UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

GIOVANA VIDOTTO ROMAN TORO

**Tentativa de suicídio:
vivências dos profissionais de saúde no pronto-socorro**

São Paulo
2016

GIOVANA VIDOTTO ROMAN TORO

**Tentativa de suicídio:
vivências dos profissionais de saúde no pronto-socorro**
(Versão original)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Orientadora: Professora Doutora Maria Julia Kovács.

São Paulo

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Toro, Giovana Vidotto Roman.

Tentativa de suicídio: vivências dos profissionais de saúde no pronto-socorro / Giovana Vidotto Roman Toro; orientadora Maria Julia Kovács. -- São Paulo, 2016.

234 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Tentativa de suicídio 2. Pronto-socorro 3. Profissional de saúde
I. Título.

RC569

Nome: Toro, Giovana Vidotto Roman

Título: Tentativa de suicídio: vivências dos profissionais de saúde no pronto-socorro.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de mestre em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

À professora Maria Julia Kovács pela orientação, pela confiança e pelo carinho. Uma pessoa pela qual tenho uma profunda admiração e afeto e que me auxiliou nesta trajetória de desenvolvimento pessoal e profissional.

À professora Nely A. Guernelli Nucci, por ter acreditado em meu potencial como psicóloga e ter me ajudado na construção inicial da ideia deste trabalho. Além disso, por ter contribuído de maneira significativa com o desenvolvimento dessa investigação como membro da banca de qualificação e da defesa.

À professora Karina Okajima Fukumitsu, por ter aceitado participar como membro da banca de qualificação e da defesa, por ter compartilhado seu conhecimento e ter enriquecido o desenvolvimento dessa pesquisa.

Ao grupo de orientação, pelas sugestões e pelo apoio durante esses anos.

À minha mãe, Solange, por estar sempre ao meu lado, não importando a distância física; por todo o seu afeto e paciência que me ajudaram no processo de escrita.

Ao meu pai, Izair, pelo interesse, por sempre ter me apoiado e acreditado em mim e por refletir, juntamente comigo, sobre o tema dessa investigação.

Ao meu grande companheiro, John, pelo apoio, carinho, confiança, amor e suporte durante toda elaboração desse trabalho.

Aos meus amigos: Tassi, Tai, Carol, Diogo, Maraysa, Talia, Dê, Gui, Lore, Mário, Victor e Brenno por fazerem parte da minha história há tantos anos e sempre me apoiarem.

Aos colaboradores desse estudo, pelo interesse, pela disponibilidade e por terem partilhado suas vivências.

RESUMO

TORO, G. V. R. (2016). **Tentativa de suicídio: vivências dos profissionais de saúde no pronto-socorro**. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O suicídio é um fenômeno complexo, considerado problema de saúde pública devido às altas taxas de tentativas e consequentes óbitos. O contato inicial com o paciente que tentou o suicídio, na maioria das vezes, ocorre no pronto-socorro do hospital geral, sendo, fundamental analisar o relacionamento entre os membros da equipe de saúde e o paciente com comportamento suicida para entender como o cuidado está sendo oferecido. Este estudo teve como objetivo compreender como profissionais de saúde, que atuam no pronto-socorro, vivenciam a assistência prestada ao paciente que tentou suicídio. A pesquisa teve caráter qualitativo e a coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas abertas. O material obtido a partir dos depoimentos foi avaliado por meio da técnica da análise temática. As respostas dadas pelos colaboradores foram agrupadas em temas comuns: conceituação do suicídio; importância do atendimento multiprofissional; diferenças entre o SUS e o sistema privado; as distintas posturas dos profissionais de saúde; relação família-paciente; medicamentos como forma de cuidado e tentativa de suicídio; sofrimento psíquico entre os profissionais. A presente investigação apontou que a assistência ao paciente que tentou o suicídio no pronto-socorro é inadequada, marcada pela falta de preparo e fragmentação do cuidado. Evita-se o contato com o sofrimento intenso relacionado com o ato suicida e o cuidado a esse paciente é redirecionado aos profissionais da saúde mental. Os fatores que influenciam na assistência precisam ser reconhecidos e reformulados para que haja melhoria na qualidade dos atendimentos possibilitando um cuidado integral à pessoa com ideação e tentativa de suicídio.

Palavras-chave: Tentativa de Suicídio; Pronto-Socorro; Profissional de Saúde.

ABSTRACT

TORO, G. V. R. (2016). Attempted suicide: health care professionals' experiences in the E.R. Master's thesis, Institute of Psychology, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Suicide is a complex phenomenon, considered a public health problem given high resultant mortality rates. In the majority of cases, initial contact with patients who attempted suicide occurs in the emergency room of a general hospital. As a result, analyzing the relationship between members of the healthcare team and the patient with suicidal behavior is paramount to understanding how care is being provided. The objective of this study was to understand health care professionals' experiences in treating attempted suicide patients while working in the E.R. The study was qualitative in nature and data were collected via open interviews. The data obtained from the depositions were analyzed using thematic analysis. The responses given by the interviewees were grouped into topics: the concept of suicide; the importance of multidisciplinary care; differences between the public and private health systems; the different postures of health care professionals; the patient-family relationship; medication as both a form of treatment and a manner for attempted suicide; and psychic suffering among health care professionals. The present study found that care for patients provided in the E.R. after attempting suicide is inadequate, defined by a lack of preparation on part of the health care professionals and fragmented care. Health care professionals avoid contact with the intense suffering related with the act of suicide and these patients are redirected to mental health professionals. The diverse factors that influence care should be recognized and reconsidered so that the quality of care is improved, which would provide for holistic care of the patient with suicidal thoughts or attempted suicide.

Key Words: Attempted suicide, Emergency Room, Health Care Professional.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1 INTRODUÇÃO	12
1.1 A conceituação da morte.....	12
1.2 Suicídio: histórico e investigações	16
1.2.1 Alguns dados históricos.....	16
1.2.2 A perspectiva sociológica de Durkheim.....	18
1.2.3 A perspectiva filosófica	19
1.2.4 A(s) perspectiva(s) da Psicologia	21
1.3 O suicídio e a tentativa de suicídio: conceitos e reflexões.....	24
1.4 O suicídio no Brasil	26
1.5 A tentativa de suicídio e o profissional de saúde	28
2 OBJETIVO	32
3 MÉTODO	33
3.1 Abordagem da pesquisa	33
3.2 Colaboradores.....	33
3.3 Coleta de dados	34
3.4 Procedimentos	35
3.5 Compreensão dos depoimentos.....	36
3.6 Aspectos éticos	36
4 RELATOS E ANÁLISE	38
4.1 Os depoimentos	38
4.2 Análise das entrevistas.....	38
4.2.1 Entrevista piloto: Rafael, enfermeiro.....	39
4.2.2 Segunda entrevista: Laura, médica.....	44
4.2.3 Terceira entrevista: Mônica, técnica em enfermagem.....	50
4.2.4 Quarta entrevista: Bianca, enfermeira	57
4.2.5 Quinta entrevista: Thaís, enfermeira	63
4.2.6 Sexta entrevista: Beatriz, técnica em enfermagem	69
4.2.7 Sétima entrevista: Paula, técnica em enfermagem	74
4.2.8 Oitava entrevista: Olívia, médica psiquiátrica.....	81
5 DISCUSSÃO: TEMAS CENTRAIS	88

A. Suicídio: atribuições de significados	88
C. Sistema único de saúde (SUS) X Sistema privado	94
D. As distintas posturas dos profissionais de saúde	97
E. A relação família-paciente.....	99
F. O medicamento: linha tênue entre o cuidado e a tentativa de suicídio	101
G. O sofrimento psíquico e o suicídio entre os profissionais de saúde	105
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERÊNCIAS	112
ANEXO A	119
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	122
APÊNDICE B – Roteiro Temático	124
APÊNDICE C (em CD) – Transcrição das Entrevistas	125

APRESENTAÇÃO

A escolha de um objeto de estudo é pessoal, subjetiva e delineada pela própria história do pesquisador. A presente investigação foi estimulada por experiências pessoais que impulsionaram a busca pela compreensão do suicídio.

O passado contribuiu para a construção do presente e o estudo aprofundado sobre a tentativa de suicídio é necessário, não apenas devido ao interesse pessoal, mas pelo impacto social atual, em que o suicídio é considerado um problema de saúde pública.

Ao pensar nas minhas vivências, retorno à adolescência que foi um período caracterizado por crises e mudanças. Tive um contato inicial com a tentativa de suicídio e questionamentos sobre a vida, que me despertaram a curiosidade e o interesse de compreender e poder oferecer cuidados ao próximo.

Esse caminho percorrido influenciou a minha escolha pessoal: ser psicóloga. A psicologia me proporcionou uma visão ampla sobre a vida, sobre como vivemos e nos comportamos, um entendimento profundo sobre o ser humano.

Durante a universidade, o estudo sobre o suicídio foi iniciado nas aulas da disciplina de Filosofia, com o estudo da obra de Albert Camus. A angústia despertada estimulou ainda mais a compreensão sobre o assunto, por meio de leituras e explicações de psicólogos humanistas e psicanalistas.

Após a graduação, a Residência em Saúde propiciou-me a prática. A rotina diária era marcada pela assistência psicológica a pacientes que tentaram suicídio. Realizei diversos atendimentos, principalmente no pronto-socorro, e este tema foi se tornando mais presente em minha vida. Como trabalho de conclusão de curso da Residência, debruicei-me sobre o estudo a respeito do atendimento psicológico ao paciente que tentou o suicídio. Naquela época, já buscava uma compreensão do que poderia ser feito, enquanto psicóloga, para propiciar uma assistência mais eficaz a esse paciente.

Seis meses após o término da Residência, tive a oportunidade de ser aluna ouvinte da professora Dra. Maria Julia Kovács. Cursei a disciplina “A Questão da Morte nas Instituições de Saúde e Educação” e percebi que poderia investigar mais sobre a morte, principalmente sobre o suicídio, e que ela poderia me ajudar nesta trajetória. Ingressei no Programa de Mestrado do Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano no ano de 2014 e iniciei a minha pesquisa.

A tentativa de suicídio é a temática explicitada neste trabalho, que tem como foco o profissional de saúde e a assistência oferecida ao paciente em prontos-socorros em que os primeiros cuidados são oferecidos às pessoas que tentam suicídio.

1 INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno que deve ser investigado de forma minuciosa, sendo permeado pelo tabu e reconhecido, atualmente, como um problema de saúde pública em todo o mundo.

O estudo pretende ampliar a compreensão a respeito do suicídio e da tentativa de suicídio, ao focar o profissional de saúde e as possíveis reflexões a respeito da assistência realizada a esses pacientes em prontos-socorros de hospitais gerais.

Inicialmente, apresentamos uma divisão nos capítulos, que buscam compreender, teoricamente, o fenômeno do suicídio. No item “1.1 A conceituação da morte”, abordamos a questão do tabu da morte e do suicídio, considerado como uma “morte desejada”, trazendo reflexões a respeito das dificuldades em verbalizar e refletir sobre a temática.

No tópico “1.2 Suicídio: histórico e investigações”, apontamos alguns dados históricos, como também diferentes visões relacionadas ao suicídio (filosofia, sociologia, psicologia), que corroboram a complexidade do fenômeno.

Em “1.3 O suicídio e a tentativa de suicídio: conceitos e reflexões”, destacamos as diferenças entre diversos conceitos que envolvem o tema: tentativa, ideação, plano suicida e suicídio. Abordando, em seguida, dados epidemiológicos sobre o suicídio em nosso país (item 1.4).

Finalizamos a parte da introdução com o item “1.5 A tentativa de suicídio e o profissional de saúde” que traz ponderações a respeito da assistência realizada ao paciente que tentou o suicídio e as percepções dos profissionais de saúde envolvidos.

1.1 A conceituação da morte

Ao ser pronunciada, a palavra *morte* é associada a diversos conceitos: finitude, vulnerabilidade, fragilidade, passagem, entre outros significados que são subjetivos e distintos para cada ser humano. É considerada como uma experiência misteriosa e, ao mesmo tempo, a única certeza da vida que, por vezes, é afastada da consciência, ignorada.

A morte é tida como um evento humano. Apenas o homem reconhece e atribui um significado a esse evento, e é capaz de se expressar por meio da criação de rituais e homenagens fúnebres. Rodrigues (2006) afirma que a consciência da morte está associada à vida em sociedade, sendo caracterizada como perda de individualidade.

Diante dessa experiência caracterizada como humana, é possível pensar nas definições criadas pelo homem em várias épocas e culturas. Ao consultar o Dicionário da Língua Portuguesa, encontramos: “*mor.te sf* 1. interrupção definitiva da vida de um organismo. 2. fim da vida humana.... 5.intenso sofrimento, grande dor e angústia” (Houaiss & Villar, 2009, p. 1320). Significado que se relaciona a um contexto sócio-histórico-cultural e revela a forma com a qual a sociedade brasileira lida com o tema.

Observa-se que no ocidente, é enfatizada a experiência de tristeza profunda, diferentemente da visão oriental, na qual a morte é compreendida como uma passagem, um renascimento. Segundo Kovács (2012, p.76), “se pudéssemos resumir em uma palavra o que traduz a visão da morte, no ocidente seria negação, no oriente preparação”. A autora aponta que no oriente, a morte é considerada como evolução do ser humano, transição para uma vida nova.

A questão sócio-histórico-cultural da morte é estudada por Philippe Ariès, historiador francês, que apresenta as diversas concepções da morte ao longo da história da humanidade, desde a Idade Média até o século XX. Por meio do estudo e análise da literatura da alta Idade Média, descreve a imagem da morte entendida naquela época como domada. São descritas cenas que demonstram o pressentimento em relação à morte por meio dos sonhos, dos sinais naturais e das premonições sobrenaturais, sendo, portanto, avisada e anunciada. A morte domada é conceituada como “a morte regulamentada por um ritual costumeiro descrito com benevolência” (Ariès, 1977/1981, p. 7).

O autor afirma que nessa época, a partir da concepção da morte domada, a morte repentina e súbita era considerada feia e vergonhosa. Compara a percepção da alta Idade Média com a época em que o livro foi escrito, século XX, ano de 1977: “hoje, tendo banido a morte da vida cotidiana, ficaríamos, pelo contrário, comovidos por um acidente tão súbito e absurdo, e antes suspenderíamos nessa ocasião extraordinária os interditos habituais” (Ariès, 1977/1981, p. 12). Comparação realizada, que demonstra as diferenças entre as percepções e reações diante dos diferentes tipos de morte (violenta, natural, etc.) ao longo da história da humanidade.

Ariès (1977/1981) retrata que havia uma resignação, uma familiaridade com a morte, como também, aceitação. A morte ocorria em público, na presença de familiares, amigos, diferença fundamental em relação a este aspecto no século XX, em que se tornou frequente morrer sozinho, em uma instituição hospitalar.

O autor ainda discorre que na civilização tecnicista, há a recusa da morte, enquanto nas civilizações tradicionais estava próxima e fazia parte do dia-a-dia. O escritor faz a seguinte reflexão “a atitude antiga em que a morte está ao mesmo tempo próxima, familiar e diminuída,

insensibilizada opõe-se demais à nossa, onde nos causa tanto medo que nem ousamos dizer-lhe o nome” (Ariès, 1977/1981, p. 31).

Percebe-se a atualidade das reflexões realizadas por Ariès no século XX/XXI. Atualmente, persiste a solidão e o hospital é um local que representa a morte, que está presente em enfermarias, unidades de terapia intensiva e prontos-socorros. Observa-se, no ambiente hospitalar, uma morte mecanizada com a presença de diversos aparelhos médicos, como também o prolongamento da vida por meio da tecnologia. A morte junto aos familiares, em domicílio, está cada vez mais distante, e o prolongamento da vida por meio de apoio tecnológico se torna comum.

O autor trouxe significativas contribuições a respeito do tema e demonstrou a importância do contexto social, que influencia as diversas concepções a respeito da morte. São ressaltadas as modificações, que ocorreram com o passar dos anos e as transformações nas próprias formas de se pensar a morte, nos rituais e homenagens.

A morte é retratada e pensada em cada religião e cultura de formas distintas. Buscam-se diversas respostas, que são produzidas pelas ciências, artes, filosofias. Entretanto, são aproximações parciais, nenhuma delas é considerada completa e/ou universal (Kovács, 2012).

Rodrigues (2006), afirma que as diferentes culturas irão escolher representações específicas para a morte, associando-a a distintas imagens: “maternal”, “sono”, “reencarnação”, “ressureição”. Embora sejam diferentes as maneiras de se olhar, a morte é associada à transformação, entendida como deslocamento do princípio vital.

Transformação que é de difícil compreensão para o ser humano. A ideia de finitude é considerada absurda, visto que, segundo Rodrigues (2006), as lembranças daquele que morreu continuam sendo uma forma de presença no mundo. A morte provoca perda real, entretanto, mantém-se as lembranças, as memórias, dificultando a aceitação, que também pode ser influenciada pelo tipo de morte ocorrida (morte natural, morte violenta, morte súbita, ...). É possível perceber que há uma mescla de sentimentos que são suscitados por essa perda: a tristeza, a angústia, a revolta, a não aceitação.

Os sentimentos associados à morte, à perda em geral, são estudados de forma pormenorizada por Elizabeth Kübler-Ross. A autora trouxe contribuições por meio de seus diversos estudos, merecendo destaque seu livro “On death and dying” (1969), traduzido como “Sobre a morte e o morrer”, em que retrata pesquisas realizadas com pacientes em estágio terminal e indica algumas fases que podem ocorrer após perdas significativas.

A autora propõe que o enfrentamento de perdas ocorre por meio dos estágios: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. Refere que o indivíduo pode vivenciar as diversas fases e que essas não ocorrerão, necessariamente, de forma linear e em sequência.

A negação é apresentada como o comportamento inicial do ser humano, em que ocorre descrença, o indivíduo sofre a perda e não acredita ser real o fato ocorrido. É estudada também como mecanismo de defesa do ego, em que há uma dificuldade inicial para lidar com o fato, portanto, o mesmo é negado, afastado da consciência. A autora refere que a negação funciona como um para-choque, possibilitando que a pessoa se recupere com o tempo (Kübler-Ross, 1969/2012).

Após essa reação inicial, manifestam-se sentimentos de raiva e revolta diante da perda, lamenta-se o fato, há um sentimento negativista e a compreensão de que a perda realmente existe. O primeiro estágio pode ser substituído pelos sentimentos de ressentimento e de raiva.

A barganha é a terceira fase proposta e contempla a ideia de troca, tem-se o pensamento de que se algo tivesse sido realizado anteriormente a perda não teria existido. Com doentes em estágio terminal, busca-se bom comportamento, mudanças são prometidas à espera de uma cura, sendo considerada uma tentativa de adiamento.

A depressão é o quarto estágio retratado pela autora, em que há sentimentos de tristeza, angústia e um enfraquecimento, preparando-se para a fase posterior de aceitação da realidade daquela perda, seja da perda pela doença ou da morte.

É importante enfatizar que os estudos foram realizados com pacientes em estágio terminal, sendo observadas as suas vivências. Entretanto, atualmente, é possível realizar comparação e refletir sobre essas fases como reação diante da perda pela morte.

Apesar da existência de diferentes investigações e explicações sobre a morte, esta ainda é considerada tabu. Recorrendo, mais uma vez, ao conceito descrito no dicionário, a palavra tabu, entre outros significados, está associada a: “**5.** interdição cultural e/ou religiosa quanto a determinado uso, comportamento, gesto ou linguagem. **6.** proibição imposta por costume social ou como medida protetora” (Houaiss & Villar, 2009, p. 1801). Não falar sobre a morte só reforça ainda mais esse tabu, relacionado ao medo da perda e do contágio do sofrimento.

O tema se torna ainda mais controverso quando se trata de uma morte “desejada” pela pessoa, a morte ocorrida pelo suicídio. “Desejo” que é ambivalente, em que há a busca pela morte e, ao mesmo tempo, ocorre a busca por ajuda, solução para os problemas, para o sofrimento. Devido à complexidade do tema, existem estudos que são realizados há séculos, que procuram compreender as causas e prevenir o suicídio. Explicações científicas,

sociológicas, filosóficas, psicológicas são propostas e não há um consenso, tampouco uma explicação única para este fenômeno.

1.2 Suicídio: histórico e investigações

1.2.1 Alguns dados históricos

Estudos investigam a história do suicídio e como foi caracterizado nas diferentes épocas. Assim como outros eventos humanos, as percepções e atitudes diante do tema foram sendo construídas e modificadas. Dados apontam para diferentes concepções, desde a aceitação à punição/condenação pela sociedade.

Bertolote (2012) refere que o suicídio é conhecido desde os primórdios da humanidade, sendo encontrado nos livros sagrados, na mitologia grega. Afirmar ainda que até meados do século XVII o suicídio era tema de interesse da teologia, religião e filosofia, e que a partir do século XVIII, o suicídio passou a ser estudado no âmbito da patologia.

O autor cita alguns nomes que colaboraram para o estudo do tema: Philippe Pinel, Esquirol, o psicanalista Sigmund Freud, o sociólogo Émile Durkheim e o filósofo Albert Camus. Afirmar ainda que

Da Antiguidade aos dias de hoje, o suicídio passou de objeto singular, raro e, por vezes, exemplar, a fenômeno sociossanitário de proporções consideráveis constituindo-se em uma das três principais causas de óbito em determinadas faixas etárias de vários países e em várias regiões do globo (Bertolote, 2012, p. 16).

Essa afirmação evidencia a preocupação nos dias atuais e destaca a consideração de que o suicídio é caracterizado como problema de saúde pública devido às altas taxas de tentativas e de suicídio em todo mundo.

Entretanto, antes de ser pensado como problema de saúde pública, já foi analisado de diferentes formas. Kalina e Kovadloff (1983), psicanalista e filósofo argentinos respectivamente, analisam o fenômeno e discorrem a respeito da significação histórica do suicídio.

Os autores afirmam que na Antiga Grécia o indivíduo deveria pedir permissão ao Estado para consumir o suicídio, que tinha o poder de autorizá-lo, e também direito para induzi-lo. O sujeito não tinha poder de decisão pessoal e era considerado marginal se realizasse um suicídio ilegal, sem o consentimento do Estado. O suicídio ilegal era considerado como atentado à

estrutura da comunidade e, caso ocorresse, ao indivíduo eram recusadas as honras da sepultura regular, como também a mão do criminoso seria amputada, enterrada separadamente do resto de seu corpo.

Para que o suicídio fosse considerado legal, a pessoa deveria expor as razões pelas quais acreditava que deveria se matar ao Estado e se as mesmas fossem consideradas consistentes, o ato seria permitido, como também poderia contribuir com a arma ou outro meio para a execução do autoextermínio. Ressalta-se que havia forte sentimento de pertencimento a uma comunidade (Kalina & Kovadloff, 1983).

Os autores afirmam que em culturas da Antiguidade Ocidental, o suicídio era considerado como ato aceitável, estimulado pelas religiões e induzido pela comunidade. A religião exercia grande influência e prometia recompensa às pessoas idosas, que se matavam. Os celtas espanhóis e os dinamarqueses são citados como povos que preferiam o autoextermínio à velhice.

Na Idade Média também havia forte influência religiosa, entretanto, de forma oposta. O suicídio passou a ser condenado, como delito e não existiam diferenças, como na Grécia Antiga, entre o suicídio legal e ilegal. A vida era considerada como dom divino, e aquele que se matasse teria um castigo infligido ao seu cadáver, castigo que serviria como exemplo para desencorajar outros indivíduos a praticarem o ato (Kalina & Kovadloff, 1983).

Os autores, ao descreverem e caracterizarem diversos momentos históricos, apresentam a ideia do suicídio como comportamento coletivo e retratam perfis histórico-sociais relevantes para a conduta, considerando o suicídio como indução e não como ato individual.

