemplo conflitos, separações. Na sequência, 7 (sete) participantes consideram que *conflitos conjugais* são também motivos

para as pessoas tentarem suicídio, conforme exemplificado nas falas a seguir:

“...então eu já vi situações assim de conflitos conjugais, às vezes até em situações que o parceiro tava querendo sair da relação que a pessoa tenta, isso eu já atendi algumas vezes, aí esse parceiro volta, ela vem, ele cuida, então isso já também atendi”. (P2)

“...uma grande causa são as brigas conjugais, briga com marido, briga com o namorado, briga com o noivo, traição”. (P6)

“...é o que eu vejo e o que a gente mais vê aqui geralmente é por relacionamento afetivo, marido, às vezes marido que por exemplo não ta dando a devida atenção para a mulher ou a mulher pro marido, enfim aí nesse sentido, às vezes a pessoa sai de casa, quando chega daí a pessoa diz “tomei essa medicação aqui, fiz isso, fiz aquilo”. (P13)

Segundo os profissionais, dentre os tipos de conflitos conjugais pode-se destacar as brigas entre casais em geral – marido e mulher, entre namorados, entre noivos. Também é relatado a traição conjugal e dificuldades na relação, como por exemplo, desejo de separação de um dos cônjuges ou problemas no relacionamento, que seriam “resolvidos” por meio da tentativa de suicídio. Nesta mesma direção, 6 (seis) participantes apontam os *conflitos familiares* como motivos para a pessoa tentar suicídio.

“...às vezes não tem apoio, do cônjuge, ou às vezes tão decepcionados com os filhos”.

“...então o que a gente mais percebe que leva as pessoas a fazer é mais pelo lado afetivo ou a questão de a família, às vezes o filho com a mãe, o marido com a esposa, a esposa com o marido, mais nesse sentido, mais por uma questão afetiva, uma carência afetiva, enfim”.

“O que eu observo na minha prática é um problema que já vem há bastante tempo, geralmente envolvendo alguma questão familiar. Em torno de alguma questão familiar”.

Pode-se perceber que os conflitos familiares apresentados referem-se à relação mãe e filho, entre cônjuges e ainda outra questão da família estendida que reverbere na relação familiar, como por exemplo, doença da família, cuidado de pessoas idosas etc. O Ministério da Saúde (Brasil, 2006) aponta que uma dinâmica familiar conturbada é um fator de risco para tentativas de suicídio, conforme já apresentado. O estudo realizado por Heikkinen e Lönnqvist (2007) observou a relação entre o suicídio e a presença de eventos estressores nos três meses anteriores à morte. Segundo os dados, 80% dos suicídios apresentavam um evento estressor anterior, com a presença do conflito familiar em 23% e da separação em 14% dos casos.

Outro motivo apontado para uma pessoa tentar suicídio se refere ao *“alívio para os outros”*. Segundo 3 (três) participantes, as pessoas entendem que ao tentar suicídio estarão fazendo um bem para as pessoas próximas, sejam amigos ou familiares, acreditando que os faria deixar de sofrer ou de precisar se preocupar com elas. As falas podem ser observadas abaixo:

“...ela pode entender como se fosse ser um alívio pra todo mundo”. (P3)

“...por exemplo uma pessoa que ah, quer deixar de incomodar, ou uma pessoa que acha que “ah, eu realmente incomodo”. (P9)

“...às vezes se sentindo um peso pra família, se sente desgastando pra família, acha que vai ser melhor assim pra todo mundo”. (P15)

E o último motivo pelo qual uma pessoa tenta suicídio observado nas falas dos participantes é a *presença de transtornos mentais*. De acordo com 11 (onze) profissionais, há diferentes transtornos mentais que podem levar a pessoa a atentar contra sua própria vida, como depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar de humor etc.

“...também um fator que acho que leva também a ficar depressivo e acabar se suicidando é a doença né, depressão, outras doenças psiquiátricas que tem, os transtorno mental, vários transtornos que existem, não é só a depressão né, os bipolares, algumas vezes eles tão bem, depois eles tão ruim, daqui a pouco já tão né e os esquizofrênicos, que a gente já teve

bastante, quando eles entram em surto, os esquizofrênicos também tentam”. (P2)

“...ou por doenças mentais mesmo, o cara que é esquizofrênico, acaba atentando contra a vida como se aquilo fosse necessário, mas os que não tem uma doença mental estabelecida, não tem esquizofrenia, não tem transtorno bipolar, enfim”. (P5)

“Geralmente já tem algum transtorno psiquiátrico, já ta tratando uma depressão”. (P11)

Além dos transtornos acima listados, também foi trazido que em geral os pacientes que tentam suicídio estão fazendo tratamento psiquiátrico ou já trataram algum transtorno, porém não houve continuidade, como se observa na fala de P16, *“é mais assim, é mais casos de depressão que não tão tratando ou tão tratando mas não tão com o controle adequado”*. Assim, evidencia-se através dos dados a corroboração da informação divulgada pela OMS (Bertolote & Fleischmann, 2002a) que afirma que mais de 90% das pessoas que morrem por suicídio eram acometidas por algum transtorno psiquiátrico.

E por fim, a última subcategoria, **1.4 “Sentimentos despertados nos profissionais”**, apresenta os sentimentos despertados nos profissionais de saúde pelas pessoas atendidas por tentativa de suicídio. Dentre os sentimentos encontrados estão *pena/tristeza, inconformidade, irritação/raiva, impotência e indiferença*.

Por 7 (sete) participantes foi descrito sentir *pena* ou *tristeza* pela situação vivida pelo paciente, como se observa nos exemplos a seguir:

“Mas eu fico com pena, muita pena, porque tem aquelas mulheres que tão abandonadas, que tão lá cheia de filho e o marido simplesmente trai e vai embora, até um adolescente que tem uma estrutura familiar ruim, pai e mãe separados, daí se envolve com alguém e aquele alguém abandona também e é outro que fica sem, pessoa assim que são fraco né pra qualquer coisa que acontece na vida. E o que eu posso dizer é isso, que eu sinto pena, que eu fico triste pelas pessoas”. (P1)

“Eu fico com pena na realidade, muito, eu fico triste pela pessoa, a gente fica triste, a gente fica comovido também, abala também a gente, também tem o psicologicamente abalado tu ver uma

peessoa numa tristeza profunda, tu acaba também ficando triste né”. (P4)

“...tem uns casos que desperta tristeza quando eu vejo que realmente a pessoa ta com o pensamento de morte ainda, que ele não vê perspectiva, que ela não tem ninguém que possa ta junto com ela, dá tristeza mesmo, eu fico pensando assim “o que que essa pessoa viveu até hoje, qual foi a trajetória dela pra tá como está hoje”. (P7)

“tristeza às vezes porque a gente vê que realmente o paciente não tem outra saída, não tem outra saída porque não tem trabalho, porque não sabe com quem deixar os seus filhos, porque terminou o namoro, porque terminou o relacionamento, então a gente se sente triste também”. (P9)

Os participantes relatam que os sentimentos de pena e de tristeza são mobilizados em função das histórias de vida dos pacientes e das situações as quais estes estão vivendo no momento atual. Os profissionais admitem que em alguns momentos eles mesmos não enxergam saída para o problema do outro ou o algo que possa ser feito para mudar a situação. Um segundo sentimento apontado é a *inconformidade*, esta para com a tentativa de suicídio, sentimento relatado por 5 (cinco) participantes e apresentado nos exemplos abaixo:

“...de outro a gente vai ficar mais questionando os motivos, ficar mais em dúvida, “mas será que merecia isso tudo?, gera essas dúvidas assim”. (P7)

“Em geral vem a sensação mais de “puxa”, às vezes são pessoas jovens, são pessoas assim que não estão com uma doença física em si, então fico pensando assim “poxa, a pessoa não precisava ter feito isso, que bobagem” e tal”. (P9)

“Quando é esse tipo de paciente que na verdade tá chamando atenção e a emergência tá tumultuada, o sentimento é “puxa vida aqui ter um outro lugar pra essa pessoa ser atendida, não aqui”, porque ela vai na verdade intervir na qualidade do atendimento que eu vou prestar pros outros, porque ela demanda, geralmente fica aquilo ”e aí Dra tomou ou não tomou?” e fica chamando atenção, aí a gente tem outra demanda

aqui, então é complicado, pô se tivesse um outra unidade onde a gente pudesse encaminhar, ficaria mais fácil pra pessoa e pra nós”. (P16)

O sentimento de inconformidade se refere a duas situações distintas. A primeira delas questiona os motivos pelos quais a pessoa tentou suicídio, como expresso na fala de P7, quando o profissional se pergunta: “*mas será que merecia isso tudo?*”. Já a segunda situação traz um sentimento de inconformidade quanto à inadequação do ambiente para atendimento à demanda de tentativa de suicídio. Segundo P16, deveria haver outro lugar onde estes pacientes deveriam ser atendidos, uma vez que estes tumultuam o serviço e interferem na qualidade do atendimento prestado aos demais.

A discussão acerca dos serviços de atenção em saúde mental acontece há algum tempo, desde antes da Lei 10.216/2001, do Deputado Paulo Delgado, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Esta aponta a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais como um dos pilares do reordenamento da assistência e do processo de desinstitucionalização dos usuários dos serviços de saúde mental (Brasil, 2001). Contudo, como se pode perceber na fala acima, sua aceitação e operacionalização ainda são controversas.

Os sentimentos de *irritação* ou *raiva* também surgiram nas falas dos participantes. Segundo 7 (sete) profissionais, este é um sentimento que aparece na sua prática profissional, de acordo com os relatos abaixo:

“Tu sabe que a pessoa é manipuladora, ela tá manipulando a família, ta manipulando o marido, ta manipulando os filhos, então gera uma certa irritação. E a gente vê assim, a equipe toda fica meio, pô a pessoa não tá nem doente, tá assim porque quer, não tá assim porque Deus quis, então gera uma sensação negativa, não é legal”. (P3)

“Então, esses que a gente recebe aqui às vezes dá raiva, dá raiva da maneira como ele faz as coisas que não precisa, a gente sabe que existem outras maneiras de resolver os problemas em casa, cria todo um transtorno na vida, todo um problema”. (P4)

“...mas tem alguns que se às vezes eles estão mais irritados, mais agressivos você fica, tem que ter mais paciência, também me sinto mais irritada porque é mais cansativo”. (P11)

“...acaba tendo indignação ‘a gente quer tratar de quem quer viver, não quer tratar de quem vai morrer’, acaba tendo frases desse tipo”. (P13)

Assim como a inconformidade, os sentimentos de *raiva* e de *irritação* também aparecem frente a duas situações: pela tentativa em si e pelas características dos pacientes atendidos. As falas dos profissionais mostram que estes se sentem irritados quando o paciente, considerado por eles saudável, escolhe estar nesta situação de “doente” e necessitando de cuidados do serviço. Estes dados corroboram o estudo de Sethi e Uppal, (2006), no qual os profissionais acreditam que o suicídio é um ato manipulativo e desperta raiva nos profissionais.

Ainda, a irritação é gerada pela tentativa de suicídio ter sido usada como uma forma de resolver um problema, gerando a partir dela um problema para a vida da pessoa e trazendo um problema para o serviço. Um terceiro aspecto refere-se à formação em saúde que é orientada pela máxima “salvar vidas”, orientação esta que é afrontada quando a pessoa decide que não quer mais viver. E por fim, a irritação pode estar relacionada com o atendimento ao paciente. P11 pontua que este tipo de atendimento demanda maior paciência do profissional, uma vez que os pacientes chegam em diferentes estados emocionais, muitas vezes irritados ou agressivos, estados emocionais estes que podem reverberar no profissional ou na equipe.

Na sequência, o sentimento de *impotência* foi também um dos sentimentos verbalizados, presente na fala de 5 (cinco) participantes.

“...só que tem situações que me mobilizam impotência, tem situações assim que a pessoa traz um grau de sofrimento e ela traz assim não tem o que fazer, situações familiares caóticas, que tu não sabe quem tu chama, aí tu chama a família briga, culpa ou até não tá disponível, tá ali mas tá contra a vontade, tá irritado, olha só de novo, olha o que tu foi fazer, e aí você fica numa angústia, meu deus um sentimento de impotência muitas vezes acontece”. (P1)

“...a gente tem aquela sensação de impotência também, entra a questão de ‘putz e agora como é que a gente vai continuar, o que fazer?’”(P2)

“...o sentimento às vezes é de impotência, de não saber se ele vai ser atendido fora, se ele vai receber um atendimento adequado,

se ele vai ser atendido por profissionais responsáveis em relação ao suicídio mesmo”. (P8)

“...mas talvez uma frustração, nossa rede ainda é tão defasada, tem tanto preconceito em relação a esse tipo de paciente, talvez a emoção seria o preconceito que esse paciente vai encontrar retonando à sua realidade, quando ele sai ou da internação ou do tratamento, como deixar isso aberto” (P10)

O sentimento de *impotência* é despertado pela situação de vida e condição familiar do paciente, que fazem com que os profissionais sintam que sua atuação é limitada. Também relacionam-se à escassez de locais para de encaminhamento e conseqüente preocupação com o pós-alta, quando há incerteza se o paciente vai ser acolhido na rede assistencial e terá suas demandas atendidas. Além disso, há a questão do preconceito que o paciente sofre pela tentativa de suicídio, conforme trazida por P10.

Cassorla (1991) lembra que na formação em saúde, em especial para médicos e enfermeiros, há a expectativa de salvar vidas e de minorar o sofrimento do paciente. Ao se deparar com o paciente suicida, a onipotência subjacente à formação, construída historicamente e impregnada de símbolos e significados ligados ao plano do divino, é substituída pela sensação de impotência. Esta, ao invés de aproximar o paciente e o profissional, acaba por tornar a relação conflitiva ou distante (Cassorla, 1991; Codo & Lago, 2010).

