

# PERCEPÇÕES DE UMA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL SOBRE O COMPORTAMENTO SUICIDA

MENTAL HEALTH STAFF'S PERCEPTIONS ABOUT SUICIDAL BEHAVIOR

Clarissa Tochetto de Oliveira<sup>1</sup>, Lucas Abreu Collares, Martha Helena Oliveira Noal, Ana Cristina Garcia Dias

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## Resumo

Buscou-se conhecer a formação, a conduta e as reações emocionais dos profissionais de saúde mental frente ao comportamento suicida. Foram conduzidas entrevistas semiestruturadas individuais com nove profissionais. As informações foram submetidas à análise de conteúdo temática e deram origem às categorias: formação da equipe, condutas, e reações emocionais da equipe frente ao comportamento suicida. Verificou-se que o desconforto emocional foi relatado com maior frequência pelos participantes deste estudo, bem como percepções de déficits na formação acadêmica para lidar com o comportamento suicida. Quanto ao manejo, a conduta adotada pela equipe está de acordo com os manuais que orientam como lidar com essas situações. Conclui-se que os conhecimentos, as práticas e as reações emocionais dos profissionais estão relacionados quando se trata do comportamento suicida. O déficit na formação pode contribuir para o desconforto emocional vivenciado pela equipe, além de limitar o repertório de estratégias para lidar com pacientes de risco.

*Palavras-chave:* Suicídio; Pessoal da saúde mental; Formação profissional

## Abstract

The aim of this study was to identify the academic background, demeanor, and emotional reaction of mental health professionals regarding suicide. Individual, semi-structured interviews were carried out with nine professionals. The information was submitted to content analysis and generated three categories: staff's background, demeanor when handling with suicidal behavior, and staff's emotional reactions regarding suicidal behavior. Results showed that participants reported emotional discomfort more frequently, as well as the perception of academic deficits to deal with suicidal behavior. As for the conduct, staff's attitudes were according to the manuals that guide the way to deal with these situations. We concluded that the professionals' knowledge, practices, and feelings are related when it comes to working with suicidal behavior. The academic background deficit may contribute to the emotional discomfort experienced by the staff, besides limiting the strategies available to be applied when dealing with risk patients.

*Keywords:* Suicide; Mental health personnel; Professional education

---

<sup>1</sup> Contato: clarissa.tochetto@gmail.com

O espectro do comportamento suicida envolve o suicídio (processo de morte autoinfligida), a tentativa de suicídio (comportamento autoagressivo sem evolução fatal) e ideação suicida (pensar em acabar com a própria vida). Esses comportamentos são frequentes na população mundial e constituem um problema de saúde pública (Waiselfisz, 2011). Para cada morte por suicídio, 10 a 20 tentativas são praticadas (Freitas & Borges, 2014).

Os comportamentos suicidas são fenômenos de ordem biopsicossocial, nos quais uma gama de fatores de risco interage, predispondo o indivíduo a uma agressão autoinfligida que pode resultar em sua morte, incapacitação ou lesões superficiais. Um dos principais fatores de risco para comportamentos suicidas é a presença de transtornos mentais (Sena-Ferreira, Pessoa, Boechat-Barros, Figueiredo, & Minayo, 2014) como depressão, transtorno do humor bipolar e dependência de substâncias psicoativas (Botega, 2014). Além disso, existem outras variáveis que podem interferir no comportamento suicida, por exemplo: aspectos demográficos, fatores diagnósticos (doenças crônicas acompanhadas de dor ou incapacitação física), histórico pessoal (tentativas prévias de suicídio, número de episódios de transtorno de humor) e características psicológicas (desesperança, impulsividade e déficits na resolução de problemas) (Botega, Rapeli, & Freitas, 2004; Diehl, 2011; Cataldo Neto, Gauer, Morelli, & Menezes, 2003; Organização Mundial da Saúde, 2000; Souza *et al.*, 2010).

Inúmeros aspectos podem ser pesquisados no que se refere ao comportamento suicida. Neste estudo, optou-se por investigar questões relativas à equipe de saúde mental diante do comportamento suicida. Esta equipe pode ser composta por diferentes profissionais, como psiquiatras, residentes, enfermeiros, técnicos em enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, entre outros, que trabalham em conjunto para auxiliar o paciente e a família. Há evidências de que esses profissionais estão sujeitos a ter, pelo menos, uma experiência com pacientes que apresentam comportamento suicida (Gulfi, Dransart, Heeb, & Gutjahr, 2010).

Comportamentos suicidas são considerados a situação de maior emergência na área da psiquiatria, e podem mobilizar todos os membros da equipe (Gulfi *et al.*, 2010; Cataldo Neto *et al.*, 2003). Entre as reações que comportamentos suicidas de pacientes podem despertar nos profissionais da saúde mental estão maior ansiedade por trabalhar com pacientes em risco de suicídio, agressividade, preconceito, desprezo, raiva, incompreensão e distanciamento (Brocker, 2007, Gulfi *et al.*, 2010). Além disso, é possível que a experiência de ter um paciente que cometeu suicídio interfira nas condutas adotadas pelos profissionais da saúde mental. Exemplos dessas mudanças incluem maior interesse por questões relacionadas ao suicídio, maior tendência a internar pacientes que apresentam risco de suicídio, maior tendência a consultar colegas de trabalho e maior atenção a questões legais (Gulfi *et al.*, 2010).

