

## **O comportamento suicida no pronto-socorro de um hospital de urgências: percepção do profissional de Enfermagem**

### **Suicidal behavior in emergency room of an emergency hospital: perception of the nursing professional**

Ricardo Alves de Oliveira <sup>1</sup>  
Marina Rodrigues Moraes <sup>2</sup>  
Ronierly Correia Santos <sup>3</sup>

#### **Resumo**

O suicídio constitui-se como um fenômeno complexo, multidimensional e universal, além de configurar-se como um grave problema mundial de saúde pública, no qual ocorre a experiência de intenso sofrimento psíquico. Este estudo teve como objetivo investigar quais são as percepções dos profissionais de Enfermagem sobre o comportamento suicida em um hospital público de urgência e emergência de Goiânia-GO/Brasil. A pesquisa é qualitativa, sendo utilizada a técnica de entrevista semiestruturada para o procedimento de coleta de dados e a técnica de Análise de Conteúdo para o procedimento de análise dos dados. Foram entrevistados 70 profissionais de Enfermagem, sendo 46 Técnicos em Enfermagem e 24 enfermeiros. A partir dos dados coletados, cinco categorias de análise foram elencadas, sendo: a) acolhimento empático do profissional de Enfermagem; b) reações emocionais; c) percepções sobre o comportamento suicida d) fatores que influenciam o comportamento suicida; e e) dificuldades. O atendimento assertivo aos sujeitos que são admitidos nos serviços de urgência e emergência configura-se como determinante no processo de aceitação, adesão e continuidade do cuidado, se estendendo na prevenção de futuras novas tentativas de suicídio. Aponta-se então a necessidade de aprimoramento contínuo, através da educação permanente e do trabalho interdisciplinar.

**Palavras-chave:** comportamento suicida; psicologia hospitalar; sofrimento psíquico; urgência e emergência.

#### **Abstract**

Besides being a serious worldwide public health problem, suicide is a complex, multidimensional and universal phenomenon, which is an experience of intense psychological suffering. This study aimed to investigate the perceptions of nursing professionals about suicidal behavior in a public hospital in Goiânia-GO/Brazil. It's a qualitative approach research, using the semi structured interview technique for data collect and Content Analysis technique for data analysis procedure.

---

<sup>1</sup> Universidade Federal de Goiás – Goiânia/GO – [ricardopsicologo2018@gmail.com](mailto:ricardopsicologo2018@gmail.com)

<sup>2</sup> Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia/GO – [marinarnovais@hotmail.com](mailto:marinarnovais@hotmail.com)

<sup>3</sup> Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia/GO – [ronierlyc@yahoo.com.br](mailto:ronierlyc@yahoo.com.br)

Seventy nursing professionals were interviewed, of which 46 were nursing technicians and 24 were nurses registered. From the collected data, 5 categories of analysis were listed, as follows: a) empathetic reception of the nursing professional; b) emotional reactions; c) perceptions about suicidal behavior d) factors that influence suicidal behavior; e) difficulties. Assertive care for those who are admitted to the emergency services is a determinant in the process of acceptance, adherence and continuity of treatment, extending to prevent further suicide attempts. The article points out for continuous improvement through continuing education and interdisciplinary work.

**Keywords:** suicidal behavior; hospital psychology; psychological suffering; urgency and emergency.

## Introdução

O suicídio não se configura como qualquer morte, mas uma específica e determinada forma de morte, que perpassa um momento social, histórico, político e cultural específico, dentro de um sistema capitalista (Conselho Federal de Psicologia, 2013). Constitui-se como um fenômeno complexo, multidimensional e universal, além de configurar-se como um grave problema mundial de saúde pública, no qual ocorre a experiência de intenso sofrimento psíquico (Vidal & Gontijo, 2013).

Estima-se que, por ano, mais de 800 mil pessoas morrem em decorrência do suicídio, além disso, a cada indivíduo adulto que se suicida, no mínimo outros vinte tentaram contra a própria vida. De acordo com dados apresentados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio corresponde a 1,4% das mortes em nível mundial, sendo que, em 2012, configurou-se como a décima quinta causa de mortalidade na população geral (Ministério da Saúde, 2017). No entanto, as estatísticas aqui apresentadas não correspondem à realidade fidedigna de todos os casos de suicídio, tendo em vista que são erroneamente notificados ou subnotificados nos serviços de saúde (Oliveira, 2017).

Segundo Toro, Nucci, Toledo, Oliveira e Prebianchi (2013), o suicídio pode ser interpretado e compreendido como resultante de intenso sofrimento psíquico, que vem acompanhado de dor psíquica e insere-se no campo da psicopatologia, devido a seu caráter destrutivo. Na presença de uma situação de crise, dor emocional ou desespero que não é capaz de abranger, o sujeito vai de encontro à finitude de sua existência, expressando-se pelo extravasamento de uma dor subjetiva insustentável, findando a própria vida num ato suicida. Trata-se de uma experiência singular e que tem crescido nas diversas sociedades (Oliveira, 2017).

Gonçalves, Silva e Ferreira (2015) apontam que o termo comportamento suicida engloba de forma mais assertiva as terminologias sobre ideação e pensamentos suicidas e ao próprio ato em si, sendo escolhido tal conceito para a pesquisa aqui apresentada. Trata-se de um evento que resulta de uma série de aspectos e fatores que ao longo da história de vida do sujeito vão se acumulando. Tal pluralidade constitui o fenômeno, tendo um caráter complexo (Toro et al., 2013).