E o último sentimento relatado foi o sentimento de *indiferença*, presente na fala de 3 (três) profissionais.

“Não é o paciente que realmente me interessa muito, eu me incluo no grupo quando eu falei ali que às vezes os profissionais não se empolguem muito, preferem outros tipos, não é um paciente que me empolga muito, normalmente aquilo que eu falei, como eu chego de manhã cedo, eu acabo pegando os pacientes do outro dia, então normalmente são os pacientes que me despertam, me alertam que possivelmente é um paciente que possa ser liberado e liberando espaço pra mais alguém, mas eu não sinto raiva, um sentimento realmente acho que não tem muito, uma coisa meio racional eu acho, não tem pena, não tem raiva, não sei”. (P5)

“...a própria indiferença talvez seja um sentimento, de tratar como fosse igual a um outro, pode ser uma ideia, de ficar indiferente, mas não é necessariamente isso assim, mas é que a gente tem uma segurança que tem uma necessidade ali que a gente sabe que vai ser atendida de alguma forma”. (P13)

Segundo os relatos, o atendimento à tentativa de suicídio não mobiliza os profissionais de forma específica. Para P5, esta demanda não desperta interesse na sua prática profissional e para P13, há segurança técnica de que as necessidades do paciente serão atendidas no serviço. Cassorla (1991) afirma a existência de preconceito e até mesmo de desprezo dos profissionais de saúde frente à demanda de tentativa de suicídio, indiferença esta que será maior quanto menor se apresentar a gravidade do quadro clínico.

Assim sendo, apresentadas as quatro subcategorias, depreende-se que a construção dos significados às tentativas de suicídio não é uma tarefa simples, pois é balizada por diferentes aspectos, como foi possível observar. A interlocução entre a definição do suicídio, o que as pessoas pensam sobre ele, os motivos pelos quais as pessoas tentam e os sentimentos despertados revelam um entrelaçamento semântico que dão um significado particular ao que cada participante pensa sobre o fenômeno. Como aponta Turato (2005), o significado tem essa função organizadora que dá molde à vida das pessoas.

Evidenciou-se que os significados foram construídos a partir de dois pólos: o primeiro revela o fenômeno enquanto condição de sofrimento, no qual observam-se uma série de fragilidades e condições desfavoráveis que justificam a tentativa de suicídio, fazendo os profissionais de saúde adotarem atitudes acolhedoras para com os pacientes atendidos. Já o segundo entendimento, ainda que reconheça a condição de sofrimento psíquico, significa o fenômeno enquanto uma afronta à prática profissional, cujo atendimento não se encaixa às atribuições dos serviços de saúde pesquisados. Isto pôde ser observado no uso pejorativo do termo *chamar a atenção*, que rotula o ato e ao mesmo tempo desqualifica a demanda enquanto legítima aos serviços, como também será observado na Categoria, que segue.

6.2 CATEGORIA 2: “O ACOLHIMENTO POR TENTATIVA DE SUICÍDIO”

Por *acolhimento* entende-se o processo que extrapola a chegada do paciente na Unidade de Saúde. Além de serem ouvidas as queixas e necessidades e estabelecidos limites, devem ser oferecidos na sequência atenção resolutiva às demandas e a articulação necessária caso haja necessidade de continuidade do tratamento (Brasil, 2013). A partir deste entendimento, buscou-se nesta categoria caracterizar o acolhimento oferecido aos usuários que chegam aos serviços de saúde por tentativa de suicídio.

Para tal, foram agrupadas narrativas cujos conteúdos permitiram a construção de três subcategorias, sendo elas: as *características das pessoas atendidas*, na qual foram elencadas as características mais comuns à população atendida, as *características das tentativas praticadas*, na qual foram listados aspectos como os meios utilizados e peculiaridades observadas pelos profissionais e a chegada do paciente na Unidade, sua forma de acesso bem como o primeiro contato com os profissionais de saúde, em *a entrada do paciente na Unidade*.

Na primeira subcategoria, **2.1 “Características relacionadas às pessoas atendidas”**, foram apontadas pelos participantes *condições clínicas e psicológicas* observadas nos pacientes atendidos, presentes nas falas de 10 (dez) participantes, conforme os exemplos a seguir:

“...é muito comum eles estarem mais sonolentos mesmo, então tem alguns que ficam um pouco mais agitados mas de uma maneira geral eles estão num momento muito mais de uma sonolência, a maioria até de uma maneira geral também, tá aberta pra conversar, você percebe que tá num momento disponível até para conversar e olhar para as coisas que estão acontecendo”. (P2)

“Geralmente as pessoas são mais introspectivas, elas não são as pessoas, elas nunca chegam assim por exemplo conversando muito, são sempre mais retraídas, elas não falam muito, porque assim geralmente a maioria das tentativas de suicídio elas são frustradas e as pessoas chegam lúcidas, orientadas, enfim, no entanto elas são pouco comunicativas, elas são mais retraídas, é isso que a gente percebe mais nesse aspecto”. (P5)

“Muitas vezes, eles choram muito, falam que não tem motivo pra tá vivendo, falam do que aconteceu. Às vezes ficam muito calados também”. (P9)

“...elas chegam ainda muito confusas, é difícil estar na emergência, muitas vezes eles querem logo ir embora, enfim”. (P10)

Dentre as características físicas os participantes destacam a sonolência e a agitação. Já dentre as características psicológicas, são apontadas a disponibilidade para conversar, orientação e lucidez. Também são observadas a introspecção e o retraimento, a confusão mental, o choro e os pacientes que preferem não falar. Importante destacar que a reação física e emocional do paciente vai depender de uma série de fatores, como por exemplo seu estado emocional antes da tentativa, o método utilizado etc, não havendo um padrão que possa ser definido.

Outro aspecto importante diz respeito à fala de P10, ao colocar que é difícil para o paciente estar na emergência e este logo solicita sua liberação. Estar num ambiente hospitalar é uma experiência nova que sai da rotina da pessoa. Esta muitas vezes não se sente bem com o número de pessoas que dividem o mesmo espaço na emergência ou devido às condições do ambiente, seja pela iluminação, pela circulação de muitas pessoas etc. Contudo, esta situação traz um desafio para a equipe, uma vez que nem sempre o paciente está em condições de alta e ainda assim é liberado.

Uma segunda característica apontada refere-se à predominância de mulheres acolhidas no serviço, em o *sexo feminino*, apontado por 10 (dez) participantes, abaixo:

“Olha, a gente tem observado que geralmente são mulheres, se fosse dar um perfil”. (P4)

“Geralmente, na grande parte, são mulheres, como a literatura já diz, segue esse mesmo caminho, geralmente são mulheres, geralmente são tentativas mais leves”. (P7)

“Predominantemente mulheres, homens aqui acho que vi bem poucos, se eu vi algum são bem poucos, é predominantemente mulher”. (P8)

Como pontua P8, os dados confirmam os estudos que mostram que as mulheres tentam mais suicídio enquanto os homens usam meios mais agressivos, logo mais letais (Carvalho, 1996; OMS, 2000; Brasil, 2006). No estudo realizado por Ficher e Vansan (2008), esta informação também foi confirmada, sendo que o número de tentativas de suicídio praticadas por mulheres foi significativamente maior que entre homens em todas as faixas etárias.

A terceira característica observada é a presença de uma *rede de apoio fragilizada*, apontada por 6 (seis) participantes:

“...mas de uma maneira geral a gente vê que são pessoas que tem uma rede de apoio mais frágil ou dificuldade até de acessar a rede que tem”. (P1)

“...ou também pessoas que já estão com um desgaste emocional há muito tempo, já vem sofrendo há muito tempo, então também essa rede às vezes tá fragilizada, então até pede ajuda pra essa rede, mas essa rede já também não tá conseguindo auxiliar”. (P3)

“...e a rede de apoio mais frágil, seja por esses vários motivos, seja estar frágil por já estar desgastada, tanto estar ausente mesmo, não ter pessoas e quanto às vezes ter mas a pessoa não acionar também, não pedir esse tipo de ajuda”. (P11)

Os participantes relatam que é comum aos pacientes a fragilidade ou até mesmo ausência de rede de apoio. Aqui, a rede de apoio é caracterizada pelos familiares ou amigos próximos ao paciente bem como por vizinhos ou pessoas que, de alguma forma, prestam algum cuidado/suporte. A rede fragilizada, segundo P11, encontra-se desgastada e sem condições de prestar – ou continuar prestando – cuidados ao paciente em função de uma história de sofrimento que afeta a todos. Já uma rede de apoio ausente é característica dos pacientes que se encontram em condição de isolamento social, seja por escolha, por abandono dos familiares ou por ausência deles (falecimento, residência em outra cidade).

Também foi descrita a presença de *relações conflitivas*, que segundo os participantes têm um papel importante nas tentativas de suicídio, apontada por 8 (oito) profissionais, abaixo:

“Geralmente é mulher que brigou com o marido ou com o namorado, ou gay, também tem bastante gay que vem”. (P6)

“...que eu me lembre a maioria delas são casadas ou tem algum tipo de relacionamento e isso tá diretamente ligado à TS, a questões emotivas, assim, amorosas, é isso que eu percebo mais, mulheres e a questão amorosa, é predominante”. (P16)

“eu acho e uma grande causa são as brigas conjugais, briga com marido, briga com o namorado, briga com o noivo, traição, em geral é isso que a gente consegue coletar”. (P14)

“Geralmente é paciente com problemas familiares, que não quer morrer, quer chamar atenção da família, essa é a grande maioria que aparecem aqui, raramente tu vê um suicida de verdade aqui”. (P9)

O principal conflito apontado pelos profissionais de saúde foi o conflito conjugal, como por exemplo briga com o marido, briga com o namorado, briga com o noivo, traição. Nas palavras de P16, *“que eu me lembre a maioria delas são casadas ou tem algum tipo de relacionamento e isso tá diretamente ligado à TS”*. Para os profissionais, as brigas são motivos recorrentes para as tentativas de suicídio. Ainda, quando o profissional identifica que o paciente, segundo ele, está querendo chamar a atenção, esta atenção é requerida em função de algum problema familiar ou conjugal que está acontecendo.

A segunda subcategoria, **2.2 “Características relacionadas às tentativas de suicídio”**, apresenta o perfil das tentativas de suicídio acolhidas nos serviços de saúde, a partir dos elementos de análise a seguir: *falsas tentativas, acesso fácil às medicações e intoxicação*. Para 8 (oito) participantes, as tentativas atendidas são *falsas tentativas* de suicídio, como se observa abaixo:

“...então eles dizem que ingeriram uma quantidade de um remédio que eles nem sabem qual, deixam as caixas espalhadas e você vai ver, na verdade nem tomaram nenhum às vezes, é mais pra chamar atenção, felizmente. Então a nossa amostra aqui, graças a Deus, as tentativas de suicídio não são reais. [...] O que eu vejo neles, eles querem chamar atenção de alguma forma e aí

usam a história da tentativa de suicídio pra chamar atenção”.
(P2)

“Então tu pergunta como é o paciente que vem aqui. Geralmente é paciente com problemas familiares, que não quer morrer, quer chamar atenção da família, essa é a grande maioria que aparecem aqui, raramente tu vê um suicida de verdade aqui”.
(P9)

“...aqui a gente tem os pseudo-suicidas, a maioria deles, aqueles que não querem morrer, que fazem só um grito pra chamar a atenção dos familiares”. (P13)

“porque na saúde, principalmente quem trabalha em emergência tem muito o hábito de menosprezar o problema da pessoa quando tem tentativa de suicídio. Às vezes utiliza muito a frase “ah a pessoa não tentou da maneira correta”, enfim, a gente ouviu muito isso e a gente fala “ah, a pessoa quer chamar atenção”, fala isso para o próprio paciente na hora, como se quisesse dar uma bronca ou corrigir o problema”. (P16)

Nas falas dos profissionais ficam evidentes duas situações: na primeira delas, há o entendimento de que as tentativas praticadas pelos pacientes não são reais, que eles não são suicidas de verdade ou são *pseudo*-tentativas. Segundo eles, há estreita relação com “chamar a atenção”, pois entendem que o paciente não quer morrer e vêm de contextos nos quais há problemas familiares. Observa-se ainda que o conteúdo das narrativas sobre falsas tentativas aproxima-se das falas que definem o suicídio como uma forma de chamar a atenção e das falas que consideram que chamar a atenção é um motivo para o mesmo, ambas na Categoria 1.

Na segunda situação, é retratado na fala de P16 um exemplo de conduta comum nos contextos de emergência, quando a tentativa é menosprezada e usam-se frases pejorativas referindo-se à tentativa como “*não tentou da maneira certa*” ou “*a pessoa quer chamar a atenção*”. Tais falas ilustram a situação que Cassorla (2006), como citado em Loureiro (2006) expõe ao afirmar que muitos dos pacientes que não conseguem elaborar o que sentem de forma organizada e enxergam o suicídio como única alternativa viável costumam ser menosprezados ao invés de serem acolhidos nos serviços de saúde.