Em suma, sabe-se que comportamentos suicidas podem desencadear reações por parte dos profissionais de saúde mental e interferir na conduta adotada por eles. O que esses estudos não relatam é qual a formação recebida pelos profissionais para lidar com comportamentos suicidas. Também não fica claro como sentimentos, formação e condutas adotadas se relacionam na visão da equipe. Assim, o objetivo deste estudo consiste em conhecer, de forma integrada, os sentimentos, a formação e a conduta dos profissionais de saúde da equipe da unidade psiquiátrica de um hospital universitário diante do fenômeno do suicídio.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado nas dependências de um Hospital Universitário (HU), localizado em uma cidade no Rio Grande do Sul. O setor de Psiquiatria do HU compreende o Ambulatório de Saúde Mental, unidade de Internação Psiquiátrica e Pronto-Socorro Psiquiátrico. O setor de Psiquiatria (ambulatório, internação e emergência) foi o *locus* deste estudo. Os pacientes que apresentam alguma dimensão do comportamento suicida (suicídio, tentativa

de suicídio e ideação suicida) são atendidos no Pronto-Socorro Psiquiátrico, são medicados e ficam sob a observação do médico residente de psiquiatria e de profissionais de enfermagem. Caso ocorra um recrudescimento do quadro psiquiátrico do paciente, este seguirá para a ala de internação psiquiátrica. Na internação, o paciente será avaliado e acompanhado por equipe de saúde multiprofissional.

## **PARTICIPANTES**

Participaram deste estudo nove profissionais de saúde (três homens e seis mulheres) que trabalhavam na unidade de internação psiquiátrica supracitada. As profissões dos entrevistados são: Psicologia, Enfermagem, Medicina, Serviço Social e Educação Física. A idade dos participantes variou entre 23 e 53 anos ( $M = 32$  anos,  $DP = 9,54$ ). Todos os participantes possuíam pós-graduação (dois Mestres, um Especialista, um Residente de Psiquiatria e cinco Residentes Multiprofissionais). Os indivíduos foram nomeados pela associação da letra E (da palavra entrevistado) mais um número, que indica a ordem cronológica das entrevistas realizadas, para garantir o anonimato dos informantes. A seleção dos profissionais que participaram do estudo foi definida pelos seguintes critérios: ser profissional de saúde, atuar em equipe de emergência psiquiátrica e/ou internação psiquiátrica, ter trabalhado com pacientes que expressaram alguma dimensão do comportamento suicida (suicídio, tentativa de suicídio e ideação suicida persistente).

## **PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS**

Os profissionais do setor de psiquiatria foram convidados a participar da pesquisa, sendo explicados os objetivos e procedimentos do estudo, após sua aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da universidade onde a pesquisa foi realizada. Este projeto foi protocolado no CEP com o número 23081.023/2011. A seleção dos participantes para compor a amostra seguiu o procedimento

conhecido como bola de neve (*snowball*). Inicialmente se identifica um indivíduo que possui as características de interesse da pesquisa e, por meio da indicação dessa pessoa, se chega a outros indivíduos que compartilham características semelhantes (Biernacki & Waldorf, 1981). Os primeiros profissionais entrevistados indicaram outros e assim procedeu-se sucessivamente até que se alcançasse a saturação das informações obtidas, ou seja, até que a coleta de novas informações não mais modificasse os resultados anteriormente encontrados.

Foi realizada uma entrevista semiestruturada individual por um dos autores do estudo com os profissionais de saúde do setor de psiquiatria do hospital que aceitaram participar do estudo, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O instrumento buscou conhecer os sentimentos, formação e conduta dos profissionais diante do comportamento suicida. As entrevistas foram gravadas em áudio e apagadas após a transcrição.

## **ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES**

As informações foram analisadas pelo método da análise de conteúdo temática (Bardin, 1977). As informações foram organizadas em três categorias definidas *a priori*: (i) formação da equipe frente ao comportamento suicida, (ii) conduta frente ao comportamento suicida, e (iii) reações emocionais da equipe ao comportamento suicida.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A análise das informações permitiu conhecer a formação dos profissionais, as condutas adotadas para lidar com o comportamento suicida e as reações emocionais face ao comportamento suicida, bem como identificar de que forma esses aspectos se influenciam mutuamente. A interação entre conhecimentos, sentimentos e práticas é discutida nas categorias a seguir.

## FORMAÇÃO DA EQUIPE FRENTE AO COMPORTAMENTO SUICIDA

Verifica-se uma lacuna na formação percebida pelos profissionais entrevistados nesta pesquisa no que se refere à temática do suicídio. O déficit de conhecimentos sobre o fenômeno em questão foi descrito pela maioria dos participantes, que relataram não ter recebido um treinamento institucional (acadêmico e/ou hospitalar) para manejar o comportamento autoagressivo, com exceção da entrevistada E2 (enfermeira), que recebeu treinamento para lidar com o suicídio, e do E3 (médico), que discutiu ativamente a questão do comportamento suicida durante a academia e na residência.