O suicídio é entendido como existência tóxica e é focado o drama, o processo em si, que leva ao ato. A existência tóxica é considerada, pelos autores, como forma de viver perigosa à saúde, sendo esse tipo de existência encontrada em uma cultura tanática (Kalina & Kovadloff, 1983).

Minois (1999) discorre sobre a história do suicídio na sociedade ocidental. Segundo o autor, na Idade Média o suicídio era praticado em todas as classes sociais, por homens e mulheres. O ato era considerado como resultado de uma tentação diabólica induzida pelo desespero ou pela loucura. E a morte voluntária ocorria de diferentes maneiras nas diversas classes sociais, o mais pobre se enforcava para fugir da pobreza enquanto o cavaleiro e o clérigo buscavam a morte para fugir de uma humilhação e/ou privar o inimigo de uma vitória.

O autor refere que durante muito tempo a explicação psicológica para o suicídio era relacionada a impulsos agressivos, que não poderiam ser direcionados para outras pessoas da sociedade.

São citadas obras que explicam a visão cultural do suicídio nas diferentes épocas da humanidade. Minois (1999) cita a famosa passagem “To be or not to be” de Hamlet, escrita por William Shakespeare em 1600, durante o período Renascentista. O autor considera a obra como atemporal e universal, ao relatar a essência da humanidade marcada por dores, frustrações e sofrimentos questionando, assim, o sentido da vida. O pensamento suicida expresso em Hamlet descreve a ansiedade típica do pensamento inglês e europeu durante os anos 1580 a 1620, marcados por uma grande produção teatral e literária.

Enquanto no século XVII, o suicídio era discutido nos círculos intelectuais, no século XVIII a temática se tornou tópico de debate público, passando a ser uma realidade social. Defendia-se a visão de que o suicídio era um problema entre a sociedade e os aspectos psicológicos do indivíduo (Minois, 1999).

A partir do século XIX e início do século XX “dá-se a progressiva descriminalização do suicídio, respaldada na ideia de que a organização racional da sociedade deve acolher, compreensivamente, pessoas em risco de suicídio, bem como tolerar o direito a tal prática” (Botega, 2015, p. 23).

Observa-se, a existência de diferentes concepções na história da humanidade e os modos de olhar para o mesmo fenômeno, variando da consideração como ato condenado, diabólico até o reconhecimento da importância do cuidado e da assistência à pessoa em sofrimento.

1.2.2 A perspectiva sociológica de Durkheim

Durkheim, sociólogo francês, publicou em 1897 o livro intitulado “Le Suicide” (O suicídio), apontando que as causas do autoextermínio têm fundamento social, não somente uma questão pessoal. Para corroborar sua assertiva, em um estudo minucioso a respeito das sociedades, ressaltou elementos que remetem à análise de uma predisposição para o suicídio em determinados momentos históricos.

Em dados apresentados, Durkheim (1897/1982) traz a constância do suicídio em principais países da Europa (França, Prússia, Inglaterra, Saxônia, Baviera, Dinamarca) entre os anos de 1841 e 1872. O autor afirma que variações importantes podem ser percebidas, por exemplo, no ano de 1848 houve uma diminuição no número de suicídios, enquanto, após a guerra e o apogeu do governo imperial na França em 1860 houve um aumento da taxa de suicídio.

O autor ainda reconhece que a tentativa de explicação do fenômeno pode incluir causas extra sociais, tais como: disposições orgânico-psíquicas (constituição individual) e a natureza do meio ambiente físico (clima, temperatura, entre outras). Entretanto, em sua análise defende a seguinte ideia: “se conclui não existir qualquer estado psicopático que mantenha com o suicídio uma relação regular e incontestável. Não é porque uma sociedade abrigue menos ou mais neuropatas ou alcoólatras que ela terá menos ou mais suicidas” (Durkheim, 1897/1982, p. 48).

Durkheim enfatiza os estados dos diferentes meios sociais, entre esses: religião, família, política, trabalho, em detrimento dos fatores individuais (motivos, ideias). E refere ainda que existe uma tendência específica ao suicídio em diferentes grupos sociais, classificando três tipos distintos de suicídio: egoísta, altruísta e anômico.

O primeiro tipo, o suicídio egoísta, tem como causas: a depressão, a melancolia, a sensação de desamparo moral, provocados por estados de desagregação social. Há, portanto, influência da sociedade no indivíduo e “tem na sua origem o fato de que os homens não mais percebem a razão de existirem” (Durkheim, 1897/1982, p. 204).

A segunda classificação, altruísta, ocorre com maior frequência nas sociedades primitivas, em que o suicídio é associado a um dever que, se não fosse cumprido, o indivíduo seria punido pela desonra e por castigos religiosos. É notada a influência da sociedade diferente do suicídio egoísta, nesse caso específico a influência é exercida sob uma obrigação formal. São destacados três tipos de categorias de suicídios: de pessoas na velhice ou doentes; de mulheres viúvas; de servidores em razão da morte dos seus chefes.

O terceiro tipo, o anômico, está relacionado a um desregramento social, no qual não há normas ou estas estão abaladas. Acontece quando há um estado de anomia, em que falta orientação e moral, as relações são precárias e as regras são indefinidas, fazendo com que os indivíduos sofram. O autor destaca, como exemplo de estado de anomia, as crises industriais e financeiras.

A partir dos trechos da obra de Durkheim, observa-se a investigação profunda a respeito da influência que a sociedade exerce nos indivíduos, mesmo quando a questão tratada se refere a uma questão individual, que é a escolha ou não da vida, a decisão e opção pelo término, pelo fim da vida, a morte.

1.2.3 A perspectiva filosófica

Ao refletirmos sobre a perspectiva filosófica abordamos conceitos das obras de Heidegger, Kierkegaard e Camus.

Heidegger reflete sobre a angústia humana e questões relacionadas à finitude. Segundo Costa e Forteski (2013, p. 46), “a angústia, no pensamento heideggeriano, é possibilidade rara e tem potencialidade de abrir espaço para a autenticidade. É pela angústia que a finitude existencial humana é percebida e esta noção traz à tona o conceito de ser-para-a-morte de Heidegger”.

A angústia é própria do ser humano e Werle (2003) afirma que:

A angústia não é então somente um fenômeno psicológico e ôntico, isto é, que se refere somente a um ente ou a algo dado, e sim sua dimensão é ontológica, pois nos remete à totalidade da existência como ser-no-mundo. Tal como em Kierkegaard, a angústia assume em Heidegger um cunho existencial essencialmente humano. Só o homem se angustia, não o animal, bem como apenas o homem existe e tem uma compreensão do ser. (p. 104).

Apesar de ambos, Heidegger e Kierkegaard, considerarem o conceito de angústia, há uma diferença marcada pela perspectiva teológica adotada por Kierkegaard, abandonada por Heidegger que considera a angústia como fenômeno existencial da finitude do ser humano (Werle, 2003).

O suicídio é discutido por Albert Camus no livro “O Mito de Sísifo” escrito em 1942. Utilizando-se a mitologia, juntamente com reflexões filosóficas, o autor busca explicar esta complexa questão e afirma que “Só existe um problema filosófico realmente sério – o suicídio. Julgar se a vida vale ou não a pena ser vivida responde à pergunta fundamental da filosofia” (Camus, 1942/2013, p. 19). O filósofo reflete sobre a relação entre o pensamento individual e o suicídio.

Em sua obra, pondera os motivos de sua ocorrência, associando-o com o Mito de Sísifo e o conceito de absurdo. O mito referido por Camus narra a história de Sísifo, que é castigado pelos deuses por ter acorrentado a Morte. Seu castigo era empurrar uma pedra enorme até o topo de uma ladeira e após este esforço contemplar a pedra despencando e, novamente, tornar a empurrá-la até o pico. Considera essa tarefa sem sentido, esse destino absurdo realizado pelo herói absurdo: Sísifo.

A falta de sentido e a caracterização do mundo como absurdo impulsiona o suicídio, que surge como uma das formas de lidar com o absurdo. Segundo Camus (1942/2013), “o absurdo acaba, como todas as coisas, com a morte” (p. 41).

O conceito do absurdo remete ao mal estar diante da desumanidade do próprio homem, ao caráter insensato de agitação cotidiana e à inutilidade do sofrimento. O absurdo surge da

relação entre o mundo e o homem, do encontro entre o mundo e o apelo humano, o desejo de clareza. Sendo que o fim deste sentimento absurdo poderá ocorrer por meio da morte (Camus, 1942/2013).

Apesar de refletir a respeito da opção do suicídio diante do absurdo, Camus defende a importância do reconhecimento do absurdo, que poderá trazer liberdade ao homem. Segundo Camus (1942/2013): “O absurdo esclarece o seguinte ponto: não há amanhã. Esta é, a partir de então, a razão da minha liberdade profunda” (p. 63).

Diante dos inúmeros questionamentos, Camus (1942/2013) reflete, “extraio então do absurdo três consequências que são minha revolta, minha liberdade e minha paixão. Com o puro jogo da consciência, transformo em regra de vida o que era convite à morte – e rejeito o suicídio” (p. 68). Pode-se conjecturar, portanto, que há outras opções e outras formas de encarar o absurdo sem ser por meio do suicídio.

Sagi (2002) conceitua o absurdo como a tensão entre duas partes conflitantes: a realidade da alienação e o ideal inatingível da clareza, da harmonia. Refere que, para Heidegger, a alienação nasce da experiência humana, do fato da pessoa não se sentir parte de seu mundo. Já Kierkegaard expressa a inabilidade do humano em compreender a realidade desorientada, aterradora, como fonte da alienação.

Segundo Fukumitsu, Pinheiro e Solomon (2015)

O homem moderno aspira à razão e a felicidade, e o mundo devolve-lhe o irracional, o silêncio e imposições. O absurdo está em preservar o que oprime, trata-se de uma luta sem trégua entre dois polos, dialética, que acompanha a vida do início ao fim e para a qual há duas saídas possíveis: a esperança ou o suicídio, porque um homem sem esperança, e consciente disso, não pertence mais ao futuro. (p. 59).

Nota-se caráter existencial dos filósofos ao analisarem as angústias humanas, trazendo pontos pertinentes para serem pensados a respeito da própria humanidade. O suicídio passa a ser visto sob o aspecto individual, sendo que o ato busca um fim para o sofrimento e a angústia.

1.2.4 A(s) perspectiva(s) da Psicologia

Morte, desejo, escolha, emoção, sofrimento, dor são palavras que remetem à ideia de suicídio, um fenômeno humano e, como dito anteriormente, que tem sido investigado há séculos. Dentre essas análises, encontra-se a perspectiva da Psicologia, que estuda o fenômeno sob a ótica dos diversos fatores emocionais/psicológicos envolvidos no ato do suicídio.

É importante ressaltar que, igualmente a outras áreas de conhecimento, a Psicologia também tem suas divisões, ramificações e diversas compreensões a respeito do homem, seu comportamento, sua subjetividade. As distintas abordagens têm sua forma própria de entender e estudar o homem. Abaixo serão explicitadas algumas dessas visões.

Na teoria psicanalítica, pode-se destacar Cassorla (1986), que considera que a pessoa com ideação suicida não necessariamente deseja sua morte, mas quer matar uma parte de si próprio. O escritor relata que há conflito, uma ambivalência de sentimentos, referindo que muitos suicidas estão à procura de outra vida, que é fantasiada em sua mente. Refere que, nas tentativas de suicídio, por trás de muitas motivações aparentes existem conflitos e motivações inconscientes.

Para o autor, a vida é considerada como interação entre os instintos de vida e de morte, presentes em todos nós. Portanto, em um ato suicida há predominância do instinto de morte e é o momento em que a angústia é extremamente intensa e o suicídio é visto como a única fuga.

A respeito da tentativa de suicídio, Cassorla (1986), refere que “o ato suicida muitas vezes pode ser entendido como forma de comunicação com o ambiente, como um pedido de ajuda” (p. 82). Entretanto, muitas vezes, essa ajuda não ocorre de maneira eficaz, visto que o autor destaca que equipes de saúde não estão preparadas para lidar com esse paciente.

Outras considerações, sob a ótica da psicanálise, são realizadas por Macedo e Werlang (2007). As autoras consideram que o comportamento suicida é impulsionado pela força destrutiva de Tânatos, entendendo tentativas de suicídio como ato-dor.

Conceituam ato-dor como “um ato decorrente da vivência de situações traumáticas acrescidas da incapacidade psíquica de processar este excesso” (Macedo & Werlang, 2007, p. 102). Apontam que há intensa dor psíquica e que a tentativa de acabar com a vida tem relação com vivências traumáticas, que não foram compreendidas no mundo representacional do sujeito.

As autoras afirmam que há uma dinâmica singular na tentativa de suicídio e afirmam que a escuta é essencial. Essa escuta tem por objetivo auxiliar a compreensão do que provoca essa dor psíquica, que impulsionou o ato suicida. Referindo ainda que por meio da escuta “a repetição será trabalhada e nomeada no terreno da transferência e assim poder-se-á construir, junto com o paciente, palavras que metabolizem o excesso” (Macedo & Werlang, 2007, p. 104).

Cassorla, Macedo e Werlang discutem o fenômeno pautados em conceitos e fundamentos (inconsciente, pulsão de vida, pulsão de morte, aparelho psíquico, transferência, ...) desenvolvidos nessa abordagem, e essa é uma das perspectivas possíveis para compreensão do suicídio.

Outra perspectiva que pode ser analisada é a humanista. Os autores Rocha, Boris e Moreira (2012) trazem reflexões sobre a experiência suicida, evidenciadas nessa abordagem. Segundo os autores, a falta de sentido da vida é apontada como aspecto crucial para a tentativa de suicídio. Reconhecem que a pessoa que tenta o suicídio tem dificuldade para lidar com sofrimento, dor, colocando a morte como solução.

Apontam que a tentativa de suicídio pode ser encarada como problema existencial, no qual o indivíduo deve compreender o valor da vida para si. Consideram a tentativa como uma condição de aniquilamento. “A clínica psicológica compreende a importância da atenção preventiva nos cuidados com os pacientes suicidas, porém entende que a vontade de morrer é uma experiência legítima e que merece ser acompanhada como qualquer outra experiência humana” (Rocha, Boris & Moreira, 2012, p. 77).

Carl Rogers, psicólogo humanista, destaca o indivíduo enquanto pessoa e enfatiza a importância de considerá-lo em sua totalidade ao invés de classificá-lo por meio de diagnóstico (lógica psiquiátrica) (Souza, Callou & Moreira, 2013).

A respeito do suicídio, Rogers comenta o caso Ellen West, tratada por diferentes psicanalistas e psiquiatras, como também foi internada no sanatório do Dr. Binswanger, onde permaneceu por vários meses. Apesar do seu tratamento, consumou suicídio aos 33 anos de idade, por meio da ingestão de veneno.

Rogers analisa quais as dificuldades e erros cometidos durante o tratamento, afirmando que Ellen West foi tratada como objeto por todos os profissionais,

Os médicos discordam quanto ao tipo de objeto que ela representa. É maníaco-depressiva. É obsessiva-compulsiva. Não é. Ela é um caso de melancolia. Não é. É tratável. Não é. Ela é uma esquizofrênica. É um caso sem esperança. Vem depois a última, final, incrível decisão. Ela é suicida, esquizofrênica e sem esperança para tratamento. Portanto, nós lhe daremos alta e deixaremos que ela cometa suicídio. Esta, ao menos, foi uma predição que se cumpriu. (Rogers, 1977, p. 98).

Rogers (1977) apresenta os rótulos atribuídos à cliente, tratando-a como objeto, afirmando que ela deveria ter sido escutada como pessoa, capaz e digna de confiança. E que, durante o relacionamento terapêutico, se tivesse sido aceita plenamente, poderia ter se comunicado de forma mais completa.

Souza, Callou e Moreira (2013), baseados na abordagem rogeriana afirmam que “seu pensamento rompe com o modelo médico classificatório.... É um avanço significativo na compreensão do adoecimento mental, mas a sua proposta de tratamento assume como verdadeiro um único caminho, ou seja, a relação estabelecida de pessoa-para-pessoa” (p. 193).

O caso da paciente Ellen West também é analisado por outros autores. Fukumitsu, Pinheiro e Solomon (2015) realizam uma análise sob a ótica da *Daseinsanalyse* psiquiátrica. Em um histórico sobre o caso retratam a vida da paciente marcada pela compulsão alimentar, obesidade e as diversas tentativas de suicídio. Afirmam que “sua angústia era a de ser-no-mundo, pois para ela tudo se tornara ameaçador e só existia uma salvação: a libertação pela morte” (p. 57).

As autoras, ao analisarem a história e suicídio de Ellen West afirmam que “ela perdeu sua potência de transformar o mundo e deixou de empreender sua energia para sentir-se plena. Impossibilitada de expressar-se concretamente, recusou-se a viver a inautenticidade” (Fukumitsu, Pinheiro e Solomon, 2015, p. 59).

É fundamental pensar na postura do terapeuta diante dos casos de tentativas de suicídio. Fukumitsu (2014) defende que

O psicoterapeuta precisa desenvolver empatia no que se refere ao sofrimento humano, isto é, o profissional pode se disponibilizar para se aproximar do lugar onde o paciente está e, por meio de sua disponibilidade interpessoal, a esperança de que o cliente possa reconhecer suas potencialidades – a fim de ampliar sua maneira de enfrentamento de seus sofrimentos. (p. 270).

A autora relata a importância da relação terapêutica pautada no cuidado, para facilitar a ressignificação do desespero do cliente. E afirma que “o psicoterapeuta precisa conciliar a impotência e onipotência assumindo sua potência no processo psicoterapêutico a clientes que manifestam comportamento suicida” (Fukumitsu, 2014, p. 274).

Outras perspectivas psicológicas poderiam ser citadas e, cada uma delas, a partir de sua visão de homem, compreenderá a tentativa e o suicídio à sua maneira. Entretanto, podemos afirmar que todas consideram a importância do tratamento psicológico e o sofrimento intenso que leva a pessoa a pensar na morte como possibilidade.

1.3 O suicídio e a tentativa de suicídio: conceitos e reflexões

Bertolote (2012) acredita ser importante diferenciar alguns conceitos: suicídio, ideação suicida, plano suicida e tentativa de suicídio. O suicídio é “o ato de pôr fim à própria vida deliberadamente. Independentemente de ser resultado de impulso ou premeditação, sempre constitui uma urgência prioritária para o pessoal da saúde” (p. 22). Já a ideação suicida está relacionada com “considerações mais ou menos vagas sobre a morte e sobre o morrer” (p. 21).

Enquanto que o plano suicida se constitui na elaboração de um plano, e a tentativa de suicídio é considerada como um ato suicida que resultou em um desfecho não fatal.

O autor retrata que é, de suma importância, atentar-se e cuidar da tentativa de suicídio, visto que a mesma é um fator de risco para futuras tentativas e consequentemente o suicídio. Ainda afirma que pesquisas realizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) destacam o impacto que o suicídio tem na saúde pública.

E mesmo com este impacto e a relevância do tema, por que as pessoas, inclusive os profissionais de saúde, evitam dialogar sobre o assunto? O suicídio permanece no não-dito e quando dito/visto desperta sentimentos com os quais, muitas vezes, as pessoas preferem não lidar, tais como a angústia existencial, a noção de finitude, raiva, revolta, entre outros.

Kovács (2013) afirma “morte é tabu, e o suicídio é o tema mais complexo nesse espectro de interdição” (p. 70). A complexidade do fenômeno é reafirmada, assim como o tabu diante do tema. A autora afirma que o suicídio envolve uma ação destrutiva, permeada por um desejo de morrer, intencionalidade de matar e, muitas vezes, uma ambivalência de sentimentos.

Cassorla (1991), também destaca em seus estudos sobre o suicídio a questão da complexidade do fenômeno. Afirmando que não há uma causa para o suicídio, mas que se trata de um ato que ocorre devido uma série de fatores que se acumulam ao longo da história do indivíduo.

Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) são autores que também discorrem sobre as possíveis motivações para as tentativas de suicídio. São retratados diversos fatores que podem influenciar a tentativa de suicídio e apresentam uma distinção entre os fatores predisponentes e os precipitantes.

Os fatores predisponentes contribuem para a eclosão dos comportamentos suicidas, como exemplos são citados: sexo (masculino há uma predisposição ao suicídio, enquanto feminino para a tentativa de suicídio); idade (o jovem está associado à tentativa de suicídio, enquanto o idoso ao suicídio); história familiar de comportamentos suicidas, alcoolismo ou outros transtornos mentais; tentativa prévia de suicídio; presença de transtornos mentais; presença de doenças físicas; presença de desesperança; estado civil (divorciado, viúvo ou solteiro); abuso físico, emocional ou sexual na infância; estar desempregado ou aposentado; isolamento social; pertencer a uma minoria étnica; pertencer a uma minoria sexual; e baixo nível de inteligência (Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010).

Enquanto os fatores precipitantes são considerados, pelos autores, como fatores proximais. São determinados eventos estressores, situações em que ocorrem mudanças, que podem desencadear comportamentos suicidas. Dentre os exemplos citados de fatores

precipitantes, destacam-se perdas sofridas pelo indivíduo: separação conjugal, ruptura de relação amorosa, rejeição afetiva e/ou social, alta recente de hospitalização psiquiátrica, graves perturbações familiares, perda do emprego, entre outros.

Bertolote (2012), também escreve sobre os fatores predisponentes e fatores precipitantes, definindo-os como fatores de risco para o suicídio. Refere que esses fatores são importantes para sinalizar alguns indivíduos considerados “de risco”, entretanto, considera a multicausalidade e complexidade do fenômeno, afirmando que “o suicídio é um comportamento multifatorial e multideterminado resultante de uma complexa teia de fatores de risco e de fatores protetores que interagem de uma forma que dificulta a identificação e a precisão do peso relativo de cada um deles” (p. 68).

O autor refere que há uma predominância de estudos em relação aos fatores de risco, mas que acredita ser importante explorar mais detalhadamente os fatores de proteção que poderão auxiliar na promoção de saúde e na prevenção do suicídio. Alguns fatores considerados protetores são: estilo cognitivo e personalidade (sentimento de valor pessoal, confiança em si mesmo, disposição para buscar ajuda quando necessário, para pedir conselhos, entre outros); padrão familiar (bom relacionamento intrafamiliar, apoio de parte da família, pais dedicados e consistentes); fatores culturais e sociais (adesão a valores, normas e tradições positivas; bom relacionamento com amigos, colegas e vizinhos; apoio de pessoas relevantes, entre outros); fatores ambientais (boa alimentação, bom sono, luz solar, atividades físicas, ambiente livre de fumo e de drogas) (Bertolote, 2012).

Observa-se que essas listas de fatores, tanto de risco como protetores, são aspectos importantes de serem considerados na prevenção e até mesmo durante a atenção e assistência a um paciente que tenha tentado o suicídio.

É notável que diversas investigações a respeito do suicídio e da tentativa de suicídio foram e estão sendo realizadas no Brasil e no mundo inteiro. A abertura ao diálogo e os estudos detalhados e aprofundados podem contribuir não apenas para a prevenção de futuras mortes pelo suicídio, como também para a reflexão e a diminuição deste tabu.

1.4 O suicídio no Brasil

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta estatísticas alarmantes a respeito do suicídio. Dados referentes ao ano de 2012 assinalam que mais de 800.000 pessoas se suicidaram

e houve uma alta taxa de tentativas de suicídio, sendo que esse foi considerado como a 15ª causa de morte em todo o mundo nesse ano (OMS, 2012).

Em nosso país também são significativas as taxas de tentativas e de suicídio. Dados de 2011 demonstram que o Brasil se encontra entre os dez países com maior número de suicídios absolutos. É realizada uma análise em que é sugerida uma estimativa maior dos números devido às subnotificações e sub-registros, apontando outras causas de morte ou registro realizado como morte de causa indefinida (Botega, 2014).

Diante dessa realidade, mais estudos estão sendo realizados, como também podem ser destacadas algumas ações desenvolvidas pela esfera pública (Ministério da Saúde). Em 14 de agosto de 2006, foi criada a portaria nº 1.876, que instituiu as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, tecendo considerações a respeito do suicídio e o considerando como grave problema de saúde pública que afeta a sociedade e pode ser prevenido.