Outra característica apontada às tentativas de suicídio é o *acesso fácil às medicações*, de acordo com a fala de 3 (três) participantes, a seguir:

“...as medicações que eles tomam são as medicações que eles fazem os tratamentos para os problemas deles de base, então normalmente é por mau controle das medicações, o paciente com ideação suicida frequentemente recebe as medicações antidepressivas por exemplo, em quantidade suficiente pra ele tentar tomar tudo e tentar se matar, não existe um controle adequado”. (P5)

“Acho que a grande maioria acaba sendo uso de medicamentos, às vezes medicamentos controlados do próprio paciente ou às vezes emprestado, a pessoa pede emprestado ou rouba de alguém, de algum familiar”. (P11)

“...a maioria são pacientes que já estão em acompanhamento e tem acesso às medicações. Isso a gente percebe até na própria... na opção pelo método, se é um psicotrópico que a pessoa tentou, a TS (tentativa de suicídio) foi por psicotrópico, então a pessoa tem acesso, então a gente entende que ela já tem uma história de acompanhamento psicológico, psiquiátrico, enfim”. (P15)

Acerca do fácil acesso às medicações, os profissionais identificam que os métodos utilizados para as tentativas de suicídio são os medicamentos que estão em posse do paciente, utilizados para seu "tratamento de base", em geral um tratamento psiquiátrico, que segundo os participantes, o paciente já o fazia antes da tentativa. Avaliam que há mau uso das medicações, que o paciente tem acesso a uma quantidade muito grande de medicamentos de uma vez só e que em geral, pacientes com ideação suicida estão fazendo algum tipo de tratamento com psicotrópicos.

Estes dados têm relação direta com os dados apresentados a seguir, pois exemplifica a última característica observada, a *intoxicação* como método mais comumente utilizado, de acordo com 11 (onze) participantes, conforme os exemplos abaixo:

“...algumas características né, a maioria que chegam por intoxicação por medicamentos, algumas outras estratégias também, intoxicação por agrotóxicos”. (P7)

“Ele fala que ingeriu determinada, porque a maioria que chega aqui é ingesta de comprimidos, medicação, algumas vezes eles nem sabem o que, “ah, peguei 5 comprimidos da minha mãe que tava em cima do...” (P9)

“E aí tem as tentativas que vão mais pro medicamento geral, geral não, mas esses remédios pra dor, analgésico, antibiótico, até anticoncepcional acontece. E tem os venenos também”. (P12)

O principal método utilizado pelos pacientes atendidos nos serviços é a intoxicação exógena. A mais comum é a intoxicação exógena por medicamentos, contudo, os participantes citam também o uso de venenos e de agrotóxicos. Estes dados vão ao encontro do estudo realizado por Sá *et al* (2010), que mostrou que 63% dos pacientes atendidos num serviço de emergência chegaram por intoxicação e o principal método, utilizado por 70% dos pacientes, foi envenenamento intencional.

E por fim, a terceira subcategoria que caracteriza o acolhimento do paciente nos serviços de saúde, **2.3 “A entrada do paciente na Unidade”**, apresenta a chegada do paciente aos serviços, em *diferentes formas de acesso aos serviços* e descreve a *triagem realizada pela equipe de enfermagem com classificação de risco*. Para 13 (treze) participantes,

“...geralmente eles chegam já trazidos por equipe de referência, SAMU, bombeiro, ou já vindos encaminhados de outras unidades, outros postos de saúde, outros hospitais, de outros municípios”.(P3)

“Normalmente a maioria dos casos acaba já sendo encaminhado, sendo feito contato, normalmente eles chegam na ambulância e a gente já tá sabendo do caso”. (P6)

“Aí vai depender de como que ele chega, porque se ele vai chegar pela porta de entrada, ele vai chegar pelo acolhimento aqui, classificação de risco que ele vai ser triado pela enfermagem. Se ele chega com o SAMU, já provavelmente foi feito, nem sempre né, mas o que se faz geralmente é o contato médico a médico, o médico regulador é quem contata o médico pra aceitar esse paciente”. (P16)

Foram identificadas duas formas de acesso dos usuários aos serviços. A primeira delas é quando o usuário vai até o serviço ou é levado por algum familiar. A segunda forma é através de encaminhamento, seja pelas unidades móveis de atendimento, como o SAMU ou bombeiros ou de outros hospitais, UPA's ou Unidades Básicas de Saúde (UBS). Quando encaminhados pelo SAMU ou bombeiros, o médico regulador realiza contato com o médico da unidade solicitando que o paciente seja aceito. Logo, pacientes que chegam encaminhados por unidades móveis não passam pelo acolhimento na porta de entrada do serviço, como será apresentado a seguir.

A *triagem realizada pela equipe de enfermagem com classificação de risco*, foi caracterizada por 8 (oito) participantes:

“Primeiro se é um caso já urgente, trazido pelo SAMU, por exemplo, já entra direto para o atendimento lá embaixo, na emergência. Se ela chega com familiares, ela passa pelo acolhimento da enfermagem, que tem a classificação de risco”.
(P1)

“Depende de como ele chegou, primeiro, na verdade se ele chegou trazido pela família vamos supor, pela porta de entrada ele vai passar primeiro pela enfermeira, que vai fazer o acolhimento ali com a classificação de risco, até onde eu sei, por ser tentativa de suicídio, então mesmo se não tiver um risco pela intoxicação em si, se o risco for baixo na intoxicação em si, já é classificado com risco mais alto por ter sido uma tentativa de suicídio”. (P7)

“Aí vai depender de como que ele chega, porque se ele vai chegar pela porta de entrada, ele vai chegar pelo acolhimento aqui, classificação de risco que ele vai ser triado pela enfermagem”. (P10)

De acordo com os dados, quando o paciente chega ao serviço pela porta de entrada ele passa pela triagem da enfermagem e lá é feita a classificação de risco. Três dos quatro serviços de saúde pesquisados realizam esta triagem, na qual os pacientes são classificados de acordo com o risco. Observa-se na fala de P7 que os pacientes que chegam por tentativa de suicídio são classificados com um risco mais alto e têm prioridade no atendimento. A classificação de risco é uma ferramenta

que possibilita organizar a fila de espera a partir de outros critérios que não a ordem de chegada (Brasil, 2009). Contudo, destaca-se que avaliar riscos implica observar tanto o sofrimento físico quanto psíquico, pois uma pessoa com sinais vitais estáveis, porém muito angustiada, pode demandar atendimento de maior urgência em função do risco e do grau de vulnerabilidade (Brasil, 2004).

A partir das três subcategorias que caracterizam o acolhimento ao paciente, é possível afirmar que a demanda atendida nos serviços de urgência e emergência pesquisados não difere muito do perfil atendido em outros serviços de saúde semelhantes, conforme descrito pela literatura. Destacam-se o predomínio do público feminino, a intoxicação como método mais utilizado e a presença de relações ou contextos conturbados e/ou instáveis que funcionam como “gatilho” para as tentativas. Ainda, conforme aparece na Categoria 1, as tentativas de *chamar a atenção*, aqui nomeadas de *falsas tentativas* de suicídio são as demandas de maior frequência nos atendimentos e apontadas como uma das dificuldades presentes no atendimento ao paciente, como será apresentado na Categoria 3, a seguir.

6.3 CATEGORIA 3: “A ATENÇÃO PRESTADA ÀS PESSOAS ATENDIDAS POR TENTATIVA DE SUICÍDIO”

Nesta categoria foram analisadas a intervenção e a orientação realizadas pelos profissionais de saúde no atendimento às pessoas que chegam aos serviços por tentativa de suicídio. Os dados estão distribuídos em duas subcategorias: a primeira, nomeada *procedimentos realizados* e a segunda, *dificuldades observadas no atendimento ao paciente*. Na subcategoria **3.1 “Procedimentos realizados”** estão reunidos elementos que exemplificam a conduta adotada a partir do método usado pelo paciente, em *protocolos de atendimento de acordo com o método utilizado*, observado na fala de 12 (doze) participantes, a seguir:

“As intervenções geralmente são de acordo com os sinais vitais, de acordo com o que ele apresentou, como eu te falei, se foi uma intoxicação exógena por um medicamento que baixa a pressão, a gente melhora a pressão, se foi um medicamento corrosivo, a gente não pode fazer lavagem e a gente pega muito orientação do CIT, a gente liga lá pro 0800”. (P7)

“Isso vai depender de cada tipo de tentativa de suicídio, se for um problema físico, que tipo de problema físico ela teve, se por exemplo foi uma tentativa de enforcamento, aí tu vai por um lado, se for uma intoxicação por medicamento, tu vai atender por outro lado, essa intoxicação, a quantidade que foi ingerida, quanto tempo faz, enfim, então tudo isso aí interfere na tua conduta, vai do tipo de tentativa de suicídio que se apresenta”.
(P10)

” ...primeiro é avaliado o grau de intoxicação, enfim, eu falo intoxicação porque é a maioria, eventualmente tem algum caso de dar facada em si mesmo e de tocar fogo também no corpo, mas isso são muitas exceções, esses casos normalmente vão ficar com a cirúrgica, aí ou vão pra cirurgia, sutura, aí fica internado um tempão, quando é uma queimadura mais extensa, mas isso é bem, bem eventuais. Realmente a grande maioria é intoxicação. Então esse paciente pode simplesmente não ser feito nada, só observação, lavagem gástrica é um procedimento, tomar antídoto, uns precisam ser entubados, alguns vão para a UTI”.
(P2)

Segundo os participantes, o método utilizado e as condições clínicas do paciente ao chegar à unidade fornecem informações necessárias para o profissional escolher a conduta a ser seguida no momento do atendimento. Para as intoxicações, por exemplo, são utilizados procedimentos como a lavagem gástrica ou aspiração gástrica e carvão ativado. Pacientes que utilizaram objetos cortantes, como facas, são encaminhados para a unidade cirúrgica para sutura e pacientes que apresentam queimaduras são encaminhados para os primeiros cuidados e em seguida, caso necessário, seguem para outras unidades do serviço, como por exemplo a Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Além disso, outro critério observado são os sinais vitais do paciente, pois no caso das intoxicações, algumas substâncias podem destabilizar funções como a pressão arterial e o ritmo cardíaco, sendo muitas vezes necessário que o paciente seja mantido em observação para acompanhamento por um período determinado. Estes dados têm relação com a avaliação médica, apontada por 15 (quinze) participantes e exemplificada abaixo:

“No primeiro momento a gente vê realmente o lado físico, orgânico, seja intoxicação exógena, seja qualquer tipo de tentativa que foi, então primeiro a gente vê esse lado”. (P3)

“Cada caso é um caso, por exemplo, depende o tipo de tentativa, primeiro a gente tenta realmente a parte orgânica, faz o que é possível, todas as medidas para que realmente ele sobreviva, se precisar entubar vai ser entubado, se precisar ir pra uma UIT, ele vai pra UTI, é feito as medicações que são necessárias, é feito todos os procedimentos de Medicina e de Enfermagem que sejam necessários”. (P13)

“Quando o paciente chega aqui ele passa pela triagem, triagem das enfermeiras e ele depois passa pelo médico, tem uma avaliação clínica, como são pacientes que vem direto com o Samu e já ficam em observação, ficam geralmente com a clínica médica, quando é intoxicação exógena e quando por exemplo foi corte nos pulsos, fica com a cirúrgica e a médica junto, dependendo. E eles passam por avaliação clínica”. (P5)

Observa-se nas falas dos participantes que a preocupação inicial dos profissionais concentra-se nos aspectos físicos do paciente. Uma vez que este fez uso de substâncias potencialmente danosas à sua saúde, a conduta buscará minimizar ou cessar as consequências da ingestão das substâncias ou do ferimento – em caso de queimaduras ou cortes – no organismo. Como explicitado na fala de P10, são tomadas todas as medidas para que o paciente sobreviva. Concomitante ao atendimento clínico, é realizado contato com o Centro de Informações Toxicológicas (CIT), unidade que é a referência no Estado para intoxicações e envenenamentos. A *avaliação do CIT* foi apontada por 10 (dez) participantes, conforme segue:

“A Medicina costuma sempre acionar o CIT, então o pessoal do CIT também avalia, também auxilia na conduta, tipo quanto tempo de observação, esses procedimentos clínicos”. (P7)

“...e daí em conjunto com o CIT a gente propõe o tratamento inicial”. (P9)

“Porque quando é intoxicação também tem o CIT, né, que vem aqui pra fazer as avaliações e dizer qual é os procedimentos necessários pra desintoxicar essa pessoa”. (P16)

Os participantes destacam o papel do CIT como essencial à tomada de decisão quanto à conduta a ser seguida no cuidado a pacientes que tentaram suicídio por intoxicação. Segundo eles, o CIT propõe desde a conduta clínica, o tempo que o paciente precisará permanecer na unidade em observação bem como o uso de antídotos ou antagonistas para neutralizar as substâncias ingeridas. Na sequência – ou assim que possível – o paciente é atendido pelo Serviço de Psicologia, momento no qual será realizada a *avaliação psicológica* do paciente, sinalizado por 8 (oito) participantes, de acordo com os exemplos abaixo:

“...e depois entra, quando já é possível, o paciente já está estabilizado, entra a Psicologia. Psicologia, Serviço Social, porque muitas vezes esse paciente chega sozinho, não se sabe nem quanto de remédio que tomou, não se sabe nada, então isso é um fator que impede muitas vezes aqui na emergência, porque o paciente chega sem informação, então tu tem que seguir ali o que o paciente tá te apresentando. Então entra esse pessoal junto, tanto a equipe multidisciplinar, mas primeiro, entra a enfermagem e a Medicina sempre.” (P4)

“...quando tá tudo bem, quando já está liberado o paciente, clinicamente ele está bem, eles têm a avaliação da Psicologia. Isso pode ocorrer simultaneamente [...]”. (P1)

“...já encaminha logo para a Psicologia, o atendimento é rápido da Psicologia. Ele tem condições de ser atendido, porque muitas vezes chega sonolento, geralmente as meninas vão e atendem à família, mas o atendimento quando a Psicologia tá presente, porque à noite elas não estão, mas durante o dia elas estão todos os dias da semana, às vezes à tarde elas estão, mas daí é feito o atendimento quase que junto. Primeiro entra o médico com a parte realmente de ver a questão orgânica, depois entra a Psicologia”. (P15)

Dentre as instituições participantes, três delas não possuem psicólogos atuando na emergência e duas delas não apresentam o

profissional como membro da equipe técnica. No serviço que tem o profissional atuando, o protocolo de atendimento institui que, assim que o paciente estiver clinicamente estável, é encaminhado ao Serviço de Psicologia. Neste atendimento, o profissional busca coletar o maior número de informações sobre a história de vida do paciente e da tentativa, com o intuito de, ao fim da entrevista, ter condições de avaliar o risco de novas tentativas. Segundo Bertolote *et al* (2010) não se pode prever se a pessoa tentará suicídio novamente, contudo, a partir do conhecimento dos fatores de risco e de proteção avaliados durante a entrevista clínica, é possível aferir o risco individual que o paciente apresenta naquele momento.