- Na academia, não tive nenhuma matéria que falasse sobre esse tema. (E5, 26 anos, assistente social)
- A formação profissional de saúde é muito pautada no salvar vidas, no promover saúde, no prevenir riscos. Então, a gente não trabalha nem os processos de morte natural. (E7, 24 anos, enfermeira)
- Na minha graduação, eu tive pouca coisa sobre isso... Eu fiz uma [disciplina] optativa chamada morte e luto. Isso me deu uma preparação, principalmente aceitação da morte, como as pessoas lidam com isso [...], mas sobre o suicídio em si, pouca coisa. Até hoje eu tento pesquisar, mas vejo pouca coisa sobre isso. (E4, 23 anos, psicóloga)

Embora a formação e o desenvolvimento de competências emocionais sejam fundamentais para o cuidado dos pacientes com comportamento suicida (Carmona-Navarro & Pichardo-Martínez, 2012), o aprofundamento teórico no ensino superior sobre comportamentos suicidas parece reduzido ou mesmo inexistente. Essa informação vai ao encontro do resultado de um

estudo conduzido com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, no qual poucos participantes presenciaram alguma aula a respeito do tema na graduação (Souza, 2012). Isso faz com que a maioria dos profissionais se sintam despreparada para lidar com o indivíduo suicida. O despreparo profissional também foi encontrado nos estudos de Brocker (2007) e Kohlraush *et al.* (2008) com enfermeiros e foi apontado como gerador de dificuldades para a equipe de saúde lidar com o suicídio, incluindo o desconforto emocional e outras reações (Botega *et al.*, 2005; Kohlraush *et al.*, 2008; Vidal & Gontijo, 2013). Além disso, a capacitação insuficiente por parte das equipes de atendimento pode interferir na conduta do profissional, que pode adotar uma postura impessoal e ter dificuldade de atuar de forma humanizada (Vidal & Gontijo, 2013). Assim, nota-se a importância de esse tema ser tratado com mais atenção na academia, uma vez que é complexo e impacta na saúde pública.

Foi perguntado aos profissionais se eles adotavam algum protocolo no atendimento a pacientes suicidas. Observou-se a inexistência de procedimentos padronizados (como a utilização de um manual ou protocolo) no manejo do comportamento suicida. A conduta dos participantes parece depender da orientação médica e da avaliação caso a caso, embora conversem informalmente entre si em algumas situações. No entanto, questiona-se como os profissionais avaliam os casos se afirmaram não ter preparo acadêmico e técnico para tal.

- Protocolo de suicídio, que eu saiba não. (E1, 26 anos, psicóloga)
- Não, a gente segue a orientação e prescrição

médica. (E2, 53 anos, enfermeira)

- Não formalmente. Nós trocamos impressões, conversamos informalmente sobre isso. Eventualmente conversamos formalmente quando surge algum incidente. A equipe toda se baseia muito na indicação médica. (E6, 31 anos, psicólogo)

O déficit percebido pelos participantes na formação, resultado da reduzida discussão nos meios acadêmicos sobre o suicídio, está repercutindo na prática dos profissionais. Tanto o manual da Organização Mundial de Saúde quanto o do Ministério da Saúde são pouco conhecidos, ou mesmo não adotados na prática, como é o caso da equipe entrevistada. A utilização de um método padronizado para atendimento de pacientes e familiares pode colaborar para a prestação de cuidados à saúde (Gutierrez, 2014). A utilização de manuais de prevenção/intervenção por parte dos profissionais poderia não só contribuir para os serviços prestados em termos de formação, avaliação e intervenção no comportamento suicida, mas também favorecer a coerência entre as ações da equipe e as políticas públicas atuais. Alguns casos de suicídio de fato acontecerão, todavia as habilidades demonstradas pela equipe para lidar com o comportamento de autoagressão, como manejo e tratamento adequados, são determinantes para o número de vidas que podem ser salvas todos os anos (Bertolote *et al.*, 2010; Gutierrez, 2014).

Comportamentos suicidas mobilizam os profissionais de saúde, que formam uma rede interdisciplinar para lidar com as situações de crise (Heck *et al.*, 2012). Reuniões de equipe, como mencionadas pelos participantes deste estudo, também contribuem para a prevenção de comportamentos suicidas, já que

possibilitam um espaço para a discussão de casos e para que cada profissional relate suas impressões sobre a evolução do tratamento de cada paciente. Há relatos de que casos de suicídio são raros em unidades psiquiátricas nas quais os membros da equipe trabalham de forma integrada (Cataldo Neto *et al.*, 2003).