Apontam fatos a respeito deste problema, tais como: a importância dos dados epidemiológicos do suicídio e da tentativa de suicídio em todo o território; a relevância dos transtornos associados ao suicídio (depressão, tentativa de suicídio prévia, usuários de álcool e outras drogas, etc.); o aumento da frequência do comportamento suicida entre jovens (15 e 25 anos); impacto causado pelo suicídio nas famílias, no trabalho, nas escolas; entre outros.

Ainda no documento, a partir dessas constatações, é frisada a necessidade de intervenção nos casos de tentativa de suicídio, por meio de ações de promoção e prevenção de saúde, em todos os níveis: primário, secundário e terciário.

Portanto, esta portaria busca estabelecer o desenvolvimento de estratégias de promoção de qualidade de vida; o desenvolvimento de estratégias de sensibilização da sociedade de que o suicídio é problema de saúde pública; a organização de linhas de cuidados integrais; a identificação de determinantes e condicionantes do suicídio; a educação permanente dos profissionais de saúde; entre outros.

Após a criação dessa portaria, alguns manuais e estudos foram publicados pelo poder público a respeito do tema. Dentre esses, encontra-se o “Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental”, publicado pelo Ministério da Saúde como a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, resultado de cooperação entre o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde e o Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (Universidade Estadual de Campinas), organizado por Carlos Felipe D’Oliveira e Neury José Botega no ano de 2006.

Este manual foi direcionado aos profissionais, que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial, visto que, como já constatado anteriormente, existe grande correlação entre os

transtornos mentais e o suicídio. Entretanto, devido ao seu conteúdo é importante que outros profissionais, que atuam diretamente com o tema tenham conhecimento do mesmo.

O manual aborda de forma clara e concisa os aspectos que devem ser considerados na assistência ao paciente com tentativa de suicídio, entre eles estão os fatores de risco; a classificação dos principais transtornos mentais associados, como também, o manejo dos mesmos; os aspectos psicológicos correlacionados; a maneira de abordar os pacientes a partir da avaliação da situação apresentada.

É enfatizada a importância da assistência multiprofissional, como também são destacados alguns pensamentos que podem induzir ao erro e dificultar o manejo, tais como: perguntar sobre suicídio faz com que a pessoa pense em realizar o ato; julgamentos sobre o suicídio (ato de covardia ou coragem); entender o suicídio apenas como ameaça; entre outros pontos destacados e que dificultam o cuidado ao paciente (BRASIL, 2006).

Outro aspecto fundamental diz respeito à forma como deve ocorrer a comunicação com o paciente, o que deve ser falado e o que deve ser evitado. O contato inicial é crucial e se destaca como tarefa fundamental: ouvir o paciente efetivamente, pois segundo os autores, essa escuta auxilia na redução do nível de desespero, sendo essencial uma conversa e contato sem julgamentos, com respeito, cordialidade e empatia.

Os pontos destacados acima corroboram a ideia de que, apesar de ser destinado a profissionais que trabalham em Centros de Atenção Psicossocial, esse manual pode auxiliar outros profissionais de saúde que também lidam com esse tema, destacando-se aí os profissionais de prontos-socorros de hospitais gerais.

Além dessas iniciativas da esfera pública, observa-se a realização de pesquisas no meio acadêmico, a publicação de livros e a criação de associações na busca da compreensão a respeito deste fenômeno no país. Dentre essas, destaca-se que, recentemente, durante o Simpósio Latino-Americano de Prevenção ao Suicídio, ocorrido em Belo Horizonte, foi fundada a Associação Brasileira de Estudos e Prevenção ao Suicídio (ABEPS) no dia 13 de junho de 2015. Estas iniciativas são fundamentais, pois reafirmam o problema e buscam possíveis estratégias para seu manejo.

1.5 A tentativa de suicídio e o profissional de saúde

Após a tentativa de suicídio, na busca de salvar a vida da pessoa, há a procura pelo serviço médico/hospitalar, com a entrada no pronto-socorro de um hospital geral. É nesse local

que, na maioria das vezes, ocorrerá a primeira assistência ao paciente que, conforme já especificado anteriormente, é fundamental que o paciente seja acolhido e receba o cuidado necessário. Ressaltamos que a postura e os comportamentos dos profissionais de saúde irão influenciar significativamente esse paciente.

Segundo Vidal e Gontijo (2013), o serviço de emergência dos hospitais gerais atende a maioria dos casos de autoagressão, e nessa intervenção há a possibilidade de que a assistência cautelosa, cuidadosa diminua este tipo de comportamento. Entretanto, observa-se que o paciente ao chegar ao serviço com uma tentativa de suicídio é visto de forma estereotipada e que “a tendência da maioria dos profissionais é também apresentar uma conduta estereotipada e caracterizada por hostilidade e rejeição” (p. 109).

Em estudo realizado pelos autores em 2013, foram apontadas as percepções dos próprios pacientes que tentaram suicídio e receberam atendimento em serviços de urgência. Analisando as entrevistas e depoimentos de 28 pacientes, do sexo feminino, foram identificadas as seguintes categorias: discriminação, negação do ato e encaminhamento.

Em relação à discriminação, as participantes do estudo perceberam atitudes negativas por parte dos profissionais, de maneira geral. Já a negação foi percebida por parte dos profissionais como se as pacientes não precisassem de ajuda. Em relação ao encaminhamento, algumas vezes, houve apenas encaminhamento burocrático, sem garantia de continuidade do tratamento. Observou-se, portanto, um despreparo dos profissionais de saúde, como também dificuldade para lidar com aspectos relacionados ao desejo da morte (Vidal & Gontijo, 2013).

Interessante notar que algumas dessas percepções encontradas no estudo condizem com outras investigações realizadas, que procuraram compreender a perspectiva do profissional de saúde, quais são as suas atitudes e comportamentos em relação ao paciente suicida.

Destacamos o estudo de Botega et al. (2005) em que são explicitadas as posturas dos profissionais da enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) frente ao paciente que tentou suicídio. Por meio de instrumento criado para medir as atitudes desses profissionais, foram extraídos três fatores: sentimentos em relação aos pacientes, capacidade dos profissionais para lidar com situações que envolvem o comportamento suicida, como também, o direito ao suicídio. De maneira geral, foi percebida atitude condenatória e de julgamento em relação ao suicídio, que sofreu algumas modificações de acordo com o perfil do profissional (idade, crença religiosa, entre outros). Os autores defendem que por meio do conhecimento das características desses profissionais favorece-se a reflexão e criação de estratégias de prevenção.

Freitas e Borges (2014) também analisaram a perspectiva do profissional de saúde em pesquisa realizada na região sul do país. Investigaram os significados atribuídos pelos

profissionais de saúde, por meio do estudo realizado com 16 profissionais de saúde (quatro médicos, quatro assistentes sociais, quatro enfermeiros e quatro psicólogos), que atuam diretamente em serviços de emergência de hospitais gerais como também em Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Os significados foram evidenciados, pelas autoras, através das respostas dos profissionais de saúde durante as entrevistas e os dados organizados em três categorias: definição do suicídio, o que os profissionais de saúde atribuem às tentativas de suicídio e os motivos pelos quais as pessoas tentam suicídio. A partir da análise dos resultados dois polos foram constatados, um de profissionais que compreendem o sofrimento, as fragilidades do paciente que tentou o suicídio e procuram ter atitudes acolhedoras frente ao mesmo. Em um segundo polo há o reconhecimento do sofrimento, entretanto, a tentativa de suicídio é vista como afronta à prática profissional.

Cassorla (1986), ao se referir às atitudes dos profissionais, também enfatiza o desprezo e a falta de importância que é dada, pelas equipes de saúde de pronto-socorro, ao indivíduo que tentou o suicídio e é trazido para receber o tratamento médico.

Pensando na postura dos profissionais de saúde e nas necessidades de determinadas mudanças, ações pontuais estão sendo realizadas visando à melhoria da assistência. Cais, Silveira, Stefanello e Botega (2011), relatam o treinamento realizado em 2007 com profissionais de saúde da cidade de Campinas, no estado de São Paulo. Esse treinamento tinha como objetivo melhorar o conhecimento e as atitudes frente à prevenção do suicídio. O curso se desenvolveu ao longo de 18 horas, sendo 14 horas de exposição teórica e 4 horas para discussão na qual os participantes poderiam compartilhar casos clínicos e suas condutas. Por meio da utilização de questionários aplicados antes e após o treinamento, foram percebidas mudanças relacionadas às atitudes frente ao suicídio, como também, ao conhecimento a respeito do tema. Os autores ainda ressaltam que acreditam que essas mudanças em atitudes e conhecimentos, no grupo de profissionais que lidam na rotina diária com esses pacientes, afetam as taxas de suicídio, entretanto, afirmam que não há como comprovar essa correlação.

Gutierrez (2014) analisa e discute alguns aspectos que podem colaborar no sucesso da assistência a pacientes com tentativa de suicídio. Aponta as atitudes fundamentais, que devem estar presentes na assistência dos pacientes, envolvendo cuidado integral e acolhimento, incluindo também os familiares desses pacientes, que, segundo a autora, podem desempenhar papel fundamental na prevenção de futuras tentativas de suicídio.

A autora ressalta que é importante que os profissionais reconheçam o paciente como ser biopsicossocial para que ocorra a integralidade do cuidado e destaca que “o período da

internação pode, inclusive, ser aproveitado para apoiar o paciente na direção de conquistar maior autonomia e na reconstrução e ressignificação do seu modo de viver” (Gutierrez, 2014, p. 64). São importantes reflexões trazidas a respeito de como o cuidado está sendo realizado e o que poderia melhorá-lo, sugerindo a inclusão dos familiares nesse cuidado prestado pelo profissional de saúde nos serviços de emergência, como também o constante aperfeiçoamento da equipe por meio da educação permanente.

Observa-se que o tema tem sido explorado e investigado, destacando-se a existência de diretrizes nacionais e também manuais redigidos, que visam a prevenção do suicídio. Entretanto, nos questionamos se essas diretrizes estão sendo seguidas. Os profissionais de saúde têm conhecimento a respeito do manual, que auxilia no manejo, na assistência prestada ao paciente suicida? Trata-se de manual estudado e discutido nas instituições hospitalares, no âmbito da saúde, ou apenas documento de consulta para aqueles profissionais que têm interesse e procuram se informar a respeito do tema?

Essas são questões importantes para serem discutidas. Afinal, qual tratamento, além do clínico, é indicado e oferecido ao paciente que procurou um serviço de emergência devido a uma tentativa de suicídio?

Ao pensarmos no contexto de nosso país, e na base da saúde (Sistema Único de Saúde) e do sistema complementar (Privado), veremos que existem diferenças no atendimento a pacientes em geral, com modificações presentes em cada região do país. A questão é: há como uniformizar e estabelecer, além do manual, um protocolo de atendimento universal a esses pacientes? E o estabelecimento de um protocolo é garantia de que a prevenção do suicídio ocorrerá de forma mais eficaz? São questionamentos que evidenciam uma realidade e incentivam reflexões a respeito da condição atual para a busca da melhoria do cuidado dos profissionais de saúde frente ao paciente que tentou o suicídio.

2 OBJETIVO

Compreender como profissionais de saúde, que atuam em pronto-socorro, vivenciam a assistência prestada ao paciente que tentou suicídio.

3 MÉTODO

3.1 Abordagem da pesquisa

A palavra metodologia é entendida como “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (Minayo, 2012, p. 14). Faz-se necessário estabelecer o caminho a ser trilhado desde o início da pesquisa, sendo importante a definição, a clareza e a especificidade da compreensão dos dados.

Tendo em vista a complexidade do tema estudado, a abordagem qualitativa foi escolhida pois o objetivo está relacionado à reflexão sobre as vivências dos colaboradores.

A perspectiva qualitativa em pesquisas na área da saúde possibilita que, os participantes sejam acolhidos e que suas angústias e ansiedades sejam valorizadas, visto que essas são consideradas como elemento fundamental de mobilização do entrevistador (Turato, 2003).

Minayo (2012) afirma que a pesquisa qualitativa se insere no universo dos significados, dos valores e das atitudes. É uma abordagem que busca a compreensão dos fenômenos humanos, da realidade social, trabalhando com aspectos que não podem ser quantificados.

A autora divide o trabalho numa perspectiva qualitativa em três etapas: fase exploratória, o trabalho de campo e análise e tratamento do material empírico e documental.

A primeira etapa, a fase exploratória, é caracterizada pela elaboração do projeto de pesquisa e os procedimentos necessários para a próxima etapa, o trabalho de campo. Nesta segunda fase, o trabalho de campo, é colocado em prática a construção da teoria elaborada na primeira fase. A última etapa corresponde aos procedimentos necessários para compreender e interpretar os dados. Nessa etapa, ocorre a articulação dos dados encontrados na prática com as leituras teóricas definidas nas duas primeiras fases (Minayo, 2012).

3.2 Colaboradores

Os colaboradores deste estudo foram profissionais de saúde que trabalham em prontos-socorros de hospitais gerais da cidade de São Paulo-SP.

A princípio, pensamos na possibilidade de entrevistar profissionais de saúde de diferentes áreas: enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem. Entretanto,

constatamos que a maioria desses profissionais não faz parte do quadro da equipe de saúde de hospitais e não atua diariamente em pronto-socorro, sendo requisitados, ocasionalmente, para possíveis avaliações por meio de pedidos de interconsulta.

Diante dessa constatação, a participação desses profissionais foi repensada e o foco desta pesquisa se concentrou nos profissionais de saúde, que atuam diariamente com estes pacientes: auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos.

Em relação ao número de colaboradores do estudo, ressalta-se que não houve um número definido *a priori*, ficando na dependência dos profissionais que se disponibilizaram a participar do estudo durante o período designado para a realização das entrevistas. Ao todo, foram entrevistados oito colaboradores: três enfermeiros, três técnicos de enfermagem e duas médicas, uma delas psiquiatra.

Optamos por entrevistar um profissional de saúde mental, pois se constata a associação entre suicídio e transtornos mentais, como aponta Botega (2015, p. 108) “transtorno mental e história de tentativas de suicídio são os principais fatores de risco para o suicídio”. Consideramos, portanto, a importância da contribuição desse profissional para o estudo, já que o tratamento do paciente que tentou o suicídio está diretamente vinculado à essa área do conhecimento.

Para participação no estudo, além de serem profissionais que atuam em prontos-socorros de hospitais gerais, foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- aceitar participar livremente da pesquisa, após a explicação de seus objetivos;
- ter idade igual ou superior a 18 anos.

E os seguintes critérios de exclusão:

- profissional que não assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- profissional que não tenha interesse em participar.

3.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas. A entrevista pode ser considerada como instrumento que permite conhecer o ponto de vista do colaborador sobre a questão investigada, sendo importante observar e analisar os conteúdos que surgem durante a entrevista, observar as ações do indivíduo e todo o contexto da investigação (Bleger, 1985).

A entrevista é entendida por Minayo, Grubits e Cavalcante (2012) como trabalho interacional, um instrumento de coleta de dados em que a fala de um entrevistado revela suas

condições e expressa suas crenças e valores. É possível observar a interação e o compartilhamento de conhecimentos entre pesquisador e colaboradores.

A respeito destas características observadas na pesquisa qualitativa, Minayo e Guerriero (2014, p. 1105), afirmam que “o sentido ético das pesquisas antropológicas e qualitativas é dado pelo seu caráter humanístico, inter-relacional e empático”. A coleta de dados abarcou esse sentido e essa troca entre entrevistadora e colaboradores

Nesta pesquisa utilizamos a entrevista não dirigida aberta caracterizada como entrevista que permite aprofundamento nos temas a serem estudados permitindo o livre discurso do colaborador. Neste tipo de entrevista, “o pesquisador propõe um assunto e posteriormente apenas catalisará o discurso do entrevistado, usando-se estímulos sonoros de comunicação, que facilitam a manifestação das possibilidades de expressão do entrevistado” (Fontanella, Campos & Turato, 2006, p. 816).

Minayo (2012) aponta que as entrevistas podem ser consideradas como conversas com uma finalidade e que, no caso da entrevista aberta ou em profundidade “o informante é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do investigador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões” (p. 64).

Foram realizadas entrevistas abertas que tinham como pergunta disparadora: “Para você, como é atender uma pessoa que tentou suicídio?”. Além da pergunta inicial, nas duas primeiras entrevistas (Rafael e Laura) foi seguido um roteiro temático (APÊNDICE B), que tinha como objetivo compreender as vivências, a dinâmica dos atendimentos, as percepções. As transcrições na íntegra das entrevistas seguem anexo (APÊNDICE C) e nomes fictícios foram criados para que os colaboradores não sejam identificados.

É importante pontuar que após o exame de qualificação, houve uma mudança na condução das entrevistas e o roteiro temático (APÊNDICE B) não foi utilizado nas entrevistas posteriores. Buscou-se captar o discurso mais amplo do colaborador, com menos interrupções por parte da entrevistadora.

3.4 Procedimentos

As entrevistas foram realizadas com profissionais de saúde que atuam na cidade de São Paulo, com a finalidade de compreender as vivências relacionadas à assistência prestada ao paciente que tentou o suicídio.

A divulgação da pesquisa foi realizada por meio de e-mails e contato com profissionais, que trabalham em prontos-socorros de hospitais gerais. É necessário esclarecer que os profissionais não foram contatados pela via institucional, para que instituição não fosse identificada e, assim, os participantes do estudo pudessem falar livremente. Enfatizamos que o contato e o recrutamento dos colaboradores ocorreram, via telefone e/ou e-mail, fora do ambiente e do horário de trabalho.

O estudo analisou a experiência pessoal do profissional, sem considerar obrigatoriamente o ponto de vista da instituição, por esse motivo todas as citações que pudessem identificar as instituições foram retiradas.

3.5 Compreensão dos depoimentos

O material obtido a partir dos depoimentos dos profissionais de saúde foi analisado por meio da análise temática, proposta por Minayo (1996).

A análise temática busca encontrar núcleos de sentido de uma comunicação, sendo que “a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso” (Minayo, 1996, p. 209). Esse tipo de análise de material ocorre por meio de três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A análise foi dividida em duas etapas: análise individual de cada depoimento, evidenciando suas unidades de sentido (*4.2 Análise das entrevistas*). E, após essa primeira apreciação foi realizada uma análise global dos temas centrais observados em todas as entrevistas, abordada no tópico 5. *Discussão: Temas Centrais*.

A partir da análise dos depoimentos dos colaboradores foram encontrados subsídios para a discussão sobre humanização na assistência nos cuidados a pacientes com ideação e tentativa de suicídio.

3.6 Aspectos éticos

A participação no estudo foi voluntária para os profissionais que aceitaram o convite para colaborar com a pesquisa. Foram solicitadas autorizações documentadas, mediante **leitura juntamente com o entrevistado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**

(elaborado em conformidade com a Resolução 466/2012) e o **esclarecimento sobre eventuais dúvidas** acerca da pesquisa. O registro das entrevistas ocorreu com um aparelho gravador de áudio.

Quanto à análise crítica de riscos, é importante enfatizar que o presente estudo pode oferecer um risco mínimo ao colaborador, pois ao se referir à sua prática profissional em relação ao suicídio pode gerar sofrimento psíquico, que será cuidado pela própria pesquisadora/entrevistadora, por meio de acolhimento e escuta terapêutica. Caso haja necessidade, o colaborador será encaminhado para um serviço de atendimento psicológico. Foram resguardados os aspectos éticos e técnicos durante todo o período da investigação.

Em relação aos benefícios, enfatiza-se que o estudo poderá permitir que o colaborador reflita sobre sua prática profissional, o que poderá resultar também em benefícios futuros aos pacientes.

Ressalta-se que está sendo respeitado o sigilo das informações confidenciais do colaborador. E, para que não haja possibilidades de identificação dos entrevistados, nomes fictícios foram criados na transcrição das entrevistas. Como também, conforme especificado no TCLE, o colaborador pode abandonar a pesquisa, a qualquer momento, se assim desejar.

O projeto de pesquisa foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e foi aprovado em julho de 2015 (Anexo A).

Ao final do estudo, será realizada uma entrevista devolutiva com os participantes que tiverem interesse a fim de conversar sobre os principais dados oriundos da pesquisa, com o intuito de promover reflexões a respeito do fenômeno suicídio. Esta entrevista visa contribuir para questionamentos e discussões coletivas que possam propiciar da prática profissional, bem como o cuidado à qualidade de vida desses profissionais. Esclarece-se que a entrevista ocorrerá via Skype ou e-mail em virtude da pesquisadora estar morando fora do país no momento.

4 RELATOS E ANÁLISE

4.1 Os depoimentos

Com o objetivo de compreender como os profissionais de saúde vivenciam a assistência prestada ao paciente que tentou o suicídio foram colhidos depoimentos de profissionais, que trabalham em prontos-socorros de hospitais gerais da cidade de São Paulo-SP.

Ao longo do estudo, foram realizadas entrevistas com oito colaboradores: três enfermeiros, três técnicos em enfermagem e duas médicas, sendo uma delas especialista em psiquiatria. Dois trabalham, atualmente, em instituições públicas e os outros em instituições privadas. Entretanto, destaca-se que a maioria já atuou tanto em hospitais públicos quanto particulares.

Participaram do estudo sete mulheres e um homem, a idade dos colaboradores variou entre 22 e 38 anos, com média igual a 29 anos. A duração das entrevistas variou entre 21 minutos e 57 minutos, com média de 40 minutos.

4.2 Análise das entrevistas

Primeiramente, será apresentada análise individual do material transcrito de cada um dos colaboradores do estudo. Nesta primeira análise, encontram-se alguns trechos das falas dos participantes juntamente com a reflexão a respeito dos discursos dos mesmos.

Foi realizada leitura minuciosa dos materiais transcritos das entrevistas. Para a interpretação dos depoimentos, foram selecionados trechos e temas que emergiram durante o contato entre a entrevistadora e o(a) colaborador(a).

Todas foram gravadas e estão transcritas na íntegra em anexo (APÊNDICE C). As entrevistas são apresentadas em ordem cronológica. As duas primeiras foram realizadas de forma não-dirigida, com o auxílio de um roteiro temático, enquanto as demais se iniciaram com uma pergunta disparadora e sem o auxílio do roteiro, mudança ocorrida devido às recomendações da banca de qualificação. Esclarecemos que foram efetuadas perguntas pertinentes ao tema, para aprofundar questões trazidas pelos colaboradores.

4.2.1 Entrevista piloto: Rafael, enfermeiro

Rafael foi o primeiro profissional que colaborou com o estudo. Ele é enfermeiro, tem 27 anos de idade e está formado há quatro anos. Após a graduação iniciou sua trajetória profissional trabalhando em prontos-socorros. Atuou, durante dois anos, como enfermeiro residente em urgência e emergência em um hospital público na cidade de Campinas-SP e, atualmente, trabalha em um pronto-socorro de uma instituição privada em São Paulo-SP.

Respondeu de forma objetiva e detalhada às questões apresentadas. Observamos uma postura técnica e o reconhecimento da importância de uma assistência multiprofissional à pessoa que tentou suicídio, apresentando uma visão holística a respeito do tema.

A sua entrevista durou 24 minutos e 42 segundos, e, foi utilizado o roteiro temático (APÊNDICE B).

Abaixo apresentamos os principais temas (unidades de sentido) que emergiram em seu depoimento.

A. Suicídio: uma visão holística

“Eu tenho também o desafio de entender a parte emocional, psicológica dessa paciente.”

“A tônica do atendimento do paciente com tentativa de suicídio é justamente entender o lado emocional do paciente.”

O colaborador, ao verbalizar sobre a tentativa de suicídio, reconheceu os aspectos biológicos e psicológicos envolvidos nesse ato. Referiu que é necessário tratar a enfermidade física, mas também é fundamental cuidar da parte emocional do paciente e de seus familiares.

