

## DESAFIOS E PERPLEXIDADES NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA A QUEM TENTA SUICÍDIO

CHALLENGES AND PERPLEXITIES IN EMERGENCY CARE FOR THOSE  
ATTEMPTING SUICIDE

DESAFÍOS Y PERPLEXIDADES EN LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA A  
PERSONAS CON INTENTOS DE SUICIDIO

Wilma Suely Batista Pereira<sup>1</sup>

**RESUMO:** Pesquisa qualitativa, de campo. Objetivo Geral: Analisar concepções mantidas pelos profissionais sobre o atendimento às pessoas em tentativas de suicídio. Específicos: Elencar sentimentos, opiniões e emoções manifestos pelos participantes em torno do atendimento de pessoas que tentaram suicídio; verificar as experiências narradas pelos participantes em relação atendimentos de pessoas em situação de tentativas e mortes por suicídio; levantar os procedimentos mais frequentemente utilizados nos atendimentos de pessoas que tentaram suicídio. Método: Dados coletados através da técnica “Bola de Neve”, com formulário *online* e analisadas a partir da Análise de Conteúdo. Resultados: As categorias analíticas foram: 1. Impacto; 2. Dialética dos motivos para tentar morrer; 3. Emergência Ilegítima; 4. O sofrimento de quem atende. Conclusão: ainda há estigmatização em relação a pessoa com comportamento suicida por parte dos profissionais A ausência de psicólogos na atenção básica impacta nos serviços de urgência/emergência. Conhecer as concepções dos profissionais de saúde é importante para a elaboração de políticas públicas de assistência à saúde mental da população, bem como reestruturar os serviços de urgência e emergência, com treinamentos para as equipes.

**Palavras-chaves:** Suicídio. Emergências hospitalares. Políticas públicas.

**ABSTRACT:** Qualitative, field research. General Objective: To analyze the conceptions held by professionals about caring for people in suicide attempts. Specific: List the feelings, opinions and emotions expressed by the participants around the care of people who have attempted suicide; to verify the experiences narrated by the participants in relation to care for people in situations of suicide attempts and deaths; survey the procedures most frequently used in the care of people who have attempted suicide. Method: Data collected through the “Snowball” technique, with an online form and analyzed using Content Analysis. Results: The analytical categories were: 1. Impact; 2. Dialectics of reasons for trying to die; 3. Illegitimate Emergency; 4. The suffering of those who attend. Conclusion: there is still stigmatization in relation to the person with suicidal behavior by professionals The absence of psychologists in primary care impacts urgent/emergency services. Knowing the conceptions of health professionals is important for the elaboration of public policies for the mental health care of the population, as well as for restructuring urgency and emergency services, with training for the teams.

**Keywords:** Suicide. hospital Emergencies. Public policies.

---

<sup>1</sup> Doutora em ciências: desenvolvimento socioambiental; professora Titular do Departamento de Ciências Jurídicas da Universidade Federal de Rondônia. Líder do Observatório de Violência, Suicídio e Política Pública -OBSAT. wilsue@unir.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2330-2805>.

**RESUMEN:** Investigación cualitativa, de campo. Objetivo General: Analizar las concepciones que tienen los profesionales sobre el cuidado de las personas en intento de suicidio. Específicos: Enumerar sentimientos, opiniones y emociones expresadas por los participantes en torno al cuidado de personas que han intentado suicidarse; verificar las experiencias narradas por los participantes en relación a la atención a personas en situaciones de intento de suicidio y muerte; relevar los procedimientos más utilizados en la atención de personas que han intentado suicidarse. Método: Datos recolectados a través de la técnica “Bola de Nieve”, con formulario en línea y analizados mediante Análisis de Contenido. Resultados: Las categorías analíticas fueron: 1. Impacto; 2. Dialéctica de las razones para intentar morir; 3. Emergencia ilegítima; 4. El sufrimiento de los asistentes. Conclusión: aún existe estigmatización en relación a la persona con conducta suicida por parte de los profesionales La ausencia de psicólogos en atención primaria impacta en los servicios de urgencias/emergencias. Conocer las concepciones de los profesionales de la salud es importante para la elaboración de políticas públicas de atención a la salud mental de la población, así como para la reestructuración de los servicios de urgencia y emergencia, con formación de los equipos.

**Palabras claves:** Suicidio. Urgencias hospitalarias. Políticas públicas.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos vinte anos, considerando o incremento nas fichas de notificação de tentativas e mortes por suicídio, os profissionais de saúde têm sido cada vez mais acionados nos serviços de urgência e emergência públicos ou particulares por pessoas em tentativas de suicídio, já adentrando nos serviços em risco de morte iminente sem quaisquer informações de acompanhamento anterior por psicólogos. Tal situação ganhou dimensões ainda mais assustadoras em decorrência da pandemia de SARS COVID-19 e o luto social instalado, cujas proporções só serão conhecidas posteriormente.

O aumento das tentativas de suicídio suscita preocupação em relação ao alcance da rede pública de cuidados junto à população. Por um lado, na sociedade, a estigmatização em torno das demandas mentais. Do outro lado, despreparo e conflitos ético-religiosos por parte de profissionais que estão nos serviços (Botega & Werlang, 2004). Do ponto de vista do Estado, ausência de políticas públicas voltadas exclusivamente para a prevenção e posvenção do suicídio.

Passados quase duas décadas desde a reflexão de Botega e Werlang, o Brasil segue sem políticas públicas de saúde mental em nível primário. Em conjuntura pandêmica, a Organização Mundial de Saúde reafirma a preocupação com as taxas de mortes por suicídio em todos os continentes, principalmente entre os homens, recomendando controle de vendas de pesticidas e armas de fogo; interação com a mídia que divulga casos de suicídio, promoção de habilidades socioemocionais para a vida junto a adolescentes; identificação, avaliação, gestão precoce e acompanhamento de qualquer pessoa afetada por comportamento

suicida (WHO, 2021).