Fomentar reuniões ou espaços para dialogar a respeito da prática em saúde pode beneficiar o profissional tanto no sentido de dirimir dúvidas a respeito da atividade clínica quanto na construção de um protocolo coletivo de intervenção. Em um estudo realizado por Figueiredo e Campos (2014), resultados promissores foram demonstrados no processo de formação de alguns profissionais da saúde por meio da metodologia Paideia, a qual envolve um processo de aprendizagem ativo e crítico acerca da própria conduta profissional, aprofundando conhecimentos e descobrindo novos modos de intervir sobre situações-problema. Os autores sugerem que o advento de espaços dialógicos pode provocar mudanças nas práticas dos profissionais da saúde e na consciência que eles apresentam de seu papel social. Desse modo, o fomento de espaços dialógicos pode beneficiar os participantes do estudo, sobretudo no que se refere ao fenômeno do suicídio, assunto relevante e pouco desenvolvido pela maioria dos entrevistados. Além disso, a criação dos espaços dialógicos vai ao encontro do conceito de educação permanente em saúde, que pode ser compreendida como uma estratégia essencial para o desenvolvimento de mudanças no âmbito dos processos de trabalho (Ceccim, 2005). Esses espaços devem apresentar um caráter ativo, crítico-reflexivo, propositivo, comprometido e de competência técnica.

## CONDUTAS DIANTE DO COMPORTAMENTO SUICIDA

As principais condutas realizadas pelos profissionais foram a avaliação do funcionamento psicossocial do paciente e



a realização de seu acolhimento, seguida do contato com a família em alguns casos. Muitas vezes, a intervenção ocorre durante o processo de avaliação, quando se busca conhecer os motivos da tentativa de suicídio e/ou ideação suicida persistente e mensurar o grau de intencionalidade, com o objetivo de verificar se o paciente ainda está em risco.

O manejo, pra além de investigar causas e ver o que ele está pensando a partir daquela ideia suicida, é tentar fazer uma costura protetiva. Dentro do hospital, é conversar com psiquiatra, ver como está a medicação. Dependendo da intensidade da ideia, recorrer ao Pronto-Socorro psiquiátrico. Contatar os familiares é outra possibilidade. (E1, 26 anos, psicóloga)

Primeiro, fazer uma avaliação de como foi essa tentativa, pensar os níveis de gravidade da tentativa de suicídio. Marcar pro paciente retornar em 24 horas pra ver como ele está, disponibilizar pra ele um serviço que fique aberto 24 horas. Questionar se ele se sente capaz de procurar a gente se ele precisar. (E3, 30 anos, médico)

Os profissionais entrevistados utilizam condutas similares às previstas na literatura, realizando o manejo aconselhado por instituições (Organização Mundial da Saúde, 2000) e órgãos governamentais, como o Ministério da Saúde (Brasil, 2006). Quando o indivíduo entra na unidade hospitalar em decorrência de uma tentativa de suicídio, o primeiro passo do profissional de saúde deve ser compreender que tal ato é o resultado de uma série de fatores que estão desorganizados na vida desse paciente (Loureiro, 2006). O objetivo do primeiro contato com o indivíduo que se engajou no comportamento suicida é realizar uma coleta de informações sobre a vida do paciente e as razões que o levaram a tal comportamento (Bertolote *et al.*, 2010). A avaliação inicial permitirá determinar o grau de risco do comportamento suicida (Organização Mundial de Saúde, 2000), bem como o manejo adequado para a situação (Bertolote *et al.*, 2010).

Ao mesmo tempo, busca-se estabelecer um vínculo colaborativo com o paciente (Bertolote *et al.*, 2010). O procedimento padrão do

profissional de saúde ao atender o indivíduo que apresenta comportamento suicida deve ser ouvi-lo atentamente e demonstrar empatia para realizar intervenções protetivas em um ambiente tranquilo e com privacidade, evitando o excesso de tecnicismo. Revisar seus próprios preconceitos e crenças em relação ao comportamento suicida pode ser uma iniciativa valiosa para a remoção de barreiras que impeçam um contato de qualidade com o sujeito (Meleiro *et al.*, 2004). O profissional ainda precisa contatar familiares, manter alguém próximo do paciente ou encaminhá-lo a um médico ou hospital, dependendo da intensidade do risco (Organização Mundial de Saúde, 2000).

Os participantes do estudo relataram que a equipe tende a aumentar a vigilância do indivíduo potencialmente suicida após as intervenções iniciais. Existe um cuidado para evitar a ocorrência de qualquer manifestação autoagressiva. Para tanto, são realizadas restrições ambientais e materiais.

A gente já teve paciente que tentou suicídio aqui na unidade, ele foi transferido pra um lugar mais seguro. (E2, 53 anos, enfermeira)

Tem toda uma preocupação em evitar novas tentativas. O paciente que chega com história de ter tentado suicídio na internação vai ser um paciente que vai ter certa vigilância. Reações negativas, estados depressivos vão suscitar uma preocupação maior que outros pacientes sem esse histórico suscitariam. (E6, 31 anos, psicólogo)

A gente antecipa a situação, busca uma medicação, conversa com o paciente, procura outro paciente que ele tenha uma boa relação pra ficar junto. Como ele tem um histórico de tentativa de suicídio, a gente vai procurar não deixar no ambiente nada que possa ser usado por ele pra suicídio. Então, aqui os pacientes, em geral, não usam facas. O paciente não vai ficar em salas que tenham objetos cortantes, pontiagudos, a gente vai ficar mais próximo desse paciente, cuidar ele pra que ele não fique isolado, sozinho. (E9, 39 anos, enfermeiro)