O comportamento suicida pode ser caracterizado pela ideação suicida, o planejamento, a tentativa e o próprio suicídio. A ideação aponta para o sentido da fantasia de estar morto, tirando a própria vida, mas também o planejamento do ato. Na ideação, há a presença de pensamentos sobre querer estar morto. O planejamento perpassa a ideação e a pessoa já possui um plano ou métodos para realizar a tentativa de suicídio. A tentativa de suicídio pode ser conceituada como qualquer tipo de comportamento autolesivo não fatal, seja explícito ou implícito, de que a pessoa tinha a intenção de morrer. O suicídio refere-se à morte autoprovocada, baseada em evidências explícitas ou implícitas em que a pessoa tinha a intenção de morrer (Botega, 2017).

A primeira tentativa de suicídio é considerada o fator preditor mais importante para a identificação de possíveis futuros novos comportamentos suicidas, ainda mesmo que sejam espaçados os eventos (Gonçalves et al., 2015). Em relação à repetição das tentativas, tem-se que é “[...] um indicador de risco para a consumação do suicídio. O risco de suicídio depois de

uma tentativa deliberada de autoagressão é muito maior do que na população geral.” (Vidal & Gontijo, 2013, p. 109). Botega (2017) evidencia que existem três gradações do risco de suicídio, sendo classificado em baixo, moderado e alto.

A prevenção ao suicídio se faz pela redução dos fatores de risco, tanto em nível individual como coletivo, e pelo reforço dos fatores protetores. Os fatores de proteção são caracterizados por aspectos relacionados à personalidade e estilos cognitivos (flexibilidade cognitiva, disposição para buscar ajuda e habilidade para solucionar problemas); aspectos relacionados à estrutura familiar (bom relacionamento interpessoal e apoio da família em situações de necessidade) e aspectos que se referem a fatores socioculturais. Os fatores de risco são caracterizados por fatores sociodemográficos (sexo masculino, adultos jovens e idosos, estado civil e grupos étnicos minoritários); transtornos mentais (depressão, transtorno afetivo bipolar, abuso/dependência de álcool e outras drogas, ideação ou plano suicida e tentativa de suicídio progressa); fatores psicossociais (abuso físico ou sexual, perda ou separação dos pais na infância, ausência de apoio social, isolamento social, perda afetiva recente, desemprego, desesperança e rigidez cognitiva). Deve-se atentar também aos aspectos relacionados à depressão, desesperança, desamparo e desespero (Botega, 2017).

O atendimento aos sujeitos com comportamento suicida que chegam às unidades de emergência constitui-se como o primeiro contato, configurando-se posteriormente em encontro, com excelentes oportunidades para que as devidas intervenções e encaminhamentos sejam realizados. Esse processo engloba a identificação dos usuários que possuem potencial elevado de cometer ou de efetivar uma nova tentativa, o que pode ser fatal (Vidal & Gontijo, 2013; Sarti, 2005).

Em pesquisas realizadas sobre o comportamento suicida, identificou-se que existiam hiatos no processo de compreensão de profissionais de saúde e que tais percepções se estendiam e influenciavam o acolhimento e assistência prestada aos usuários que eram admitidos no hospital por tentativa de suicídio. Observou-se que o profissional de enfermagem realizava o acolhimento de forma não assertiva, lidando com ambivalência frente à temática e que vislumbrava a internação psiquiátrica como única intervenção (Gonçalves et al., 2015).

Este artigo traz como hipótese a investigação do impacto do comportamento suicida na percepção dos profissionais de Enfermagem e nas suas práticas de cuidado em um hospital de urgências.

Sendo assim, esta pesquisa objetiva identificar quais são as percepções dos profissionais da equipe de enfermagem sobre o comportamento suicida, no contexto de urgência e emergência, tendo em vista as narrativas produzidas.

## **Método**

Trata-se de um estudo de cunho empírico, com abordagem qualitativa, que utilizou da técnica de entrevista para coleta dos dados e usou a análise de conteúdo de Bardin (2016) para o procedimento de análise dos dados, contribuindo para o processo de construção das categorizações, interpretação resultados e, por fim, a discussão.

### ***Participantes***

Participaram do estudo setenta profissionais do Pronto-Socorro (PS) de um hospital público de alta e média complexidade em urgência e emergência, com foco em traumatologia, queimaduras e medicina intensiva. O PS admite pacientes que sofreram algum tipo de trauma decorrente de diversas situações, sendo estes provenientes de encaminhamentos de outras unidades por meio da regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) ou por demanda espontânea. Entre as especialidades que compõem a equipe multidisciplinar da unidade, têm-se as seguintes: medicina, enfermagem, psicologia, farmácia, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional, odontologia, entre outras áreas da assistência.

Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram: profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos em enfermagem) que trabalham há pelo menos seis meses no PS e profissionais que se encontravam nos plantões dos turnos matutinos, vespertino e noturno, abrangendo todos os profissionais de enfermagem do setor. Quanto aos critérios de exclusão foram considerados os seguintes: profissionais que não estavam atuando no PS, que nunca tenham atendido um paciente que tentou suicídio e aqueles que quisessem retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa.