Rafael apresentou um entendimento global sobre o suicídio e destacou o desafio de compreender o aspecto psicológico, que pode ser um reflexo do próprio contexto onde trabalha: urgência e emergência, em que há uma corrida contra o tempo para salvar vidas e o aspecto biológico é priorizado.

B. O suicídio como patologia no contexto do P.S.

“A importância do primeiro atendimento é tratar clinicamente o paciente, é fazer o que o paciente precisa para ele sobreviver. E posteriormente ter uma avaliação é, psicológica e emocional.”

“Na minha vivência de pronto-socorro, que teoricamente é entrada do paciente, o tratamento e a estabilização.”

“Eu trato a tentativa de suicídio como... como uma patologia, como uma doença.”

O suicídio é caracterizado por Rafael como uma patologia a ser tratada. E, no contexto do pronto-socorro, é oferecido um atendimento rápido e eficaz, que objetiva o tratamento clínico, na busca da sobrevivência do paciente. Os diversos profissionais, principalmente médicos e equipe de enfermagem, estão envolvidos nessa assistência e trabalham conjuntamente para salvar vidas.

O lado biológico é priorizado neste primeiro momento de urgência, entretanto, Rafael reconheceu o lado emocional do suicídio, o que faz com que esse atendimento seja um desafio, já que estudou e foi treinado para tratar o corpo físico.

Esse desafio pode ser evidenciado durante à assistência a esse paciente, já que no suicídio, o aspecto psíquico é escancarado, pois as emoções são evidentes e aí se observa, de maneira geral, o despreparo do profissional de saúde para lidar com elas, preocupando-se principalmente com sintomas físicos e palpáveis.

C. O desafio: a assistência à pessoa que tentou suicídio

“Mas o importante é que dentro da minha vivência e o que eu tenho de conhecimento dentro da área é que inicialmente, é, quando o paciente chega com uma complicação clínica importante por tentativa de suicídio o que se dá... a importância do primeiro atendimento é tratar clinicamente o paciente, é fazer o que o paciente precisa para ele poder sobreviver.”

“Inicialmente, o profissional envolvido do paciente que dá entrada no pronto-socorro é o médico socorrista, o enfermeiro, técnico de enfermagem, é... esporadicamente um fisioterapeuta, depende do tipo de tratamento que o paciente vai ter.”

“É... dentro da minha vivência tanto no SUS quanto no privado, eu não presenciei é..., uma criação de um protocolo de atendimento a paciente com tentativa de suicídio.”

“Em tentativa de suicídio, o psiquiatra é sempre solicitado.”

“Um atendimento multiprofissional ao paciente, com identificação de todas as demandas, é... de, no final das contas um atendimento mais adequado e global ao paciente, eu acredito que sim.”

Em relação à dinâmica do atendimento ao paciente com tentativa de suicídio, são enfatizadas algumas questões: o tratamento clínico, os profissionais envolvidos e a inexistência de um protocolo institucional.

Rafael ressaltou a importância do tratamento clínico. Relatou que é feito o necessário para que o paciente sobreviva e acredita ser importante o envolvimento de outros membros da equipe multiprofissional, entretanto, esse cuidado nem sempre acontece.

Destacou que o psiquiatra é sempre chamado para avaliar o paciente e que a equipe mínima é composta pelo médico socorrista, enfermeiro, técnico de enfermagem, sendo que posteriormente, poderá haver o envolvimento de outros profissionais.

O colaborador reconheceu a importância de um atendimento multiprofissional e mencionou o cuidado à questão emocional e parece ter incentivado a criação de um protocolo na busca por um tratamento *“mais adequado e global ao paciente” (sic)*.

D. Diferenças entre o sistema público e o privado

“No SUS, na minha vivência de SUS, eu tinha... esta autonomia para avaliar o paciente e solicitar uma interconsulta de outros, outros profissionais da saúde, se o médico não tivesse feito. Mas no, privado, eu não tenho essa... esse poder, vamos se dizer assim.”

“Da minha vivência do atendimento do SUS, eu reparava que muitas vezes, o paciente com tentativa de suicídio, estabilizava no pronto-socorro e depois precisaria desse atendimento de outras especialidades, de um atendimento multidisciplinar, mais amplo, é... para a patologia dele. E muitas vezes isso não acontecia, o paciente era tratado clinicamente e... depois não evoluía com a evolução, com atendimento adequado por outras especialidades, por exemplo, faltava um atendimento psicológico, faltava um atendimento de fonoaudiologia e isso na minha vivência de SUS eu percebi que era, a grande maioria das vezes acontecia.”

Rafael relatou as diferenças entre a qualidade de atendimento no sistema público e no privado.

Segundo ele, no sistema privado há um tratamento adequado, com o suporte de uma equipe multiprofissional, sendo que o médico é responsável por analisar a necessidade do envolvimento de outros profissionais nessa assistência.

No hospital privado, após a estabilização clínica, Rafael não convive, tampouco acompanha esse paciente, pois o mesmo não fica internado no PS. Outra questão destacada foi a de que sempre há um acompanhamento com o psiquiatra, que oferece um suporte, apoio e tratamento.

Enquanto no SUS, Rafael presenciou uma realidade distinta. Observou que nem sempre havia o atendimento de uma equipe multiprofissional. Entretanto, os enfermeiros possuíam mais autonomia e poderiam solicitar um pedido de interconsulta, se necessário. Além disso, muitas vezes, o paciente era atendido no PS e permanecia internado, devido à falta de vagas na UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou enfermaria, portanto, o colaborador convivia mais com esses pacientes.

Em seu discurso, Rafael também verbalizou sobre a questão do poder, afirmou que no Sistema Único de Saúde, o enfermeiro tem autonomia em relação à solicitação de pedidos de interconsulta, esse poder parece estar “distribuído” entre os membros da equipe de saúde.

Entretanto, observam-se contradições: há essa autonomia e mesmo assim não são realizados pedidos para outros membros da equipe (psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, nutricionistas, entre outros) ou não há profissionais disponíveis para atender no pronto-socorro? Questões para serem refletidas sobre a equipe mínima de um pronto-socorro e a necessidade de se reafirmar a integralidade do cuidado ao paciente, ao percebê-lo como ser biopsicossocial e que precisa de diversos tipos de cuidado, não somente de cuidados físicos.

E. O não julgar e salvar vidas

*“O mérito... se ela quer viver ou não, não é meu. Se ela merece viver ou não porque ela tentou tirar a vida dela não é meu, eu estou ali para atender quem precisa, **salvar** a vida das pessoas.”*

“Quem sou eu para julgar quem fez aquilo, eu penso assim.”

“Se chegar uma pessoa com AVC ou uma pessoa com tentativa de suicídio, o que eu vou fazer é a mesma coisa para tentar salvar a vida da pessoa.”

A palavra salvar apareceu constantemente no discurso de Rafael, não somente no trecho acima, como também em outros momentos durante a entrevista. É interessante notar que ele percebe que o seu trabalho é salvar vidas e atribui aos outros profissionais de saúde a mesma tarefa.

O pronto-socorro pressupõe uma série de urgências e o trabalho visa a sobrevivência dos pacientes, o que nos leva a refletir sobre a influência desse contexto no pensamento do colaborador, podendo justificar a constante utilização da palavra “salvar”.

Em sua fala, observamos que há um respeito à pessoa que tentou o suicídio, não havendo um julgamento por sua parte. Ele não irá discutir ou refletir sobre a questão pessoal do paciente, mas sim, realizar seu trabalho por meio da estabilização clínica e a busca pela vida dessa pessoa.

F. Poder do médico ou poder institucional?

“Vai depender muito do feeling do profissional que está atendendo, principalmente do médico, porque quem dispara é... a necessidade de atendimento de outras equipes.”

“Eu sinto, porque eu acho que todo profissional de saúde tem capacidade de avaliar o paciente como um todo, identificar necessidades do paciente e solicitar um atendimento para ele de... de um profissional que tenha uma vivência maior sobre o assunto. Eu não... como que eu posso dizer isso... mas, é, eu não acho que essa... essa avaliação da demanda do paciente ela é especificamente, deveria ser feita especificamente pelo médico, não acho isso.”

Nesses trechos o colaborador reafirmou como o cuidado está centralizado na figura do médico, visto como detentor do poder. Este é encarado como profissional que supostamente, sabe o que é melhor para o paciente.

Rafael fez uma análise crítica dessa realidade e acredita que outros profissionais podem avaliar o paciente e compreender suas necessidades. Além disso, é fundamental pensar na dinâmica e no aspecto do poder institucional que pode se sobrepor inclusive ao poder médico.

Cabe a instituição hospitalar contratar os funcionários que serão parte da equipe, como também orientar a equipe médica. Estão disponíveis e são contratados todos os membros da equipe multiprofissional no pronto-socorro? Aspecto importante para ser pensado, que vai além do poder médico em si.

G. A experiência profissional e pessoal

“Faz a gente pensar que a pessoa teria um... muitas coisas para serem vividas e tudo mais e, isso... marca muito a gente. Então, um atendimento em si, eu não tenho especificamente que me marcou, mas eu tenho certeza que paciente com idade mais... pacientes mais jovens me marcaram de uma forma geral.”

“Pessoal?” [Rafael parece ter se assustado com a questão]

“Em relação a mim?”

“Não. Você está querendo dizer assim, em relação à minha família, a uma pessoa mais próxima?”

“Ou até mesmo se eu já tive uma...? Não!”

“Não, eu não tive nenhuma experiência fora do ambiente de trabalho.”

Apesar de não ter relatado sobre experiências pessoais próximas, o colaborador, em seu discurso, pareceu ter se identificado com pacientes mais jovens. Verbalizou sobre a questão da morte como um fim, como uma impossibilidade de continuar: *“muitas coisas para serem vividas”*(sic). O suicídio em pessoas com idades semelhantes à sua pode chocar e trazer reflexões sobre sua própria vida.

Ao perguntarmos ao final da entrevista, se já teve experiência pessoal relacionada ao suicídio, Rafael parece ter revelado surpresa. Apesar de ser um tema que está na sua rotina diária, ele respondeu de forma distinta em comparação às questões anteriores.

Ao falar como profissional de saúde, não apresentou dificuldades em expor suas opiniões, entretanto, quando aproximamos o tema para sua vivência pessoal, sua postura aparentou certo distanciamento e estranhamento diante do suicídio.

Algumas questões podem ser refletidas: posso cuidar e não posso receber cuidado? Há uma situação de poder? Quem tem o poder e o controle dessas situações? Como profissional de saúde pode se considerar que há um olhar do lado de fora e uma crença de que a tentativa e o suicídio não acontecerão com pessoas próximas, apenas com aqueles pacientes que cuido durante a minha rotina profissional.

4.2.2 Segunda entrevista: Laura, médica

A segunda colaboradora foi Laura, 34 anos, médica formada desde 2006. É especializada em Reumatologia, entretanto, desde que se formou sempre atuou em pronto-socorro, na área Clínica Médica. Atualmente ela trabalha no pronto-socorro de um hospital privado e também no SUS na área de Reumatologia, ambos na cidade de São Paulo-SP. A colaboradora tem 11 anos de vivência em prontos-socorros.

Laura relatou suas experiências como profissional, envolvendo questões burocráticas e diferenciações entre os atendimentos que ocorrem no sistema público e privado.

A colaboradora verbalizou sentimentos e sofrimento relacionado à tentativa de suicídio, embora em alguns momentos parecesse querer se distanciar da temática, de difícil abordagem.

A sua entrevista durou 21 minutos e 43 segundos, e foi utilizado o roteiro temático (APÊNDICE B). Abaixo são apresentados principais temas destacados.

A. Suicídio = Desespero, Dor, Doença

“Então, é um desespero, é uma depressão, que está tão ruim, está tão incomodado, que ele quer se livrar, é uma... dor intensa, não é? É uma angústia, que a pessoa não consegue lidar mais com aquilo. Então a tentativa de suicídio, é uma forma de se livrar, de aliviar, como se fosse um remédio para dor de cabeça, entendeu?”

“A vida é tão dolorosa, é tão... um peso na vida dele, que ele quer se livrar.”

“Para ele não adianta ele ir para a Igreja rezar, não adianta ele... nada é prazeroso, nada ele vê como uma saída para aquela dor, eu penso assim. Ele não vê alternativa em nada. É uma doença que cega a pessoa, ela acha tudo ruim, tudo sofrido, e o jeito é se livrar, é se matando.”

Os trechos selecionados demonstram a maneira como o suicídio é entendido e justificado por Laura. Ao ser questionada sobre o tema, respondeu de forma detalhada sobre questões subjetivas envolvidas na tentativa de suicídio.

Associou a tentativa de suicídio à depressão, dor, angústia, afirmando que não há alívio ou saída. Ainda trouxe a reflexão que para outros problemas há remédios, entretanto, no caso do suicídio, não há defesa possível para a pessoa.

A medicação parece ser vista como uma defesa possível contra o adoecimento físico, enquanto no suicídio essa não é possível, pois há o envolvimento de complexos aspectos psíquicos. Uma dor de cabeça ou um problema cardíaco pode ser tratado por meio da medicação, entretanto, é possível tratar um problema psicológico e/ou uma angústia intensa com uma medicação específica?

Além desses sentimentos, a colaboradora considera a tentativa de suicídio como uma “doença que cega”(sic) e deve ser tratada pela psiquiatria. Entretanto, nos perguntamos: será que o clínico geral e os outros profissionais de saúde também não deveriam estar preparados para atender o paciente que tentou o suicídio, visto ser tão recorrente a chegada desse paciente no pronto-socorro de um hospital geral?

É importante que esta reflexão seja feita, porque o suicídio não está apenas relacionado à área da saúde mental. Esse é considerado problema de saúde pública e o manejo adequado durante o atendimento deste paciente é necessário para evitar futuras tentativas de suicídio.

B. O atendimento no sistema privado

“Então, por exemplo, no hospital X (privado) o que acontece, às vezes, chega menina que tomou, sei lá, 20 comprimidos. Aí lógico você vai fazer a lavagem, vai tratar a parte clínica, vai pedir exame, para ver se não alterou nada e já vai passar o contato para transferir para um hospital psiquiátrico. Ela melhorando clinicamente, enquanto isso você vai tratando a pessoa. Aí você transfere para tratar essa parte da psiquiatria.”

“O que eu sei é que transfere para outro hospital. Então a gente espera a paciente melhorar, vamos dizer intoxicar, desintoxicar, se for uma tentativa de comprimido, como uma ingestão. Aí ela melhorando clinicamente transfere, vai de ambulância para um hospital que tem um psiquiatra, ela fica internada.”

Laura relatou como se processa o atendimento no hospital privado. Após o cuidado relacionado à condição clínica, há transferência para outra instituição, entretanto, a colaboradora afirmou não saber ao certo qual é esse local, mas que acredita que é uma clínica psiquiátrica.

O encaminhamento para a psiquiatria nos faz refletir sobre a separação que ocorre nos atendimentos. Em primeiro lugar se cuida de sintomas clínicos e, posteriormente, serão tratados os sintomas psíquicos. Há uma hierarquização do foco em atendimento às tentativas de suicídio, que pode ser considerada coerente com o ambiente de trabalho, de emergência.

Entretanto, há algumas questões para serem pensadas: quem deve cuidar? Apenas a psiquiatria pode cuidar de pessoas que tentaram suicídio ou a atenção psicológica deve ser iniciada desde o primeiro contato com o paciente?

C. Diferenças entre o sistema público e o privado

“Não lembro de um psicólogo descer no pronto-socorro para conversar, assistente social, ... É difícil essa parte de hospital particular também. Não é igual no SUS que tem uma assistente social sempre presente, que pode conversar com o paciente. É diferente também, eu acho que eles não têm tanto este amparo.”

“Enquanto não transfere para um hospital que tenha. Diferente do público que geralmente tem o psiquiatra.”

“Isso, aí já passa o caso pra ele. Historicamente é dele. No particular, você tem que meio que, que cuidar até transferir.”

“Muda, é diferente. Eles acham que no particular a pessoa precisa menos dessa ajuda, do que no público. E às vezes é necessário, não é?”

“Ah... chegava bem mais. Bem mais. A psiquiatra é lotada, do hospital Z(público). Chegava direto.”

Laura apontou algumas diferenças entre o atendimento no sistema público e particular. Baseada em suas experiências, afirmou que em hospitais públicos há mais profissionais disponíveis para atender o paciente que tentou suicídio, pontuando a psiquiatria, o serviço social e a psicologia. A colaboradora referiu que há um preparo melhor no SUS para atender o paciente, de forma mais integral.

Diferentemente de hospitais públicos, Laura referiu que em sua vivência, em hospital privado, não há psiquiatras, por essa razão são realizados os cuidados da parte clínica e posteriormente o paciente é transferido para uma clínica psiquiátrica. Não há lugar para o suicídio no hospital privado.

Em seu depoimento afirmou: *“você tem meio que, que cuidar”*(sic). O que significa essa expressão “meio que cuidar”? Qual o significado de cuidar? E como o paciente está sendo cuidado nesse contexto de emergência?

É possível observar mais uma vez a ideia da centralização do cuidado do suicídio na área da psiquiatria. Esta concepção pode fazer com que os outros profissionais de saúde se percebam isentos de responsabilidade diante desse cuidado? Pode estar escancarando, mais uma vez, a falta de preparo para lidar com paciente com ideação e tentativa de suicídio, não existindo uma visão do todo, da integralidade no cuidar.

D. Atendimento ideal

“Ah então, eu acho que é multidisciplinar, é muita gente junto. É levar essa pessoa para um lugar tranquilo, ter um psicólogo para conversar, perguntar: “qual é o problema?”, “por que você está tão angustiado?”, dar soluções, não sei se vocês fazem isso como psicólogo, mas talvez dar uma solução, faz a pessoa enxergar soluções, não é? Através da conversa, para ela ver que não é o fim do mundo, o que ela está passando, que o remédio pode ajudar ela, que ela vai se sentir melhor, que ela não precisa se suicidar para aliviar, que vai ter outros tipos de ajuda. Então através de psicólogo, terapia, não é? Remédio, médico ajudando, acho que tudo isso.”

“Não tem assim, uns profissionais específicos para esse caso, deveria ter. É todo mundo que lida com tudo então com, gripe, com dengue e com a tentativa de suicídio. Todo mundo igual, os mesmos profissionais.”

Laura discorreu sobre a importância do atendimento multiprofissional, e destacou o papel do psicólogo no atendimento ao paciente que tentou suicídio, que é visto como um

profissional que dá uma solução. Percebe-se a idealização do psicólogo, que fará com que a pessoa veja soluções e se sinta melhor.

A colaboradora ainda destacou o fato de que deveriam existir profissionais específicos, diariamente no pronto-socorro, para lidar com pessoas que tentaram suicídio. Parecendo reafirmar a especificidade e a complexidade desse tema, que é de difícil abordagem para os profissionais de saúde, que estão desassistidos e não se sentem preparados durante a essa assistência específica.

Laura também parece realizar uma comparação entre a gripe, a dengue e a tentativa de suicídio, pensamento que contribui para um reducionismo diante do entendimento da temática.

A partir de seu discurso, pode-se pensar: qual a função do psicólogo no atendimento a esses pacientes? Ocorre a idealização de que o psicólogo e o psiquiatra poderão resolver todos os problemas de pacientes com tentativa de suicídio? Por que só cabe ao psicólogo a tarefa de conversar? Questões fundamentais para serem refletidas.

E. As nuances do atendimento ao paciente que tentou o suicídio

“Total. Total diferente. É, a gente até é instruído a colocar uma roupinha, pelo menos no SUS. No particular eu acho que não tem isso. Mas no SUS você coloca tipo uma roupinha verde, um coletinho, para indicar que é tentativa de suicídio, porque a pessoa pode tentar fugir.”

“Ah... eu acho que tudo, não é? O ideal seria um quartinho mais isolado, mais tranquilo, um atendimento mais cauteloso, mais atenção. Até cuidados do local mesmo, não ter nada perigoso para ele não se machucar. Ficar mesmo sob vigia, entendeu?”

Laura acredita que o atendimento em casos de tentativa de suicídio é diferente de outros casos clínicos. Ressaltou a discriminação dos pacientes que tentaram suicídio, o que parece ser um atendimento mais completo, implica em uma diferenciação. Surge logo uma questão: como a pessoa percebe essa distinção em relação aos outros pacientes? Em hospitais particulares ocorre a discriminação, pacientes são conduzidos por ambulância que os leva a um outro hospital, enquanto no SUS ocorre por meio de “roupinhas diferentes”.

Laura afirmou ainda que há sempre uma desconfiança da fuga de pacientes com tentativa de suicídio. É importante lembrar que entre estes pacientes há aqueles para quem é uma primeira e única tentativa, enquanto para outros podem ser várias. Entretanto, todos são tratados da mesma forma, sendo a preocupação principal que não fujam. Não há esforço para compreender o que motivou a pessoa.

No segundo trecho do depoimento, pode ser destacada a questão sobre um atendimento com maior atenção, entretanto que ocorre em um “quartinho mais isolado”? Será que é necessário isolar estes pacientes? Este procedimento remete à ideia de isolar a loucura, isolar o diferente para não contagiar outras pessoas. Laura apontou em seu depoimento a sua concordância quanto à importância do quarto separado para facilitar a vigilância.

F. Experiência no trabalho

“Então eu lembro muito de intoxicação, ingestão de comprimido, aí você tem que fazer aquela lavagem, carvão ativado. Eu lembro mais desses tipos de tentativa. E lembro de paciente que fala que está com vontade, mas não necessariamente que tentou.”

“Então, é o que eu estava te falando. Você tem que avaliar se realmente está com aquela vontade, se aquilo é real, se ele está já idealizando bem, aí já vai direto para a internação psiquiátrica. Ele fica esperando no quarto, mas sem fazer nada, sem fazer lavagem, nada, nem tomar soro, porque ele não tentou e está bem clinicamente. Mas espera só a transferência para a internação psiquiátrica.”

Laura recordou sobre sua atuação com pacientes com ideação suicida. É importante frisar que a tentativa é um ato efetivo enquanto a ideação ainda não se configura como ato. Entretanto, seria possível um cuidado também quando ocorre a ideação? Como fazê-lo? Ela referiu, que nesses casos de ideação, os pacientes são encaminhados para uma internação psiquiátrica.

Outra preocupação surgiu diante dessa fala: o fato de não haver manobras clínicas e ir direto para a internação psiquiátrica, não seria uma forma de inibir a pessoa, fazendo com que a mesma não fale?

Parece que como não há procedimentos clínicos, não há cuidados no PS, não há tampouco a possibilidade do paciente conversar, desabafar e receber cuidados. Por essa situação apresentada, pode-se pensar sobre a tratativa dos pacientes como “objetos descartáveis”, agravando sentimento de desconforto.

G. Experiência “próxima”

“Ahh... ouvi falar, não é? No bairro, de amigas, assim. Ah... no prédio na frente do meu, parece que teve uma história, que a pessoa se atirou. A minha amiga falou que estava indo no prédio dela, próximo a minha casa e também ouviu um barulho, o elevador estava caindo, olha que absurdo, e a mulher tinha se atirado. Tem umas histórias que a gente ouve falar no bairro, mas eu nunca vi. Nunca presenciei, vizinho

que se atirou e estava lá no chão. Mas tem umas histórias, no prédio na minha frente, dessa minha amiga que é perto, vira e mexe tem. Triste, não é? Mas tem.”

Ao ser questionada se já teve alguma experiência fora do âmbito profissional, ela destacou que já ouvir falar de alguns casos de suicídio, mas nenhum próximo à ela ou à sua família e respondeu: *“Ai não, graças a Deus não.” (sic)*, parecendo se sentir aliviada diante desse fato.

4.2.3 Terceira entrevista: Mônica, técnica em enfermagem

Mônica foi a terceira colaboradora do estudo, a sua entrevista teve duração de 55 minutos e 31 segundos. É técnica em enfermagem, tem 27 anos de idade, trabalha em uma instituição privada e tem experiência de sete anos em prontos-socorros, sendo que já atuou em hospital público anteriormente, como também no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Afirmou que, além de sua formação técnica, está concluindo o curso de graduação em enfermagem.