O Sistema Único de Saúde (SUS), por exemplo, não conta com psicólogos atendendo nas unidades básicas de saúde. O modelo assistencial público hoje apresentado necessita de adequações na equipe, visando prevenir suicídios além de promover outros aspectos da saúde mental. A ausência da(o) psicóloga(o) e equipes interdisciplinares treinadas impede o diagnóstico da ideação suicida nos primeiros estágios e a adequada intervenção. Em consequência, hospitais e serviços de pronto-socorro são os destinos das pessoas socorridas em situação de autolesões e posteriormente encaminhadas aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes terminam por ficar sobrecarregados e a demanda reprimida permanece alta. A posvenção é algo desconhecido nas unidades públicas de saúde, restando à população enlutada e/ou sobrevivente buscar individualmente psicoterapia ou acompanhamento psiquiátrico.

No cotidiano do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e setores de emergência dos hospitais percebe-se o grande desafio de adequar o processo de trabalho assistencial às especificidades do paciente que tentou suicídio e que, portanto, apresenta comportamento suicida de alto risco. Os protocolos de segurança do paciente comumente utilizados não alcançam as necessidades do paciente com comportamento suicida. Não há na rede sistema de referência e contra referência além dos CAPS; o seguimento das famílias em risco é inexistente e permanece o impasse, que só se resolverá com políticas públicas claras e todas as providências consequentes.

Os agentes das políticas públicas são profissionais de saúde, pessoal administrativo e de apoio que mediam a relação entre Estado e população que apresenta suas demandas de saúde no serviço público. É do trabalho organizado desses agentes, garantido pela política pública através de treinamentos, insumos, ambiência laboral, plano de carreira, cargos e remuneração, que surgem os resultados e transformações para retroalimentar os sistemas de avaliação, monitoramento e controle das políticas públicas. Por isto, tão importante quanto a preservação da vida de quem tenta, é a saúde mental das equipes que atendem nos serviços de transporte e nos prontos-socorros.

A pessoa em tentativa de suicídio contraria todos os protocolos de atendimento comumente postos. Não se enquadra em acidente (embora às vezes se siga protocolos semelhantes); nem sempre está em surto; nem se enquadra em doença aguda; nem em

doença crônica. É situação atípica, na maior parte das vezes permeada de violência, em que, em breves linhas, uma pessoa aparentemente saudável chega ao hospital ferida por ela própria, com objetivo de morrer. Frequentemente essa situação provoca diversos sentimentos por parte de quem atende e constitui ocasião premente cujo manejo e controles posteriores exigem novas metodologias de processo de trabalho, medidas de segurança imediata e acolhimento.

Entende-se necessário empreender as variadas ações de suporte gerencial para adequações do processo de trabalho; ações clínicas de avaliações de risco de suicídio para o paciente em crise que vai ser internado; suporte administrativo para adaptações de tamanho, funções e rotatividade das equipes; como também garantir atendimento psicológico aos profissionais que atendem pessoas em tentativa de suicídio.

Para se orientar construção de espaços de trabalho acolhedores para os envolvidos na assistência às pessoas em tentativas, é necessário compreender as concepções mantidas pelos profissionais, fatores estressores e de alívio, para eleger as estratégias de transformações no processo de trabalho e no ambiente laboral.

Durante a revisão de literatura realizada para estruturar o protocolo de pesquisa, viu-se tendência de discreto aumento do número de estudos publicados no Brasil sobre atitudes, percepções e representações de profissionais de saúde da Atenção Básica, da Saúde Mental, do pronto socorro em torno do comportamento suicida (RESENDE DORIA, FARO, 2017; FREITAS, BORGES, 2017, entre outros). Acredita-se que está clara a tendência de procurar entender como os agentes de políticas públicas se sentem e se posicionam diante do fenômeno, para abrir possibilidades de propor estratégias, orientações e reestruturação dos serviços mais coerentes com as reais necessidades dos pacientes e das equipes. O aumento dos estudos realizados nestas perspectivas é expressão dos avanços da ciência em direção ao deslinde do fenômeno suicídio, em várias frentes, como resposta à grande complexidade na qual está mergulhado.

Diante do exposto, entende-se que a presente investigação traz contribuição para manuais de treinamentos das equipes e também para a elaboração de políticas públicas necessárias para o contexto político e social que se enfrentará nos próximos anos pós pandemia.

## Objetivos

Geral: Analisar as concepções mantidas por profissionais sobre o atendimento às pessoas em tentativas de suicídio, suas dificuldades pessoais e do serviço, emoções e sentimentos.

Específicos:

- Elencar sentimentos, opiniões e emoções manifestos pelos participantes em torno do atendimento de pessoas que tentaram suicídio;
- Verificar as experiências narradas pelos participantes em relação atendimentos de pessoas em situação de tentativas e mortes por suicídio;
- Levantar os procedimentos mais frequentemente utilizados nos atendimentos de pessoas que tentaram suicídio.

## MÉTODOS

Investigação exploratória descritiva de abordagem qualitativa realizada junto a 39 profissionais de saúde, dos quais 19 enfermeiras(os); nove técnicas(os) de enfermagem, seis médicas(os) e cinco psicólogas(os). Quanto ao local de trabalho, os participantes se dividiram da seguinte forma: 16 trabalham nas UPAS; 12 no setor de emergência de hospitais públicos e privados e 11 trabalham no SAMU.

### Procedimentos de coleta e cuidados éticos

Considerando o contexto de pandemia, em vigência dos protocolos de prevenção de contaminação por SARS CoV 2 e cepas variantes, além das restrições de acesso aos locais de trabalho dos profissionais possíveis participantes da pesquisa, os depoimentos foram coletados através de formulário eletrônico, com amostragem não probabilística do tipo “Bola de Neve”.

Os números de telefone ou e-mails dos profissionais foram obtidos através da amostragem não probabilística em “bola de neve”, que se faz a “partir de cadeias de referência, indicada para quando se deseja estudar grupos difíceis de serem acessados” (VINUTO, 2014, p. 203) Esta técnica se aplica cada vez mais frequentemente a estudos qualitativos, quando não se conhece o tamanho do universo amostral (BOCKORNI & GOMES, 2021).