### *Procedimentos de coleta de dados*

O pesquisador realizou a abordagem aos profissionais no PS, convidando-os a participar da pesquisa e apresentando os objetivos da mesma. Diante da concordância do participante, expressa verbalmente, o mesmo recebeu duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que lesse e assinasse. Posteriormente à assinatura, foi realizada a entrevista semiestruturada.

Inicialmente foi utilizada a técnica de entrevista, que consiste num instrumento alternativo para se realizar a coleta de dados. A entrevista é considerada uma das técnicas mais utilizadas em trabalhos do meio científico, permitindo ao pesquisador uma quantidade abrangente de informações e dados, culminando no enriquecimento do estudo. O tipo de entrevista escolhida foi a semiestruturada, contendo três perguntas, com a finalidade exploratória dos dados sociodemográficos e dos dados qualitativos dos participantes obtidos através das falas.

As entrevistas foram realizadas durante o mês de abril do ano de 2019. Ocorreram individualmente, em sala reservada, com condições de privacidade e segurança, sem adversidades ao longo da coleta no Pronto-Socorro. Tiveram duração média aproximada de quinze minutos e foram audiogravadas para posterior transcrição na íntegra.

As entrevistas permitiram captar falas e sentimentos manifestos, sendo estes fundamentais para análise do material coletado. Os dados foram coletados nos turnos matutino, vespertino e noturno para contemplar de forma abrangente o maior número de profissionais que atuam na unidade. Para isso, o pesquisador utilizou uma escala específica durante a coleta de dados para identificação dos participantes.

A primeira parte da entrevista teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais de Enfermagem, sendo estes: idade, sexo, escolaridade e tempo de atuação no PS.

Os temas da entrevista semiestruturada versaram sobre: as percepções dos profissionais de Enfermagem sobre o comportamento suicida; como era para o profissional atender o paciente que tentou suicídio e suas práticas de cuidado. Foi elaborado um roteiro com as seguintes perguntas: Como é para você atender o paciente que tentou suicídio? Qual a sua percepção sobre o paciente que é admitido no hospital por tentativa de suicídio? Como você percebe seus cuidados com o paciente que tentou suicídio?

### *Procedimentos de análise de dados*

Os dados sociodemográficos dos participantes foram obtidos através de um roteiro de entrevista, o qual continha itens para preenchimento sobre a idade, sexo, nível de escolaridade e tempo de atuação no PS, sendo posteriormente compilados e analisados pelo software RStudio.

Para apreensão e análise dos conteúdos que surgiram nas entrevistas foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, que consiste em um agrupamento de técnicas de investigação ou análise das comunicações. Essas técnicas visam à obtenção de dados, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo presente nas mensagens, as quais podem ser quantitativas ou não, onde é possível fazer a inferência de conhecimentos referentes às condições de produção e recessão dessas mensagens (Bardin, 2016).

Nessa técnica, propõe-se analisar os conteúdos explícitos no texto, obtendo indicadores que permitiram fazer inferências. Foi escolhida considerando-se a riqueza de conteúdos

presentes no processo de entrevista e produção de narrativas. Tal abordagem metodológica se divide em três fases, como apontado na literatura, sendo: inicialmente a realização de uma pré-análise, na segunda fase a exploração do material e, por fim, o tratamento dos resultados e a interpretação, sendo feitos através da classificação dos elementos, evidenciando suas aproximações e diferenças, culminando nas categorizações (Caregnato & Mutti, 2006).

Na primeira fase (pré-análise) realizou-se a leitura flutuante, com a finalidade de estabelecer o primeiro contato com documentos oriundos da coleta de dados, momento em que se começa a inteirar-se do texto. Posteriormente, foram escolhidos os documentos a serem analisados, neste caso, as entrevistas, devidamente transcritas. Por fim, procedeu-se à preparação do material, a qual se fez pela edição das entrevistas transcritas, que permitiu a identificação de indicadores. Para isso, o material foi organizado em colunas, para anotar e marcar semelhanças e contrastes, utilizando cores diferentes para demarcar as semelhanças (Bardin, 2016).

A fase seguinte foi a de exploração do material, momento da codificação, na qual os dados brutos foram transformados de forma organizada e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo. A codificação incluiu a escolha de unidades de registro e a seleção de regras de contagem. A unidade de registro consiste na unidade de significação a codificar, a qual pode ser o tema, palavra ou frase, sendo que a frequência com que aparece uma unidade de registro denota-lhe importância. Por fim, foram construídas as unidades de contextos, as quais possibilitaram estruturar as categorias finais de análise, sendo essas discutidas nos resultados apresentados neste estudo (Bardin, 2016).

### *Procedimentos éticos*

A coleta de dados teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Excelência em Ensino, Pesquisas e Projetos Leide das Neves Ferreira (CEP/CEEPP-LNF), mediante o número de parecer 3.184.753 (CAAE: 08377319.1.0000.5082), sendo seguidas as normas definidas pelas diretrizes e normas que se referem aos padrões éticos estabelecidos pela atual legislação vigente, resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que pauta sobre “as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos” e resolução nº 510, de 07 de Abril de 2016, que dispõe sobre “as normas aplicáveis à pesquisa em Ciências Humanas e Sociais”. Antes do início da coleta de dados, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o participante, o qual consentia ou não em participar do estudo. Logo após a coleta de dados, foi realizada a transcrição das entrevistas semiestruturadas.