Relatou gostar da área da saúde e que buscou mais conhecimento na graduação em Enfermagem e que sua atuação profissional sempre ocorreu em prontos-socorros.

Referiu que a experiência no CAPS contribuiu para uma mudança na sua concepção sobre tentativas de suicídio. Após ter tido esta experiência, passou a tentar compreender o sofrimento da pessoa, sem rotular a tentativa como *“querer se aparecer” (sic)*, referiu compreender que se trata de uma situação complexa.

Ao longo da entrevista, pareceu ter se sentido confortável, relatou suas vivências, percepções, apresentou os diversos casos vivenciados, suas questões pessoais, demonstrando sentimento de impotência em relação às experiências próximas e o suicídio. Abaixo, encontram-se as principais unidades de sentido analisadas em seu discurso.

A. A visão sobre tentativa de suicídio: antes e depois do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)

“Eu realmente pensava que era para querer se aparecer.”

“A gente acabava meio deixando de lado, porque tem aquele preconceito, não vou falar que não tem, porque tem, aquele preconceito de falar ‘Ah... se matou... quer se matar

com três comprimidos de voltaren’, uma coisa bem ridícula. E aí, quando eu fui para o CAPS mudou muito a minha concepção disso.”

“Era assim, comecei a estudar mais psiquiatria, para entender o que estava acontecendo com os pacientes, ... aí conversando com o paciente, a gente fala: ‘Que história de vida que a pessoa tem’. É, que história sofrida.”

“Quando eu vim trabalhar na instituição atual, a gente teve um colega do nosso setor que se suicidou. É e aquilo chocou o setor inteiro, foi bem complicado. E aí a gente começa a repensar mais ainda no suicídio.”

Mônica verbalizou sua mudança na concepção da tentativa de suicídio e relatou que o CAPS colaborou para ampliar seu entendimento, por meio de estudos e da convivência com os pacientes. Além disso, vivenciou situações em seu ambiente de trabalho que contribuíram para que repensasse a questão.

Relatou que um colega de trabalho consumou o suicídio e que uma colega fez uma tentativa. Como se observa nos seus relatos refere-se ao choque da equipe diante da morte do colega de trabalho, principalmente porque era uma pessoa alegre e que de repente, se matou. Ao longo de seu discurso, questiona quais os possíveis sinais que a pessoa pode apresentar.

Interessante notar que a experiência próxima, envolvendo um colega de trabalho, auxiliou na compreensão de que o suicídio é um evento complexo, e não simplesmente querer aparecer, segundo suas palavras. Em uma de suas falas, mencionou que a maioria da equipe não ficou sabendo do suicídio, que foi mantido em segredo e, evitou-se falar sobre o assunto. Uma das hipóteses pode ser um possível medo do contágio ou o tabu diante da morte, demonstrando o despreparo dos profissionais de saúde em relação ao tema.

Mônica mencionou uma questão importante: a tentativa de suicídio entre profissionais de saúde. Uma questão complexa, já que, ao mesmo tempo, que tem acesso aos meios e os conhecimentos para salvar vidas, esses conhecimentos também podem ser utilizados para acabar com a própria vida. O suicídio é um tema complexo que pode ser influenciado por questões relacionadas à própria profissão: ambiente de trabalho, estresse, sobrecarga física e emocional na rotina diária, entre outros.

Percebemos que Mônica questionou seu pré-conceito em relação ao suicídio, à medida em que, começou a investigar o tema e conviver com o desconhecido. Perguntamo-nos: o acesso a mais informações, o maior conhecimento sobre o suicídio entre os profissionais de saúde, poderia contribuir para uma melhora na assistência a esses pacientes?

B. A equipe e suas reações

“De chegar paciente com tentativa de suicídio e falar: ‘Ah não, vamos pegar um jelco mais calibroso’. Um jelco, para pegar uma veia mais calibrosa. Vamos ver o que é bom, sabe...”

“E aí mesmo assim tem pessoa ainda com essa mentalidade, sabe... De que a pessoa tem que sofrer mais ainda do que ela realmente está sofrendo.”

“Geralmente o médico e a equipe de enfermagem.”

“O médico que está de plantão e a equipe de enfermagem mesmo para fazer os procedimentos. Agora, se for um caso mais grave, de um paciente que injetou, precisa entrar com procedimentos mais invasivos, aí entra... dependendo entra fisioterapeuta, entendeu... Vai depender muito do quadro do paciente.”

“O médico que atendeu o paciente que acaba solicitando uma retaguarda de psiquiatria. O psiquiatra vem.”

Mônica citou o envolvimento do médico plantonista, da enfermagem e do psiquiatra na assistência à pessoa que tentou o suicídio. E, dependendo do quadro clínico do paciente, outros profissionais poderiam estar presentes na assistência, como, por exemplo, o fisioterapeuta.

Na instituição onde trabalha, referiu que toda a equipe clínica está disponível e que não há dificuldades em contatá-los. Ao ser questionada sobre outros profissionais de saúde, relatou a existência de psicólogos na instituição, mas afirmou que nunca presenciou atendimentos deles na unidade de urgência e emergência. Entretanto, estão à disposição dos funcionários da instituição, prestando apoio psicológico aos mesmos.

Mônica fez referência à postura de alguns colegas de equipe, que oferecem assistência ao paciente de forma a induzir um sofrimento ainda maior. O suicídio é visto como transgressão que deve ser punida e as falas de Mônica remeteram à ideia de castigo e/ou punição para aquele paciente. Além dessa questão, pode-se pensar que a tentativa de suicídio é vista como afronta ao profissional de saúde, que tem como objetivo “salvar vidas” e por isso, castiga e pune o paciente.

C. Meios utilizados na tentativa de suicídio e a medicação psiquiátrica

“Dar um tiro na própria cabeça...”

“A não ser nesses casos, mas aqueles casos de... chegar, tomar três Voltaren, sabe? Tomar um AAS e falar que quer se matar, a gente... a equipe mesmo, porque hospital público é muita correria, então a gente dá prioridade para os mais graves realmente,

graves clínicos, vamos dizer assim, que... teve um infarto, um AVC, alguma coisa assim, e realmente a gente deixa de lado.”

Apesar de Mônica ter revisto seu conceito sobre o suicídio, na fala acima parece fazer uma diferenciação entre as modalidades das tentativas de suicídio, um tiro parece “mais real” do que a ingestão de Voltaren. Visão que parece estar associada à formação biomédica e ao sistema de saúde atual, em que há uma classificação de risco de acordo com as condições clínicas do paciente e que estabelece quem terá prioridade para ser atendido com maior prontidão.

Deu destaque à tentativa de suicídio por meio de ingestão de medicamentos psiquiátricos:

“Eu vejo muito de ingestão de medicamentos mesmo, mas medicamento que o paciente já faz uso, um excesso de medicamento, excesso de Rivotril, excesso de Lítio. O paciente sabe o que está acontecendo com ele e ele mesmo ingere mais para estar fazendo a tentativa”

Estabelece e confirma a relação entre a medicação psiquiátrica e a tentativa de suicídio. Ao mesmo tempo que, a medicação é uma forma de cuidado, um tratamento possível, pode ser uma arma, disponível ao paciente. Mônica, assim como outros colaboradores que terão seus depoimentos analisados a seguir, referiu o fato de muitos pacientes tentarem o suicídio com a própria medicação da qual já fazem uso regularmente.

Esses discursos nos remetem a diversas reflexões: Como esta medicação está sendo administrada? É possível realizar um controle? E como acertar a dose e diminuir os sintomas, diminuir o sofrimento da pessoa?

D. SUS X Atendimento privado

“Porque hospital público é muita correria, então a gente dá prioridade para os mais graves realmente, graves clínicos, vamos dizer assim, que... teve um infarto, um AVC, alguma coisa assim, e realmente a gente deixa de lado. Ah... pede uma avaliação do psiquiatra e o psiquiatra que se vire, não é? Mas... e a assistência? A gente não está prestando a assistência que deveria.”

“Eu acho que por ser público, para pedir uma avaliação para o psiquiatra demora dias. Para o psiquiatra chegar, fazer essa avaliação, ou até o paciente ser transferido para uma internação no hospital psiquiátrico, nunca tem vaga. Então, ele fica lá realmente, no hospital público, pelo menos aonde eu trabalhava... Aguardando vaga para uma internação psiquiátrica.”

“Agora no privado aonde eu trabalho não, o hospital privado tem a retaguarda de psiquiatria, então o psiquiatra tem até duas horas para chegar. Então tem muita diferença.”

“É muito fácil de ter uma avaliação psiquiatra, é muito fácil. Hospital público não tem psicóloga, não tem psiquiatra de plantão, então assim, é muito difícil. O atendimento mesmo, especializado, esquece praticamente, porque demora dias.”

Além de apontar algumas diferenças entre o SUS e o atendimento privado em relação aos profissionais da equipe que atendem o paciente, Mônica verbalizou como é estabelecida a prioridade para pacientes mais graves do ponto de vista clínico. Ela própria reconheceu que se uma pessoa tentou o suicídio e já está estabilizada, a equipe acaba deixando esse paciente aos cuidados do psiquiatra. Interessante que ela questionou o tipo de assistência prestada e se esta pode ser considerada como cuidado.

Foi evidenciado por meio de seu discurso que a maior diferença encontrada é em relação à assistência da Psiquiatria. Em hospital público não existe psiquiatra de plantão, enquanto no hospital privado, o psiquiatra é acionado e tem até duas horas para realizar o atendimento.

Nota-se que os cuidados à pessoa que tentou suicídio são delegados a um profissional específico da equipe, sendo que o ideal seria um atendimento conjunto, multidisciplinar. Após a estabilização da parte clínica, espera-se que o outro profissional atue. Podemos refletir que, ao mesmo tempo em que, os profissionais reconhecem suas limitações, deixando para o profissional especializado em saúde mental o cuidado da parte psíquica, ocorre um distanciamento em relação a esse paciente, evitando-se o contato com ele.

Há a compreensão de que conversar é trabalho do psicólogo, do psiquiatra e não da enfermagem, não como um cuidado integral, reforçando a fragmentação da saúde em diversas especialidades, em que cada profissional é responsável por uma parte específica e são desconsiderados a complexidade e o conceito do ser humano como um ser biopsicossocial.

Observamos diferenças entre as visões de Mônica e Laura em relação ao atendimento no hospital público. Laura referiu um preparo melhor por parte dos profissionais no âmbito público, enquanto Mônica falou sobre a inexistência dessa equipe. Talvez essa diferença demonstre que realmente não há uma uniformidade em relação à assistência psiquiátrica nos diferentes hospitais públicos da cidade.

E. Paciente clínico X Paciente que tentou o suicídio

“Tem, tem. Tem muita diferença, muita. (Silêncio).”

“Só que para o paciente com tentativa de suicídio é mais difícil pegar afinidade na hora. Porque... ele já está estável, geralmente, ele é agressivo, então pegar afinidade nesse momento eu acho que é mais difícil.”

“Engraçado que... a abordagem praticamente é a mesma, de como a gente chega no paciente. Mas acho que pelo estado dele, o estado físico, emocional dele naquele momento, está totalmente abalado. Tanto dele quanto das pessoas que estão em volta dele, então, é... é um baque para a família. Quando fala que, por exemplo, um filho teve uma tentativa de suicídio. Então, é difícil você ter uma afinidade com o paciente quando ele está muito alterado emocionalmente assim, é muito difícil.”

Mônica afirmou perceber diferenças ao atender um paciente clínico e o que tentou suicídio. Especificando as diferenças ela apontou para a questão da afinidade, que nem sempre existe com o paciente que tentou suicídio, justificando que esse paciente, muitas vezes, está abalado emocionalmente e é agressivo. Entretanto, podemos pensar também que a questão da dificuldade em ter afinidade com esse paciente é o fato de ele estar, indo contra a perspectiva do trabalho da equipe de saúde que é de “salvar vidas”, ao tentar tirar sua vida, principalmente nas unidades de urgência e emergência, suscitando então, questões pessoais no profissional de saúde, que impedem que este consiga ter afinidade com esse paciente.

As diferenças no contato com esse paciente, devido à falta de afinidade, são ressaltadas também por ter mais contato com o paciente psiquiátrico, não tendo conhecimento sobre a continuação do tratamento, mesmo que seja internado no próprio hospital, enquanto que com pacientes clínicos acabam tendo esse contato.

As pessoas que tentam o suicídio são estigmatizadas, dificultando o contato com esse paciente, de acompanhar a continuidade de seu tratamento e impossibilitando o estabelecimento de um vínculo com elas.

F. A tentativa de suicídio e a família

“Realmente a culpa é dos pais, estava nítido.”

“Praticamente todos os casos eu que vi de tentativa de suicídio era contexto familiar, algum problema na família.”

“É, eu acho que... eu acho muito, a família assim. Porque a maior parte dos que eu vi assim.”

“É, nunca vi um que chegasse e falasse: ‘Não, não tem nada a ver com a família’.”

Em seu discurso, Mônica, diversas vezes, citou a família do paciente que tentou o suicídio. Relatou o atendimento a um paciente adolescente que tentou o suicídio, referindo que foi um caso que causou impacto para ela ao acompanhar as reações dos familiares. Verbalizou como era difícil ver pais impotentes, referindo à culpa dos pais, por não estabelecer limites. Apesar de ter afirmado sobre a importância da família, não especificou como deveria ser o cuidado dos familiares a fim de evitar o suicídio.

Ao relatar sobre os diversos casos atendidos, se referiu a duas famílias distintas e observamos que a colaboradora parece insinuar que famílias com melhores condições financeiras estariam mais preocupadas com o nome, com a reputação dos familiares do que com o filho, que tentou o suicídio. Os pais ricos parecem querer se preservar e suas reações não são vistas como defesa ou dificuldade de enfrentamento, mas sim como falta de preocupação. Em famílias mais pobres atendidas em hospital público, refere-se a uma mãe que pareceu estar realmente preocupada. Mônica parece ter associado o suicídio à classe baixa, que teria motivos a mais para o suicídio devido à questão econômica.

Em diversos momentos, relacionou a tentativa de suicídio a questões familiares, com a falta de suporte. Ressaltou a necessidade de cuidados desses familiares, apontando trabalhos desenvolvidos no CAPS e no NASF (Núcleo de Atenção à Saúde da Família) e referindo a inexistência de atendimento aos familiares no pronto-socorro.

Nas suas falas, a família é citada diversas vezes e responsabilizada pelo suicídio do paciente, parecendo haver uma causa específica para o suicídio: o relacionamento no âmbito familiar, excluindo os diversos fatores, que estão envolvidos neste fenômeno multicausal.

G. A angústia e as experiências próximas

“Mas ainda mais por isso ter acontecido com um amigo, uma pessoa bem próxima, de uma hora para outra assim. Que nunca tinha dado sinais, tentativas de suicídio, vamos dizer assim. E... passou o que, uns dois meses mais ou menos e uma outra colega teve uma tentativa de suicídio.”

“Ele faltou e ele começou a postar isso, então dá sinal. Eu acho que realmente dá sinal sim, ele foi o caso mais próximo que realmente teve de suicídio, não de tentativa, mas de suicídio mesmo. Ele, depois você para pra pensar, ele deu sinal que ele ia se matar e a gente não fez nada. A gente não fez nada... a gente poderia ter feito. A gente não fez.”

“Deveria ter evitado parece, sabe... Porque, depois que a gente passava, ficava na nossa cara que ele iria fazer isso. A gente estava falando: ‘Ele vai tentar se matar.’”

“Então, fica aquela angústia de pensar que podia ter feito e a gente não fez.”

A colaboradora relatou algumas experiências próximas e referiu sentimentos de angústia e de culpa ao relatar o suicídio de um colega de trabalho.

Notamos que Mônica iniciou o discurso dizendo que acreditava que muitas pessoas que tentam o suicídio não dão sinais, entretanto, finalizou verbalizando que as pessoas dão sinais de que algo não está bem, trazendo sua experiência com o seu colega de trabalho que se matou. Citou comportamentos não verbais que poderiam ter dado indícios para ela e seus colegas, entretanto, mesmo percebendo estes sinais parece que nem sempre é possível reverter a situação.

Mônica também destacou como as tentativas de suicídio afetam profissionais de saúde, demonstrando que eles também precisam de cuidados, sofrem e não estão imunes a este fenômeno.

4.2.4 Quarta entrevista: Bianca, enfermeira

A quarta colaboradora foi a enfermeira Bianca, tem 27 anos, é especialista em Clínica Cirúrgica e possui uma vivência de três anos em prontos-socorros. A sua entrevista foi a mais longa do estudo, com duração de 57 minutos.

Bianca apresentou-se comunicativa, disposta a colaborar com a pesquisa. Relatou sua vivência na instituição pública e privada, entretanto, relatou ter mais experiência no hospital particular, onde trabalha atualmente. Afirmou ainda que essas experiências variadas foram construtivas para sua formação e destacou que na instituição privada as exigências são maiores, requerendo, portanto, uma melhor preparação pessoal e profissional.

Seu discurso foi composto por falas longas e parecia angustiada ao reconhecer o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a tentativa de suicídio.

Durante a entrevista, ela relatou diversos aspectos de sua prática profissional e demonstrou certa ansiedade em relação ao tema, visto que as palavras ansiedade e medo surgiram ao longo de seu discurso ao falar sobre a assistência ao paciente que tentou suicídio.

Bianca reconheceu que havia um julgamento e desprezo pelos pacientes, exemplificando com situações e falas dos profissionais de saúde que pareciam punir o paciente após a tentativa de suicídio, fazendo com que essa pessoa tenha uma experiência negativa e sofra também durante a internação.

Ainda verbalizou sua percepção de um *boom (sic)* de tentativas no hospital onde trabalha, com a incidência maior de jovens e a utilização de medicação como método mais frequente.

Abaixo, encontram-se as principais unidades de sentido retiradas de seu discurso.

A. Vítima de suicídio: a chegada do paciente

“Todas as vezes que eu vou atender um paciente vítima de...”

“Porque quando o paciente chega é, vítima de suicídio, dependendo da forma que ele tentou se suicidar a gente pode fazer uma lavagem gástrica, não é?”

A palavra “vítima de suicídio” é utilizada por Bianca para se referir à pessoa que tentou o suicídio. A definição da palavra vítima pressupõe uma segunda pessoa, que pode fazer dano, ferir, violentar alguém, como se fosse um homicídio, enquanto que no no suicídio o dano é causado pela mesma pessoa.

Ao usar essa palavra, a colaboradora parece estar isentando o paciente de sua responsabilidade diante do suicídio. Esse termo também pode estar sendo utilizado devido ao local onde trabalha em que chegam pacientes vítimas de atropelamento, de violência doméstica, entre outros. Pode-se pensar em duas hipóteses: no hábito da utilização da palavra vítima ou na minimização da responsabilidade desse paciente diante de sua complexa escolha, o suicídio.

B. A equipe assistencial

“O clínico, o enfermeiro e o técnico de enfermagem e aí dependendo desse paciente, como é um hospital particular, tem uma questão de certas particularidades na questão do médico psiquiatra porque... se tem familiar envolvido e tudo mais e se é uma pessoa que já acompanha com psiquiatra, o médico pergunta se quer que ligue para esse psiquiatra que acompanha esse paciente.”

“O psicólogo não entra nessa questão, infelizmente.”

“Eu acho que a relação com outro profissional que não seja médico, não psiquiatra, ajudaria muito, mas no ambiente que a gente vive isso não é uma realidade presente.”

“Eu acho que se ele estivesse disponível, ele não seria chamado.”

“O médico precisaria prescrever e isso seria uma conduta compartilhada com a equipe médica e com a família. Porque isso gera custo para o paciente, então não é uma questão que se eu vejo a necessidade, eu posso acionar simplesmente porque eu acho

que tem essa necessidade, que o paciente está precisando. Porque gera custo, tem um monte de questões envolvidas, infelizmente. E aí, existe uma perda muito grande nesse sentido, porque eu não tenho autonomia para isso.”

A equipe assistencial apresentada por Bianca é composta por médico (clínico geral), enfermeiro, técnico de enfermagem e psiquiatra, que pode ser membro da equipe do hospital ou um profissional que já acompanha esse paciente e é solicitado pelo médico que o atendeu.

Em relação à psicologia, Bianca referiu presença de uma equipe de psicólogos, entretanto, deve ser acionada pelo médico clínico e é uma conduta discutida com familiares, pois ao se tratar de instituição privada, o envolvimento desse profissional acarretará custos ao paciente.

Em seu discurso, apontou que não há autonomia da equipe da enfermagem para acionar outros profissionais, essa função é destinada somente ao médico, que avaliará a necessidade e poderá encaminhar para este atendimento.

Bianca referiu que a equipe de psicólogos não é chamada nas tentativas de suicídio. Entretanto, afirmou que esse profissional poderia auxiliar na ampliação da compreensão do caso e ajudar a família.

A equipe da psicologia nessa instituição não atende ao hospital inteiro de forma geral, mas atua em setores específicos. Relatou que há assistência nos casos de oncologia, cuidados paliativos, mas não nos casos de suicídio, parecendo haver priorização, considerando certo tipo de sofrimento psíquico. Perguntamos: Suicídio não é prioridade e cuidados paliativos sim, nestes tendo o atendimento psicológico? Há como separar ou priorizar certos tipos de sofrimentos psíquicos? Ou faz parte da organização do sistema de saúde que exige a presença de psicólogos em determinados setores do hospital?

São questões para serem pensadas, entretanto, parece que o hospital prioriza e organiza sua equipe mínima de acordo com leis e exigências governamentais. Portanto, se não é necessário por lei, não há investimento financeiro e o sofrimento do paciente não é levado em conta.

C. O conceito de suicídio e as dificuldades durante a assistência

“É que as pessoas não entendem que isso também é uma doença e é uma doença grave.”

“Ele está passando por um sofrimento mental muito grande.”

“Tem tanta gente procurando o serviço por causa de uma patologia que a gente já está mais habituado, mas eu acho que a questão da saúde mental a gente não está muito acostumado.”

“É muito estigmatizado mesmo, tem muitos comentários das pessoas.”

“Você prioriza imediatamente o atendimento e a gente tenta dar todo o suporte.”

“Eu sempre tive um pouco de dificuldade de lidar com esse paciente, no sentido de não saber como abordá-lo, de ter medo de falar algumas coisas e isso ser um estimulador ou um repressor para a situação que ele está vivendo. É, a gente tem uma certa dificuldade de lidar com isso e de às vezes até respeitar o momento que ele está vivendo.”

O suicídio é considerado, pela a colaboradora, como doença grave, que necessita tratamento, entretanto, não é encarada como enfermidade pelos colegas de trabalho. E se não é considerado como doença, o tratamento é destinado somente aos doentes “de verdade”, que estão sofrendo e precisam de cuidados. Ao diminuir a importância do suicídio, ao não defini-lo como patologia, faz com que a assistência e o tratamento também sejam diferentes, e a pessoa passa a ser estigmatizada pela equipe assistencial.

Bianca referiu que há dificuldade em lidar com pacientes que tentaram suicídio, que profissionais no pronto-socorro estão acostumados a atender outros tipos de patologia, esclarecendo que o foco não é saúde mental.

A colaboradora reconheceu que também tem dificuldades para abordar esse paciente e, que muitas vezes, não sabe como agir, o que falar, acreditando que seria preciso um preparo melhor de toda a equipe, tema que será discutido adiante, no item G dessa análise.

D. Falas e atitudes de profissionais de saúde no pronto-socorro: castigo e sofrimento

“Então... eu não vou negar que em alguns momentos a gente julga, a gente julga a situação, o porquê ele fez isso ou , porque deveria ter feito ou não fez, então eu sinto uma certa dificuldade nesse sentido.”