A próxima etapa do atendimento identificada nas narrativas foi o *contato com o acompanhante e atendimento à família*, apresentado por 9 (nove) participantes, conforme abaixo:

“Uma das coisas que, a gente fez um trabalho com a enfermagem é de, sempre tá verificando se tá sozinho ou não, se estiver sozinho já buscar chamar alguém da família, então isso às vezes dependendo da enfermeira que tá de plantão, eu sempre falo isso, porque a equipe é muito grande e a emergência tem alta rotatividade, então às vezes é uma pessoa nova que tu desconhece ou alguém que é mais resistente, mas a gente tenta ao máximo sensibilizar a equipe pra que eles mesmos já tentem buscar alguém, não fiquem esperando ser a gente que vai fazer isso”. (P3)

“...a gente faz contato com a família, solicita um acompanhante pra que ela fique aqui”. (P7)

“A gente acaba atuando antes com a família, se a pessoa chega e já vai ser atendida pela equipe e tem algum familiar, se ele já tá ali a gente já acolhe esse familiar, conversa, já vai pegando informações da pessoa, da situação, realiza um acolhimento com esse familiar também e aí a gente vai atender a esse paciente quando ele estiver em condições de ser atendido, tem situações como eu te falei, que a pessoa tomou poucos comprimidos ou uma dose de veneno baixa e aí ela tá lúcida, tá acordada e já tá em condições de conversar, então a gente já vai abordar, assim que possível a gente já aborda. Mas tem situações que não, que a gente só vai conseguir atender no dia seguinte porque a pessoa tá entubada ou tá muito sonolenta”. (P14)

É importante esclarecer que os procedimentos realizados no atendimento ao paciente não se dão de forma linear, pois a atuação dos profissionais está condicionada às condições apresentadas pelo paciente. Assim, o atendimento ao acompanhante também faz parte do processo de trabalho ao atender os pacientes acolhidos por tentativa de suicídio. Segundo as falas dos participantes, dois aspectos precisam ser destacados. O primeiro refere-se à conduta de não deixar que o paciente fique sozinho. Assim, logo que ele chega na unidade, é feito contato com um familiar ou outra pessoa da rede de apoio que possa permanecer como acompanhante. Esta conduta é extremamente relevante pois, como em algumas situações o paciente há pouco tempo foi admitido na unidade, não se sabe ainda qual é o risco de novas tentativas.

Destaca-se na fala de P3 um movimento dentro da equipe de incentivar que qualquer profissional que esteja atendendo o paciente possa fazer este contato com o acompanhante, pois nem sempre o Serviço de Psicologia ou o Serviço Social estão na unidade ou disponíveis para fazê-lo prontamente. O segundo aspecto a ser destacado refere-se ao atendimento que é realizado ao acompanhante. Este procedimento é importante para dar suporte emocional ao familiar, que muitas vezes encontra-se mobilizado emocionalmente em virtude da tentativa. Ainda, é um momento oportuno para obter-se maiores informações sobre o paciente e sua história de vida, bem como sobre tentativas anteriores ou outras situações importantes do profissional tomar conhecimento.

Uma última característica do atendimento destacada pelos profissionais foi o *trabalho multiprofissional*, presente na fala de 4 (quatro) participantes, abaixo:

“E esse trabalho multiprofissional de toda a equipe junta também é uma facilidade grande, ajuda que o paciente seja bem atendido”. (P5)

“O que facilita também é a questão do trabalho multiprofissional que às vezes a gente consegue ter uma parceria legal com a Medicina, alguns profissionais são bastante engajados e reconhecem que tem essa questão do sofrimento mesmo, não entra naquela lógica de ‘ah ele quer se matar então vai pra outro lugar porque aqui tá todo mundo tentando viver’, sabe aquele jargão, ‘todo mundo tentando viver, lutando pra viver, vem um

cara suicida’, então tem uns que não tem esse olhar, que reconhecem mesmo e aí isso facilita’. (P10)

“Então eu acho que tendo a Psicologia, o Serviço Social também, ter essa equipe trabalhando junta é uma facilidade aqui dentro, acho que não é todo lugar que tem isso”. (P11)

O trabalho multiprofissional é apontado pelos profissionais de saúde como um aspecto que facilita o atendimento ao paciente que tentou suicídio. São pontuados aspectos como a garantia da realização de um bom trabalho a partir da atuação em equipe e da parceria com profissionais que consideraram o sofrimento psíquico numa perspectiva mais ampla, como descrito na fala de P12. Abreu, Lima, Kohlrausch e Soares (2010) acreditam que comunicar-se, articular suas ações e compreender as diferenças técnicas são fundamentais para que as equipes atinjam os objetivos traçados para cada paciente. Ainda, defendem que “a soma dos saberes das diversas profissões envolvidas no ato de cuidar colabora para que a situação seja abordada de forma mais integral possível, e que seja garantida a preservação da vida” (p.196).

A presença do trabalho multiprofissional foi apontada como uma facilidade para atender às demandas de suicídio. Contudo, na subcategoria **3.2 “Dificuldades observadas no atendimento ao paciente”**, apresentam-se algumas dificuldades observadas pelos profissionais no processo de atender o paciente nestes mesmos contextos. A primeira dificuldade trazida refere-se à *inadequação da demanda ao serviço*. Para 4 (quatro) profissionais,

“Tem uma característica que é bem relevante que é o fato de a gente ser uma emergência geral, então a expectativa é de se fazer uma avaliação clínica, então o quadro psicológico, emocional, muitas vezes ele não é considerado uma demanda legítima de emergência, legítimo é infarto, AVC, então tem demandas que não são legitimadas por uma equipe de emergência no sentido de quando ainda se conserva um trabalho de uma forma tradicional”. (P1)

“O problema é que aqui não é o ambiente adequado pra você abordar esse tipo de problema, a história é outra, então assim brigou com o namorado, o namorado falou que ia terminar, aí sabia que o namorado ia hoje passar por lá, daí inventou essa

história. Assim, teria que encaminhar para UBS, pra ir lá e eles encaminharem pro psicólogo, então o problema é que tumultua, porque aqui [...] a nossa história é atender paciente com alguma patologia que a gente possa resolver, porque às vezes chega acidentado, baleado, chega paciente com corte, chega paciente dos bombeiros, clinicamente grave, então a abordagem é meio sumária, como a proposta [...] é tratar a coisa aguda, se não tem nada, a gente faz a pessoa ver que ela tá bem, ela tá bem, ela diz que tá bem, vai embora”. (P5)

“...atender paciente psiquiátrico seja qual for a patologia, numa emergência geral, é complicado. A não ser que tivesse uma outra porta de entrada pra essas pessoas”. (P13)

As falas dos entrevistados permitem visualizar um questionamento em relação à legitimidade das demandas de saúde mental aos contextos de urgência e emergência hospitalar bem como certa resistência em atender a estas situações. Em P1 isto pode ser observado no relato de que “*o quadro psicológico, emocional, muitas vezes ele não é considerado uma demanda legítima de emergência, legítimo é infarto, AVC*”. Já P5 entende que o ambiente não é adequado, que o atendimento deveria ser realizado nas UBS, pois o serviço seria para o atendimento de situações agudas e o paciente de saúde mental é um paciente que tumultua. E P13 acredita que seria preciso uma outra porta de entrada para a demanda de saúde mental.

Conforme apresentado na subcategoria 1.4, na qual é trazido o sentimento de impotência pela ausência de outro lugar onde este paciente pudesse ser atendido, retoma-se a discussão a respeito da Reforma Psiquiátrica no Brasil e da pouca aceitação e baixa operacionalização da mesma após mais de dez anos de sua aprovação. Ainda, é possível observar semelhanças com o estudo realizado por Máximo e Bosi (2006). Segundo os autores, na organização do processo de trabalho dos serviços de emergência os critérios tempo e produtividade levam quase a uma “solução de descarte”, na qual o objetivo passa a ser dar respostas rápidas e quase sem contato. Logo, as práticas em saúde existentes nas emergências não respondem às necessidades dos pacientes de saúde mental, que requerem maior disponibilidade por parte dos profissionais.

A segunda dificuldade apresentada pelos participantes refere-se às *diferentes perspectivas de trabalho*. Para 6 (seis) profissionais,

“...esse tipo de coisa é uma das dificuldades maiores que eu vejo, hoje em dia diminuiu um pouco, mas há um tempo atrás tinha realmente, às vezes pegava um abocath, que é pra colocar na veia do paciente pra fazer a hidratação, acabavam pegando um abocath mais calibroso como forma de castigo, hoje em dia não tenho percebido mais, mas muitas vezes eram comentários por parte da equipe, tanto de Medicina como de Enfermagem, hoje em dia diminuiu um pouco, mas isso era o que mais dificultava, era essa parte de julgar a pessoa, não pode julgar a pessoa por ela tá fazendo isso, se ela tá fazendo é porque ela tem um motivo pra fazer isso”. (P3)

“acho que já mudou um pouco a cultura, mas existe muito preconceito, é um assunto muito tabu ainda”. (P8)

“...então é muito difícil tu atender uma pessoa, pra própria equipe em geral, que ela não quer viver mais e tu ficar insistindo em fazer com que ela viva”. (P13)

As narrativas permitem elencar três aspectos importantes. O primeiro deles aponta o preconceito, comentários pejorativos e julgamentos sofridos pelos pacientes que tentaram suicídio. O segundo, retrata condutas agressivas dos profissionais para com os pacientes, numa tentativa de puni-los pelo que fizeram e a terceira, apresenta a dificuldade da equipe em lidar com uma demanda que, segundo P14 vai de encontro à vocação da profissão. A impotência aqui novamente retratada complementa a discussão apresentada quando o sentimento de impotência é trazido pelos participantes como um dos sentimentos despertados no atendimento ao paciente. Abreu *et al* (2010) refletem sobre como é difícil para as pessoas entenderem o fato de alguém conseguir planejar sua morte, escolher um método e colocá-lo em prática, já que isto vai contra o instinto de sobrevivência dos seres humanos.

Outra dificuldade presente nas narrativas é o *modelo compartimentalizado de atendimento*, destacado por 3 (três) participantes, conforme as falas a seguir:

“A gente têm profissionais aqui que ainda tem essa perspectiva tradicional de trabalho, que não agrega tanto o aspecto multiprofissional, interdisciplinar, então a gente tem essa dificuldade na hora de atender e na hora de fazer os

encaminhamentos, 'ah, mas já ta de alta clínica, já ta de alta', nem considerando que a alta passa por esse aspecto, por essa avaliação multiprofissional". (P1)

"...de acolhimento, de escuta qualificada, acaba ficando com a Psicologia, a Medicina, ele entende assim, nós fazemos a parte clínica, a Psicologia faz essa parte, é bem, que é a lógica do hospital, é bem compartimentalizado, então isso não compete a mim, encaminhei pra Psicologia, os médicos não desenvolveram uma coisa de eles abordarem, de eles terem uma forma de falar, de conversar, eles conseguem não, precisa passar pela Psicologia."(P9)

"...mas a gente tem essa dificuldade de entender esta como uma demanda legítima desse serviço e até pelos princípios e diretrizes do SUS, de um atendimento com integralidade, com intersetorialidade, então a gente pensar que existe muita dificuldade que é atrelada a isso".(P11)

Um aspecto importante na fala dos profissionais refere-se à condição de alta. Segundo P1, para alguns profissionais, se o paciente está de alta – baseado nas condições físicas –, ele é liberado, desconsiderando outros aspectos que uma avaliação multiprofissional levaria em consideração. O *trabalho multiprofissional*, presente na subcategoria 3.1 e lá percebido como um aspecto que facilita o serviço, em outros momentos, também o dificulta.

Já a fala de P9 indica a compartimentalização dos saberes dentro do ambiente hospitalar, o saber *psi* e o saber *não psi*. A fala de P9 problematiza esta situação, ao descrever que *"...de escuta qualificada, acaba ficando com a Psicologia, a Medicina, ele entende assim, nós fazemos a parte clínica, a Psicologia faz essa parte"*. Maciel (1994) lembra no pensamento científico ocidental, há uma fragmentação de domínios que reflete nas terapêuticas em saúde. Logo, são claramente identificados os profissionais que cuidam do corpo que está doente, o corpo físico e os que cuidam dos sintomas da alma, os profissionais *psi*.