## **Resultados**

Este estudo teve participação de setenta profissionais de Enfermagem. Em roteiro de entrevista, foram levantados dados acerca da formação e nível de escolaridade dos profissionais entrevistados, destacados na (Tabela 1).

Tabela 1 - *Dados Sobre Formação e Nível de Escolaridade*

	Total (N)	Porcentagem (%)
Profissionais		
Enfermeiros	24	34.3
Técnicos em Enfermagem	46	65.7

	Total (N)	Porcentagem (%)
Escolaridade		
Pós graduação completa	15	21.4
Pós graduação incompleta	1	1.4
Ensino Superior Completo	23	32.9
Ensino Superior Incompleto	9	12.9
Nível Técnico	22	31.4

Fonte: Dados da Pesquisa.

Os dados sociodemográficos relacionados à idade, sexo e tempo de atuação no PS também faziam parte do roteiro de entrevistas (Tabela 2).

Tabela 2 - *Dados sociodemográficos*

	N (%)	Média (DP)	Mínima	Máxima
Idade	-	36(6.48)	26	56
Tempo de atuação*	-	35.01(14.11)	6	45
Sexo				
Feminino	48 (68.5)	-	-	-
Masculino	22(31.5)	-	-	-

Fonte: Dados da Pesquisa. \*Tempo de atuação em meses. N: número total. DP: Desvio Padrão.

A partir dos dados coletados cinco categorias de análise foram elencadas, sendo estas: a) acolhimento empático do profissional de Enfermagem; b) reações emocionais; c) percepções sobre o comportamento suicida d) fatores que influenciam o comportamento suicida; e) dificuldades. A seguir, cada uma das categorias será apresentada, descrita e ilustrada com trechos das narrativas obtidas através das entrevistas com o objetivo de melhor caracterização das mesmas (Tabela 3).

Tabela 3 - *Categorias Finais de Análise*

CATEGORIAS FINAIS DE ANÁLISE	UNIDADES DE REGISTRO	Frequência
<i>Acolhimento empático do profissional de Enfermagem</i>	Diálogo	38
	Postura empática	24
	Neutralidade	22
	Confortar; compreender motivações *	17
	Cuidado no contato	16
	Oferecer maior atenção	14
	Ampliar o campo de possibilidades	13
	Oferecer escuta	7
	Tentar ajudar; orientar a procurar assistência religiosa *	6
	Oferecer aconselhamento	4
	Promover a reflexão; promover conforto; orientar a procurar assistência psicológica *	3
	Orientar os familiares; Encaminhamentos *	2
	Conduzir com naturalidade	1

CATEGORIAS FINAIS DE ANÁLISE	UNIDADES DE REGISTRO	Frequência
<i>Reações emocionais</i>	Tristeza	20
	Revolta	19
	Incompreensão	13
	Medo	9
	Frustração	8
	Impotência	5
	Vergonha; Ambivalência afetiva; Choque *	2
	Culpa; Indiferença	1
<i>Percepções sobre o comportamento suicida</i>	Fragilidade emocional	31
	Julgamentos	18
	Apelo de ajuda	14
	Intensa dor psíquica; Forma de chamar atenção *	6
	Questões de ordem espiritual; Motivo fútil*	5
	Ato de coragem	3
	Inversão da ordem médica	2
<i>Fatores que influenciam o comportamento suicida</i>	Conflitos interpessoais	26
	Adoecimento psíquico	19
	Transtornos depressivos	16
	Acontecimento específico	15
	Aspectos socioeconômicos; pouca flexibilidade para enfrentar adversidades *	9
	Idade jovem	6
	Rede de apoio familiar fragilizada, Óbitos *	4
	Transtornos psiquiátricos inespecíficos	3
	Estresse	2
	Idade idosa; Esquizofrenia, Alterações na autoestima; Isolamento social; Abuso de substâncias psicoativas; Agressão física, Ausência de acompanhamento psicológico/psiquiátrico, Sensação de cansaço *	1
<i>Dificuldades</i>	Ausência de capacitações	5
	Despreparo psicológico	3

\*As unidades de registro foram agrupadas conforme a frequência.

### *Acolhimento empático do profissional de Enfermagem*

Esta categoria relaciona-se ao acolhimento dos profissionais de Enfermagem junto aos sujeitos que foram admitidos no contexto hospitalar por tentativa de suicídio. Evidenciou-se que os profissionais de Enfermagem expressaram uma postura empática com o paciente. Isso pode ser exemplificado através das seguintes narrativas:

*“Eu acho que o diálogo, né? Sempre! Diálogo, conversar com ele, tentar mostrar pra ele, que tem outra saída, né? Que pra tudo tem uma saída!” (E6)*

*“Porque a gente tem que se colocar no lugar dele, primeiramente. (...) tentar se colocar no lugar dele, prestar seu serviço com qualidade e se possível conversar, orientar (...).” (E50)*

*“A gente tenta ser o mais (...) o mais neutro possível do porquê... é nesse sentido, independente do que o paciente tenha feito. A gente sempre tenta dar o melhor tratamento pro paciente.” (E29)*