“Ah... vamos... nossa, deveria ter, é... se ele queria se suicidar ele deveria ter feito de forma mais, mais efetiva, então é porque ele não quer se suicidar, isso a gente escuta muito no ambiente hospitalar.”

“Algumas pessoas falam: ‘Não, vamos passar uma sonda mais calibrosa porque ele vai se lembrar disso por muito tempo e quem sabe da próxima vez ele vai pensar e não vai fazer isso.’”

“Eu já ouvi uma vez um profissional falando: ‘Acho que precisava passar sim o carvão porque depois ele vai ficar sentindo aquele gosto estranho e tendo essa sensação e quem sabe em algum momento ele não... quando ele for tentar de novo, ele se lembra disso’, como se o fato dele ter tido uma experiência ruim pós tentativa de suicídio fosse fazer esse paciente é... evitar ou tomar uma decisão contrária a da que ele tomou na primeira vez”

Algumas falas e atitudes dos profissionais de saúde foram pontuadas por Bianca, que citou diversos comentários pejorativos a respeito do paciente, referindo ser comum escutá-los no ambiente de trabalho. E, apesar de não concordar, referiu ser difícil mudar essa situação ou mesmo conversar sobre essas atitudes e se contrapor à equipe.

Reconheceu que, em alguns momentos, também já julgou esses pacientes, entretanto, mudou sua concepção acreditando que não cabe a ela julgar, mas sim tratar essa pessoa em sofrimento.

Além desses comentários, Bianca também referiu que há alguns comportamentos de profissionais que parecem visar castigo, aumentando o sofrimento do paciente, ao escolher *“passar uma sonda mais calibrosa”*(sic), ou ao realizar procedimentos desnecessários que também visam a punição.

Esse olhar diante do paciente e essas atitudes dos profissionais demonstram o despreparo, o preconceito, o estigma em relação ao paciente que tentou suicídio e que sofre profundamente, que pode estar angustiado e que, ao chegar no pronto-socorro, poderá confrontar um sofrimento ainda maior e ser punido pela equipe assistencial, ao invés de ser cuidado.

E. A medicação e a tentativa de suicídio

“Todos os pacientes que eu já atendi com tentativa de suicídio foi por medicação.”

Bianca relatou que, em sua prática até o momento, o método mais comum de tentativa de suicídio foi por meio de medicação. Citou outros métodos, tais como arma de fogo, arma branca, mas que nunca prestou assistência a esses pacientes e que, todos atendidos por ela, tentaram o suicídio por meio da ingestão de medicamentos.

A reflexão que pode ser feita é que alguns métodos podem efetivar o suicídio, ocasionando a morte imediata da pessoa, não sendo possível o socorro a ela. Os profissionais de saúde no pronto-socorro têm contato com pacientes que tentaram o suicídio e que foram socorridos por alguém a tempo, possibilitando o tratamento e o cuidado no hospital.

F. A transferência

“O que existe é que o hospital costuma barrar internação de paciente psiquiátrico, principalmente aquele paciente que não tem médico na casa.”

“O médico do pronto-socorro, já em si, já passa para a família que precisa de uma transferência porque não é um hospital que está preparado para atender um paciente psiquiátrico.”

“Não tem uma ala psiquiátrica, não tem o suporte que a gente imagina que o paciente psiquiátrico precisa.”

“Normalmente indica uma transferência para uma clínica psiquiátrica.”

O hospital não está preparado para cuidar do paciente que tentou o suicídio, não há ala psiquiátrica e é indicada a transferência dele a uma clínica psiquiátrica.

A colaboradora especificou dois tipos de clínicas psiquiátricas: *“com atitudes um pouco mais incisivas, ou que fazem contenção mecânica, tem uma atuação um pouco mais grosseira, que eu não sei se é verdade”(sic)*, e outras que *“têm um pensamento um pouco mais tranquilo, que fazem tratamento psicológico, psiquiátrico com a família, com o paciente”(sic)*. Referindo ainda que as clínicas que oferecem melhor suporte estão superlotadas, não abrindo vagas para convênios.

Devido a essa dificuldade em encontrar vagas em clínicas, que atendam convênios, o paciente fica no pronto-socorro à espera por alguns dias e, se durante esse tempo o psiquiatra percebe que houve melhora, o paciente recebe alta e é acompanhado no consultório. Pelo discurso de Bianca parece ser possível um acompanhamento no próprio hospital, visto que ocorre em algumas situações. Entretanto, como a instituição não é centro de referência para cuidados ao suicídio adota uma postura de se isentar da responsabilidade por esse paciente e transferi-lo para outra instituição.

A colaboradora pontuou que há continuidade no tratamento após a alta do pronto-socorro, seja por meio da transferência a uma clínica especializada ou no ambulatório/consultório psiquiátrico.

G. Por um preparo melhor

“Primeiro, da questão do preparo, é que a equipe esteja muito bem instruída de quais são as indicações para cada intervenção (...) Eu acho que falta um preparo da equipe

nesse sentido e falta, eu acho, de um preparo da equipe no sentido de, no sentido de lidar com a questão emocional mesmo, da doença psíquica do paciente, da questão do respeito, da questão em como lidar com a família nesse sentido. Você não precisa fazer intervenções verbais, mas às vezes, você se compadecer daquela situação e você atuar no sentido e saber qual o suporte você pode dar...”

“Porque eu acho que a gente não está tão preparado para lidar com esse tipo de situação que vai um pouco mais a fundo na situação emocional dele, acho que a gente precisa, nós somos profissionais de saúde, a gente precisa lidar com a questão emocional, não só de paciente psiquiátrico, porque eu acho que a gente precisa lidar com a situação emocional de todo mundo.”

“Mas pode ser que... eu tenho um certo receio e ansiedade, não que eu bloqueie totalmente mas eu tento medir as minhas palavras para não chegar em um ponto que eu não saiba lidar mas não por... O medo é ‘Nossa, eu não soube lidar com a situação?’ não, o medo é a consequência de não saber lidar com a situação, consequência para ele, acho que nesse sentido.”

Bianca reflete sobre a importância de a equipe ter melhor preparo para atender o paciente que tentou o suicídio. Esse preparo, no seu ponto de vista, está relacionado à instrução dos procedimentos adequados, e também ao manejo das questões emocionais. Interessante que, como profissional de saúde, é preciso saber lidar com a questão emocional de todos os pacientes, não só do “paciente psiquiátrico”.

A colaboradora parece se preocupar com a questão do preparo dos profissionais e reflete sobre sua atuação, referindo certos medos, receios e ansiedade ao atender esse paciente. O reconhecimento é importante e é o primeiro passo na busca de uma mudança de postura e atitude.

4.2.5 Quinta entrevista: Thaís, enfermeira

Thaís foi a quinta colaboradora do estudo, tem 34 anos, é enfermeira, especializada em urgência e emergência. Tem experiência de 11 anos em prontos-socorros, já atuou tanto no âmbito público quanto no privado e, atualmente, trabalha em um hospital particular.

A entrevistada discursou sobre a sua vivência e relatou acreditar que o paciente que tentou suicídio necessita ser cuidado, pois está fragilizado, desesperado. Enfatizou a questão da emergência clínica no pronto-socorro e o trabalho que precisa ser realizado pela equipe de saúde.

Relatou sua experiência profissional no pronto-socorro, referindo que este contexto dificulta a criação de vínculos com os pacientes, o que é encarado por ela como aspecto positivo,

pois acredita há uma grande demanda de pacientes no pronto-socorro e “*não tem como se envolver, senão você vai ficar maluco*” (sic). Na sua vivência pessoal, destacou o suicídio de um colega de trabalho, fato que a chocou, deixou-a preocupada e pensativa, perguntando-se: poderia ter ajudado o colega de alguma forma?

A colaboradora foi receptiva ao estudo, sua entrevista teve duração total de 38 minutos e 41 segundos. Abaixo se encontram as unidades de sentido que emergiram em seu discurso.

A. O atendimento ao paciente: “tirar do risco de morte” e a rotina do PS

“Atender o breve possível e tirar do risco de morte.”

“É sempre um paciente que demanda muito cuidado assim, sabe.”

“Eu acho que é natural no PS, porque aí você vai, é assim você quer tirar da situação de emergência, então você vai tirar da situação de emergência, já não estando em situação de emergência, sabe, está estabilizado, entendeu, então o próximo, o próximo paciente, vamos lá, sala de emergência e vamos estabilizar, tem outras pessoas que vão precisar da gente agora. Eu acho que é mais ou menos essa linha de pensamento, não descaso, mas no sentido de pensar em prioridade assim sabe, eu acho.”

“Nesse momento você tira o paciente da instabilidade clínica, estabiliza tudo certinho e depois claro você precisa entender, senão ele vai fazer de novo. Você precisa entender e dar o tratamento.”

A rotina do pronto-socorro é marcada por atendimentos breves, que visam a estabilidade clínica dos pacientes. O contexto é marcado pela urgência/emergência e um grande fluxo de atendimentos, assim, ao estabilizar um paciente, já se pensa no próximo e assim por diante, segundo a vivência da colaboradora.

O paciente que tentou o suicídio será tratado, estabilizado e ao sair da emergência clínica, a equipe se preocupará com os próximos pacientes que estão instáveis e serão prioridades, essa é uma rotina natural para Thaís.

Após esse primeiro tratamento clínico, a pessoa que tentou o suicídio precisa do cuidado especializado, de um tratamento psiquiátrico. Pelo discurso da colaboradora, a assistência ao paciente é focada na figura do médico psiquiatra, que pode oferecer suporte ao paciente e à sua família.

As falas de Thaís pareceram demonstrar um ambiente de estresse, uma rotina marcada pela agilidade, eficiência e rapidez, em que cada segundo é importante. Parece haver divisões delimitadas precisamente: a parte clínica e parte psíquica, cuidada por distintos profissionais.

B. Intoxicação exógena

“Mas, a grande maioria é intoxicação exógena, ‘Ai, eu vou, vou tomar todos os remédios.’”

“Intoxicação é a grande maioria. Pessoa está tomando medicamento, jovem, pessoas que já são psiquiátricas, que tem acesso a essa medicação, no geral, são pessoas que já têm essa medicação em casa, por que quê tem? Ah... já estão em tratamento psiquiátrico, alguma coisa assim.”

Thaís relatou sobre jovens que estão em tratamento psiquiátrico e tentam o suicídio. Afirma ainda que a intoxicação exógena é o método mais frequente a ser atendido no pronto-socorro onde trabalha.

A medicação é apontada mais uma vez como método utilizado e é um aspecto comum na fala da maioria dos colaboradores. Ao mesmo tempo em que, medicamento é tratamento, auxilia o paciente, também pode ser usada como “arma”, contra a sua própria vida.

C. A equipe de saúde

“Entra médico, entra enfermeiro, entra técnico, aí a gente vai atender, dar o primeiro atendimento para esse paciente, vê se tem ou não psiquiatra, porque senão a gente chama psiquiatra retaguarda, enfim, standby, ou se o paciente já tem um, aciona.”

“Aí a gente vai avaliar cada caso e aí a importância da entrevista, de quem estava perto, de quem encontrou, o que achou, o que tinha no local, então a gente precisa dessas informações, principalmente para saber qual medicamento que era.”

“A gente percebe a necessidade do serviço social mesmo.”

A equipe assistencial envolvida no atendimento ao paciente é composta por médico, equipe de enfermagem e psiquiatria, que está na retaguarda, mas é sempre acionada nesses casos clínicos.

O serviço social também pode estar envolvido na assistência. A ação desse profissional é relacionada à entrevista com a família ou com o paciente. Thaís exemplifica com a seguinte situação: *“Tentei me matar porque meu marido, enfim, me reprime, me abusa, me agride, então espera aí, ‘Será que o serviço social vai ter que entrar?’ . Aí começa, conselho tutelar, vara de família, enfim, aí começa a ver cada caso.”*

A fala sobre a causa do suicídio apresentada pela colaboradora parece simplificar o suicídio aos fatores precipitantes, às perdas, aos acontecimentos recentes. Como dito anteriormente muitas vezes se atenta aos fatores mais atuais/recentes, entretanto, o suicídio é um fenômeno complexo, que envolve diversos aspectos e toda a história de vida do paciente.

D. Público e Privado

“Clinicamente não. É classificado como uma emergência, sempre aonde eu trabalhei, independente dos locais, e é entendido como prioridade, emergência mesmo.”

“No público, sempre, não que vinha a avaliação em imediato porque o paciente estava numa situação emergencial, então eles sabem que nesse primeiro momento é estabilização clínica e tudo mais, então não vai adiantar. Mas era acionado em todos os casos.”

“Mas é diferente de onde eu trabalho agora (privado), que independente da estabilidade clínica ou não já de imediato vem, vem para dar um suporte para a família, para ver o que está acontecendo, ver esse paciente e tudo mais, às vezes vai precisar até de uma internação psiquiátrica.”

Thaís verbalizou que não há muitas diferenças entre o atendimento no hospital público e no privado. Acredita que clinicamente, o paciente é entendido como prioridade, como emergência nos dois contextos.

A única diferença apontada é o psiquiatra. Este profissional é sempre acionado, tanto no SUS quanto no particular. Thaís referiu que no serviço privado o psiquiatra vem imediatamente, parecendo haver maior agilidade e rapidez em relação à instituição pública. Entretanto, o suporte e o tratamento psiquiátrico são oferecidos nos dois contextos.

E. Emergência física X Emergência psíquica

“Quando está mais tranquilo, mais estável assim, não há uma consideração relevante no sentido de ‘Ah, olha foi uma tentativa de suicídio, ah... não ia se matar mesmo, foi só para chamar a atenção’, por exemplo”

“Até no sentido, não pejorativo, mas no sentido de classificar, realmente, não é uma emergência, foi para chamar a atenção e o psiquiatra está aqui, vai conversar, vai precisar de ajuda e tudo mais, mas clinicamente falando não é uma emergência, agora.”

A atuação no pronto-socorro parece estar bem definida pelo discurso de Thaís. Visa-se a assistência à emergência e quando o paciente já está estável, a psiquiatria trata da questão psíquica. Como dito anteriormente, há uma clara distinção e separação de papéis nesse contexto.

A atitude dos profissionais de saúde, em alguns momentos, parece estar marcada pelo julgamento do paciente, de sua tentativa de suicídio. Esse fato é observado na sua fala em que há comentários “foi para chamar a atenção”, esses comentários não são considerados pejorativos pela colaboradora.

As suas falas parecem indicar que não há espaço para uma emergência psíquica, para o sofrimento psicológico no pronto-socorro de um hospital geral.

F. O ambiente físico “inadequado”

“Mas aí tem a grande preocupação: ‘O que tem no quarto, tem alguma coisa que tem que tirar?’, senão o paciente pode tentar se matar; ‘As janelas estão travadas?’, porque hoje em dia os hospitais são todos verticais praticamente. ‘O paciente vai pular da janela?’”

“Aí você tem todas essas preocupações, diferente de um hospital psiquiátrico, que eles até evitam essas situações, mas é uma preocupação grande.”

“Tem uma preocupação até com o manguito, o esteto que está no quarto, pode se enforcar”

Thaís referiu que alguns pacientes podem ser transferidos para um hospital psiquiátrico e outros podem terminar o seu tratamento no próprio hospital geral. Entretanto, a internação do paciente com tentativa de suicídio nesse hospital, traz algumas preocupações para a equipe assistencial, em relação ao ambiente físico de um hospital geral.

A questão da retirada de materiais de risco do quarto, a averiguação do fechamento das janelas são aspectos que preocupam a equipe, que realiza uma vigilância especial em relação a esse paciente. No hospital psiquiátrico é diferente, não há esse tipo de preocupação.

Mais uma vez questionamos: há espaço para o sofrimento psíquico no contexto do PS?

G. O PS e a não criação de vínculo

“Eu acho, no meu ponto de vista é uma vantagem. Não ter o vínculo.”

“Você não tem esse vínculo e no caso de um paciente que tenha tentado se suicidar é a mesma coisa, não mantenho esse vínculo, por questão do PS mesmo, não sei... Para mim, é uma vantagem.”

A não criação de vínculos foi verbalizada por Thaís como aspecto positivo, como uma vantagem. Afirmou que há um grande fluxo de pacientes e que *“não tem como se envolver, senão você vai ficar maluco”*(sic). Relatou também que não há um esforço de sua parte para criar um vínculo com os pacientes.

Em suas falas parece haver um distanciamento entre ela e os pacientes e ainda defendeu a ideia de que a não criação de vínculos é saudável. Perguntamos se é possível cuidar sem se envolver? O não envolvimento pode ser benéfico para o paciente e o para o profissional de saúde? São questões importantes e que demandam reflexão.

H. A equipe e o suicídio de um colega próximo

“Ah... choca um pouco porque aí você pensa assim: ‘Ninguém nunca percebeu? Eu não percebi?’, ‘Ah, mas não era um amigo, não tinha como perceber, não convivia, era um funcionário’. Mas será que a gente não, ele não deu nenhum sinal, sabe? Não fez um anúncio de que estava acontecendo... Porque assim, na minha opinião, é um desespero absurdo imagino, porque a pessoa, ela não encontra outra solução sem ser morrer, para o que ela está vivendo.”

“Os profissionais da saúde, eles sabem maneiras eficazes de fazer isso, da tentativa de se suicidar.”

O suicídio de um colega de trabalho foi um fato que a chocou, que fez com que a colaboradora refletisse sobre sua própria atitude e se poderia ter agido de forma diferente.

Relatou que foi uma situação que abalou toda a equipe, que todos pensaram: *“poxa, eu poderia ter cuidado”*(sic) e ainda afirmou que alguns funcionários conversaram com ela, demonstraram angústia e que ela sempre conversou, escutou e, em alguns casos, incentivou a pessoa a procurar ajuda e apoio psicológico.

A colaboradora ainda afirmou que esse foi o caso de suicídio que mais causou impacto para ela e disse *“porque é difícil conviver com a pessoa e em um belo dia simplesmente ela morrer”* (sic). Parece que a convivência e o fato dela e dos colegas não terem notado foram questões importantes para a colaboradora.

Em seu discurso afirma que a questão do colega ser profissional de saúde também possibilitou que realizasse uma tentativa de suicídio eficaz, visto que possuía o conhecimento

necessário. Então, o mesmo conhecimento que pode ser utilizado para cuidar e para tratar também pode ser utilizado negativamente, com o intuito de tirar uma vida.

O suicídio de um profissional de saúde traz reflexões importantes a serem pontuadas: como é a qualidade de vida do trabalhador da área da saúde? Como manejam o estresse e o sofrimento diário? Estão cuidando e também estão sendo cuidados? Questões importantes que serão discutidas posteriormente neste estudo, no tópico “**Discussão: temas centrais**”.

4.2.6 Sexta entrevista: Beatriz, técnica em enfermagem

Beatriz foi a sexta colaboradora, é técnica em enfermagem, tem 22 anos de idade e, atualmente, trabalha em um hospital escola público. Relatou que se formou recentemente e que atua há um ano e sete meses na área de urgência e emergência de um hospital geral.

Em seu depoimento, demonstrou certa dificuldade para lidar com o paciente que tentou o suicídio, referindo ser distinto o tratamento a um paciente clínico e a um paciente psiquiátrico.

Contou casos presentes em sua rotina diária do pronto-socorro e verbalizou ser difícil a comunicação com pacientes que tentaram suicídio, afirmando não compreender os motivos do seu ato. Estigmatiza este paciente ao verbalizar que, supostamente, pessoas com boas condições financeiras não teriam motivos para o suicídio, associando a tentativa de suicídio à condição econômica.

Em vários momentos, relacionou a tentativa à depressão, referindo que os próprios medicamentos que os pacientes fazem uso são utilizados como método e, ainda relatou que, em sua experiência a maioria das pessoas que chega ao pronto-socorro é do sexo feminino. Afirmou que a depressão é uma doença importante e a classificou como “a doença do século”.

Em alguns momentos de sua fala, tentou rever algumas de suas ideias explicitadas anteriormente em seu próprio discurso, e ressaltou a importância de entender a pessoa sob cuidados, o momento vivenciado e não sua doença.

Beatriz, durante a entrevista, mostrou estar à vontade ao falar de suas ideias e apresentou disponibilidade para colaborar com o estudo. Abaixo, encontram-se as principais unidades de sentido explicitadas em seu depoimento.

A. A abordagem à pessoa que tentou o suicídio

“A abordagem fica... Tem que ser um pouco diferente, tem que ser muito diferente do que quando tratamos um paciente clínico, porque o fator dele é psicológico, a gente nunca sabe a reação, então nunca pergunta o motivo pelo qual levou ele a isso, porque até mesmo eles não respondem.”

“A abordagem tem que ser muito, muito diferente do paciente clínico.”

O atendimento à pessoa que tentou o suicídio é diferente, Beatriz referiu uma postura mais cautelosa em alguns momentos e, em outros, uma menor preocupação em relação a aspectos clínicos, porque, segundo ela, a maioria dos pacientes é jovem, considerado saudável do ponto de vista clínico, sem problemas relacionados à pressão arterial ou diabetes, por exemplo.

O tratamento à pessoa é considerado difícil, sendo que o cuidado às questões psíquicas é complexo, pois, muitas vezes, não está associado à medicação, como relatado por Beatriz: *“É mais difícil, porque é lidar com a mente humana, não é uma coisa clínica, que nós vamos conseguir tratar e ponto. Talvez resolve, talvez não resolve com a medicação.”*

Relatou que *“não pergunta o motivo, não interroga”* sobre a tentativa de suicídio, referindo que, muitas vezes o paciente não sabe responder. Beatriz parece não querer perguntar sobre o motivo, tampouco interrogar, realizar muitas perguntas ao paciente, referindo ainda que há um medo de uma possível agressividade e de não saber lidar com essa.

Relatou o caso de um paciente que havia tentado o suicídio, mas que, a princípio, ela não sabia o motivo pelo qual estava internado e acabou ocorrendo um contato maior, uma proximidade entre os dois. Esse atendimento acabou configurando uma situação de encontro, em que houve comunicação e o paciente contou suas motivações para o ato.

Contou também a história de uma tia e sobrinha, com histórico de depressão, que tentaram o suicídio. Primeiramente a tia chegou ao pronto-socorro, e depois de dez dias, a sobrinha foi internada pela mesma causa. Ambas, tia e sobrinha sofriam e tentaram o mesmo procedimento, demonstrando a não possibilidade de se cuidarem. Beatriz pareceu não aceitar os motivos apresentados, como se não houvesse comunicação entre ambas. Parece que o estresse, a fúria, a tristeza e a depressão não justificam o ato suicida. A questão é: os pacientes não sabem os motivos pelos quais tentaram o suicídio ou os profissionais não querem compreender e aceitar os motivos apresentados?

Ao verbalizar sobre as diferenças entre a abordagem aos pacientes que buscam o tratamento na urgência e emergência, tivemos a impressão de que o paciente clínico é cuidado, enquanto o paciente psiquiátrico é vigiado, e, muitas vezes, infantilizado, seus cuidados são

restritos ao auxílio imediato dos problemas clínicos e à vigilância constante, “grudar” no paciente, como podemos observar no seu relato abaixo:

“Até a forma da gente agir, porque um paciente que chega num nível de depressão, eles acham que a forma como falamos pode ser deboche, então temos que ser muito sério ao falar com eles. Não interrogar, não procurar saber sobre o assunto.”

“O paciente clínico a gente tem mais preocupação, nós mantemos parâmetros desse porque sabemos que esse paciente pode ficar mais grave a qualquer momento.”

“A gente entra até junto com esse paciente no banheiro. Se passa mais de cinco minutos, a gente já começa a bater na porta: ‘Fulano, está tudo bem? Já terminou?’. Pode ser para eles um incômodo, mas a gente fala, é rotina, é o nosso trabalho e temos que fazer isso. Isso é um zelo nosso por você, porque, o que você fez na sua casa, infelizmente aqui, você não vai poder fazer.”