Na sequência, 4 (quatro) participantes pontuaram os *limites na comunicação paciente/profissional* como uma dificuldade no atendimento ao paciente. Para estes profissionais:

"...os pacientes que não estão disponíveis mesmo pra tá conversando, em função da letalidade, às vezes tá intoxicado, tá

sonolento, não tá disponível fisicamente mesmo, ou os que não estão disponíveis psicologicamente, emocionalmente, que mantém ideiação suicida, que mantém plano, que diz que vai se matar depois, isso gera um pouco de angústia para o profissional que tá acompanhando porque a gente tem aquela sensação de impotência também”. (P6)

“...uma dificuldade que eu observo bastante é que no geral esse paciente não é comunicativo, ele não é um paciente que te entrega de cara o que tomou, porque que veio, alguns escondem”. (P12)

“Alguns tem dificuldade de falar, alguns eu percebo assim, algumas né, tu dá o espaço pra falar, mas elas têm dificuldade de colocar em palavras algumas das coisas que elas passam ou sofrem”. (P14)

O limite de comunicação trazido pelos participantes refere-se tanto a limites físicos como a limites emocionais do paciente. Tomando por exemplo os casos de intoxicação, quando foi ingerida alguma substância, esta pode deixar a pessoa desacordada ou sonolenta, o que inviabiliza o contato ou o atendimento. Nestes casos, a conduta adotada é a espera até que o paciente esteja em condições clínicas de ser atendido. Como apresentado em 3.1, nestas situações é possível que a família seja atendida primeiro ou seja acionada a rede de apoio do mesmo.

Uma segunda situação é quando o paciente se recusa a falar com a equipe. Os motivos que levam a este comportamento são diversos, desde vergonha pela tentativa, vergonha dos familiares ou dos profissionais de saúde, frustração por não concretizar o ato, arrependimento etc. Alguns ainda encontram-se emocionalmente mobilizados pois, como trazido pelos participantes, a tentativa de suicídio é comumente precedida de um estado de sofrimento emocional intenso e o paciente escolhe não falar – ou não consegue falar – a respeito. Contudo é neste momento, quando a pessoa nem sempre está disposta a colaborar, está fraca ou agindo com hostilidade que o profissional precisa buscar estabelecer um bom vínculo (Botega *et al*, 2010). Este vínculo é o que vai garantir a confiança do paciente no profissional e sua participação efetiva no atendimento, bem como uma escuta efetiva e uma adequada avaliação de risco.

Para 5 (cinco) participantes também se configura uma dificuldade ao atendimento a *ausência de médicos psiquiatras* nos serviços de saúde, conforme segue:

“Pra mim uma das maiores dificuldades é quando se precisa do atendimento psiquiátrico de urgência, eu acho bem complicado, no [...] às vezes a gente fica assim “quem será que vai tá de plantão agora?”, porque dependendo de quem tá de plantão é um horror, essa pessoa não, porque tem alguns psiquiatras que a gente liga, agora não é mais a Psicologia que liga, é a Medicina que liga, mas que você liga e eles não entendem que é um caso que precise, eles entendem ‘ah isso é só uma histeria’ ou ‘é só uma coisa...’, não tem uma urgência de verdade, a pessoa não vai realmente tentar, não vai morrer”. (P6)

“...a Psicologia que tria, faz essa triagem pra avaliar necessidade ou não de uma avaliação psiquiátrica de urgência, que a gente não tem Psiquiatria no [...], que é uma pena, é todo um desgaste, ter que ligar pro [...]conseguir uma ambulância, ir até lá, ser atendido por uma pessoa que não tá ali na equipe junto, que tu não sabe exatamente qual vai ser a abordagem, então às vezes a gente faz todo um trabalho aqui, chega lá, às vezes a pessoa pode abordar de uma outra forma, então se é alguém que tá aqui a gente tá discutindo, tá conversando, tem mais uma coisa de equipe né, dentro do possível, estar no mesmo hospital não garante mas de alguma forma pode ajudar”. (P14)

“Aqui [...] a dificuldade que a gente tem é de avaliação psiquiátrica, a gente tem a psicóloga e a Psicologia muito presente, mas a Psiquiatria [...] responde parecer uma vez por semana, então às vezes não dá pra deixar o paciente internado uma semana pra parecer psiquiátrico, então a gente acaba mandando muito paciente pro [...], que é ruim, que é longe, uma coisa antiga, velha”. (P4)

Dentre os locais pesquisados, os serviços de urgência não possuem médicos psiquiatras em suas equipes e as emergências hospitalares trabalham a partir de pedidos de parecer. Neste modelo, o médico psiquiatra que responde pela unidade tem um período de 24 a 48 horas para responder o parecer que lhe é solicitado. Assim sendo, as

dificuldades trazidas pelos profissionais referem-se à ausência do profissional na unidade ou a inviabilidade de espera pela resposta de um parecer.

Diante destas situações, os pacientes são encaminhados para outras unidades de saúde – com veículo da unidade e técnico de enfermagem que acompanha o paciente – sob risco do paciente não ser avaliado pelo médico psiquiatra, pois como aponta P6, muitas vezes é feito contato e o médico que vai receber o paciente entende que a situação não é uma urgência ou que não há risco real de morte, desconsiderando ou até mesmo desautorizando todo o trabalho anterior realizado pela equipe que encaminhou.

E como última dificuldade observada, destacam-se as *condições físicas do ambiente*, na fala de 3 (três) participantes, a seguir:

“...uma dificuldade também em relação que aqui é uma unidade muito aberta, então se o paciente estiver mais agitado e tiver com uma ideia suicida ainda forte, pra ele sair da unidade é muito fácil, então tem os pacientes que evadiram-se, que fogem do hospital e a vigilância dele é bastante complicada, tem muitas portas de saída para vários locais do hospital e não se tem essa vigilância, porque os outros pacientes podem sair da unidade”. (P2)

“...o ambiente é um ambiente que também não, o ambiente físico mesmo é um ambiente que não traz conforto nenhum”. (P8)

“...às vezes na sala de medicação, às vezes na maca, mas na maca né, no corredor com os outros, é um ambiente muito ruim, que eu acho que também muitas vezes não favorece uma tranquilidade, uma melhora para o paciente”. (P10)

Os ambientes de emergência costumam ser ambientes coletivos, nos quais todos os pacientes compartilham um mesmo espaço e há intensa circulação de pessoas – pacientes, profissionais, acompanhantes. O atendimento acontece neste espaço, em macas localizadas em corredores ou em leitos separados por cortinas. Assim, as dificuldades apontadas mostram que os ambientes oferecem pouco conforto e sigilo ao paciente que no momento de entrada no serviço encontra-se frágil física e psicologicamente e precisa que o ambiente externo dê algum suporte.

Outra dificuldade observada refere-se à possibilidade de evasão dos pacientes dos serviços, pois as unidades são, em geral, abertas e os pacientes têm livre acesso aos demais espaços. P4 aponta que em algumas situações há um *protocolo não dito* de deixar o paciente fugir da unidade e fazer um boletim de ocorrência para registrar a fuga, conforme observa-se na fala abaixo:

“...uma dificuldade também que eu vejo é que quando o paciente tá sozinho, chegou sozinho e tá muito ansioso, agitado e querendo ir embora, a equipe não sabe lidar bem com essas situações, então o que eles fazem, que não é oficial, não tá no papel, mas que é o protocolo não dito é deixar fugir e fazer um BO. ‘O paciente fugiu, ninguém viu’, muitas vezes essa maca tá perto da porta de saída e tem profissionais entrando e saindo daquela porta, ou seja, a pessoa observa ‘hum, ali é uma porta de saída, estou sozinha, a hora que der eu escapo’”. (P4)

“Permitir” que o paciente fuja do hospital vai ao encontro do que já foi trazido pelos profissionais acerca do paciente de saúde mental não ser um paciente bem visto e que ocupa espaço de outros pacientes nas urgências e emergências. Esta situação é bastante delicada, pois o paciente que deixa a unidade antes da alta, possivelmente não está em condições clínicas, não passou por avaliação psicológica adequada ou não recebeu orientações para dar continuidade ao seu tratamento.

Assim sendo, apreende-se a partir das duas subcategorias que compõem a Categoria 3 que, ainda que apresentem diferentes configurações, os serviços de saúde dispõem de protocolos mínimos para atendimento ao paciente que chega às unidades por tentativa de suicídio. Também retoma aspectos já trazidos pelas categorias anteriores, como a inadequação da demanda aos serviços e diferentes olhares sobre o fenômeno, cuja explicação pode estar relacionada à formação de cada profissional. Contudo, a principal diferença observada é a presença do Serviço de Psicologia em uma das unidades, o que facilita o atendimento e encaminhamentos realizados ao paciente pós-alta, como apresentado na Categoria 4, abaixo.

6.4 CATEGORIA 4: “OS ENCAMINHAMENTOS PÓS-ALTA REALIZADOS ÀS PESSOAS ATENDIDAS POR TENTATIVA DE SUICÍDIO”

Nesta categoria foi caracterizado o encaminhamento realizado ao paciente que recebe alta do serviço de urgência ou emergência após uma tentativa de suicídio. Os dados permitiram a elaboração de duas subcategorias, a primeira referente aos *encaminhamentos feitos às instituições* e a segunda, às *orientações à rede de apoio*. Na subcategoria **4.1 “Encaminhamentos feitos às instituições”**, destacam-se os encaminhamentos realizados às *unidades da rede municipal de saúde*, a *avaliação psiquiátrica ou internação no Instituto de Psiquiatria* e os encaminhamentos à *rede não-governamental*.

Dentre os participantes, 14 (quatorze) apontaram que encaminham os pacientes para as unidades da rede municipal de saúde, conforme as falas abaixo:

“...dependendo conforme for são encaminhados pra Unidade de Saúde ou pro CAPS”. (P6)

”Os encaminhamentos quem faz é a Psicologia, elas fazem os encaminhamentos pro Centro de Saúde, pro CAPS, pro IPQ quando necessário”. (P11)

“E depois o próprio encaminhamento com a própria rede básica municipal de saúde. Pros NASF, pros CAPS”. (P13)

Junto à rede municipal de saúde há duas opções de encaminhamentos. A primeira opção são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde o paciente poderá dar continuidade ao seu tratamento próximo à sua residência. Para suporte às UBS, existem os NASF – Núcleos de Atenção à Saúde da Família, compostos por equipe multiprofissional, da qual fazem parte, dentre outros, médicos psiquiatras e psicólogos (Brasil, 2009). E uma segunda opção são os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), dispositivos substitutivos estratégicos para reorganização dos serviços em saúde mental, que têm como base de atuação a reabilitação psicossocial do paciente junto à família e à comunidade (Campos, Furtado, Passos, Ferrer, Miranda & Gama, 2009).

Acerca dos encaminhamentos para a rede municipal de saúde, P4 revela frustração ao observar que encaminhar para a rede nem sempre *faz muito sentido*, pois:

“A gente passa para o posto de saúde e lá daí o médico dela vai dar os encaminhamentos que ele achar que deve ser. Só que ela vai conseguir essa consulta daqui uns 3 meses, e olhe lá. E dali para o psicólogo, outros tantos meses, realmente não faz nem sentido, a gente faz porque é o caminho da rede, né, mas não faz muito sentido”. (P4)

É importante destacar que o local para encaminhamento depende das condições emocionais do paciente no momento da alta, uma vez que ele poderá estar clinicamente estável, contudo manter ideiação suicida ou oferecer risco a si mesmo ou a outras pessoas. Quando nestes casos, a conduta adotada é encaminhar o paciente para *avaliação psiquiátrica ou internação no Instituto de Psiquiatria*, apontado por 10 (dez) participantes, a seguir:

“Geralmente é essa a conduta, ou ele vai pro CAPS e Posto de Saúde ou ele vai pro IPQ pra ter avaliação do psiquiatra, dependendo da avaliação da psicóloga, ela que vai dizer pra onde que ele vai, se ele vai pro Instituto ou se tem necessidade de ir pro CAPS ou o Posto de Saúde”. (P1)

“...ou ele vai pro IPQ quando precisa ser tratado lá, quando essa ideia de suicídio ainda não, quando ele ainda tem a ideia de suicídio, ainda não tá recuperado, vai pro IPQ, daí aqui a assistente social e psicólogo quando tem, isso como fica poucos dias, muitas vezes nem acabam chamando aqui né, acabam encaminhando”. (P7)

“...ou então a gente tem que, se a gente avalia que precisa de avaliação psiquiatria de urgência, daí a gente tem que encaminhar, dependendo da situação, se a gente faz contato antes e às vezes tem possibilidade, essa avaliação pode ser feita no CAPS, mas senão o único lugar que tem é o IPQ”. (P9)

Reitera-se a importância de uma adequada avaliação de risco a fim de que o paciente possa ter o encaminhamento condizente com suas necessidades. Em caso de necessidade de avaliação psiquiátrica de

urgência, o paciente é levado até o serviço para esta avaliação, porém junto a isso também recebe encaminhamentos por escrito para outras unidades, como por exemplo o CAPS e as UBS, já que, conforme observa P9, são colocadas algumas limitações a este atendimento:

“...é isso que te digo, muitas vezes o psiquiatra não aceita o paciente, geralmente eles aceitam quando é reincidente, muita barreira que é colocado, por exemplo se for uma pessoa que cortou os pulsos, por exemplo, “ah essa pessoa tem que tá estável, tem que tá assim, assim, assado”, pra eles poderem receber esse paciente. Se esse paciente tem uma ferida, tem qualquer coisa, já é motivo se ele tiver qualquer outro problema, pra não aceitar esse paciente lá, porque aí o psiquiatra só vai trabalhar com o problema psiquiátrico que a pessoa possa ter, então ela coloca muitas limitações para o atendimento.” (P9)

Ainda, são oferecidas como possibilidade de acompanhamento pós-alta as instituições que fazem parte da *rede não-governamental*, apresentado por 4 (quatro) participantes, a seguir:

“...e aí pra Psicologia muitas vezes a gente também acaba indicando clínicas sociais, mas a gente encaminha pra atenção básica mas também dá a alternativa de clínicas sociais pra ele”. (P3)

“...daí às vezes das escolas de Psicologia, das clínicas-escola, o Movimento, o Porta Aberta, pros familiares estar buscando um suporte”. (P5)

“E as clínicas sociais que a gente tem uma lista de clínicas sociais, quando o paciente opta pelas clínicas sociais a gente explica como é que elas funcionam, têm informações na folhinha mesmo”. (P8)