Outro aspecto que foi evidenciado nessa categoria refere-se ao manejo situacional e as orientações fornecidas aos pacientes, o que foi caracterizado como processo de acolhimento. Tais posturas foram percebidas tanto no discurso dos enfermeiros quanto dos técnicos em enfermagem. Percebe-se que os profissionais de Enfermagem apontam em suas falas a importância do trabalho em equipe multiprofissional. Ressaltaram ainda nas entrevistas que a atuação conjunta junto à equipe multiprofissional é fundamental para a assistência integral do sujeito, tendo em vista a complexidade desse fenômeno. Segue trecho ilustrativo: *“(...) a gente trabalha numa equipe multiprofissional (...)” (E9).*

### *Reações emocionais*

Esta categoria refere-se às reações emocionais manifestadas pelos profissionais de Enfermagem durante as entrevistas, sendo as mesmas caracterizadas por sentimentos e emoções que emergiram durante a temática referente ao comportamento suicida.

Foram identificadas as seguintes reações emocionais: tristeza, revolta, incompreensão, medo, frustração, impotência, vergonha, ambivalência afetiva, choque, culpa e indiferença. Observa-se, através das narrativas, notória dificuldade dos profissionais de Enfermagem na forma como lidam com as reações emocionais e questões de ordem psíquica, advindas da complexidade a qual se refere o comportamento suicida. Os profissionais de Enfermagem relatam ausência de preparo psicológico para lidar com o comportamento suicida. Tais dificuldades se justificam pelo fato desse profissional entrar em contato com seus conteúdos pessoais intrapsíquicos e com questões relativas à finitude. Seguem alguns trechos:

*“Eu acho triste, atender uma pessoa que tenta tirar própria vida.” (E19)*

*“Então, mexe com a gente, porque, enquanto várias pessoas tão lutando pra viver, uma pessoa vem e tenta tirar a vida? Pra ser sincera, chega a ser revoltante!” (E7)*

*“É um pouco difícil, porque cê fica se perguntando, né? Por que o paciente cometeu suicídio? O que, que levou ele a cometer isso?” (E33)*

### *Percepções sobre o comportamento suicida*

Esta categoria trata das percepções dos profissionais de Enfermagem sobre o comportamento suicida. Neste artigo, entendem-se as percepções enquanto uma compreensão ou impressão baseada em juízos de valor, tendo em vista o processo de atribuição de significados ao fenômeno comportamento suicida. Aponta-se que alguns profissionais demonstraram percepções baseadas em julgamentos sobre o comportamento suicida. Foi possível identificar diferenças nas percepções, tendo em vista que as mesmas partem de impressões individuais sobre o fenômeno estudado.

Entre as percepções, a mais expressiva refere-se ao fato da pessoa que tentou suicídio encontrar-se fragilizada emocionalmente, como pode ser exemplificado: *“Eu penso bastante que o paciente tá bem fragilizado, né, por isso que levou a ter esse comportamento.” (E65).*

Em seguida, identificaram-se percepções que se relacionam a outros julgamentos de valor, tais como o apelo por ajuda, intensa dor psíquica, forma de chamar atenção, questões de ordem espiritual, motivo fútil, ato de coragem e inversão da ordem médica. Abaixo, têm-se algumas narrativas que ilustram essas percepções.

*“Minha percepção. Não sei! Falta de Deus? Eu creio que sim! Falta de amor próprio.” (E19)*

*“Que a vida é uma coisa que Deus deu pra pessoa, e a pessoa tirando o bem mais precioso, e às vezes, por um motivo que, pra mim, é fútil.” (E7)*

*“Eu acho que é um cara que precisa de ajuda, de todas as naturezas.” (E3)*

### ***Fatores que influenciam o comportamento suicida***

Nesta categoria de análise foram levantadas as percepções dos profissionais de Enfermagem sobre os fatores que influenciam o comportamento suicida. A partir das entrevistas foi possível elencar alguns disparadores, os quais, segundo os profissionais, influenciam o comportamento suicida: conflitos interpessoais, adoecimento psíquico, transtornos depressivos e algum acontecimento específico na história de vida destes sujeitos. Ou seja, variáveis que os profissionais acreditam poder motivar o suicídio, estando elas relacionadas a situações conflituosas, fatores sociodemográficos e fatores psicossociais, como pode ser evidenciado nas narrativas abaixo:

*“Porque tem uns casos que é, assim é (...) fútil, né? Brigou com marido, brigou com namorado, namorado terminou. Aí, a gente fica meio chateado (...).” (E28)*

*“Bom pra mim, eu acho que, o que levou a pessoa a fazer um ato desse, com certeza ele passa por motivo de problema, tanto familiar, econômico, quer dizer eu acho que financeiro, né?” (E53)*

*“(...) mas a dor dessa pessoa deve ser muito grande, pra chegar nesse ponto, né? Hoje tem muito, depressão, né? Hoje tem muita gente doente da mente, né?” (E5)*

### ***Dificuldades***

A presente categoria descreve as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de Enfermagem relacionadas ao comportamento suicida. Dificuldades associadas ao despreparo psicológico e ausência de capacitações de educação continuada para lidar com essa demanda. Seguem alguns trechos que descrevem tal categoria:

*“Então, eu descreveria isso, como difícil, como uma situação difícil, delicada e que às vezes, a gente não tá preparado, na parte psicológica. Não na parte prática ali, da emergência.” (E7)*