“Não vai se preocupar muito com a parte clínica, mas assim, com esse cuidado de estar sempre ao lado do paciente, você tem que observar se ele vai... se ele levanta, com vontade de ir no banheiro, ‘Para onde você vai? Vai sozinho?’, nós temos que estar junto. Aí a gente gruda mesmo no paciente desse, gruda mesmo, não tem como.”

A vigilância em relação a esse paciente pode estar associada ao medo de que ele tente o suicídio dentro da instituição hospitalar. Essa conduta é definida, por Beatriz, como um zelo pelo paciente, evidenciando as consequências e responsabilidades dos profissionais diante desse paciente e da instituição hospitalar.

Interessante notar que, em uma de suas falas, ela valorizou o paciente que tentou suicídio. Referiu que o foco deve a ser sempre a pessoa, tentar entendê-la e não, enfatizar só a doença.

“Então, é um tratamento diferenciado porque a gente tem que tentar entender esse paciente, tentar entender ele, não tentar entender a doença dele, mas tentar entender ele e aquele momento que ele está vivendo. Por isso que para a gente é diferenciado, porque temos que trabalhar com a mente mesmo, para poder entender.”

B. O suicídio e a depressão

“A maioria dos casos são paciente que têm depressão.”

“A pessoa já tem algum tipo de depressão, você vê o paciente que tenta se matar com as próprias medicações que ele já toma em casa, tarja preta.”

“Porque a maioria dos casos que vem é por medicação, e as medicações são medicações que eles tomam para a depressão.”

Em diversos momentos de seu depoimento Beatriz associou o suicídio à depressão, relatou que a maioria dos pacientes que chegam ao pronto-socorro é do sexo feminino e que, em sua experiência, a tentativa foi realizada por meio de ingestão de medicamentos.

Beatriz enfatizou que, muitos pacientes, ingeriram dosagem mais alta da medicação que já faziam uso, receitada por psiquiatras. Interessante notar que este dado também esteve presente na fala de outros colaboradores, que serão apresentados em seguida e que será discutido posteriormente na parte de discussão.

C. A dinâmica do atendimento no pronto-socorro

“Ele passa desde a mão do médico normal, depois ele fica aguardando a avaliação da psiquiatria e todos os dias a psicóloga vem conversar, na nossa unidade. E também passa pelo nosso atendimento, da enfermagem, tanto enfermeiro, como auxiliar, técnico.”

“Quando entra um paciente assim, a assistente social já passa, já interage com a família para entender um pouco do que aconteceu.”

“Agora, psiquiatra, eles vêm só para fazer uma avaliação para ver se precisa de internação ou não.”

“O psicólogo é todos os dias até o paciente sair daqui, todos os dias. São visitas assim rotineiras, que percebemos porque eles vêm sempre uma meia hora antes da visita, fica ali conversando com o paciente e depois ainda no horário da visita, ainda conversa com os familiares para poder entender um pouco mais da situação e para saber se na própria família já não há indícios, sabe?”

Beatriz relatou a presença de diversos profissionais de saúde durante o atendimento ao paciente que tentou o suicídio. Destacou a presença do médico clínico geral, do psiquiatra, da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos), do psicólogo e da assistente social. Não ficou claro em sua fala como ocorre esse atendimento, se há comunicação e discussão entre os profissionais da equipe multiprofissional.

Destacou presença diária do psicólogo realizando atendimento ao paciente e também aos familiares. Importante que seja oferecido suporte e apoio psicológico à família desses pacientes, como reconhecimento de que fazem parte de uma rede social e que seja incluída no tratamento.

Observou-se diferença entre o que foi explicitado por ela e pelos outros colaboradores. Beatriz apontou a presença de apoio e suporte de uma equipe multidisciplinar durante o tratamento no pronto-socorro. Devemos considerar que o contexto em que Beatriz trabalha é

um hospital escola, que oferece cursos de especialização, estágios, o que facilita a disponibilidade e o envolvimento de diversos profissionais de saúde.

Beatriz ainda verbalizou sobre a permanência prolongada do paciente no pronto-socorro por falta de vagas de leitos de UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), por exemplo. Portanto, a permanência maior do paciente poderá possibilitar o envolvimento de mais profissionais de saúde, que poderão assistir ao paciente por mais tempo.

D. A ameaça como uma forma de ajuda?

“Eu falei para ela: ‘Se você quiser voltar para ficar naquela situação ali, porque você acha que tomar medicação, você vai morrer, tem tipo de medicação que não vai te matar, que só vai te definhar e você vai ficar daquela forma ali, imagina você ter que fazer xixi, você fazer as suas necessidades e alguém ter que te limpar, não é pior?’”

“Então, não é pior? Você está dando sorte que você está saindo e andando com as pernas, tem gente que sai daqui, mas não sai andando.”

“Até o médico brincou: ‘Mas que isso meu, toda semana agora a gente vai ter que atender uma de vocês? Uma tentou se matar com isso, a outra tentou se matar com o mesmo medicamento. Vocês têm que tomar cuidado para vocês não pararem em uma cadeira de rodas, uma ter que ficar trocando a fralda da outra.’”

Beatriz reitera que há dificuldade em dialogar com o paciente que tentou suicídio. Algumas interações com paciente ocorrem em tom de ironia, ilustrando a falta de preparo dos profissionais com estes pacientes.

A comunicação, da maneira como é feita, parece ser considerada como “forma de ajuda” pelos profissionais, entretanto, evidencia o não saber como lidar com a dor e sofrimento, um não entender e não saber como se comunicar. Importante refletir sobre o cuidado a pessoas com tentativa de suicídio é possível cuidar sem se comunicar?

E. O estigma do suicídio

“Até pacientes mesmo que estudam medicina na instituição. Já chegaram e achamos estranho.”

“Teve um caso também de uma moça, achei estranho porque aquela moça sempre estava ali e eu vi ela internada, eu pensei será que ela está se internando para participar de alguma experiência. E não, ela tentou se matar.”

“Ela é de uma família boa, a família tem muito dinheiro, mandou ela do Ceará para cá para fazer medicina e ela pegou e fez isso.”

“Na maioria dos casos não é de família miserável, não tentou se matar por causa da fome, porque não tem condições de pagar uma conta, não.”

Em sua fala, Beatriz discorreu a respeito de um estranhamento ao encontrar uma estudante de medicina internada devido a uma tentativa de suicídio. Relatou que a paciente tinha boa condição financeira, que sua família tinha dinheiro, portanto não teria razões para tentar suicídio *“como é possível alguém que tem ‘tudo’ tentar se matar?”*.

A tentativa de suicídio parece não ser aceitável em pessoas de determinada classe social. Em mais de um momento, em suas falas, Beatriz referiu sobre essa questão e parece associar e justificar o suicídio a dificuldades financeiras.

O estranhamento diante da internação também pode estar relacionado ao fato da paciente ser profissional de saúde, da área da medicina. Como um profissional de saúde pode tentar se matar? Há a fantasia de certa imunidade do profissional diante do suicídio e dos problemas de saúde, físicos e psíquicos.

F. A formação do profissional

“Agora, até mesmo quando a gente cursa, quando fazemos o curso, temos uma média de dois meses, de dois a três meses para entender um paciente psiquiátrico, que a gente tem noção, não é aprofundando, mas a temos noção sobre as profundidades da depressão, é... o que quê pode causar uma depressão, quais são os efeitos que pode causar em um paciente, o que ele pode sentir, o que ele pode dizer.”

Observa-se que, durante a sua formação, Beatriz recebeu poucas informações a respeito de como cuidar de pacientes que tentaram o suicídio; relatou não ter o mesmo domínio desse paciente como tem do paciente clínico.

A formação do profissional de saúde aprofundando o tema do suicídio poderia contribuir para um melhor atendimento ao paciente? Questões importantes para serem analisadas e que serão discutidas posteriormente.

4.2.7 Sétima entrevista: Paula, técnica em enfermagem

Paula foi a sétima colaboradora do estudo, com 27 anos, é técnica em enfermagem e enfermeira, graduada em julho de 2015 e, atualmente, iniciou uma pós graduação em urgência e emergência. Atua como técnica em um hospital particular e, desde o princípio de sua carreira sempre trabalhou em prontos-socorros, com uma vivência de sete anos, tanto no âmbito público quanto privado.

A colaboradora foi receptiva, demonstrou-se interessada no estudo e discursou sobre diversas experiências em seu ambiente de trabalho, sobre suas concepções pessoais e sua postura diante do paciente que tentou o suicídio. Relatou atitudes relacionadas a um não entendimento, à uma indiferença e também de uma compreensão mais aprofundada, um olhar diferente e mais atento a esse paciente e como acredita que deve ser sua atuação e suporte em relação a ele.

Ainda referiu a questões e diferenças que acredita encontrar no setor público e privado relacionadas à disponibilidade de diversos profissionais da equipe multiprofissional.

A sua entrevista teve duração de 46 minutos e 11 segundos, abaixo se encontram as principais unidades de sentido emergidas do discurso de Paula.

A. O atendimento ao paciente

“A princípio, quem é da área, a gente não consegue entender.”

“No decorrer vamos procurando entender porque ele fez isso e tentando ajudar da melhor maneira possível, para que esse sofrimento seja minimizado.”

“A gente tem que tentar saber o porquê ele fez isso, para tentar ajudar e dar o melhor tratamento, porque isso é um tratamento psiquiátrico que a pessoa tem que passar.”

O atendimento ao paciente que tentou o suicídio é realizado com o objetivo de minimizar o sofrimento e tentar entendê-lo para poder prescrever um melhor tratamento, um tratamento psiquiátrico.

Paula falou sobre o envolvimento de uma equipe assistencial, entretanto, focou seu discurso na figura do médico geral, da enfermagem e do médico psiquiatra, em todos os casos há sempre o envolvimento da psiquiatria.

O não entendimento relacionado à ação de atentar contra a própria vida é uma questão presente e, apesar de, posteriormente, ter relatado uma melhor compreensão, observa-se em diversos momentos de seu discurso um questionamento sobre o porquê o paciente realizou esse ato.

Paula, diferentemente de alguns profissionais de enfermagem, apresentou uma postura mais ativa, um acolhimento e o estabelecimento de um diálogo com a pessoa que tentou o suicídio, não delegando essa tarefa apenas para o psicólogo e/ou psiquiatra.

Minimizar o sofrimento, procurar entender para oferecer o melhor tratamento foi o que Paula relatou sobre como é o atendimento ao paciente que tentou o suicídio.

B. O julgamento do profissional de saúde

“Olha, eu já cheguei a julgar muitas vezes, eu fui uma pessoa um pouco injusta.”

“Então, muitas vezes a gente acha assim que é meio que querer chamar atenção muitas vezes, e eu já julguei isso, várias vezes eu... E hoje, com meus anos de profissão, eu não faço mais isso.”

“Então eu não conseguia entender, tratava isso com uma certa indiferença.”

O reconhecimento de que há julgamento do profissional de saúde sobre o ato suicida esteve presente no discurso de Paula. Relatou que esse julgamento ocorre entre os membros da equipe, no geral, referindo que eles estão lutando para *“trazer a vida da pessoa”* (sic) e que, ao atender um paciente que tentou o suicídio, associam essa tentativa a um *“chamar a atenção”* (sic) e, muitas vezes, o paciente passa a ser tratado com indiferença.

C. A mudança em sua concepção pessoal

“A gente se aprofunda mais na leitura, se aprofunda mais nos estudos, a gente vê que não é uma frescura, não é uma coisa para chamar atenção. E, isso ao longo dos anos, a gente vai amadurecendo as ideias, então isso para mim foi muito enriquecedor, porque eu comecei a estudar profundamente o que o paciente suicida faz.”

“Foi na universidade mesmo, na enfermagem.”

“O meu interesse aumentou por conta disso, de atentar ao paciente, de olhar o paciente com um olhar diferente.”

“Já perdi amigos, amigos próximos e que... nosso olhar também aumentou porque a gente não percebeu que ele ia fazer isso.”

“Eu mesma já fiz isso, eu mesma já tratei paciente suicida com indiferença.... Jamais pensei que eu fosse reconhecer isso hoje em dia, mas hoje eu me arrependo.”

“Mas eu achava que todo mundo era louco, pronto e acabou.”

A mudança de concepção sobre o suicídio ocorreu devido a alguns fatores citados por Paula: o suicídio de um colega de trabalho, o estudo aprofundado sobre o tema durante a graduação em enfermagem e a experiência profissional.

Segundo Paula, o conceito simplista de pensar que todos eram loucos mudou e ela passou a prestar mais atenção ao paciente, reconhecendo que ele tem um problema, um “*distúrbio*” (sic) e precisa ser olhado, reconhecido e ajudado. Refere que o chamar a atenção pode estar relacionado a si próprio, como forma de pedir ajuda: “*Até chamar a atenção para ele mesmo, para ele não fazer isso contra a vida dele: ‘Olha gente, eu estou tentando, dá para vocês me ajudarem?’*”. Parece que Paula passa a dar um outro significado para esse “*chamar atenção*”, encarado de forma positiva e não pejorativa.

Apesar de afirmar uma mudança em seu pensamento e na sua forma de agir parece que a colaboradora, em alguns momentos, ainda apresenta algumas dificuldades para lidar com o suicídio, visto que verbalizou não ter conseguido compreender o porquê do suicídio do seu colega de trabalho, como também, em outros momentos referiu um sentimento de revolta: “*À princípio, a gente fica meio revoltado, principalmente, quem estudou para salvar vidas, quem estudou para entender as pessoas*”(sic). O suicídio, portanto, parece ser considerado como uma afronta aos profissionais de saúde, que tentam salvar vidas.

D. SUS X Setor privado

“Geralmente hospitais públicos, eu já trabalhei em público. E geralmente tem um setor específico para esse paciente, para ele ficar, tem psiquiatras acompanhando no público. E no setor privado existem os psiquiatras, porém não temos um lugar para tratar desses pacientes, então eles precisam ser transferidos para algum lugar que tenha esse suporte, que tenha esse tratamento.”

“O setor público, que nem eu falei no começo, eles tratam algum paciente como ‘frescura’, falam: ‘Não, não é nada, sabe... tentou chamar atenção’.... Devido ao grande movimento, à grande demanda dos pacientes no hospital público, muitas vezes, esse paciente passa despercebido por alguns, não por todos.”

“No setor privado não, é visto com outros olhos já. Já é chamado o psiquiatra, o psiquiatra vem e conversa. Tem toda uma terapia com o paciente. Então há uma certa diferença entre o setor público e o privado, na minha opinião.”

“Médicos, enfermeiros, dependendo do setor público, a assistente social também entra junto, porque precisa depois ser transferido para um CAPS.”

“No setor privado também, mas é mais concentrado, por exemplo, é mais o médico, psiquiatra, à primeira instância quando chega um paciente suicida grave atende-se o clínico, mas depois é chamado automaticamente o psiquiatra.”

Há a consideração de que o tratamento é melhor no setor privado. As experiências de Paula e sua visão demonstram que, apesar de não haver um local específico (ala de psiquiatria) para o tratamento do paciente no hospital particular, neste local ele é visto com outros olhos e há uma terapia adequada ao paciente, centrada na figura do psiquiatra, como especificado anteriormente.

No hospital privado, o paciente é transferido para outro hospital, para dar continuidade ao tratamento, segundo Paula: *“O paciente pode escolher, não é proibido, o psiquiatra dele vai dizer se ele vai ficar no hospital, mas o ideal é que ele vá para outro local” (sic)*. Mais uma vez é notada a separação e a indicação de um “local mais adequado” para esse paciente, não há lugar no hospital particular e a transferência é tida como *“ideal” (sic)*.

No setor público devido à grande demanda de pacientes e grande número de atendimentos diários, a pessoa que tentou suicídio pode passar despercebida por muitos profissionais. Paula, afirmou ainda que o julgamento do ato é considerado como *“frescura”*, *“querer chamar atenção” (sic)*.

Afirmou ainda que na instituição pública, o papel dos técnicos de enfermagem *“era somente cuidar do paciente, uma espécie de vigia, vigiar para que ele não tente novamente contra a vida, o técnico de enfermagem era mais ou menos isso” (sic)*. A questão do vigiar associado a um cuidar já havia sido dita por outros colaboradores e é repetida no discurso de Paula.

Em relação os profissionais da equipe envolvidos, a colaboradora referiu uma equipe semelhante, no âmbito público e privado, composta por médicos, equipe de enfermagem e ocasionalmente com a assistente social, para auxiliar no processo de transferência.

O psiquiatra apareceu em ambos contextos, enquanto o psicólogo, no hospital privado, *“é muito raro ser acionado” (sic)*, e ela argumentou que muitos preferem conversar com o próprio psiquiatra. Já no hospital público, o psiquiatra encaminha para o psicólogo, transferem para outro lugar especializado, geralmente o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), portanto, o paciente terá contato com a psicologia fora do contexto hospitalar, não há a assistência no momento de crise.

E. Jovens e medicação: o perfil do paciente

“Às vezes, a pessoa tem um pé no suicídio e a gente desconfia.”

“Um passo para cometer um suicídio. É um termo bem da enfermagem mesmo que, quando um paciente depressivo, ele está naquela fase de... de ‘poxa, nada está dando certo na minha vida, eu preciso dar um jeito’, esse jeito pode ser o suicídio.”

“Jovens, jovens na faixa etária entre 20 a 35 anos.”

“Medicamentos. A pessoa ingere uma dose... porque a pessoa já tem depressão, então se ela já tem depressão ela tem muito medicamento em casa... Então se ela tem muito medicamento em casa, ela fala: ‘Opa, tive uma ideia, vou tomar essa medicação’ e, muitas vezes, não dá tempo de socorrer.”

Em relação aos pacientes, Paula descreveu um perfil de pessoas jovens, e associou a depressão ao suicídio. Enfatizou que a *“tendência à depressão está aumentando cada vez mais, dizem que vai ser a doença do século”* (sic), discurso semelhante ao da colaboradora Beatriz, que também refere sobre essa questão. Relatou que a depressão pode ser encontrada em qualquer classe social e acredita que após o uso de drogas ilícitas há uma tendência do paciente se tornar depressivo.

A intoxicação exógena, ingestão de medicamentos, foi o tipo de tentativa de suicídio atendido com mais frequência no pronto-socorro onde Paula trabalha. Relacionou o fato da pessoa já estar em tratamento psiquiátrico e ter acesso à medicação, facilitando o ato suicida. Pode se analisar que ela apresenta uma simplificação do suicídio, como se a disponibilidade do medicamento fosse dar uma *“ideia”* (sic), estimular o paciente à tentativa. É descrita uma relação causal simplista, que acaba desconsiderando a complexidade deste fenômeno, que possui múltiplas causas e fatores acumulados na própria história da pessoa que a levam à tentativa de suicídio.

F. Paciente marcante: à procura de um reencontro

“Foi um paciente que perdeu os pais e eles se viu completamente sozinho, ... e ele tentou contra a vida justamente por causa dos pais, porque ele estava sentindo muita falta e, na consciência, no subconsciente dele, ele achou que morrendo ele iria se encontrar com os pais.”

“Ele falava isso o tempo inteiro: ‘Eu vou encontrar com eles, me deixa morrer que eu preciso falar com eles.’ (sic).”

O paciente que tentou o suicídio com o objetivo de reencontrar os seus pais foi um caso marcante para Paula. A princípio, relatou que a equipe ficou um pouco desconfiada sobre o

possível uso de drogas ilícitas devido ao comportamento, ao fato dele estar “*completamente transtornado*” (sic).

Referiu ainda que os profissionais envolvidos no atendimento se emocionaram, porque o paciente chorava muito e pedia para ver os pais dele. A equipe se mobilizou, conversou com ele, receitou medicamentos e ele precisou ainda passar por um tratamento em um hospital psiquiátrico.

O caso relatado por Paula mostra a associação do sofrimento a um abuso de uma substância (drogas ilícitas), o que nos leva a refletir sobre o lugar e o espaço para o sofrimento na sociedade atual. É possível sofrer, chorar sem ser depressivo ou mesmo sem ser considerado como usuário de drogas?

G. Atuação pessoal: o contato próximo com o paciente

“Às vezes eles só querem conversar e ninguém dá atenção, então eu acho que uma boa conversa, distrair o paciente, eu acho que é um ótimo tratamento para ele, eu acredito... pelas minhas experiências.”

“Eu não sou de aconselhar, eu sou de conversar. A primeira coisa, a primeira palavra que eu falo, dependendo da religião e até mesmo se ele for ateu, igual tem muitos no hospital privado, eu falo de Deus. Ele não acredita? Aí é uma consciência dele, mas eu falo que ele tem que colocar Deus em tudo.”

“Eu peço permissão, eu ligo no quarto, vejo como que o paciente está, se eu posso subir para conversar. Muitos lembram de mim e eu vou até lá e converso, poucas palavras, não vou ficar também falando, falando,... porque, muitas vezes, eles não querem ouvir. Só falar assim: ‘Eu estava com o senhor, o senhor fique bem, que Deus te guie’. Até mesmo quem é ateu, você fala a palavra de Deus e eles ficam calados, não se revoltam de jeito nenhum.”

Paula referiu ter contato com o paciente após a assistência no pronto-socorro, afirmou ter facilidade para conversar e desejar criar um vínculo com essa pessoa. Em seu discurso, apresentou a religião como uma forma de enfrentamento pessoal e acredita que falar sobre Deus pode ser uma forma de ajudar o paciente, independentemente de sua crença.

Deus esteve presente em seu discurso em diversos momentos. A sua fala pode ser considerada como uma forma de auxílio espiritual, mas ao mesmo tempo, pode ser entendida como uma imposição de seus valores pessoais, de suas crenças ao paciente. Como podemos ajudar o outro? Tentando nos colocar em seu lugar por meio da empatia ou impondo nossos valores e o que consideramos como ajuda?

Ela apontou que há um reconhecimento de sua ajuda, citando agradecimentos dos familiares e até mesmo dos próprios pacientes ao sair de alta.

4.2.8 Oitava entrevista: *Olívia, médica psiquiátrica*

A última entrevistada foi a médica psiquiatra Olívia. Concluiu sua graduação há 11 anos e fez residência médica na área da psiquiatria. Olívia tem 38 anos de idade e trabalha no pronto-socorro de um hospital público, faz parte de uma equipe de interconsulta em um hospital privado e atua em um consultório. Tem experiência de 11 anos em prontos-socorros.

A entrevista teve duração de 43 minutos e 14 segundos, Olívia pareceu se sentir confortável durante a entrevista e verbalizou sobre seu contato e sua atuação com pacientes com tentativa de suicídio, detalhando os procedimentos internos ocorridos e os membros da equipe envolvidos. Ela ainda contou sobre pacientes que mais deixaram marcas e sobre uma experiência pessoal.

Abaixo serão apresentadas as principais unidades de sentido emergidas de sua fala.

A. A complexidade do atendimento ao paciente que tentou o suicídio

“O atendimento de todas as tentativas de suicídio é sempre muito complexo, porque envolve múltiplos profissionais, muitas pessoas, familiares, amigos, filhos, então é sempre bastante complexo.”

“Existem algumas dificuldades e algumas facilidades. Como eu tenho experiência na parte de pronto-socorro, urgência e emergência isso é um atendimento muito comum na parte da psiquiatria, atender tentativas de suicídio.”

“As dificuldades são por um lado pessoais, de... inicialmente de escuta e entendimento, mas a medida que eu fui estudando e me aprofundando no assunto isso se tornou cada vez mais tranquilo.”

“Dificuldades de lidar com outros profissionais da área da saúde, que têm uma dificuldade de entendimento do sofrimento desses pacientes.”

Olívia relatou que o atendimento ao paciente que tentou o suicídio é complexo e envolve diversas pessoas, desde profissionais de saúde à rede social desse paciente.

Reconheceu que, inicialmente, houve dificuldade pessoal, de entendimento e de escuta ao atender esse tipo de paciente, mas que esse fato se modificou à medida em que teve mais contato e experiência, visto que é um atendimento comum em sua área, realizado com

frequência por psiquiatras. E também destacou o estudo, o aprofundamento sobre o suicídio como ponto forte que a ajudou.