O paciente que tentou suicídio poderá fazer novas tentativas dentro do hospital. Por isso, o comportamento preventivo dos profissionais é considerado uma medida de segurança

importante no manejo do indivíduo suicida (Cataldo Neto *et al.*, 2003). Para tanto, preparo e atenção da equipe assim como a identificação e remoção dos fatores de riscos e a proteção do paciente são alguns procedimentos básicos a serem adotados por profissionais (Bertolote *et al.*, 2010; Botega, 2014). Outras condutas incluem a modificação de medidas ambientais (evitar o acesso do indivíduo a medicações e a objetos cortantes ou de lugares onde possa cometer um ato suicida, como banheiros com tranca), psicoterapia, psicofarmacoterapia, acompanhamento familiar (facilitar a presença da família no tratamento e melhorar o vínculo do paciente com a família) e monitoramento pós-alta – continuidade da psicoterapia e do manejo farmacológico (Botega, 2014; Conte *et al.*, 2012; Organização Mundial de Saúde, 2000).

A maioria desses procedimentos foi descrita como sendo adotada pelos profissionais da equipe pesquisada. Todavia, existem outras condutas que poderiam ser utilizadas pelos participantes, mas que não foram mencionadas. É importante que a equipe tenha competência técnica e avalie as condições físicas, psíquicas, sociais e de recursos de saúde para conhecer a vulnerabilidade dos pacientes (Gutierrez, 2014). Destacam-se o uso de escalas psicométricas, que podem contribuir para a avaliação no momento da internação e como um monitoramento para períodos posteriores no tratamento (Cataldo Neto *et al.*, 2003), a formação de uma rede de apoio para o paciente por meio do contato com familiares e amigos, o manejo da ambivalência (viver ou morrer) a ponto de fortalecer o desejo de viver, o contrato verbal para evitar comportamentos autoagressivos e estimular o paciente na busca do apoio prestado pelas equipes de saúde, a exploração de alternativas ao suicídio por meio da resolução de problemas (Organização Mundial de Saúde, 2000).

A família pode contribuir para a prevenção de comportamentos suicidas fora dos domínios hospitalares. Por isso, a intervenção também é realizada com os familiares de pacientes que apresentam risco de suicídio. Os profissionais relataram orientar os familiares a auxiliar na

organização da rotina do paciente e a protegê-lo em ambientes seguros, ou seja, sem acesso a objetos que podem ser utilizados para cometer suicídio. Além disso, as intervenções na família podem incluir um processo de escuta desta e orientações quanto ao manejo de prevenção, já que comportamentos suicidas podem trazer preocupações aos familiares, principalmente relacionadas à forma de lidar com o indivíduo que se autoagrediu.

Ficar mais próximo do familiar, tentar fazer controle da medicação junto com o paciente. Protetivas nesse sentido de organização de uma vida que possa diminuir o risco de ele voltar a tentar o suicídio. (E1, 26 anos, psicóloga)

A gente sempre coloca no grupo de familiares. Não adianta só cuidar do paciente aqui dentro e a família estar toda desestruturada. (E4, 23 anos, psicóloga)

Se a pessoa tem suporte familiar, não necessariamente ela vai precisar ficar internada. Poder dar uma continência pra família. Explicar o que está acontecendo. Poder alertar a família dos sinais, de tirar veneno, faca, medicações... tudo que a pessoa possa se machucar [...]. Tem que, de repente, marcar algumas entrevistas com a família ao longo do processo de luto, [...] tu poder encaminhar pra outro profissional, pra que essa pessoa também receba tratamento. (E3, 30 anos, médico).

Comportamentos suicidas geram sofrimento não só para o indivíduo que os comete, mas também para seus familiares e pessoas próximas. A incapacitação decorrente das tentativas que não obtiveram êxito pode causar prejuízos ocupacionais, econômicos e psicológicos para a família. Já nos casos em que o paciente obtém êxito na tentativa de suicídio, familiares e pessoas próximas enlutadas tendem a apresentar mudanças intensas no comportamento. Nesse sentido, são comuns atitudes de extremismo por parte dos familiares como forma de autopunição por não ter conseguido enxergar os sinais de que o outro indivíduo estava em risco. Essas autopunições podem se tornar comportamentos de autodestruição e, inclusive, associados com ideação suicida (Meleiro *et al.*, 2004).

Assim como a família pode fornecer aos profissionais informações relevantes sobre o paciente suicida para a definição do manejo a ser adotado (Machin, 2009), a equipe também pode orientar os familiares para que, juntos, possam zelar pela segurança do indivíduo que está em risco. Atendimento psicoterápico, em grupo ou individual, são estratégias utilizadas pelos profissionais para auxiliar as pessoas a quem o suicídio e/ou as tentativas atingem, já que os conflitos familiares podem tornar mais grave a dinâmica psicopatológica do paciente.