*“Porque a gente não tem essa estrutura, às vezes, assim (...) igual assim, você faz a pergunta e às vezes, cê nem sabe chegar no paciente. A gente não está capacitado pra isso!” (E9)*

## Discussão

Identificou-se, através das entrevistas, que os profissionais de Enfermagem demonstraram uma postura empática no processo de acolhimento aos sujeitos que tentaram suicídio, o que colabora para que estes procurem assistência adequada e sintam-se acolhidos nos serviços de emergência, conforme apontado pelo estudo realizado por Vidal e Gontijo (2013). Tal postura deve ser vislumbrada como facilitadora frente à necessidade de continuidade do acompanhamento do sujeito que apresenta o comportamento suicida. Os sujeitos que chegam até os serviços de saúde devem receber adequado atendimento para a continuidade do cuidado.

A relação estabelecida entre paciente e profissional de saúde, desde seu acolhimento até a alta hospitalar, é um fator importante para a continuidade ou não dos encaminhamentos necessários e contribui na prevenção de novas tentativas de suicídio (Vidal & Gontijo, 2013).

Conforme apontado por Gutierrez (2014), o acolhimento quando realizado de forma assertiva e com qualidade pode influenciar que o paciente aceite e tenha adesão na continuidade de seu tratamento. Para que isso ocorra, este acolhimento deve ser resolutivo frente às demandas e às articulações necessárias, sendo identificada a importância da continuidade do acompanhamento (Ministério da Saúde, 2013).

Nos serviços de emergência, o acolhimento representa e desempenha a ferramenta humana e “tecnológica” mais importante, que abre espaço para uma escuta ativa por parte dos profissionais, o que culmina no favorecimento do processo de empatia e na oferta de cuidado integral, com respostas assertivas e resolutivas dentro do contexto intra e extra-hospitalar, além de promover a articulação na rede de serviços de saúde, como apontado por autores que discutem a temática sobre o processo de acolhimento nas unidades de urgência e emergência (Freitas & Borges, 2017; Gutierrez, 2014; Azevedo & Barbosa, 2007; França, 2005).

Entretanto, apesar das emergências hospitalares constituírem-se como um local privilegiado para o cuidado e avaliação do risco de futuras tentativas, nem sempre as mesmas são utilizadas em suas potencialidades e os sujeitos que são admitidos nesses serviços acabam sendo liberados sem uma avaliação psiquiátrica ou qualquer outra espécie de encaminhamento (Vidal & Gontijo, 2013). Apesar dos profissionais de Enfermagem ressaltarem a necessidade de encaminhamento, a mesma apareceu em baixa frequência neste estudo, indicando ainda uma necessidade de maior conscientização.

Como mencionado acima, a assistência assertiva aos usuários que chegam aos serviços de saúde se constitui como uma das intervenções que se estende à prevenção. Os serviços de emergência são o lócus de privilégio para se tencionar a assistência oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), no que se refere ao atendimento que visa à integralidade. Porém, destaca-se que o atendimento prestado aos usuários que tentaram suicídio, muitas das vezes, se esbarra com três questões básicas que confrontam o saber e fazer de profissionais de saúde (Gonçalves et al., 2015). Tais questões corroboram com o estudo realizado.

A primeira questão faz menção ao acolhimento realizado de forma não assertiva, seja pela incompreensão entre suicidologia, medicina e psicologia, seja por falta de treinamento e pelo sentimento de insegurança. A segunda aponta para ambivalência com que muitos profissionais da saúde lidam com a temática, acima de tudo, pelo fato de fazer parte da condição humana, apresentar aspectos relacionados à terminalidade e morte e, em algum

instante específico, haver a possibilidade de se pensar nessas questões. Por fim, tem-se a internação psiquiátrica, vista muitas das vezes como a única forma de encaminhamento (Gonçalves et al., 2015).

Percebe-se que os discursos produzidos acerca do comportamento suicida apontam para o estigma, reafirmando o preconceito presente na sociedade, sendo estes sujeitos percebidos como problemáticos ou causadores de sofrimento para sua família, além de outras questões envolvidas. Evidencia-se que o atendimento acolhedor possibilita a criação de um espaço para fala e fortalecimentos do vínculo entre usuários, família e equipe de saúde.

Julgamentos e concepções estigmatizantes não corroboram em nenhum sentido para o atendimento prestado a sujeitos que tentam suicídio e que se encontram em intenso sofrimento psíquico advindo do comportamento suicida (Gonçalves et al., 2015). Em relação às percepções sobre o comportamento suicida, foi identificado que os profissionais de Enfermagem da referida unidade hospitalar ainda apresentam percepções baseadas em juízos de valor, como apresentado na categoria citada acima. Tais percepções podem ser percebidas quando fazem menção ao comportamento suicida baseada em concepções estigmatizantes como: apelo de ajuda, forma de chamar atenção, questões de ordem espiritual, motivo fútil, ato de coragem e inversão da ordem médica.

Em conformidade com outros estudos realizados, variadas reações emocionais foram percebidas nos profissionais de Enfermagem que participaram deste estudo. Quando um usuário que tentou suicídio é admitido nos serviços de saúde, diversos sentimentos, emoções, incômodos e questionamentos perpassam a atuação de quem cuida e promove saúde. Quando o paciente tenta contra a própria vida e chega à unidade de saúde, ele desorganiza a equipe de saúde, afetando os profissionais com seu ato, tornando-se um paciente indesejado no pronto socorro (Gondim, 2015).