Para os profissionais, as clínicas sociais e as clínicas-escola, vinculadas a instituições de ensino de Psicologia funcionam como uma possibilidade a mais de atendimento ao paciente, uma vez que nem sempre o sistema de saúde consegue absorver toda a demanda ou atendê-la com a urgência que muitas vezes é necessária. Contudo, de maneira geral, os profissionais avaliam que existem dificuldades para realizar os encaminhamentos, pois as opções disponíveis na rede são

escassas frente à demanda atendida ou o paciente encontra-se sem suporte para dar continuidade ao tratamento, como expresso nas 3 (três) falas a seguir:

“...até mesmo instituições, porque a gente tem poucas instituições aqui que conseguiriam dar um apoio para a pessoa em situação de TS ou doenças psicológicas, psíquicas, não sei como se chama. Então a gente tem poucas instituições, quando tem, tem o IPQ, tem CAPS que a gente consegue fazer um trabalho mais legal, mas mesmo assim são poucas, então a maior dificuldade que a gente às vezes percebe é uma rede de apoio”. (P8)

“...o que acontece, passou as 6h, não subiu a pressão, não passou mal, não teve convulsão, levanta e vai pra casa, a gente não tem daí como dar segmento com psicólogo ou fazer um acompanhamento pra orientar essa pessoa ou essa família que tá desestruturada, alguma coisa assim, eu acho que isso é uma dificuldade, a gente não tem pra onde dar segmento pra esse paciente”. (P15)

“...então a maior dificuldade que a gente às vezes percebe é uma rede de apoio, principalmente quando não é uma primeira tentativa de suicídio, quando já ta na oitava TS, que a família já ta um pouco cansada de todo esse processo, ‘ah mas olha, ela precisa de supervisão, ela não pode tomar os medicamentos sozinha, ela precisa fazer o tratamento’, ‘ah, mas não dá certo’, essa seria a maior dificuldade”. (P3)

Nas falas acima os profissionais entendem que são poucas as opções para encaminhamento dos pacientes. Como aponta P15, quando o profissional percebe que o paciente está bem, este “*levanta e vai pra casa*”, pois não tem local onde possa ser dado segmento ao tratamento. Porém, a maior dificuldade refere-se à rede de apoio. Em geral, estes pacientes estão numa situação de descrédito frente aos seus familiares, seja pela tentativa ser uma dentre várias outras ou pelo desgaste familiar em acompanhar a situação há algum tempo, evidente na fala de P3, quando o profissional faz orientações e o familiar responde “*ah, mas não dá certo*”, denotando assim que está desistindo de ajudar o paciente.

Contudo, o participante 7 traz uma fala importante acerca do acompanhante, que até o momento não tinha sido verbalizada por nenhum outro profissional. Segundo ele:

“...eu acabo dando muita atenção é olhar o acompanhante, eu tenho muito cuidado com isso, porque as pessoas pouco percebem o acompanhante no processo de adoecimento e são pessoas que também precisam de cuidado, que passam muito tempo cuidando do usuário, do paciente que tá ali mas que pouco é visto, porque quando se tem alguém doente, todo mundo te liga pra saber como é que tá o doente, mas ninguém quer saber como tu tá e tu também tá sofrendo, também tá cansado, então eu aqui procuro olhar mais pro acompanhante, perceber esse aspecto dele.” (P7)

E por fim, a segunda subcategoria, **4.2 “Orientações à rede de apoio”**, apresenta as ações realizadas junto aos familiares dos pacientes, à família presente nas falas de 9 (nove) participantes, como mostram os exemplos a seguir:

“Normalmente a gente fala para a família que mantenha as medicações longe dela, que ela tem que ser tratada como uma pessoa incompetente em se auto-medicar, a medicação deve ficar com alguém responsável da família, que todo dia vai dar o comprimido na dose prescrita pelo médico e que ela deve retornar ao médico dela porque agora a medicação dela não é suficiente para o mês”. (P12)

“...o que a gente faz geralmente é acionar a rede, dar todas as orientações de não deixar nenhum medicamento disponível pro paciente, até costume dizer “isso não é, o medicamento não é pra ficar com você não é porque a gente não confia em você, a sua pessoa, mas é porque a gente não confia nessa dor que você tá sentindo, que a gente sabe que ela pode tomar conta”, daí eles entendem, mas entra nessa parte das medicações e de meios letais, arma de fogo se tem acesso a gente negocia de tá com outras pessoas”. (P13)

“...com o familiar e eu reforço esse encaminhamento com o família, “olha, esse momento é difícil, mas o paciente precisa de um pouco de atenção, é importante tu conseguir fazer ele realizar esses encaminhamentos, começar a acompanhar pelo menos com ela até que ela consiga prover sozinha o próprio cuidado”, eu reforço com eles. Com o acompanhante”. (P6)

As orientações realizadas buscam o engajamento da família ou de alguma pessoa de referência ao paciente quando este sai da unidade e para que sejam buscados os encaminhamentos indicados pelos profissionais. As orientações vão desde administrar as medicações que o paciente faz uso para que o mesmo não volte a se intoxicar ou deixar fora de alcance objetos cortantes ou armas de fogo até acompanhá-lo aos locais para dar segmento ao seu tratamento, como as consultas no CAPS, por exemplo, pois como aponta P4:

“...[quando]esse paciente acaba indo pra casa, com as orientações de no outro dia buscar por conta própria, [...] se o cara tentou se matar depois ele não vai por conta própria”. (P4)

Uma observação importante acerca dos encaminhamentos refere-se aos serviços que não têm psicólogo na equipe técnica. Nestes, em geral os profissionais encaminham os pacientes para o serviço social, responsável pelo encaminhamento institucional e pelas demais orientações. Segundo a fala de 2 (dois) participantes,

“agora que a gente às vezes tem até o serviço social, o que a gente tenta fazer é manter o paciente aqui até a chegada do serviço social durante o dia, para que ele possa tomar o devido encaminhamento”. (P3)

“...trata a questão clínica e encaminha para a assistente social caso ela vá estar aqui no outro dia de manhã e final de semana é difícil, porque aí não tem Caps, não tem serviço social, então esse paciente acaba indo pra casa, com as orientações de no outro dia buscar por conta própria”. (P12)

Contudo, este encaminhamento nem sempre é possível. Nos turnos da noite, os profissionais trabalham para que o paciente seja mantido na unidade até que a assistente social chegue no dia seguinte, como aponta P3, mas esta é uma decisão médica. Já nos finais de semana, de acordo com P12, há momentos em que o paciente precisa ser liberado para casa com orientações de encaminhamento por escrito, já que a rede institucional, com exceção do Instituto de Psiquiatria, não funciona nos finais de semana.

É possível perceber, a partir dos dados apresentados na Categoria 4, que os encaminhamentos se dão a partir da avaliação de risco realizada pelos profissionais. Contudo, ainda que os profissionais estejam engajados na tarefa de garantir um acolhimento ou a continuidade do tratamento do paciente na rede, observam-se fragilidades no sistema de saúde, como poucas opções disponíveis para encaminhamento e consequente dificuldade de absorção de toda a demanda encaminhada.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“...porque a dor está aqui dentro né, e pra dentro que eles tomam as coisas...” (P7)

O suicídio é um fenômeno que apresenta significados plurais. A História deixa evidente um percurso não linear na construção acerca do que as pessoas pensam sobre o ato de tirar a própria vida, já que o suicídio foi ora incentivado, ora proibido, ora aclamado e ora reprimido. Entende-se, porém, que os significados atribuídos na atualidade para o fenômeno do suicídio são amplamente influenciados pelas explicações que perpassam o senso-comum, que as mais contundentes explicações científicas não conseguem dar conta de minorar.

Na busca de explicar o fenômeno, utilizou-se como diretriz epistemológica o conceito de passagem ao ato, momento subjetivo no qual, ao invés da palavra ou do corpo como modo de elaboração do conflito psíquico, o sujeito age, atua. Este atuar, no caso do suicídio, busca pôr um fim ao sofrimento colocando um fim à vida. Assim, com o objetivo de entender o significado das tentativas de suicídio para profissionais de saúde de urgências e emergências, foram entrevistados 16 (dezesseis) profissionais de saúde que atuam nos contextos acima citados, na proporção de 4 (quatro) participantes para cada uma das seguintes profissões: medicina, enfermagem, psicologia e serviço social.

O método utilizado, de abordagem qualitativa, foi composto por um roteiro semi-estruturado de entrevista e um questionário para caracterizar os profissionais de saúde. Tais instrumentos permitiram que os sujeitos verbalizassem o que pensavam sobre o suicídio e também sobre sua prática em saúde, em número suficiente para alcançar a saturação dos dados, mostrando-se assim que o método foi adequado à pesquisa.

Desta forma, a fim de responder os quatro objetivos específicos deste estudo, a análise dos resultados permitiu a construção de quatro categorias, sendo elas a Categoria 1 – Os significados atribuídos às tentativas de suicídio e a Categoria 2 – O acolhimento por tentativa de suicídio. Em seguida a Categoria 3 – A atenção prestada às pessoas acolhidas por tentativa de suicídio e a Categoria 4 – Os encaminhamentos pós-alta realizados às pessoas atendidas por tentativa de suicídio.

Na **Categoria 1**, evidenciou-se a polarização dos significados para o suicídio construídos pelos participantes. O primeiro polo apresenta o suicídio enquanto condição de sofrimento, no qual se

considera uma série de fragilidades e condições desfavoráveis de vida que justificam a tentativa, fazendo os profissionais de saúde adotarem atitudes acolhedoras para com os pacientes atendidos. Já o segundo polo, ainda que reconheça a condição de sofrimento psíquico, significa o fenômeno enquanto uma afronta à prática profissional, cujo atendimento não se encaixa às atribuições dos serviços de saúde pesquisados. Isto pôde ser observado no uso pejorativo do termo *chamar a atenção*, que rotula o ato e ao mesmo tempo desqualifica a demanda enquanto legítima aos serviços de saúde.

Nesta primeira categoria está presente o cerne desta pesquisa. Aqui, o entendimento do suicídio enquanto afronta à prática profissional vai de encontro a uma dificuldade do paciente em conseguir expressar ou colocar em palavras de forma clara o seu sofrimento emocional. Quando esta comunicação entre o profissional de saúde e o paciente não acontece, o que se tem são as condutas que desprezam ao invés de acolher, observadas em algumas falas e consequentemente nos serviços de saúde. Observou-se ainda um olhar diferente sobre o fenômeno entre os profissionais *psis* e os profissionais *não-psis*, contudo não foram analisadas estas diferenças uma vez que não foram estabelecidos critérios para tal.

A **Categoria 2**, que buscou caracterizar o acolhimento prestado aos pacientes atendidos revelou um perfil de demanda que não difere muito do que a literatura traz enquanto o perfil das pessoas que tentam suicídio, a saber sexo feminino, intoxicação medicamentosa, relações conflitivas com a rede de apoio próxima e o predomínio das chamadas *falsas tentativas*. Contudo, é preciso destacar uma diferenciação entre acolhimento e triagem e o que é realizado nos serviços. Nos locais pesquisados observou-se a realização de uma triagem com classificação de risco, que busca organizar a fila de espera a partir da gravidade da demanda. Contudo, o entendimento que o Ministério da Saúde apresenta acerca do acolhimento difere do que os profissionais caracterizaram como acolhimento na rotina dos serviços. Este busca ir além do processo de triagem, logo, demanda mais tempo, mais funções a serem realizadas no atendimento e que todos os profissionais da equipe estejam envolvidos no processo.

Na **Categoria 3**, que analisou o atendimento prestado ao paciente, observou-se que, ainda que apresentem diferentes configurações, os serviços de saúde dispõem de protocolos mínimos para atendimento ao paciente que chega às unidades por tentativa de suicídio. Também retoma aspectos já trazidos pelas categorias anteriores, como a inadequação da demanda aos serviços e diferentes

olhares sobre o fenômeno, cuja explicação pode estar relacionada à formação de cada profissional, conforme apontado anteriormente. Contudo, a principal diferença observada é a presença do Serviço de Psicologia em uma das unidades, o que facilita o atendimento e encaminhamentos realizados ao paciente pós-alta.

E a última categoria, a **Categoria 4**, caracterizou os encaminhamentos realizados ao paciente pós-alta a partir da avaliação de risco realizada pelos profissionais. Contudo, ainda que os profissionais estejam engajados na tarefa de garantir um acolhimento ou a continuidade do tratamento do paciente na rede, observam-se fragilidades no sistema de saúde, como poucas opções disponíveis para encaminhamento e consequente dificuldade de absorção de toda a demanda encaminhada.

De maneira geral, dada a relevância do suicídio às políticas de saúde pública – em especial de saúde mental –, este estudo agrega relevante conhecimento à temática, uma vez que é escassa a produção científica nacional que relacione *significados do suicídio e profissionais de saúde*. Contudo, não esgota as possibilidades de estudo do fenômeno do suicídio, uma vez que, por exemplo, o número de profissionais que participaram da pesquisa é pequeno em relação ao número de profissionais atuantes em urgências e emergências. Ainda, outras limitações podem ser destacadas como a recusa de profissionais em participar da pesquisa e a ausência de algumas categorias profissionais em todos os contextos de urgência e emergência pesquisados.

Desta forma, abre-se um leque de possibilidades de olhar o fenômeno que neste estudo não foram contempladas. Pode-se pensar em pesquisas que relacionem os significados atribuídos às tentativas de suicídio e o impacto destas sobre a prática profissional. Este permitiria entender em que medida os significados que o profissional atribui ao suicídio interferem na sua prática junto ao paciente. Também, outra possibilidade para pesquisas futuras são as diferenças de significados atribuídos às tentativas de suicídio por profissionais de saúde mental e os que não o são. Observou-se no presente estudo, ainda que sem critérios definidos para tal e que este não tenha sido um dos objetivos desta pesquisa, que há uma diferença na forma de entender o fenômeno, que pode vir a ter reflexos tanto positivos quanto negativos no atendimento ao paciente.