Assim, como não se sabe o universo de profissionais de enfermagem, medicina, serviço social, psicólogo, técnico de enfermagem que trabalham nos serviços/setores de

urgência/emergência e atendimento pré-hospitalar públicos e privados, a pesquisa proposta se encaixa no modelo de amostragem não probabilística e abordagem analítica qualitativa.

Após a aprovação do protocolo de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa, o link foi enviado a um profissional de cada categoria: enfermeiro, psicólogo, assistente social, técnico de enfermagem entre os que fazem parte das redes sociais da pesquisadora e que desenvolvem atividades na assistência pré-hospitalar, nos setores de urgência e emergência de hospitais e serviços públicos e privados. Estes são informantes-chaves, denominados “sementes” da amostragem em Bola de Neve (VINUTO, 2014; BOCKORNI, GOMES, 2021) que ajudam o pesquisador a localizar alguns possíveis participantes da pesquisa, dentro do perfil definido no projeto de investigação, como primeira ação para se iniciar o trabalho de coleta de dados.

Para a realização de uma amostragem em bola de neve é necessário que haja um intermediário inicial, também denominado de semente, que localiza ou aponta algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa a ser realizada. A semente pode, inclusive, ser um dos participantes. As pessoas indicadas são então solicitadas a indicarem mais pessoas. Dessa forma, a amostra, que antes era difícil de ser calculada probabilisticamente ou até mesmo de difícil acesso, expande-se, na maioria das vezes, satisfatoriamente (BOCKONI, GOMES, 2021, p. 108)

Na pesquisa em tela, aos profissionais que fazem parte das redes sociais da pesquisadora foram enviadas mensagens solicitando indicações de profissionais que trabalham nos serviços/setores de urgência/emergência, UPAs, atendimento pré-hospitalar, para que a pesquisadora pudesse através de mensagens convidar para participar da pesquisa como participantes e “sementes”. Solicitou-se às sementes para se quisessem, divulgar o link nos grupos de aplicativo de mensagens de cada serviço, equipe ou setor entre os citados, dos quais fazem parte, de modo a possibilitar a difusão do formulário junto aos profissionais. Os profissionais indicados pelas sementes que aceitaram participar da pesquisa também responderam a uma pergunta ao final do formulário sobre possibilidade de divulgar o link do formulário para outros colegas que detêm os atributos para participar da pesquisa e assim, em rede, o link se espalhou entre os possíveis participantes da pesquisa.

O Termo de consentimento Livre e Esclarecido constou da primeira tela do questionário on line, de acordo com objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e disponibilizado o contato da pesquisadora e do Comitê de Ética em Pesquisa da universidade sede da pesquisa, para os esclarecimentos necessários. Ao todo foram nove perguntas sendo duas fechadas e sete abertas. Os dados foram coletados durante os meses de novembro de

2021 a janeiro de 2022.

Os depoimentos foram analisados através da técnica de Análise de Conteúdo ao fim da qual se chegou às seguintes categorias: O impacto; Dialética dos motivos para tentar morrer, da qual emergiram três subcategorias: carência; acúmulo e deficiência; Emergência ilegítima; Sofrimento de quem atende. As categorias que devem possuir certas qualidades de homogeneidade, possibilitando a interpretação (BARDIN, 2016).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sobre os procedimentos feitos durante o atendimento, os participantes listaram suas atividades em seus depoimentos, de acordo com a Tabela 1. A primeira coluna apresenta os procedimentos listados pela ordem em que são citados nas respostas. A segunda coluna apresenta a frequência com que os procedimentos aparecem nas respostas. Iniciar o formulário com perguntas objetivas e depois uma pergunta sobre quais os procedimentos que desenvolveu, foi estratégico para estimular o profissional a se lembrar dos atendimentos que realizou, para, com isto, acessar também a lembrança dos sentimentos e emoções vivenciados durante os atendimentos. A ordem em que os procedimentos foram listados (unidades de registro e de contexto) e a frequência com que apareceram nas respostas, constituíram índices para a enumeração analítica do conteúdo dos formulários, sobretudo porque foram coocorrências do tipo associação (BARDIN, 2016).

**Tabela 1** - Procedimentos realizados durante o atendimento e repetições

Procedimento	Ocorrências
Medicação na veia; punção venosa; instalação de venóclise	7
Lavagem gástrica	12
Aferição de SSVV	4
Intubação Orotraqueal	2
Inserção de Sonda nasogástrica	1
Curativo	2
Cuidados de enfermagem intensivos	2
Sutura, rafia	2
Ressuscitação Cardiopulmonar	3
Imobilização	1
Contenção no leito	1
Acolhimento e encaminhamento ao psiquiatra	2
Acolhimento	4
Palavras de conforto e esperança	1
Conversa e acolhimento	1
Orientações para os familiares	4
Encaminhamento ao CAPS	3
Notificações	1

**Fonte:** PEREIRA, 2022.

Punção venosa apareceu primeiro em sete respostas, confirmando, junto com a lavagem gástrica, ressuscitação cardiopulmonar, intubação orotraqueal bem como outros procedimentos citados na Tabela 1 que o atendimento era de fato emergencial. A predominância de lavagens gástricas indica tentativas por ingestão de medicamentos ou venenos.

Em duas respostas acolhimento esteve em primeiro lugar na ordem dos procedimentos. Nas demais, acolhimento, orientações e encaminhamentos aparecem depois dos procedimentos técnicos: “Avaliamos, medicamos e confortamos o paciente e encaminhamos para a avaliação psiquiatra” (P12). Daí, se infere que a emergência foi organizada pelos ditames técnicos de salvamento, no momento do atendimento e também na narrativa dos participantes. A especificidade “tentativa de suicídio” foi ressaltada pelos participantes da pesquisa, quando relatam que fizeram acolhimento, orientações, conversaram, escutaram ofereceram apoio emocional, encaminharam aos serviços de Psicologia e Psiquiatria. Durante enumeração para análise, percebeu-se que esta ordem e frequências apontam para atendimentos em três tempos: um tempo técnico, imediato; um tempo de acolhimento, orientações e o terceiro tempo, de encaminhamentos e notificação.