As reações emocionais encontradas no presente artigo corroboram dados de pesquisas anteriores. Foram evidenciados neste estudo sentimentos de tristeza, revolta, incompreensão, medo, frustração, impotência, vergonha, ambivalência afetiva, choque, culpa e indiferença. Observa-se que para os profissionais de Enfermagem ainda é difícil lidar com comportamento suicida, tendo em vista que a temática suscita nesses sujeitos conteúdos pessoais que podem se relacionar a questões sobre a terminalidade, o morrer, indo a desencontro com o imperativo da ordem médica no contexto hospitalar.

Nesse sentido, uma visão integral dos usuários que chegam a essas unidades deve ser a norteadora da prática profissional, para que não se incorra em visões simplistas, casuísticas ou deterministas sobre os mesmos (Gutierrez, 2014). Sabe-se que é recorrente o profissional fazer seu julgamento, baseando-se em seus próprios valores, o que pode levá-lo a lidar com o paciente com sentimento de indiferença afetiva, ironia, pena, paternalismo, impaciência e até lições de alento ou de religiosidade (Gondim, 2015). Tais reações da equipe podem surgir com base na seguinte perspectiva: “[...] o suicídio e sua tentativa é um ato que subverte a ordem médica” (Gondim, 2015, p. 14). Os resultados encontrados neste estudo divergem de tais dados.

Segundo estudos realizados por Silva e Boemer (2004), tem-se que para os profissionais de saúde, o suicídio apresenta-se nas seguintes categorias: algo que aconteceu a uma pessoa em momento de desespero, algo que as pessoas utilizam para chamar atenção e, por fim, algo que lhes suscita uma diversidade de sentimentos e emoções, o que corrobora com os resultados encontrados neste estudo. Percebe-se que a temática desperta em quem cuida diversos questionamentos, sentimentos e reflexões.

Gonçalves et al. (2015) traz que a palavra suicídio geralmente era omitida das falas, inferindo-se que tal ocultamento poderia se relacionar com a dificuldade dos profissionais em lidar com pacientes que apresentavam tal demanda, facilitando as condutas ou a ocorrência do

afastamento quanto às questões referentes à morte e outros aspectos que possuem relação com o morrer, demonstrando resistência por parte da equipe. Esse aspecto não foi observado nos dados deste estudo.

Gonçalves et al. (2015) aponta lacunas na compreensão e manejo do comportamento suicida, as quais são fundamentadas em aspectos meramente biológicos e da manutenção da vida, tendo em vista que uma compreensão integral desse fenômeno escapa dos profissionais da Enfermagem. Tal apontamento pode justificar-se pelo despreparo técnico ou teórico para lidar com sujeitos com esta demanda, apontando dificuldades em relação à morte e com o estigma em relação ao usuário que manifesta o comportamento suicida. No presente estudo, os profissionais de Enfermagem ressaltaram o despreparo psicológico para manejar essa demanda. Não foi observado despreparo técnico por parte dos profissionais para lidar com o comportamento suicida, apenas aspectos de ordem emocional.

Entre os aspectos que se relacionam à prevenção do comportamento suicida, devem ser ofertadas aos sujeitos outras possibilidades de enfrentamento frente aos momentos de crise, vulnerabilidade e adoecimento, que os levam, muitas vezes, a chegar ao ato fatal, sendo uma espécie de saída para o sofrimento. Ações e estratégias de saúde que englobam a discussão acerca da temática, não excluindo a mesma dos discursos, podem favorecer no processo de prevenção (Botega, Werlang, Cais, & Macedo, 2006). Expressar uma postura acolhedora, oferecendo uma escuta e buscando demonstrar uma atitude compreensiva, pode contribuir na forma como estes sujeitos enfrentarão seu sofrimento.

Sugere-se que o processo de capacitação aconteça através da construção de processos de educação permanente à equipe de enfermagem, frente ao atendimento aos sujeitos que são admitidos no contexto de urgência e emergência após uma tentativa de suicídio. Conforme evidenciado no estudo realizado por Gutierrez (2014), os profissionais do presente estudo também reconhecem em suas falas a necessidade de maior conhecimento e aperfeiçoamento sobre a temática. As dificuldades apresentadas referem-se à falta de formação desse profissional.

Evidencia-se que o psicólogo hospitalar deve ser o facilitador dos sentimentos, emoções e reflexões, tendo em vista que o genuíno processo terapêutico possui como objetivo o cuidado pela atenção integral ao paciente e seus familiares (Toro et al., 2013). Assim sendo, enquanto profissional de saúde mental, o psicólogo é considerado o principal agente transformador nesses casos (Gondim, 2015).

As intervenções do psicólogo hospitalar devem estar voltadas ao cuidado integral, tendo como base a tríade paciente-família-equipe, haja vista que o contexto de emergência destaca-se por ser um espaço em que as devidas intervenções podem ser realizadas. Na situação de crise suicida na emergência, o psicólogo deve acolher, garantindo ao sujeito uma escuta ausente de julgamentos, tendo em vista que esse sujeito se encontra em significativo sofrimento psíquico. Reitera-se a necessidade de ampliar o cuidado aos familiares e da realização dos devidos encaminhamentos. Além disso, em uma situação de crise suicida, deve ser avaliado o risco de a pessoa efetivar o suicídio (Gutierrez, 2014; Gondim, 2015; Botega, 2017).