Nota-se que os processos de avaliação e manejo (intervenção) ocorrem quase simultaneamente. Muitas vezes, a avaliação pode ir além de sua característica investigativa e se aproximar de aspectos interventivos, por exemplo, uma escuta sem julgamentos e uma postura de empatia. A intervenção não deve se limitar aos domínios hospitalares. Por isso, o trabalho em rede nos dispositivos de saúde (hospital, unidades básicas de saúde, CAPS, entre outros) deve ser algo constantemente fomentado. De acordo com o Ministério da Saúde (2009), a implantação da lógica do trabalho em redes de produção de saúde é algo complexo que exige a articulação adequada entre diferentes serviços, atores e especialidades; seu objetivo maior consiste na adoção de práticas integradas adaptadas às necessidades dos usuários dos serviços. Dessa forma, é possível romper com o trabalho fragmentado em saúde, atuando concomitantemente sobre aspectos de prevenção e promoção em saúde mental.

## REAÇÕES EMOCIONAIS DA EQUIPE AO COMPORTAMENTO SUICIDA

Os participantes do estudo relataram experimentar diversas reações emocionais diante do comportamento suicida (suicídio, tentativa de suicídio e ideação suicida). As emoções mais frequentes indicadas pelos profissionais foram preocupação, impotência, ansiedade, angústia, tristeza, frustração, medo, indignação, perda e receio. Os participantes justificaram as reações emocionais vivenciadas pela experiência profissional, que gera

impotência, quando o tempo de experiência é curto, e ansiedade mesmo quando o profissional apresenta mais experiência no trabalho com o comportamento suicida.

Um dos sentimentos é a impotência. Pra mim, que tenho dois anos de formação, tenho pouca trajetória de atendimento, parece que é mais intenso esse sentimento. (E1, 26 anos, psicóloga)

O sentimento é de perda, [...] que tu não conseguiste fazer. Quando acontece o suicídio, realmente a ansiedade aumenta, embora tu tenhas prática de trabalhar. (E2, 53 anos, enfermeira)

Meus pacientes que se suicidaram são jovens. Tive um paciente que era um rapaz muito inteligente. Estava na universidade, tinha a capacidade de ter uma vida produtiva. A gente fica triste, se mobiliza e tenta refletir. (E3, 30 anos, médico)

Medo, angústia, ansiedade, certo sentimento de impotência frente à situação. (E9, 39 anos, enfermeiro).

Emoções como frustração, fragilidade e impotência já foram descritos na literatura como presentes nos profissionais na situação de comportamento suicida (Brocker, 2007; Gutierrez, 2014; Machin, 2009). O comportamento suicida mobiliza angústias e reflexões em toda a equipe (Cataldo Neto *et al.*, 2003). Outras reações como agressividade, preconceito, desprezo, raiva, incompreensão, distanciamento, ansiedade por erro de conduta e temor das consequências também são frequentes nos discursos dos profissionais (Brocker, 2007; Vidal & Gontijo, 2013), embora não tenham sido mencionadas pelos participantes desta pesquisa. Esses comportamentos e emoções podem não ter sido referidos pelos profissionais por serem considerados condenáveis em profissionais de saúde e pelo medo de serem julgados por seus pares se descreverem que os experimentam.

Parte do desconforto emocional pode decorrer da interpretação dos profissionais de saúde sobre a situação. A ideação e a tentativa de suicídio dos pacientes vão de encontro à formação dos profissionais, assim como a finalidade de sua prática, uma



vez que foram preparados para lidar com a recuperação e promoção de saúde (Machin, 2009). As intervenções podem se tornar demasiadamente difíceis e pouco gratificantes diante das constantes reincidências do comportamento suicida e à incerteza quanto ao bem-estar do paciente ao voltar para casa (Meleiro, Botega, & Prates, 2004). Assim, não é raro que os profissionais dediquem seus esforços aos pacientes que desejam viver e não àqueles que podem usar o suicídio para “agredir o mundo” (Machin, 2009).

A experiência do desconforto emocional também pode derivar da dificuldade de compreender o comportamento suicida (Loureiro, 2006) ou, ainda, de despreparo técnico (Botega *et al.*, 2005). A falta de compreensão e de conhecimento pode gerar diversas consequências para a prestação do cuidado, como negligência, agressividade ou distanciamento. O distanciamento, por exemplo, expresso por meio de uma forma mecânica de lidar com o paciente, pode ser uma tentativa de se defender do desconforto emocional vivenciado pela equipe (Meleiro *et al.*, 2004).

Alguns participantes deste estudo já se questionaram, em algum momento, se deveriam interferir na decisão do paciente em relação a sua vida. A insegurança sobre o papel do profissional e o limite até onde pode impedir o paciente de cometer suicídio parece causar ansiedade nos entrevistados e refletir as fragilidades da formação profissional diante do comportamento suicida.