P11 e P24 narram tempos inversos em relação aos demais depoimentos: “Prestado apoio emocional, afastados riscos que atentem contra a sua saúde (queda, corte, fechar janelas, afastar objetos gerais que possam ser utilizados para produzir lesão). Prestadas orientações gerais ao familiar, medicado conforme prescrição” (P 11). “Acolhimento, vigilância e orientações ao familiar sob a importância do tratamento” (P24). O apoio emocional e diálogo como primeiros procedimentos indicam um processo de trabalho com ações dirigidas às demandas específicas de quem tentou suicídio. P 11 enumera medidas para controle do ambiente onde o paciente iria ficar, envolveu o acompanhante na assistência, prestando orientações.

Chama à atenção na tabela 1, a expressão “Palavras de conforto e esperança” na lista de procedimentos realizados pelos profissionais. No corpus analisado, esta resposta constava apenas desta frase, e leva à unidade de contexto “compaixão”. A presença do profissional de Psicologia na equipe situa a palavra no mesmo patamar de importância que os procedimentos técnicos (excetuando-se os de emergência, claro), sobretudo porque no socorro a alguém em tentativa de suicídio a palavra pode significar a diferença entre prosseguir com o plano de morrer ou começar a se sentir vinculado à vida.



Uma das peculiaridades da assistência pré-hospitalar é o hiato de tempo que se dá no trajeto até o hospital, que abre oportunidade de aproximação entre o profissional e a pessoa em atendimento, como P<sub>31</sub> ressalta: “Primeiros atendimentos depois o transporte para a unidade hospitalar mais próxima. No decorrer do transporte tentamos alguma comunicação com o paciente para minimizar o problema”.

Observando a **Tabela 2**, vê-se emoções e sentimentos e suas ocorrências nas respostas, que se tornaram unidades de registro fundamentais para a codificação dos depoimentos, enumeração e posterior categorização à luz de Bardin (2016). Impotência foi o sentimento mais recorrente.

**Tabela 2-** Descrição de como se sentiu durante o atendimento

Como se sentiu durante o atendimento	Ocorrências
Despreparada (o)	3
Sentiu pena	3
Sentiu tensão	3
Impotente	4
Medo	3
Sentiu rejeição	2
Nervosa (o)	2
Angustiado (o)	2
Sentiu irritação e pena	1
Sentiu preocupação e comoção	3
Útil	3
Vontade de auxiliar	1
Tranquila(o)	1
Pesarosa (o)	1

**Fonte:** PEREIRA, 2022.

Os depoimentos revelam entendimento da complexidade das necessidades de saúde da pessoa que tenta suicídio e a importância de compor equipes multiprofissionais para atendimento imediato. 65,7% dos participantes responderam que cabe à equipe como um todo. 20% acham que cabe ao psiquiatra e 20% consideram atribuição do psicólogo.

*Ao meu ver é um problema de saúde pública e precisa de uma equipe multidisciplinar para atuar, desde justiça, saúde, serviço social, segurança. Não vejo como um campo de atuação privativo ou exclusivo dessa ou daquela profissão. (P38). O depoimento de P38 traz uma visão mais próxima das discussões atuais sobre o suicídio, que vão em direção às práticas sociais envolvendo toda a sociedade nas discussões de sinais de comportamento suicida, fatores de risco e proteção, estratégias coletivas de apoio à valorização da vida. Cabe a todos os profissionais!!! Pois podem dar entrada por mais diversos meios...*

*portanto o trabalho interdisciplinar é indispensável. Em relação essa temática temos muito o que avançar e desmistificar, pois o tabu e as abordagens inadequadas pioram muito a situação (P20).*

O depoimento de P 20 revela preocupação com as abordagens inadequadas: Dentre todo o corpus analisado, esta foi a única expressão clara de preocupação com os tabus e abordagens inadequadas junto à pessoa que tentou morrer. A necessidade de treinamento para este atendimento específico se mostra fundamental para se atender as demandas de saúde que a pessoa em crise suicida apresenta tanto durante quanto depois do atendimento imediato.

Sendo a Análise de Conteúdo um conjunto de técnicas, a trajetória analítica complexa e amparada na meticulosa descrição das etapas (Bardin, 2016) permitiu verificar que emergiram dos depoimentos as seguintes Categorias Analíticas: O impacto; Dialética dos motivos para tentar morrer, das quais emergiram três subcategorias carência; acúmulo e deficiência; Emergência ilegítima; O sofrimento de quem atende.

### **Categoria O impacto**

Nesta categoria estão os depoimentos que se referem às primeiras impressões, ao se depararem, no seu plantão, com a pessoa que tentou suicídio:

Me senti despreparado (a) para aquilo ... (P18).

É o tipo de atendimento que me causa sentimento de tristeza e impotência! (P 9). Por vezes me senti compadecido pois é muito difícil lidar com os sentimentos de quem tenta suicídio, parece que tudo fica muito confuso pra quem comete tal ato. (P2). Senti muita pena, fiquei arrasado, em todas as vezes. Mesmo com tantos anos de experiência. É triste demais” (P 11). Tensão e medo, pois não sabemos o que se passa na mente da pessoa, nem o transtorno. As vezes um sentimento de dúvida, pois no meu caso, a maioria dos pacientes eram jovens. (P 32).

Os quatro depoimentos trazem expressões que indicam impacto ante a situação. Estar despreparado para “aquilo” revela o quanto a tentativa de morte por suicídio é ainda abundante de significados e desafios.

Nos últimos 30 anos, a ciência avançou em muitas direções e com este avanço, vem o paradoxo: se por um lado, a Neurociência amplia os conhecimentos sobre a produção da mente pelo cérebro; por outro, a formação dos profissionais de saúde vem sendo distanciada do entendimento do simbólico, das vivências e representações, vistas como não passíveis de comprovação científica, em descompasso com uma sociedade assolada pela Pandemia, à busca de explicações metafísicas, mágicas e soluções rápidas para a dor instalada. Inevitavelmente, os caminhos da academia refletem este conflito de abordagens

no atendimento oferecido nos serviços. Forma-se profissionais técnicos e, na maior parte das oportunidades, avessos às queixas difusas, de dores emocionais e desesperança.