## Considerações finais

O comportamento suicida pode ser prevenido através do acompanhamento adequado. Sabe-se que o atendimento assertivo aos sujeitos que são admitidos nos serviços de urgência e emergência configura-se como determinante no processo de aceitação, adesão e continuidade do acompanhamento, bem como na prevenção de novas tentativas de suicídio.

O presente artigo investigou quais são as percepções dos profissionais de Enfermagem sobre o comportamento suicida, suas reações emocionais, o processo de acolhimento e suas práticas de cuidado. Os resultados mostraram que no processo de acolhimento, a postura dos

profissionais de Enfermagem demonstrou-se como sendo empática, o que contribui para a continuidade do acompanhamento, bem como para prevenção de futuras novas tentativas de suicídio.

Gonçalves et al. (2015) aponta lacunas no processo de compreensão dos profissionais de Enfermagem sobre o comportamento suicida. Os profissionais apontaram ausência de preparo psicológico para lidar com o comportamento suicida, o que pode dificultar o processo de atendimento. Não foi observado despreparo técnico por parte dos profissionais para lidar com o comportamento suicida, apenas questões de ordem emocional. Observou-se que, diante da ausência de preparo psicológico para lidar com esses sujeitos, os profissionais partem de suas experiências individuais para o manejo junto ao paciente que tentou suicídio.

Reitera-se ainda a necessidade de aprimoramento contínuo, através da educação permanente no contexto hospitalar, tendo em vista o processo de constante capacitação dos profissionais. Salienta-se a importância do trabalho interdisciplinar visando a oferta de cuidado integral, fator este importante para prevenção de novas tentativas e promoção da qualidade de vida. Destaca-se ainda a importância da abordagem deste tema na formação de profissionais de saúde. Além do mais, sugere-se a realização de outros estudos para uma compreensão mais abrangente sobre a temática.

## Referências

- Azevedo, J. M. R., & Barbosa, M. A. (2007). Triagem em serviços de saúde: percepção dos usuários. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 15(1), 33-39.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Botega, N. J. (2017). *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência*. 4a ed. Porto Alegre: Artmed.
- Botega, N. J., Werlang, B. S. G., Cais, C. F. S., & Macedo, M. M. K. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *PSICO*, 37(3), 213-220.
- Caregnato, R. C. A., & Mutti, R. (2006). Pesquisa Qualitativa: Análise de discurso verso análise de conteúdo. *Texto Contexto Enfermagem*, 15 (4), 679- 684.
- Conselho Federal de Psicologia. (2013). *Suicídio e seus desafios para psicologia*. Brasília: CFP.
- França, I. G. (2005). Reflexões acerca da implantação e funcionamento de um plantão de emergência em saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 5(1), 146 -163.
- Freitas, A. P. A., & Borges, L. M. (2017). Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. *Estudos de Psicologia*, 22(1), 50-60.
- Gonçalves, P. I. E., Silva, R. A., & Ferreira, L. A. (2015). Comportamento Suicida: percepções e práticas de cuidado. *Psicologia Hospitalar*, 13(2), 64-87.
- Gondim, D. S. M. (2015). A intervenção da psicologia: tentativas de suicídio e urgência hospitalar. *Revista Científica da FMC*, 10(2), 12-16.
- Gutierrez, B. A. O. (2014). Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. *Psicologia USP*, 25(3), 262-269.
- Ministério da Saúde (2013). *Saúde Brasil: Uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza*. Brasília, DF: Editora MS.
- Ministério da Saúde (2017). *Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde*. Brasília, DF: Editora MS.
- Oliveira, K. P. (2017). A assistência psicológica aos casos de tentativas de suicídio no hospital geral. In V. A. Angerami (org.). *E a psicologia entrou no hospital*. Belo Horizonte: Artesã.

- Sarti, C. A. (2005). O atendimento de emergência a corpos feridos por atos violentos. *Revista de Saúde Coletiva*, 15(1), 107-126.
- Silva, V. P., & Boemer, M. R. (2004). O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(2), 143-152.
- Toro, G. V. R., Nucci, N. A. G., Toledo, T. B., Oliveira, A. E. G., & Prebianchi, H. B. (2013). O desejo de partir: um estudo a respeito da tentativa de suicídio. *Psicologia em Revista*, 19 (3), 407-421.
- Vidal, C. E. L. & Gontijo, E. D. (2013). Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21 (2), 108-114.

**Ricardo Alves de Oliveira** – Psicólogo (UFG). Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde (UEPB). Especialista em Urgência e Trauma (UniEVANGÉLICA). Psicólogo Hospitalar.

**Marina Rodrigues Moraes** – Psicóloga (PUC GOIÁS). Mestra em Psicologia (PUC GOIÁS). Especialista em Psicodrama Psicoterapêutico (SOGEP). Psicóloga Hospitalar (HUGOL).

**Roniery Correia Santos** – (PUC GOIÁS). Doutorando no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia (PUC GOIÁS). Mestre em Ciências da Saúde (UFT). Psicólogo Hospitalar (HUGOL).