E por fim, seria interessante relacionar os significados atribuídos por profissionais de saúde e por pacientes às tentativas de suicídio praticadas, a fim de entender se em algum momento estes dialogam e qual seria este diálogo. Sobremaneira este estudo viria a

contribuir para um melhor atendimento aos pacientes que são acolhidos nos serviços, já que os profissionais estariam melhor preparados para lidar com esta demanda. Além disso, permitiria desconstruir algumas ideias errôneas a partir do momento que se tem a escuta de quem vivencia o sofrimento psíquico, o paciente.

Entende-se que o estudo do suicídio não é uma tarefa simples. O fenômeno apresenta uma série de nuances que precisam a todo tempo ser avaliadas a fim de que não se caia na armadilha de buscar subsídios no senso comum para explicá-lo. Tais armadilhas, nada mais são do que reflexo do preconceito ainda sofrido na sociedade pelas pessoas que tentam suicídio, nos seus mais diferentes contextos.

Da mesma forma, fica claro que os significados que as pessoas dão aos diferentes aspectos do seu cotidiano têm influências sobre seus atos. Assim, é urgente pensar em estratégias que deem conta de prevenir o suicídio e ao mesmo tempo ofereçam conhecimentos que levem a um olhar menos pautado em julgamentos e regras morais. Este olhar sobre o suicídio possibilitaria que a pessoa em sofrimento psíquico fosse melhor acolhida em qualquer contexto e conseqüentemente tivesse melhores chances de recuperação e de reinserção social.

Para concluir, não se pode deixar de refletir sobre a fala que inicia estas considerações finais. Para o participante, o paciente ingere substâncias que podem mata-lo porque é dentro que está a sua dor e metaforicamente, ele estaria matando o que o faz sofrer, ainda que para isso venha a morrer. Reitera-se assim, a presença de um sofrimento psíquico cuja dificuldade de ser externalizado leva o paciente a uma agressão contra si mesmo. Desta forma, mostra-se urgente a construção de espaços de acolhimento nos serviços de saúde melhor integrem aspectos físicos e emocionais no atendimento e ofereçam escuta adequada ao sofrimento psíquico, garantindo assim um atendimento que além de considerar os princípios do SUS, garantam um atendimento e encaminhamentos de qualidade.

8 REFERÊNCIAS

- Abreu, K.P; Lima, M.A.D.; Kohlrausch, E. & Soares, J.F. (2010) Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Rev eletrônica Enferm.* [on-line]. 12(1):195-200. Recuperado em 06 de novembro de 2013. Obtido em <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a24.htm>.
- Adjacic-Gross, V.; Weiss, M.G.; Ring, M.; Hepp, U.; Bopp, M.; Gutzwiller, F.; Rössler, W. (2008). Methods of suicide: internacional suicide patterns derived from the WHO mortality base. *Bulletin of the World Health Organization*. 86(9). pp. 726-732. Recuperado em 19 de outubro de 2012. Obtido em <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/9/07-043489/en/index.html>.
- Alvarez, A. (1999). *O Deus selvagem: um estudo do suicídio*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Antunes, A.; Brown, C.; Moraes, D. & Baby, P. (2002). Velha Infância. [Tribalistas]. Em *Tribalistas*. [CD]. Rio de Janeiro.
- Barbosa, H. & Reis, L. (1993). Notícia de Jornal [Chico Buarque e Maria Bethânia]. Em *Chico Buarque e Maria Bethânia Ao Vivo* [CD]. Rio de Janeiro.
- Barros, A.J.da S. & Lehfeld, N.A.da S. (2007). *Fundamentos de metodologia científica*. (3ªed.). São Paulo, SP: Pearson Prentice Hall.
- Batisde, R. (2001). *O candomblé da Bahia: rito nagô*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Bertolote, J. M.; Fleischmann, A. (2002) A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*. 7(2): 6-8. Recuperado em 09 de novembro de 2012. Obtido em <http://www.iasp.info/pdf/papers/Bertolote.pdf>.
- Bertolote, J. M.; Fleischmann, A. (2002a) Suicide and psychiatric diagnosis: a

worldwide perspective. *World Psychiatry* K (3), p. 181-185. Recuperado em 09 de novembro de 2012. Obtido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489848/>.

Bertolote, J.M.; Mello-Rantos, C. de. & Botega, N.J. (2010).\$Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v.32, pp. 87-95. Recuperato em 18 de outubro de 2012. Obtido em http2://www.scielo.br/scieLo.php?pid=S15164442010000600005&script=sci_arttext

Botega, N. J.; Regilato, D. G., Silva, S. V. da; Cais, C. F.0da S.; Rapeli, C. B.; ... Stefanello, S. (2005). Nursang personnel attitudes towards suicide: the development of a measurã scale* *Revista Brasileira de Pshquiatría*, 27(4), 315-318. Pecuperado em 10 de novembro de 2012. Obtido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-44462005000400011&lng=pt&nrm=iso&tlng=en&userID=-2.

Botega, N. J; Reginato, D. G.; Silva, S. V. da.; Cais, C. F. da S.; Rapeli, C. B.; Mauro, M. L. F.; ..., Stefanello, S. (2005). Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 315-318. Recuperado em 09 de novembro de 2012. Obtido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462005000400011

Botega, N. J; Marín-León, L.; Oliveira, H. B. de; Barros, M. B. de A.; Silva, V. F. da, Dalgalarrodo, P. (2009). Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 12, dez, pp. 2632-2638. Recuperado em 09 de novembro de 2012. Obtido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001200010&script=sci_arttext.

Botega, N. J. Werlang, B.S.G; Cais, C.F.S. & Macedo, M.M.K. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *PSICO*, 37(3): 213-20. Recuperado em 09 de novembro de 2012. Obtido em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewfile/1442/1130>.

- Brasil (2004) Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS]. Universidade Estadual de Campinas [UNICAMP]. *Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2007). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS.
- Brasil (2009) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2009a). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e outras violências*. Brasília: MS.
- Brasil (2012). Ministério da Saúde. Recuperado em 06 de novembro de 2012. Obtido em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=36654&janela=1.
- Brasil (2013). Ministério da Saúde. Recuperado em 06 de novembro de 2013. Obtido em <http://www.redehumanizasus.net/glossary/3#lettera>.
- Camus, A. & Gama, M.(2008). *O mito de Sísifo: ensaio sobre o absurdo*. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Guanabara.

- Campos, R. T. O.; Furtado, J. P.; Passos, E.; Ferrer, A. L.; Miranda, L. & Gama, C. A. P. (2009). Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Revista de Saúde Pública*, 43 (Suppl. 1), 16-22. Recuperado em 06 de novembro de 2013. Obtido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800004&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0034-89102009000800004.
- Carvalho, M.M.M.J de. (1996). Suicídio – a morte de si próprio. In: Bromberg, M.H.P.F.; Kovács, M.J.; Carvalho, M.M.M.J. de. & Carvalho, V.A. de. *Vida e morte: laços de existência*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Cassorla, R. M. S. (coord.) (1991). *Do suicídio: estudos brasileiros*. 2ª ed. Campinas, SP: Papirus.
- Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina [CIT/SC].(2012). Recuperado em 29 de setembro de 2012. Obtido em <http://www.cit.sc.gov.br>.
- Cervo, A.L; Bervian, P.A. & Silva, R. (2007). *Metodologia científica*. 6ª ed. São Paulo, SP: Pearson Prentice Hall.
- Codo, W. (1997). Um diagnóstico do trabalho (em busca do prazer). In Tamayo, A; Borges-Andrade. J. & Codo, W. (Eds.). *Trabalho, organizações e cultura* (pp. 21-40). São Paulo, SP: Cooperativa de Autores Associados.
- Crepaldi, M,A. (2012). Prefácio. In: Maliska, M.E. & Wallauer, A. *Suicídio: um desafio para profissionais de saúde*. Florianópolis, SC: Pandion.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage.
- Do Nascimento, C.A.D.; Silva, A. de B.; Silva, M. C. da & Pereira, M.H. de M. (2006). A significação do óbito hospitalar para enfermeiros e médicos. *Revista da Rede de Enfermagem do*

- Nordeste. 7(1). Recuperado em 09 de novembro de 2012. Obtido em <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/768/pdf>.
- Durkheim, E. (2008[1987]). *O suicídio*. São Paulo, SP: Editora Martin Claret.
- Fanger, P.C., Azevedo, R.C.S., Mauro, M.L.F., Lima, D.D., Gaspar, K.C., Silva, V.F... Botega, N.J. (2010). Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. *Rev Assoc Med Bras.*;56(2). pp.173-8. Recuperado em 22 de outubro de 2012. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a15v56n2.pdf>.
- Ferreira, J. (2004). “Por hoje se acaba a lida”: suicídio escravo na Bahia (1859-1888). *Afro-Ásia*, 31, pp. 197-243. Recuperado em 11 de novembro de 2012. Obtido em http://www.afroasia.ufba.br/pdf/31_12_porhoje.PDF.
- Ficher, A. M. F. T., & Vansan, G. A. (2008). Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(3), 361-374. Recuperado em 21 de outubro de 2012. Obtido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2008000300005.
- Freitas, A.P.A. de. (2011). *A representação do suicídio e sua percepção enquanto estratégia de enfrentamento e solução de problemas por usuários de um centro de atenção psicossocial* (Monografia de Especialização não publicada). Unidade de Ensino Superior Vale do Iguaçu; Instituto Sul-Paranaense de Altos Estudos. União da Vitória, PR.
- Freitas, A.P.A. de; Silveira, N.L.D. da (2008) Ética na pesquisa com sujeitos humanos: aspectos a destacar para investigadores iniciantes. *Psicol Argum.*;26(52):35-46. Recuperado em 09 de novembro de 2012. Obtido em www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=1982&dd99=pdf.

- Freud, S. (1996/1940). *Esboço de Psicanálise*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago.
- Gibb, S. J.; Beautrais, A. L. & Surgenor, L. J. (2010). Health-care staff attitudes towards self-harm patients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 44. pp. 713–720. Recuperado em 17 de novembro de 2012. Obtido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20636192>.
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5ª ed. São Paulo, SP: Atlas.
- Guest, G.; Bunce, A. & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*. February. 18: 59-82.
- Gulfi, A.; Dransart, D.A.C.; Heeb, J.L. & Gutjahr, E. (2010). The impact of patient suicide on the professional reactions and practices of mental health caregivers and social workers. *Crisis* v. 31 (4), pp. 202-210. Recuperado em 09 de novembro de 2012. Obtido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20801750>.
- Heikkinen, M., Aro, H., & Lönnqvist, J. (1994). Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 37765-72. Recuperado em 06 de novembro de 2013. Obtido em <http://ehis.ebscohost.com/ehost/detail?vid=7&sid=42a38cee-83b5-47e7-bbb7-ac44ff221f98%40sessionmgr113&hid=102&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mdc&AN=8053369>.
- Houaiss, A. & Villar, M. S. (2009) *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Kalina, E. & Kovadloff, S. (1983). *As cerimônias da destruição*. Rio de Janeiro, RJ: Livraria Francisco Alves Editora S/A.
- Kishi, Y.; Kurosawa, H.; Morimura, H.; Hatta, K.; Thurber, S. (2011). Attitudes of Japanese nursing personnel toward patients who have attempted suicide. *General Hospital Psychiatry*, 33. pp.393-397.

- Recuperado em 09 de novembro de 2012. Obtido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21762837>.
- Kliemann, D. V. O. (2007). *Estudo epidemiológico de óbitos por suicídio na região da Grande Florianópolis de 1991 a 2005* (Trabalho de Conclusão de Curso não publicado). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC.
- Knobel, M. Sobre a morte, o morrer e o suicídio. (1991). In: Cassorla, R.M.S. (coord.). *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas, SP: Papyrus.
- Kovács, M. J. Comportamentos autodestrutivos e o suicídio. In: Kovács, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
- Krug, E.G.; Dahlberg, L.L.; Mercy, J.A.; Zwi, A.B.; Lozano, R. (Eds). (2002). *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Lago, K. & Codo, W. (2010). *Fadiga por compaixão: o sofrimento dos profissionais em saúde*. Rio de Janeiro, RJ: Vozes.
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF. Recuperado em 05 de novembro de 2013. Obtido em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
- Loureiro, R.M. (2006). Um possível olhar do comportamento suicida pelos profissionais de saúde. *Scientia Medica*. v.16, n.2, abr/jun. Recuperado em 11 de novembro de 2012. Obtido em <http://revistaseletronicas.puocs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewDownloadInterstitial/1622/7913>.
- Macchiaverni, J. (2012). *Elaboração de um instrumento para registro de atendimento psicológico a tentativas de suicídio* (Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização não publicada). Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC.