Enquanto profissional da saúde, de pensar e fazer o máximo possível pra que aquela pessoa repense sobre esse pensamento suicida. Mas será que eu não estou interferindo demais? (E1, 26 anos, psicóloga)

Como pessoa e como profissional da saúde, quem disse que eu tenho que fazer escolhas pelo paciente? A gente como profissional de saúde tem sim a obrigação de informar as possíveis consequências, mas isso é uma escolha da pessoa de viver ou não. [...] É um assunto que te deixa muito impotente. (E7, 24 anos, enfermeira)

A dúvida sobre como atuar perante desejos

de autodestruição do paciente suicida é algo recorrente entre os profissionais. Ao mesmo tempo em que devem respeitar o desejo da pessoa e sua ambivalência entre vida e morte, os profissionais também devem realizar procedimentos que impeçam um ato autodestrutivo do paciente que está em sofrimento psíquico ao final de um atendimento, como a internação involuntária (Bertolote, Mello-Santos, & Botega, 2010). Dessa forma, o profissional deve tentar compreender os motivos e desejos de morte do paciente, embora sua atitude técnica deva ser de prevenir qualquer ação autoagressiva deste. Há evidências de que as principais dificuldades dos técnicos de saúde em lidar com o suicídio decorrem da falta de capacitação ou treinamento para lidar com o fenômeno e do desconforto emocional que essa situação suscita (Gutierrez, 2014; Kohlraush, Lima, Abreu, & Soares, 2008).

O contato com o paciente suicida também suscitou outras reações nos profissionais, como tranquilidade, valorização da vida e responsabilidade. Observou-se que a experiência com comportamentos suicidas pode contribuir para vivenciar essas situações de forma menos ansiogênica, além de possibilitar refletir sobre suas próprias questões relacionadas à morte.

No início, eu tinha certo receio de trabalhar com eles. [...] Eu tinha insegurança, mas aí com o passar do tempo fui me sentindo mais tranquila. (E8, 36 anos, educadora física).

A minha experiência foi muito tranquila. Porque eu acho que o que é mais importante é tu ter dado assistência pro paciente. Quando acontece o suicídio, é um fato do contexto clínico. E infelizmente alguns dos nossos pacientes vão se suicidar, faz parte da profissão. [...] É bastante frustrante... mas tem um lado que te deixa mais preparado. (E3, 30 anos, médico).

“Eu tinha muito medo, por não conhecer como era o funcionamento, mas hoje consigo trabalhar melhor. [...] E a questão do suicídio, principalmente de começar a refletir sobre como eu lido com essa questão da morte” (E4, 23 anos, psicóloga).

A vida está repleta de dificuldades, como as

situações de morte, solidão e tédio. Contudo, refletir sobre esses temas ou situações, ao mesmo tempo em que pode gerar angústia, leva à compreensão da própria condição humana (Angerami-Camon, 2000). Por mais complicado que seja se confrontar com essas situações, esse é um processo salutar, que oferece a possibilidade de dar outros sentidos às próprias experiências.

Verificou-se que o desconforto emocional foi relatado com maior frequência pelos participantes deste estudo. Contudo, a experiência com o comportamento suicida foi eliciadora de outras emoções, que poderiam ser vistos até como benéficos à prática profissional, pois preparam para lidar com casos semelhantes no futuro. Parece que o entendimento de que comportamentos suicidas fazem parte da profissão e o conhecimento sobre como manejar pacientes em risco também podem contribuir para uma postura mais tranquila por parte da equipe.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa trouxe informações que permitem uma maior compreensão do fenômeno do suicídio e seu impacto em profissionais que compõem a equipe de saúde mental de um hospital universitário a partir da percepção destes. Alguns comportamentos dos profissionais referentes à avaliação e intervenção perante o paciente suicida e sua família são similares aos previstos nos manuais produzidos pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde.

Contudo, demonstrar condutas em parte consonantes com aquilo que é previsto nos manuais não assegura que os profissionais estejam preparados para lidar com a complexidade do comportamento suicida. Os participantes perceberam um déficit na própria formação em relação ao tema do suicídio, que se torna ainda mais evidente quando os profissionais relatam os conhecimentos adquiridos na graduação. Não foi constatado treinamento institucional (hospitalar e/ou acadêmico) para manejo do comportamento suicida, nem a utilização de manuais

específicos de avaliação e intervenção diante do comportamento suicida que poderiam fornecer orientações e procedimentos aos profissionais. Nesse sentido, a principal contribuição deste estudo é pensar que o déficit na formação para lidar com o tema do suicídio pode contribuir para a vivência do desconforto emocional relatado pelos participantes do estudo. O fazer e o sentir estão intimamente relacionados com as condutas clínicas, assim o desconforto emocional diante do comportamento suicida, muitas vezes, pode advir da insegurança pessoal e da falta de conhecimentos técnicos para lidar com a questão.

A partir disso, permanecem alguns questionamentos sobre o fenômeno do suicídio, os procedimentos de manejo e a relação com as instituições formadoras. Se o comportamento suicida é considerado um problema de saúde pública, como pode a formação do ensino superior estar tão deficitária em relação a essa temática? Se os atos suicidas são uma realidade presente no cenário hospitalar, como o profissional pode atuar com eficiência se lhe falta um treinamento oficial? Nesse sentido, a implantação de um treinamento formal pode ser de grande valia para a população pesquisada.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser mencionadas. Esta pesquisa se trata de um estudo qualitativo com caráter exploratório-descritivo cujo trabalho foi realizado com uma amostra local formada por um número reduzido de participantes. Assim, as informações discutidas dizem respeito às particularidades da formação recebida por essas pessoas, das condutas adotadas em determinado hospital universitário e das reações emocionais dos participantes. Pesquisas com equipes de saúde multiprofissional de outras regiões do país podem ser relevantes para identificar se o conhecimento deficitário para lidar com comportamentos suicidas é uma limitação de algumas formações ou, ainda, se é um problema regional ou nacional.