Em que pesem o alerta dado pela Organização Mundial de Saúde sobre o suicídio, os enquadramentos feitos pela Psicopatologia, as atualizações da CID e do DSM, ampliando as taxonomias e facilitando a identificação, registro e condutas na esfera clínica; a pessoa que tenta e que por isso é levada até as unidades de pronto atendimento e emergências de hospitais, ainda está sem lugar na assistência. Ainda é “aquilo”, o inominável, desconcertante.

Embora as notificações nas primeiras horas após o atendimento sejam obrigatórias desde 2011, ainda se percebe relatórios e laudos ressaltando lesões e condições clínicas secundárias e não o suicídio em si. Assim, as unidades de sentido: “despreparado”, “impotente”, “desconforto”, bem como os demais sentimentos e emoções referidos na tabela 2 ganham coerência como expressões de perplexidade para quem está permanentemente coagido pela biopolítica a saber com que adversário está em peleja e a frustração de ver que com aquele (a) paciente, a propedêutica clássica não funciona (MINAYO, 2005).

Estudos publicados desde a primeira década do século 21 têm trazido à discussão o despreparo de profissionais de saúde ante os pacientes com comportamento suicida, como um dos desafios a se enfrentar no treinamento, na formação acadêmica e na organização dos serviços. O contato com alguém que deu entrada no serviço de saúde por tentar morrer pode produzir conflitos emocionais, ansiedade, opiniões desfavoráveis, reações negativas, temor de errar a conduta clínica ao avaliar o paciente (VIDAL & GONTIJO, 2013; OLIVEIRA, COLLARES, NOAL & DIAS, 2016). Diferentes estudos e épocas, mesmas lacunas em torno da abordagem da pessoa com comportamento suicida.

Profissionais de saúde precisam apresentar empatia, espontaneidade, calma confiante, limites, como atributos para atender uma pessoa em crise suicida de maneira eficaz e acolhedora (BOTEGA, 2015). A calma confiante é um ajustamento interno causada pela convicção de que é capaz de exercer sua função e oferecer ao paciente algo que também sente em si. O limite é importante para que fique claro até onde vai o espaço de atuação e responsabilidade do profissional junto ao paciente, sem onipotência nem frieza (Botega, 2015).

## Dialética dos motivos para tentar morrer

Em relação ao que pensam sobre o motivo que teria levado as pessoas que atendeu a tentar morrer, emergiram três subcategorias de acordo com as unidades de registro e suas ocorrências nos depoimentos conforme **Tabela 3**.

**Tabela 3** - Subcategorias e unidades de significado

Subcategoria Carência	Subcategoria Acúmulo	Subcategoria Deficiência
Resiliência	Estado psicológico* completamente alterado	Dificuldade de se adaptar às dores
Esperança	Depressão	Fraqueza espiritual
Maturidade	Dores psicológicas	Fragilidade
Jesus no coração	Repetidas decepções e frustrações	Baixa autoestima
Compreensão pela família/em casa	Desesperança	Dificuldade de resolver problemas sozinho
Deus na própria vida	Tristeza	Desvalorização pessoal
Diálogo	Dependência química	Busca por adrenalina e experiência de quase morte
Socialização com as famílias	Alcoolismo	Chamar atenção
Deus nas famílias	Problemas familiares	Fuga
Deus	Angústia prolongada	Tentativa de acabar com a dor
Fé	Transtorno mental	
Sentido para a vida	Traumas	
	Situações de conflito	
	Desespero	
	Dor psíquica	
	Distúrbios metabólicos graves	
	Dor na alma	

**Fonte:** PEREIRA (2022).

Após as enumerações e contagens percebe-se que os depoimentos indicavam que a pessoa tenta se matar ora por “algo” que falta (algum atributo da ordem dos sentimentos; das relações) e que constitui o estado de “carência”; ora por algo que está instalado, como doenças, problemas familiares, dores; ora por “deficiências” da pessoa (da ordem das respostas adaptativas) e que de alguma forma, se acumula, como fragilidade emocional, dificuldade de resolver os problemas, entre outras.

Percebe-se a relação dialética entre as opiniões sobre os motivos, em que a falta gera acúmulo e conduz a ações que se diferenciam quanto à intencionalidade. Algumas ações são de tentar morrer usando os meios objetivos. Outras são por não buscar ajuda necessária. Outras ações são mencionadas à parte, por não se classificarem exatamente na tentativa de morrer, como fuga, tentativa de acabar com a dor, buscar adrenalina, experimentar o estado

de quase morte.

Já vi vários pacientes que era notório que não queria morrer, queria chamar atenção de alguém, do namorado, do pai, da mãe, enfim. Queria negociar alguma coisa que era importante para ele, usando este meio perigoso. São casos que preocupam muito e que não sabemos como resolver. Não sabemos nem se era mesmo tentativa de suicídio (P17).

O depoimento P 17 se refere aos pacientes ora no plural, ora no singular, o que pode indicar alguma dúvida em torno da frequência sugerida pela primeira frase do depoimento. Os pacientes (ou o paciente) supostamente por dificuldades de diálogo queriam “negociar” e o mecanismo de pressão seria tentar morrer, ainda que de fato não o quisessem.

Esta leitura da experiência da(o) profissional parece produzir angústia e aumentar o gradiente de impotência diante do paciente em tentativa, uma vez que a intenção que moveu o paciente que está no serviço de emergência se trata de algo não passível de verificação, pelo menos não no momento da assistência e não com os recursos técnicos e científicos dos quais P17 dispõe. Sobre esta questão, é recomendável que se atente para o conceito de comportamento suicida como todo ato pelo qual o indivíduo se lesiona, seja qual for o grau de intenção letal e o motivo, já que “uma noção mais global de comportamento suicida evita a tendência de se valorizar, exageradamente, a intencionalidade e a lucidez de consciência durante o ato” (BOTEGA, 2015, p.24).