- Maciél, C.L.C. (1994). Emoção, doença e cultura: o caso da hipertensão arterial. In: Romano, B.V. (org.) *A prática da psicologia nos hospitais.*: São Paulo, SP: Livraria Pioneira Editora.
- Maliska, M.E. & Wallauer, A. (2012). *Suicídio: um desafio para profissionais de saúde.* Florianópolis, SC: Pandion.
- Mann, J.J. (1998) The neurobiology of suicide. *Nature Medicine.* 4:25-30. Recuperado em 09 de novembro de 2012. Obtido em <http://www.nature.com/nm/journal/v4/n1/pdf/nm0198-025.pdf>.
- Mann, J.J. (2002). A Current Perspective of Suicide and Attempted Suicide. *Annals of Internal Medicine.* Vol.136(4), pp.302-11. Recuperado em 18 de outubro de 2012. Obtido em <http://annals.org/article.aspx?articleid=715132>.
- Marín-León, L.; Barros, M. B. A. (2003). Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Revista de Saúde Pública*, (S.l.), v. 37, n. 3, p. 357-363. Recuperado em 09 de novembro de 2012. Obtido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102003000300015&script=sci_arttext
- Martins Borges, L.; Mayorca, D.S. & Livramento, M. da S.(2012). Atendimento psicológico em situações de violência conjugal. In: Zurba, M. do C. (org). *Psicologia e saúde coletiva.* 1ª ed. Florianópolis, SC: Tribo da Ilha.
- Mascarenhas, M. D. M.; Silva, M. M. A. da, Malta, D. C.; Moura, L. de; Gawryszewski, V. P., Costa, V. C. ... Morais Neto, O. L. de. (2009). atendimentos de emergência por acidentes na Rede de Vigilância de Violências e Acidentes - Brasil, 2006. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5). pp. 1657-1668. Recuperado em 20 de outubro de 2012. Obtido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000500007&script=sci_arttext.
- Mayo, D.J. (1992) What is being predicts? Definitions of “suicide”. In: Maris, R.W, Berman, A.L., Maltzberger, J.J, YUFIT, R.I. (Ed.). *Assessment and prediction of suicide.* New York: The Guilford Press.

- Máximo, H. R. M. & Bosi, M. L. M. (2006) Saúde mental em um hospital público: o olhar de profissionais médicos do município do Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.293-316. Recuperado em 06 de novembro de 2013. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v16n2/v16n2a09>.
- Minayo, M.C.de S. (1998). A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública: a sociological concern and a public health problem. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, nº. 2. Recuperado em 09 de novembro de 2012. Obtido em <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0414.pdf>
- Minayo, M.C.de S. (2005). Suicídio: violência auto-inflingida. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde.
- M.C de S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Motta, C. C. L. da. (2011). *Depressão: sua compreensão e significados à luz da prática de psicólogos no contexto de uma rede municipal de saúde mental*. (Tese de doutorado não publicada). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC.
- Muhr, T. (2004). *Atlas/ti the knowledge workbench*. V 5.0 Quick tour for beginners. Berlin: Scientific Software Development.
- Nakagawa, M.; Kawanishi, C.; Yamada, T.; Iwamoto, Y.; Sato, R...Hirayasu, Y. (2009). Characteristics of suicide attempters with family history of suicide attempt: a retrospective chart review. *BMC Psychiatry*.9, 32. Recuperado em 09 de novembro de 2012. Obtido em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-9-32.pdf>.
- Oliveira, S. V. & Oda, A. M. G. R. (2008). O suicídio de escravos em São Paulo nas últimas duas décadas da escravidão. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos* 15(2), pp. 371-388. Recuperado em 11 de novembro de 2012. Obtido em

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010459702008000200008&script=sci_arttext.

Organização Mundial de Saúde [OMS], (2000). *Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

Organização Mundial de Saúde [OMS], (2006). *Prevenção do suicídio: manual para conselheiros*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

Osório, L.G. (2006). *Terceirização hospitalar: Estudo de caso do Hospital Governador Celso Ramos*. (Trabalho de Conclusão de Curso não publicado). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC.

Ramos, I. N. B. & Falcão, E. B. M. (2011). Suicídio: um tema pouco conhecido na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(4), 507-516. Recuperado em 26 de outubro de 2013. Obtido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000400010&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0100-55022011000400010.

Rapeli, C. B. & Botega, N. J. (2005). Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 285-289. Recuperado em 09 de novembro de 2012. Obtido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462005000400006&script=sci_arttext.

Reis, J. J. (1991) *A morte é uma festa, ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.

Resolução nº 1451 do Conselho Federal de Medicina [CFM] (1995). Dispõe sobre a regularização e regulamentação dos estabelecimentos de Prontos Socorros públicos e privados. Recuperado em 16 de novembro de 2012. Obtido em http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm.

- Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde (1996). Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Recuperado em 09 de novembro de 2012. Obtido em <http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>.
- Sá, N.N.B., Oliveira, M.G.C.; Mascarenhas, M.D.M.; Yokota, R.T de C.; Silva, M.M.A da.& Malta, D.C. (2010) Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007. *Rev Med Minas Gerais*. 20(2), pp.145-152. Recuperado em 09 de novembro de 2012. Obtido em <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewFile/235/218>.
- Sampaio, M. A., & Boemer, M.R. (2000). Suicídio: um ensaio em busca de um des-velamento do tema. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(4), 325-331. Recuperado em 06 de novembro de 2013. Obtido em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000400002&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0080-62342000000400002.
- Sethi, S. & Uppal, S. (2006). Attitudes of clinicians in emergency room towards suicide. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10(3): 182_185. Recuperado em 11 de novembro de 2012. Obtido em <http://ehis.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=42a38cee-83b5-47e7-bbb7-ac44ff221f98%40sessionmgr113&hid=2>.
- Severino, A.J. (2007). *Metodologia do trabalho científico*. 23ª ed. São Paulo, SP: Cortez.
- Silva, V. P. da. & Boemer, M. R. (2004) . O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v. 06, n. 02, pp. 143-152. Recuperado em 17 de novembro de 2012. Obtido em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/822/952>.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

- Sistema Nacional de Informações Tóxico Farmacológicas [SINITOX]. (2010). *Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Circunstância - Brasil, 2010*. Mangunhos, RJ: Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. SINITOX. Recuperado em 20 de outubro de 2012. Obtido em http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/media/b6.pdf
- Schnitman, G.; Kitaoka, E.G.; Arouca, G.S.de S.; Lira, A.L.da S.; Nogueira, D.; Duarte, M. B. (2010). Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v.34 n.1. jan/mar.. pp 44-59. Recuperado em 20 de outubro de 2012. Obtido em <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/12/17>.
- Souza, F.(2010). Suicídio – Dimensão do problema e o que fazer. *Debates: Psiquiatria Hoje*. Rio de Janeiro - RJ. Ano 2 . nº5.
- Spencer, J. (1993). John Stanley Coulter Lecture. The usefulness of qualitative methods in rehabilitation: issues of meaning, of context, and of change. *Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation*, 74(2), 119-126. Recuperado em 09 de novembro de 2012. Obtido em <http://ehis.ebscohost.com/eds/detail?vid=3&hid=121&sid=40bd7b7e-537f-441fb1225a9f449927b6%40sessionmgr11&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1lZHMtbG12ZQ%3d%3d#db=cmedm&AN=8431093>.
- Srivastava, M. & Tiwari R. (2012). A comparative study of attitude of mental health versus nonmental health professionals toward suicide. *Indian Journal of Psychological Medicine*. v.34, pp 66-69. Recuperado em 09 de novembro de 2012. Obtido em <http://www.ijpm.info/article.asp?issn=0253-7176;year=2012;volume=34;issue=1;spage=66;epage=69;aulast=Srivastava>.
- Strauss, A.; Corbin, J. (2008) Pesquisa qualitativa. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed.

- Suokas, J.; Suominen, K. & Lönnqvist, J. (2008). Psychological distress and attitudes of emergency personnel towards suicide attempters. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(2), 144-146. Recuperado em 09 de novembro de 2012. Obtido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18569778>.
- Suominen, K.; Suokas, J. & Lönnqvist, J. (2007). Attitudes of general hospital emergency room personnel towards attempted suicide patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(5), 387-392. Recuperado em 09 de novembro de 2012. Obtido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17990201>
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514. Recuperado em 09 de novembro de 2012. Obtido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025
- Turecki, G.; Brière, R.; Dewar, K.; Antonetti T., Lesage, A.,...Séguin, M. (1999). Prediction of level of serotonin 2A receptor binding by serotonin receptor 2A genetic variation in postmortem brain samples from subjects who did or did not commit suicide. *American Journal of Psychiatry*, 156:1456-8. Recuperado em 09 de novembro de 2012. Obtido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10484964>
- VandenBos, G. R (2010) (org). *Dicionário de Psicologia da APA*. Tradução de Bueno, D; Veronese, M.A.V.; Monteiro, M.C. revisão técnica Nunes, M.L.T. e Frizzo, G.B. Porto Alegre, RS: Artemed.
- Veneu, M. G. (1994) *Ou não ser: uma introdução à história do suicídio no Ocidente*. Brasília, Ed. UNB.
- Waiselfisz, J. J.(2011) *Mapa da Violência 2011: Os jovens do Brasil*. Brasília, DF:
Instituto Sangari. Ministério de Justiça. Governo Federal. pp. 1-163. Recuperado em 18 de outubro de 2012. Obtido em <http://www.sangari.com/mapadaviolencia/pdf2011/MapaViolencia2011.pdf> .

- Werlang, B. S. G. (2000) Proposta de uma entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio (Tese de doutorado não publicada) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
- Werlang, B.S.G. & Asnis, N. (2004). Perspectivo histórico-religiosa. In: Werlang, B.G. & Botega, N. J. (2004) *Comportamento suicida* (pp. 59-74). Porto Alegre, RS: Artmed Editora.
- Werlang, B.G. & Botega, N. J. (2004). *Comportamento suicida*. Porto Alegre, RS: Artmed Editora.
- Werlang, B. S. G.; Macedo, M. M. K. & Asnis, N. (2005) Entrevistas retrospectivas: autópsias psicológicas. In: Macedo, M. M. K.; Carrasco, L. K. (Orgs.) (*Con*)*textos de Entrevista: olhares diversos sobre a interação humana*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- World Health Organization [WHO], (1999). *Figures e facts about suicide*. Geneva: Department of Mental Health, World Health Organization.

9 APÊNDICES

9.1 APÊNCICE 1



QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

1. Idade: _____
2. Sexo: Feminino () Masculino ()
3. Estado civil: _____
4. Religião: _____
5. Formação superior em: _____
6. Grau de escolaridade:
() graduação () especialização () mestrado () doutorado
() pós-doutorado
7. Tempo de profissão: ____ 8. Tempo de serviço na Instituição: _____
9. Tempo de serviço em urgências ou emergências: _____
10. Tipo de vínculo profissional:
() concurso público () processo seletivo () temporário
() outros _____
11. Na sua prática profissional, quantas tentativas de suicídio já atendeu?
12. Fez algum curso para lidar com tentativas de suicídio?

9.2 APÊNCICE 2



ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Defina suicídio.
2. O que você pensa sobre suicídio?
3. Como é o paciente que chega na urgência/emergência com tentativa de suicídio (TS)?
3. Que características você observa como comuns a estes pacientes?
4. Em qual horário o paciente geralmente chega na Unidade?
5. Qual a frequência diária de pacientes com TS na urgência/emergência?
6. Quais dias/semanas são os mais frequentes?
7. O que você acha que leva uma pessoa a cometer suicídio?
8. Quais são os procedimentos adotados quando o paciente chega no acolhimento da urgência/emergência?
7. Qual a maior dificuldade que você observa nesse processo de acolhimento?
8. Que aspectos facilitam o atendimento a este paciente?
9. O que você acha das pessoas que tentam suicídio?
10. Quais as intervenções realizadas junto a este paciente depois do acolhimento?
11. O paciente que chega com TS desperta algum sentimento ou emoção em você? Quais?
12. Quais encaminhamentos você realiza após o atendimento deste paciente?
13. Na sua opinião, por que as pessoas cometem suicídio?

9.3 APÊNCICE 3



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro participante,

Eu, **Ana Paula Araujo de Freitas**, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), convido-o (a), a participar do processo de coleta de dados de minha Dissertação de Mestrado, sob orientação do Prof. Dra. Lucienne Martins Borges, cujo título é **“Emergência” nas emergências: Significados das tentativas de suicídio para profissionais de saúde do município de Florianópolis**. O seu papel enquanto participante consiste em responder às questões de um roteiro de entrevista semi-estruturado e a um questionário sócio-demográfico, procedimento este que não oferece nenhum tipo de risco. Todos os dados de identificação serão omitidos e não serão divulgados em momento algum do estudo.

Sua participação é importante pois permite investigar os significados que os profissionais de saúde que atendem em serviços de urgência e emergência têm acerca das tentativas de suicídio, fenômeno este cada vez mais presente em nossa sociedade e no cotidiano destes serviços. A sua participação é voluntária, logo não será remunerada e a pesquisadora estará à disposição para qualquer esclarecimento. Você é livre para recusar a dar resposta a qualquer questão, parar ou desistir da participação a qualquer momento, sem ser penalizado ou ter algum prejuízo. As informações obtidas serão utilizadas na elaboração do trabalho científico que poderá vir a ser publicado em meios acadêmicos

e científicos. Os resultados da presente pesquisa serão apresentados aos participantes após a defesa da Dissertação, em data a ser agendada.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar do estudo, solicito sua assinatura em duas vias no referido Termo, sendo que uma delas permanecerá em seu poder. Para quaisquer outras informações, coloco-me a sua disposição pelo telefone: **(48) 96557412** e ou no e-mail: **ana.pfreitas@yahoo.com.br**.

Eu.....
.....,, RG:....., declaro através deste documento o meu consentimento em participar da pesquisa intitulada **“Emergência” nas emergências: Significados das tentativas de suicídio para profissionais de saúde do município de Florianópolis..** Declaro ainda, que estou informado (a) dos objetivos da pesquisa, do método, dos meus direitos de desistir participar a qualquer momento e também do meu anonimato.

Assinatura do participante da pesquisa:

Florianópolis, ___ de _____ de 2013.

Ana Paula Araujo de Freitas

Pesquisadora principal

Mestranda

Prof^a Dra. Lucienne Martins Borges

Pesquisadora responsável

Orientadora