### REFERÊNCIAS

- Angerami-Camon, V. A. (2000). Paradoxo, angústia e psicoterapia. In V. A. Angerami-Camon *et al.* (Org.). *Angústia e psicoterapia* (pp. 13-60). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Bertolote, J. M., Mello-Santos, C., & Botega, N. J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, 87-95. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600005>
- Biernacki, P., & Waldorf, D. (1981). Snowball Sampling: problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods & Research*, 10(2), 141-163. Recuperado de doi: 10.1177/004912418101000205
- Botega, N. J. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3), 231-236.
- Botega, N. J., Rapeli, C. B., & Freitas, G. V. S. D. (2004). Perspectiva psiquiátrica. In B. G. Werlang, & N. J. Botega. (Orgs.). *Comportamento suicida* (pp. 107-121). Porto Alegre: Artmed.
- Botega, N. J., Reginato, D. G., Silva, S. V., Cais, C. F. 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 de <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000400011>
- Brasil (2006). *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Recuperado de [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_prevencao\\_suicidio\\_saude\\_mental.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf)
- Brasil (2009). *Redes de produção de saúde*. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf)
- Brockner, E. A. (2007). *Avaliação de atitudes de profissionais de enfermagem frente ao suicídio em um hospital universitário*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Carmona-Navarro, M. C., & Pichardo-Martínez, M. C. (2012). Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(6), 1-8.
- Cataldo Neto, A., Gauer, G. J. C., Morelli, L. B., & Menezes, F. (2003). Manejo do paciente suicida. In A. Cataldo Neto, G. J. C. Gauer, & N. R. Furtado. (Orgs.). *Psiquiatria para estudantes de medicina* (pp. 674-677). Porto Alegre: Edipucrs.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 975-986.
- Conte, M., Meneghel, S. N., Trindade, A. G., Cecon, R. F., Hesler, L. Z., Cruz, C. W., & Jesus, I. (2012). Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2017-2026.
- Correia, C. M., Gomes, N. P., Couto, T. M., Rodrigues, A. D., Erdmann, A. L., & Diniz, N. M. F. (2014). Representações sobre o suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(1), 118-125.
- Diehl, A. (2011). Suicídio e dependência química. In A. Diehl *et al.*, *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 444-452). Porto Alegre: Artmed.
- Figueiredo, M. D., & Campos, G. W. S. (2014). O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. *Interface (Botucatu)*, Supl 1, 931-43.
- Freitas, A. P. A., & Borges, L. M. (2014). “O que eu penso daquilo que ele fez?” Os profissionais de Saúde frente ao atendimento a tentativa de suicídio no Sistema Único de

Saúde. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/ Brazilian Journal of Mental Health*, 6(13), 150.

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: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31(4), 202-210.

Gutierrez, B. A. O. (2014). Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. *Psicologia USP*, 25(3), 262-269.

Heck, R. M., Kantorski, L. P., Borges, A. M., Lopes, C. V., Santos, M. C., & Pinho, L. B. (2012). Ação dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(1), 26-33. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100003>

Kohlrausch, E., Lima, M. A. D. S., Abreu, P., & Soares, J. S. F. (2008). Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidades de saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7(4), 468-475. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v7i4.6628>

Loureiro, R. M. (2006). Um possível olhar do comportamento suicida pelos profissionais da saúde. *Scientia Médica*, 16(2), 64-67.

Machin, R. (2009). Nem doente, nem vítima: o atendimento às “lesões autoprovocadas” nas emergências. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(5), 1741-1750. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500015>

Meleiro, A. M. A. S., Botega, N. J., & Prates, J. G. (2004). Manejo das situações ligadas ao suicídio. In A. M. A. S. Meleiro, C. T. Teng, & Y. P. Wang. (Orgs.). *Suicídio: estudos fundamentais* (pp. 175-192). São Paulo: Segmento Farma.

Organização Mundial da Saúde (2000). *Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Recuperado

de [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/en/suicideprev\\_phc\\_port.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf).

Sena-Ferreira, N., Pessoa, V. F., Boechat-Barros, R., Figueiredo, A. E. B., & de Souza Minayo, M. C. (2014). Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 19(1), 115-126.

Souza, L. D. M., Ores, L., Oliveira, G. T., Cruzeiro, A. L. S., Silva, R. A., Pinheiro, R. T., & Horta, B. L. (2010). Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 286-292. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000400004>

Souza, S. S. (2012). *Tentativa de suicídio por mulheres: representações sociais de médicos(as), enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

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.

Waiselfisz, J. J. (2011). *Mapa da violência 2011: os jovens no Brasil*. Recuperado de <http://www.sangari.com/mapadaviolencia/pdf2011/MapaViolencia2011.pdf>.

Wang, Y. P., & Ramadam, Z. B. A. (2004). Aspectos psicológicos do suicídio. In A. M. A. S. Meleiro, C. T. Teng, & Y. P. Wang. (Orgs.). *Suicídio: estudos fundamentais* (pp. 79-96). São Paulo: Segmento Farma.

Recebido em: 06/11/2015

Aceito em: 25/07/2016