49

Houve menções a fatores externos ao indivíduo, da ordem da coletividade, como dificuldades econômicas, pandemia, desvalorização profissional, desemprego e ociosidade. As transformações no mercado de trabalho, com perdas salariais e redução de vagas de emprego para algumas profissões são também fatores que produzem sofrimento e incertezas ante o futuro: “Conjunto de falhas em contexto geral que não identifica e trata esses pacientes” (P 8). Considera-se este achado importante indicador de percepção dos entrevistados acerca da dimensão social e política do suicídio, bem como da responsabilidade do Estado, de garantir o acesso universal ao SUS através das portas de entrada do sistema. A Psicologia enquanto disciplina tem se ocupado de investigar os aspectos psicossociais, culturais, econômicos como fatores de risco para o suicídio (GOMES, IGLESIAS, CONSTANTINIDIS, 2019).

Observa-se na Tabela 3 quatro menções a espiritualidade como algo que falta em quem tenta morrer. No contexto de 39 depoimentos, considera-se um índice baixo. Encontra-se na literatura científica referências à espiritualidade como fator de proteção

(BOTEGA, 2015). Desesperança, dores, solidão estiveram entre as respostas. Também foram referidas as doenças metabólicas, mentais e dependência química.

A complexidade do suicídio e das tentativas está reconhecida em vários depoimentos: “São inúmeros os fatores motivantes na maioria dos casos a depressão foi o principal motivo informado. Contudo, crise financeira, término de relacionamento já foram referenciados como causas”. (P<sub>3</sub>). O depoimento comunica não uma opinião, mas, um conjunto de informações provavelmente coletadas na sua experiência profissional. Seu depoimento nos confirma a necessidade de se realizar pesquisas no ambiente hospitalar a fim de ter uma descrição mais aproximada do perfil do tentante de cada localidade, para que as estratégias de acolhimento e prevenção sejam construídas com mais consonância com a realidade vivida. Outra contribuição do depoimento de P<sub>3</sub> é deixar claro que os profissionais de saúde são realmente os agentes das políticas públicas, por ocuparem espaços estratégicos no campo e poderem contribuir com a construção de indicadores específicos para orientar treinamentos e protocolos.

### **Categoria Emergência Ilegítima**

Caracterizada por índices repetidos de palavras que indicam preocupação com o uso do tempo e do serviço para algo fora das doenças naturais e acidentes: “...me sinto mal, muito mal! Algumas vezes por não entender o que leva determinadas pessoas a cometerem um ato tão extremo, outras por me sentir 'indiferente' nas ocasiões em que presenciei overdose de medicamentos em amigos, o sentimento que predomina, certamente, é a raiva!” (P<sub>14</sub>)

P<sub>14</sub> parece perplexa(o) diante de alguém que tenta morrer e logo associa lembranças de uso supostamente abusivo de medicamentos por parte de amigos e a raiva que isto lhe causa. Usa aspas para a expressão *indiferente*, como se quisesse deixar claro que na verdade não esteve indiferente, sobretudo porque sentiu a emoção. O abuso de álcool e outras drogas, incluindo os medicamentos, conflitos familiares e tentativas anteriores são considerados fatores de risco para suicídio (GOMES, IGLESIAS E CONSTANTINIDIS, 2019, BOTEGA, 2015).

Atitudes hostis de profissionais da equipe de saúde acontecem, entre outras razões, pela visão das tentativas de suicídio como manifestações ansiosas, sobretudo quando após avaliar o paciente, julgam não haver gravidade no caso (VIDAL E GONTIJO 2013).

Pesquisa realizada com amostra de 174 profissionais de saúde investigou qual a ordem de prioridade de atendimento de pacientes que dão entrada por tentativa de suicídio. Entre os resultados, os autores concluíram que não apenas o paciente que tentou morrer, mas, também os pacientes que dão entrada por terem se acidentado em situação de infringência à lei são estigmatizados. Outro achado da pesquisa foi o caráter dinâmico da estigmatização, segundo o qual, profissionais podem ser influenciados por pressão social, sobretudo nos casos de comoção social, podendo reforçar ou reduzir o estigma atribuído ao paciente (REZENDE DORIA, FARO, 2017).

A estigmatização do paciente que tentou morrer constitui ameaça no contexto dos serviços de urgência/emergência, sobretudo nas situações em que não há equipamentos de suporte ventilatórios, ou vagas na unidade de terapia intensiva, quando se faz necessário que a equipe selecione os pacientes mais graves e com mais chances de sobrevivência. A prática do profissional de Psicologia pode criar e manter as condições em que a decisão se dê de forma livre de influências de hostilidade.

Considera-se importante assunto para se discutir nos espaços de formação profissional, pois os sentimentos e emoções devidamente reconhecidos e acomodados podem favorecer o conforto de quem atende e resultar em uma assistência adequada. Por exemplo: “Tive uma certa rejeição. Tanta gente doente de verdade e as pessoas ocupando os profissionais porque querem morrer, em plena pandemia” (P 12). O depoimento de P12 se refere a doença de verdade. Outro depoimento que traz o desconforto: “Chateada por atender pessoas que cometeram autoextermínio” (P7).

Longe de se proceder quaisquer julgamentos ante os sentimentos referidos pelos participantes da investigação, convém reflexionar sobre as representações tradicionais mantidas em torno dos profissionais de saúde, uma vez que já estão claras algumas nuances da estigmatização do paciente com comportamento suicida. Muitas destas representações são oriundas da biopolítica ocidental, centrada na medicalização e abdicação temporária da autonomia do paciente (MARTINS, 2004). a medicalização é um método de colonização médica da vida, tornar as experiências humanas objetos de intervenção clínica. O próprio conceito de normal e anormal é atravessado pelo interesse das indústrias farmacêuticas (ILLICH 1981).

Segundo esta racionalidade, o profissional sobretudo o médico tem o poder e a obrigação de salvar o indivíduo dos microrganismos invasores, ou minimizar os prejuízos

e restituir a saúde possível, num contexto em que o paciente é “vítima”. E, vítima de uma “doença de verdade”, aquela que é legitimada pela parasitologia, infectologia, patologia, em que há linearidade na causa, efeito, fisiopatologia, sinais, sintomas, manifestações clínicas, hipóteses diagnósticas e tratamento, como se pode ver no trecho de depoimento: “Com franqueza, logo de cara senti aborrecimento por estar atendendo alguém que tinha saúde e buscou morrer ou chamar a atenção”. (P8). No caso da tentativa de morrer por suicídio, estão expostos o trânsito pela contramão e a contestação do que está moralizado na racionalidade e no discurso da Medicina ainda considerada por muitos como a “ciência das doenças” (CANGUILHEM, 2000).

No paciente que tentou morrer, não há o seguro e conhecido duelo tecnobiológico para extermínio dos vírus, bactérias, fungos, protozoários invasores. E mesmo o conserto dos ossos, órgãos, a restauração das funções sistêmicas; a costura dos tecidos são agora postos em perspectiva, já que aquele a quem se está “tentando consertar” foi quem “se quebrou”. É um socorro a quem, grosso modo, não quer ser socorrido. O corpo de quem tentou se matar não é um corpo dócil. Há uma decisão que, mais ou menos consciente, amadurecida ou coerente subverte a racionalidade de subjugação dos corpos pretendida no biopoder (FURTADO, CAMILO, 2016).

A luta heroicizada pela devolução do doente à normalidade, para no corredor, vê-lo circular com a placa “venci a doença” é esvaziada no suicídio. Quem vence o suicídio? Contra quem ou o que se luta, no atendimento a quem tentou morrer por suicídio? Na lógica do tecnicismo, a placa entregue ao paciente, que a ostenta enquanto sai das unidades de terapia intensiva é simbolicamente uma medalha de vencedor para o médico e sua equipe (os diversos outros profissionais envolvidos no processo de cuidado não tem a mesma notoriedade). É um construto histórico, social, cultural, moralizado e profundamente imiscuído na prática dos profissionais de saúde e no contexto atual de pandemia, reforçado a cada dia.

Outra esfera da concepção conhecida socialmente, desta feita, em torno do suicídio é de que a decisão por morrer é uma decisão espúria, que muitas vezes vem acompanhada por tentativa de manipulação do outro. Como se tudo se desse no plano consciente, qual crime premeditado. Os conflitos morais suscitados a partir desta representação no contexto atual são óbvios, reforçando a ideia de doença que não é “de verdade”.

Às vezes o paciente impõe condições para permanecer vivo, envolvendo o terapeuta



de maneira perigosa, que combinada a alguma inclinação do profissional a se sentir como um salvador, pode perpetuar o comportamento suicida (BOTEGA, 2015). No caso do ambiente pesquisado, que é o serviço de emergência, não há tempo para se constituir a situação de manipulação, pois o contato entre o paciente e a equipe se dá por durante poucas horas.

O paciente em crise suicida transmite o estado afetivo embora muitas vezes não expresse de maneira estruturada, por estar vivendo estados emocionais insuportáveis, cujo enfrentamento vai depender da ajuda dos profissionais. Reconhecer esta dinâmica contribui para que o profissional não “seja levado ao ato, isto é, a agir tomado por irritação, raiva, desprezo, medo, culpa, dedicação missionária, ou mesmo ficar paralisado pela sensação de impotência, desânimo e desvitalização” (BOTEGA, 2015, p. 196).

### **Categoria sofrimento de quem atende**

Além dos processos psicodinâmicos em torno da rejeição a quem tenta se matar, considera-se importante trazer à discussão algumas características da maneira como organizam seus processos de trabalho nos serviços de emergência. As pressões pela situação de emergência, em que mais atendimentos precisam ser realizados em menor tempo tendem a produzir “uma solução de descarte”, em que o contato é quase inexistente (MÁXIMO, BOSI, 2006). Há que se perceber que esta é uma condição que por si só, também provoca sofrimento a quem atende, como se pode ver no trecho a seguir: “A gente que atende devia ter assistência. A gente fica quebrada por dentro e não tem ninguém pra ouvir a gente”. P 32.

Os entrevistados e entrevistadas referem revivescência de experiências passadas, de situações com filhos, receios de perdas familiares:

Quando são jovens me vejo cuidando de meus filhos e é muito perturbador. Quando atendi adultos pensei que um dia isso poderia acontecer comigo se meu casamento acabasse. Não sei exatamente o que sinto! é vergonha, é dor, é ojeriza, tudo misturado”. (E 27).

Medo, pena, tristeza... Todos os que atendi eram jovens. Um deles era adolescente. Era homossexual e tinha medo que os pais não aceitassem. Chorei muito naquele dia! Pensei nos meus filhos. Disse pra eles que aceito o que eles decidirem e que não desistam da vida nunca. (P 19).

O depoimento de P19 traz uma dimensão empática e compadecida. É possível que a oportunidade de assistir o jovem homoafetivo tenha sido um encontro que despertou o

interesse pelo reforçamento dos laços com os filhos em relação a algo delicado e que frequentemente é alvo de desavenças, abandono e violência nas famílias: a condição afetivo-sexual. O sofrimento do adolescente atendido é reflexo de uma sociedade excludente que tem causado aumento dos suicídios entre a população LGBTQIA+, aliada à baixa oferta de políticas públicas para a saúde mental deste grupo populacional (ARAÚJO, 2019).

As inferências específicas permitidas pela análise dos conteúdos dos depoimentos P 19 e P 27 são de que, além do impacto, os entrevistados se sentiram impulsionados a ir ao encontro de si mesmos, de suas relações. O contato com a dor do paciente fez com que os entrevistados imaginassem cenas nas quais estavam presentes em situação de grande dor: ora cuidando dos filhos tentantes; ora ele(ela) próprio (a) estando em situação de dor. A compaixão com o sofrimento do outro pode trazer alguns desconfortos, sobretudo na sociedade que se fundamenta na lógica do biopoder, de corpos dóceis, produtivos e obedientes (FURTADO, CAMILO, 2016) e corações velados.

Assim, estar “quebrada”, admitir que precisa de ajuda implica reconhecer-se humano (a) e susceptível à dor do outro; contrariando o que a lógica da formação tecnicista e cartesiana espera do profissional que atende nos serviços de urgência/emergência. O atendimento à pessoa que está em crise suicida provoca diferentes formas de sofrimento. P (27) refere sentimentos que ora se completam, ora se opõem. O sofrimento tem dimensão ético-política, frente aos desafios da temporalidade vertiginosa do mundo virtual, a insatisfação permanente em relação a autoimagem, perdas e desamparo (PEREIRA, PAULA, 2019). No intervalo entre uma atividade e outra, na intensidade da vida, nas famílias, nas escolas, em condomínios, nas redes sociais, quando se vive, mas não se compreende o vivido, surgem as dores (COELHO, 2018).

Nesta perspectiva, as exigências do trabalho somadas às questões pessoais mais profundas e pouco acessadas, podem fazer surgir ora rejeições ora identificações com o paciente. Profissionais que por questões religiosas condenam o suicídio, tendem a criar problemas institucionais que terminam por impactar nos registros notificatórios das tentativas e dos suicídios (FREITAS, BORGES, 2017).

As concepções presentes nos depoimentos estão realçadas nos procedimentos analíticos e deixam claras a necessidade de se fortalecer os serviços de saúde de nível primário de assistência, oferecer treinamentos às equipes multiprofissionais para o

atendimento da pessoa que tentou morrer dentro de critérios técnicos e de acolhimento para que a pessoa saia do serviço com encaminhamentos aos serviços substitutivos e seguimento a fim de que se crie vínculos entre a pessoa e o Sistema Único de Saúde – SUS.

Percebe-se algum movimento em direção a preocupação com a saúde mental dos profissionais de saúde, motivada por toda comoção social com as mortes causadas pela pandemia. Em relação aos profissionais que atendem pessoas em situação de tentativas de suicídio, permanece a lacuna, a qual poderá ser preenchida pela inserção de psicólogos na rede pública de saúde em nível de atenção básica, amparada pelas políticas públicas.

Sugere-se a realização de mais estudos com amostra maior e trabalho de campo para observações de atendimentos, quando a situação epidemiológico-sanitária permitir. A propositura de uma discussão sobre como os profissionais se sentem em relação a quem tenta morrer é algo novo na região onde se deu a investigação, já que não há pesquisas sobre esta temática. Mesmo sabendo impossível se permanecer incólume diante de um paciente que tentou morrer, entende-se possível elaborar novas formas de ser afetados pelo suicídio, com respostas transformadoras e vinculantes.

## CONCLUSÃO

Os objetivos traçados para a investigação foram alcançados, em que pesem os impedimentos conjunturais à realização das entrevistas presenciais. A análise dos depoimentos em combinação com a revisão de literatura demonstraram que a experiência de atender pessoas em tentativa de suicídio é permeada por sentimentos ambivalentes, uma vez que se trata de uma contradição à maioria das necessidades de saúde das pessoas que acionam os serviços de urgência/emergência, as quais temem a morte e procuram ou são levadas aos atendimentos para ter sua saúde restabelecida. Fica também evidenciado que a presença dos profissionais de Psicologia na rede básica de assistência poderá contribuir bastante para a redução do número de ocorrências.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, T.B. Suicídio LGBTQIA+: do sofrimento ético-político às políticas públicas de prevenção. *Revista Brasileira de Políticas Públicas LGBTI+*, 1(1), 323- 345, 2019.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70. 2016.

BOTEGA, N. J. *Crise suicida: Avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA, N. J.; Werlang, B. S. G. Avaliação e manejo do paciente. In B. S. G. Werlang; N. J. Botega. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed, 2004, p.123-140, 2004.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 5. ed. São Paulo: Forense Universitária, 1988

COELHO, M. O. Quando a vida pede sentido. In: V. A. Angerami, (org.). *Sobre o suicídio: A psicoterapia diante da autodestruição*. Belo Horizonte: Artesã, 2018, p. 149- 168.

FREITAS, A. P. A.; Borges, L. M. Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 22(1), 50-60. 2017.

GOMES, E., Iglesias, A., & Constatinidis, T. Revisão integrativa de produções científicas da psicologia sobre comportamento suicida. *Revista Psicologia e Saúde*, 11 (2), 35-53. 2019. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.616>

ILLICH, I. *A Expropriação da Saúde – Nêmesis da Medicina*. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1981

MARTINS, A. Biopolítica: O poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Dossiê Interface (Botucatu)* 8 (14), p. 21 -32. 2004. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100003>

MÁXIMO, H. R. M., & Bosi, M. L. M. Saúde mental em um hospital público: O olhar de profissionais médicos do município do Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 16(2), p. 293-316, 2006. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312006000200009>

MINAYO, M. C. Suicídio: Violência auto-infligida. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. 2005. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto\\_violencia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf)

OLIVEIRA, C. T.; Collares, L. A.; Noal, M. H. O.; DIAS, A. C. G. (2016). Percepções de uma equipe de saúde mental sobre o comportamento suicida. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 9 (1), p. 78 - 89 <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/163633/001024931.pdf?sequence=1>

PEREIRA, W. S. B. (2004). Breve reflexão sobre o cuidar e a fronteira que separa o cuidado humano do profissional. In J. O. Leite; W. S. B. Pereira (Orgs.) *Memórias do cuidado: Enfermagem, compaixão e ética na Amazônia*. São Paulo: Loyola, pp 39-50, 2004.

PEREIRA, W. S.; PAULA, C. C. Morte Autoprovocada e o dilema ético dos motivos: Revisão de literatura. *Temas em Saúde*, 19(6), p. 514-532, 2019. <https://temasensaude.com/wp-content/uploads/2020/01/19627.pdf>

RESENDE DÓRIA, A., & Faro, A. Estigma em pacientes admitidos em urgência/emergência por tentativa de suicídio: Análise de estudantes e profissionais da saúde a partir de casos hipotéticos. *Salud & Sociedad*, 8(3), p. 200-215. 2017. <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludsociedad/article/view/2648>

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D., (2013). Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: A percepção de quem tenta. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 21(2): 108-14. <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/ZgWqyVy6hjVYchTXBWc4z9R/?lang=pt&format=pdf>

World Health Organization, & WHO European Centre for Environment. *WHO global air quality guidelines: particulate matter (PM<sub>2.5</sub> and PM<sub>10</sub>), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide*. World Health Organization. 2021.