Sobre sua experiência, destacou que, atualmente, lida com o paciente na fase aguda e também acompanha alguns pacientes após as tentativas no consultório onde trabalha. Portanto, tem experiência na urgência e também no seguimento, acompanhando o paciente nas diversas etapas do tratamento.

Olívia apontou que profissionais de saúde têm dificuldades para lidar com o sofrimento do paciente que chega no serviço de urgência. Essa sua percepção apareceu em diversos momentos de seu estudo, por isso, o tema será aprofundado no próximo tópico que aborda a postura dos profissionais de saúde.

B. A postura do profissional de saúde

“De que eles entendam que esses pacientes passam por um sofrimento, de que precisam de ajuda, de que não é para chamar atenção, é um pedido de ajuda, de alguma coisa mais grave, uma angústia mais grave.”

“Tanto entre os médicos, quanto equipe de enfermagem, quanto alguns psicólogos inclusive.”

“Os profissionais da área da saúde não são preparados para lidar com a morte, de uma forma geral, muito menos com as tentativas de suicídio, que são tida por eles como algo... como uma escolha simples, quando na realidade, é uma escolha muito complexa para o paciente.”

“Falta treinamento, falta conhecimento para os profissionais, falta preocupação.”

“Descaso, maltratar o paciente, achar que é uma escolha simples, viver ou não viver.”

“Eu costumo orientar, sensibilizar, estimular o profissional a ler, a entender, a compreender ou a simplesmente escutar o paciente.”

O discurso de Olívia vai ao encontro dos discursos dos profissionais de saúde que foram entrevistados neste estudo. É apontada a falta de preparo com destacadas atitudes de descaso e maltrato ao paciente.

Nota-se que Olívia observou essa postura em profissionais de várias áreas: médicos, equipe de enfermagem e psicólogos. E referiu também que não viu mudanças entre profissionais da rede pública e da rede privada. Olívia acredita que existem diferenças pontuais, que podem ser percebidas nas ações individuais de alguns profissionais.

O paciente não é compreendido e muitas vezes, não é cuidado pela equipe e seu sofrimento desconsiderado. Olívia relatou que tenta sensibilizar esses profissionais, entretanto, reconhece que é um trabalho desgastante, cansativo, devido à quantidade de profissionais envolvidos, nos diferentes turnos e que muitas vezes precisa conversar “*com umas 10 pessoas sobre o paciente*”(sic).

Considera que o conhecimento pode auxiliar o profissional a melhorar sua postura no contato com paciente que tenta suicídio, destacando também a importância da escuta a essa pessoa que tem um sofrimento tão intenso. Contudo, apesar de ser trabalho árduo, refere não perder a esperança e tentar entender, ajudar e sensibilizar o profissional de saúde para a importância desse atendimento.

C. A rotina do atendimento em um pronto-socorro público

“Esse plantão é presencial, uma vez por semana, 12 horas por dia. Tem plantonista 24 horas, de segunda à segunda, para urgência e emergência psiquiátrica, exclusivamente.”

“Sempre tem, além dos plantonistas, tem dois diaristas psiquiatras que fazem... que cuidam dos pacientes.”

“Os psiquiatras, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo e equipe de enfermagem.”

“O primeiro atendimento é clínico e depois eles passam por uma avaliação psiquiátrica. Ou ao contrário, o psiquiatra detecta uma tentativa de suicídio e encaminha para a sala de emergência para atendimento clínico.”

“A maioria fica um período, ... no máximo 72 horas de observação.”

“Alguns casos, tem internação prolongada em um hospital psiquiátrico mesmo.”

“Os médicos que cuidam da parte da internação pedem vaga em um hospital psiquiátrico para internação prolongada.”

“No momento da alta, ele recebe um encaminhamento para o serviço psiquiátrico e psicológico de referência da região aonde ele mora.”

O atendimento ao paciente com tentativa de suicídio ocorre na presença de diversos profissionais de saúde: assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo e enfermeiro que formam parte da equipe deste hospital. O psiquiatra está sempre presente, sendo destacada a

presença de um profissional plantonista, como também de mais dois psiquiatras que atuam diariamente, por meio dos plantões.

Após o tratamento clínico ocorre avaliação psiquiátrica e existe um período de observação de, no máximo 72 horas sendo que após esse período o paciente será encaminhado para um hospital psiquiátrico ou será dada a alta e ele seguirá o seu tratamento na rede de saúde, no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou em algum ambulatório de referência.

O encaminhamento desse paciente é feito pelos médicos responsáveis pela internação que consultam a disponibilidade de vagas por meio de um sistema de regulação da cidade de São Paulo, o CROSS (Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde) e é pedida a transferência do paciente, que sai de ambulância diretamente para o hospital psiquiátrico.

Caso não seja necessária a transferência desse paciente, é entregue um encaminhamento, uma receita médica e a família recebe orientação. A presença da família é primordial nesse tratamento.

Pelo relato feito por Olívia, parece que o atendimento ao paciente nesse hospital está bem estruturado, existindo um fluxo organizado, como também a equipe multiprofissional, que proporciona um atendimento integral ao paciente e seus familiares.

Olívia demonstrou ter conhecimento da rede e de todos os pontos e aspectos envolvidos na assistência a esse paciente, pois relata com clareza as dificuldades e facilidades deste processo.

D. O perfil do paciente que tentou o suicídio

“O que a gente atende mais no pronto-socorro são casos de mulheres, principalmente, porque as mulheres tentam mais vezes, com maior frequência, maior recorrência e... maior parte é por medicação, intoxicação por medicação.”

“Pacientes adultos jovens.”

“Não sei te dizer especificamente uma faixa etária, por volta dos 20 a 30 anos, 30 e poucos anos, jovens.”

“No geral, os pacientes já têm antecedente de vivência psiquiátrica.”

“Mas, geralmente, fim de semana tem mais tentativas.”

“Eu já cheguei assim... de... sábado para domingo internar 4 tentativas de suicídio em um mesmo hospital.”

“Eu considero como grande, isso é... não vou dizer que é diário porque... acho que tem vários casos que são subdiagnosticados e não chegam para atendimento psiquiátrico, especificamente. Mas é semanal, para a equipe atender, toda semana tem.”

Olívia afirmou que há uma grande demanda de atendimento no pronto-socorro, que é maior nos fins de semana. Desconhece o porquê desse aumento, mas acredita que pode estar associado ao fato de que durante os finais de semanas as pessoas bebem mais e não estão trabalhando. E apesar de não ter fornecido números exatos, disse que a demanda é grande.

Em sua experiência, afirmou que há mais mulheres e jovens, na faixa etária de 20 a 30 anos e que o método mais frequente é a ingestão de altas doses de medicamentos. Afirma que os pacientes já têm histórico prévio de tratamento psiquiátrico.

Citou alguns transtornos associados às tentativas de suicídio: *“Uso de substância psicoativa, os quadros depressivos e alguns transtornos de personalidade, que muitas vezes estão associados a outras doenças psiquiátricas, como depressão ou uso e abuso de substância”*

E. A medicação e a tentativa de suicídio

“Maior parte é por medicação, intoxicação por medicação.”

“É... todas as três com medicações. É o método mais frequentemente usado como tentativa.”

“Não existe uma especificidade em termos de medicação, hoje em dia está cada vez mais variável, porque eu acho que eles estudam os métodos para usar. Eles muitas vezes planejam, quais são os efeitos da medicação. E eu acho que tem mais medicações... os psicotrópicos, mais medicações controlada, porque esses pacientes, muitas vezes, estão em tratamento já. A maioria deles estão em tratamento com algum tipo de medicação.”

“Esse é o limite tênue entre usar adequadamente a medicação ou não. Então por um lado vem uma certa culpa do psiquiatra, porém eu não sou responsável... eu sou responsável pela prescrição, eu não sou responsável pela administração das medicações quando esses pacientes estão em casa. Então são etapas do tratamento que eu não consigo cuidar, muitas vezes. Eu oriento família, etc... cuidar das medicações, vigiar, mas não sou responsável por essa parte.”

Assim como no discurso de outros colaboradores, a questão da tentativa de suicídio por meio da ingestão de alta dose de medicações também foi apontada por Olívia. Relatou que os pacientes usam diferentes tipos de medicações nessa tentativa, mas que, muitas vezes, utilizam psicotrópicos, medicamentos já utilizam durante o tratamento psiquiátrico.

A psiquiatra reconheceu o limite tênue entre usar adequadamente a medicação ou não. Na entrevista, relatou que tenta controlar a receita médica dada ao paciente, prescrevendo apenas o suficiente, observando atentamente a data de retorno. Entretanto, alguns pacientes burlam o tratamento para obter e acumular medicamentos, deixando de tomá-los ou comprando as medicações em farmácias distintas, com receitas sem datas, por exemplo.

Diante desse cenário, Olívia referiu que pode haver certa culpa do psiquiatra. Afirma que o médico é responsável por prescrever e orientar a família, não podendo ser responsabilizado por sua administração. As etapas do tratamento são importantes e aponta que existe uma responsabilidade compartilhada que envolve a família e a rede social do paciente.

F. O tratamento psiquiátrico e a família

“Não existe tratamento psiquiátrico sem presença de família.”

“É o suporte intermediário que o paciente tem entre uma internação e ficar sozinho, é o suporte da família que ele tem em casa, então é importante que ele sempre tenha.”

“Eu oriento família, etc... cuidar das medicações, vigiar, mas eu não sou responsável por essa parte.”

A médica destaca a importância e o envolvimento da família no tratamento psiquiátrico. A família é considerada como o suporte durante o tratamento. A psiquiatria realiza orientações, intervenções não apenas com os pacientes, mas também com sua rede social e familiar.

Para a médica, os membros familiares também irão auxiliar na administração dos medicamentos prescritos, controlando e ajudando o paciente. A família, portanto, é primordial durante o tratamento.

G. Pacientes marcantes, sentimentos despertados e experiência pessoal

“Acho que os casos que acabam marcando mais... são os pacientes que conseguiram efetivar o suicídio. Então tem casos de pacientes que eu já atendi em urgência e emergência, que eu já acompanhei no consultório e que já suicidou-se. Então, eu acho que realmente esses casos são mais marcantes, até porque você conhece melhor o paciente e acompanha o paciente em todas as fases.”

“Eu tenho dó desses pacientes, porque são pacientes que vivem um sofrimento muito intenso e um limiar muito tênue entre a vida e a morte.”

“Eu tenho dó pelo sofrimento que eles vivem, pela qualidade de vida ruim que eles têm, um prejuízo funcional grande na vida deles e dos familiares que estão ao redor. É sempre muito sofrimento.”

“Na verdade, tenho um colega de residência que a gente acha que foi uma tentativa de suicídio, mas também não temos certeza se foi uma tentativa de suicídio ou homicídio. Já tive colegas de profissão que eu fiquei sabendo, já vi no hospital médicos internados por tentativa de suicídio, então... na época da faculdade eu vi uns dois.”

Os pacientes mais marcantes para Olívia foram os que acompanhou e eles consumaram o suicídio, e foi com estes que estabeleceu vínculo maior. A relação mais próxima foi apontada como fator de influência, que acabou sensibilizando mais a médica.

Alguns sentimentos foram despertados por esses pacientes. Olívia apontou o sentimento de dó diante do sofrimento intenso desses pacientes, que levam a importantes prejuízos funcionais e uma alteração significativa na vida não só deles, como de seus familiares.

Em relação à experiência próxima, a colaboradora recordou episódios ocorridos na época em que fez a faculdade e a residência. Falou sobre colegas de profissão que tentaram o suicídio, ainda afirmou que os profissionais de saúde, em geral, têm acesso e conhecimento dos métodos mais efetivos do suicídio, facilitando suas tentativas.

O suicídio entre profissionais de saúde também havia sido apontado por outros colaboradores. É uma questão importante a ser discutida, pois o profissional é ao mesmo tempo um cuidador que também precisa de cuidados. Ele é uma pessoa como outra qualquer e não está imune ao sofrimento e ao suicídio.

5 DISCUSSÃO: TEMAS CENTRAIS

Após a análise dos depoimentos, apresentamos as ideias principais observadas nos discursos dos colaboradores, agrupadas em temas comuns: A. Suicídio: atribuições de significados; B. Equipe de saúde: a importância do atendimento multiprofissional; C. Sistema único de saúde (SUS) X Sistema privado; D. As distintas posturas dos profissionais de saúde; E. A relação família-paciente; F. O medicamento: uma linha tênue entre o cuidado e a tentativa de suicídio e G. O sofrimento psíquico e o suicídio entre os profissionais de saúde.

A. Suicídio: atribuições de significados

Todos os colaboradores buscaram conceituar o suicídio, atribuindo diversos significados. O fenômeno foi descrito como complexo, ao demandar o cuidado físico e psicológico, necessitando o atendimento de distintos profissionais durante a assistência, além da presença da rede social do paciente.

As palavras principais que emergiram dos discursos foram: desespero, dor, doença grave, sofrimento e patologia. Constatamos que a maioria dos colaboradores associa suicídio à depressão, com uma circunscrição ao campo da psiquiatria.

A associação do conceito a doenças confirma a inserção no contexto histórico social no qual os profissionais estão inseridos. Bertolote (2012) afirma que até meados do século XVII o tema era de interesse da teologia, religião, filosofia e que a consideração do suicídio no âmbito da patologia se iniciou no século XVIII.

O tratamento da tentativa de suicídio no contexto do pronto-socorro envolve tirar o paciente do “*risco de morte*” (Rafael, enfermeiro) e estabilizá-lo. Tanto Rafael quanto Thaís, ambos enfermeiros, descreveram o contexto de urgência e emergência marcado por uma rotina atribulada, no qual a assistência deve ser ágil e eficaz, visando a estabilidade clínica do paciente. Enfatizaram essa preocupação e relataram que após os cuidados clínicos são realizados os atendimentos psiquiátricos.

Outros colaboradores também contextualizaram a dinâmica do pronto-socorro, como sendo local no qual pacientes chegam em estado crítico e necessitam de cuidados especiais, de alta complexidade, oferecidos por uma equipe multiprofissional.

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, refere à saúde como direito do ser humano e o Estado como responsável para prover as

condições necessárias, assegurando acesso universal e igualitário aos serviços. O SUS é organizado em níveis de atenção: primária, secundária e terciária. O pronto-socorro está enquadrado no nível de atenção terciária. Segundo Gondim et al. (2008), o primeiro nível deve cuidar da saúde individual e coletiva, abrangendo ações de promoção e prevenção; a atenção secundária deve oferecer assistência ambulatorial; e o nível terciário é responsável por situações emergenciais e internações com aparato tecnológico.

O cuidado à tentativa de suicídio se inicia no pronto-socorro, no nível de atenção terciária, entretanto, deve se estender aos outros níveis. Ao estabilizar o quadro clínico do paciente e após a alta hospitalar, o mesmo deve ser acompanhado em nível ambulatorial, recebendo tratamento psiquiátrico e psicológico. A assistência clínica é fundamental, todavia, é importante que haja igual preocupação com a saúde mental.

Os colaboradores apresentaram funções distintas para cada profissional de saúde, expressando claramente a divisão de tarefas na área emergencial. Apesar de todos os entrevistados terem citado a influência da questão psicológica na tentativa de suicídio, parece não existir espaço para questões psíquicas no pronto-socorro, com uma dicotomia clara do cuidado entre mente e corpo.

Essa dicotomia foi apresentada inicialmente pelo filósofo René Descartes:

distinguindo a alma do corpo, o cartesianismo institui um dualismo de substâncias pelo qual o homem é uma dualidade corpo-espírito. Trata-se de uma distinção baseada no que concebemos, ou seja, na percepção clara e distinta da mente e do corpo (Pinheiro, 2011, p. 52).

Queiroz (1986) afirma que Descartes passou a pensar no corpo humano como máquina e a doença considerada como distúrbio dessa máquina que poderia ser reparada por meio da medicina (detentora do conhecimento das leis de funcionamento desse corpo).

O reducionismo, a questão da mente versus corpo está relacionada ao modelo biomédico, ideia presente nos depoimentos dos colaboradores. Segundo De Marco (2006), a medicina se apoia no modelo biomédico, assim como a formação do médico. Essa visão desconsidera os aspectos psicossociais do paciente e do próprio profissional de saúde. Menciona, portanto, que há necessidade de incorporar a referência biopsicossocial na formação dos profissionais, para que sejam estimuladas habilidades técnicas, mas também competências na esfera da relação com os pacientes como o estabelecimento de vínculo, comunicação adequada, entre outras.

A tentativa de suicídio, além de ter sido considerada como doença, passa a ser domínio principalmente da psiquiatria. No depoimento dos colaboradores, o cuidado apareceu

centralizado na figura do psiquiatra, e, apesar de ter ocorrido participação de outros profissionais, ficou claro que em casos de tentativa de suicídio o psiquiatra é o profissional central sempre solicitado.

Atualmente, observa-se a presença da psiquiatria na maioria dos hospitais gerais, porém, essa tendência é relativamente nova. A partir do século XX, a prática psiquiátrica se iniciou nos hospitais gerais por meio das Unidades Psiquiátricas de Hospital Geral (UPHGs) (Botega, 2006).

No Brasil, essas unidades surgiram na década de 1950. Segundo o autor, algumas vantagens da atuação da psiquiatria no hospital geral são: diminuição do estigma da doença mental; proximidade e acesso; melhor atenção à saúde e um maior intercâmbio interdisciplinar. Por outro lado, algumas desvantagens apontadas são: inadequação do espaço físico, centralização do tratamento em terapêuticas somáticas e internações breves, com alta precoce, sem acolhimento. Além disso, “ao entrar no hospital geral em situação minoritária, a psiquiatria corre o risco de, para ser aceita realmente pela comunidade do hospital, ter que se moldar ao modelo médico tradicional” (Brasil, 1982 citado por Botega, 2006, p. 32).

As interconsultas da psiquiatria (consultoria psiquiátrica e psiquiatria de ligação) também foram desenvolvidas no âmbito hospitalar. Segundo Botega (2006):

Consultoria refere-se à atuação de um profissional de saúde mental que avalia e indica um tratamento para pacientes que estão sob os cuidados de outros especialistas. A presença do psiquiatra no serviço é episódica, responde a uma solicitação específica. *Ligação* implica um contato de forma contínua, com serviços do hospital geral, como uma enfermaria ou com unidades especializadas em hemodiálise, transplantes, oncologia, etc. O profissional de saúde mental, nesse caso, passa a ser um membro efetivo da equipe médica. (p. 24).

Botega e Dalgalarro (2006) afirmam que a avaliação psiquiátrica no pronto-socorro de um hospital geral tem as suas características e particularidades. “Em emergências psiquiátricas, têm-se menos tempo, pouca privacidade e menos possibilidade de relatos confiáveis” (p. 155).

Segundo os autores, o principal instrumento de trabalho dos profissionais de saúde mental é a entrevista, que precisa de empatia e acolhida. É importante também a realização do exame psíquico, em que será avaliado o aspecto geral do paciente, nível de consciência, orientação, atenção, memória, senso-percepção, pensamento, linguagem, juízo de realidade, vida afetiva, e inteligência, entre outros fatores. Poderão ser utilizados escalas e testes padronizados, como também solicitados procedimentos diagnósticos.

A psiquiatria, portanto, exerce uma função fundamental no pronto-socorro, especialmente, nos casos de urgência e emergência psíquicas. A avaliação desse profissional auxilia o conhecimento e tratamento mais amplos do paciente.

De Marco, Cítero e Martins (2007) referem que o papel do psiquiatra no hospital geral é pautado pela perspectiva biopsicossocial. Não cuida apenas dos transtornos mentais do paciente, mas observa a dinâmica entre equipe de saúde, paciente e seus familiares. O psiquiatra busca propiciar a continuidade e a integralidade do cuidado ao paciente.

Neste tema, duas ideias centrais foram expostas: a consideração do suicídio como patologia e o cuidado centralizado na figura do psiquiatra. Ao pensar na associação da tentativa de suicídio a uma patologia, é necessário refletir sobre as seguintes questões: a consideração do suicídio como doença implica em um cuidado maior ou reforça um rótulo, um estereótipo para o paciente que tentou suicídio? Nomear o fenômeno e enquadrá-lo em uma categoria pode ampliar ou reduzir os conhecimentos a respeito do mesmo?

São aspectos fundamentais para serem pensados por toda a equipe de saúde envolvida no atendimento. Além do psiquiatra, o psicólogo é considerado também profissional essencial na assistência a pacientes que tentaram suicídio, entretanto, o atendimento, num primeiro momento, é oferecido por profissionais de área clínica, como o clínico geral, enfermeiro e técnico em enfermagem. Portanto, é preciso ressaltar que esses profissionais também deveriam estar preparados para lidar com esses pacientes, visto que foi mencionado um não preparo pelos colaboradores das diversas áreas. Os pacientes necessitam de ajuda física e também emocional, é preciso romper com a dicotomia mente versus corpo e oferecer cuidado integral.

B. Equipe de saúde: a importância do atendimento multiprofissional

A maioria dos colaboradores defendeu a importância do atendimento multiprofissional ao paciente que tentou o suicídio. Enfatizaram que a assistência é complexa e envolve aspectos biológicos, psíquicos e sociais, demandando trabalho conjunto de uma equipe formada por diversos profissionais.

Conforme apontamos na análise da temática A, os colaboradores reconheceram a influência do aspecto psicológico na tentativa de suicídio, relatando a importância do cuidado integral e do envolvimento de profissionais de saúde mental (psiquiatra e psicólogo). Os

colaboradores relataram que a equipe mínima no pronto-socorro é composta por médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem.

O cenário descrito pelos entrevistados condiz com a organização proposta pelo Ministério da Saúde. A portaria nº 2.395 de 11 de outubro de 2011 explicita a atenção às urgências na rede hospitalar. Nesse documento é descrita a organização, como também o repasse monetário para os diferentes tipos de hospitais de acordo com o número de leitos de enfermagem e de terapia intensiva.

Essa portaria estabelece três tipos de hospitais: geral, especializado tipo I, especializado tipo II, classificados conforme a referência de cobertura populacional e identifica os membros da equipe que devem estar disponíveis: médicos (clínico geral, pediatra, cirurgião, anesthesiologista), enfermeiros e técnicos. Os hospitais especializados tipo I e II devem contar com equipe multiprofissional, entretanto sem especificar os profissionais que devem compor essa equipe.

Observamos que em hospitais gerais não há obrigatoriedade, por lei, da assistência multidisciplinar, realidade que foi retratada pelos colaboradores desse estudo.

A atuação da equipe composta por psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional foi citada por Laura, Beatriz e Olívia. Laura relatou sua experiência anterior em pronto-socorro de um hospital público, Beatriz apresentou sua vivência em um hospital público escola e Olívia verbalizou sobre o seu trabalho em um pronto-socorro público. Nesse estudo, foi observado que há trabalho multidisciplinar em hospitais públicos e alguns colaboradores referiram a disponibilidade de equipe multidisciplinar em hospital privado, entretanto, muitas vezes, sem sua atuação em casos de tentativa de suicídio.

Apesar da falta de assistência multiprofissional, todos entrevistados mencionaram a avaliação da psiquiatria, que promove intervenções somente quando é acionada e não compõe a equipe mínima do PS.

A dimensão psíquica é cuidada pela psiquiatria. Alguns colaboradores relataram que não se sentem preparados para atender pacientes que tentaram suicídio, justamente devido ao aspecto psicológico presente na tentativa. A falta de preparo e a insegurança podem ser resultado de uma separação e fragmentação dos saberes na área clínica e psicológica. Segundo Nucci e Faria (2014):

A fragmentação dos saberes acaba por gerar, pelo menos, dois sentimentos aos profissionais de saúde, por um lado, o de onipotência, já que se considera detentor de conhecimentos que estão à serviço da pessoa; por outro lado de impotência diante do fracasso de suas intervenções. Ambos os sentimentos indicam a inoperância de qualquer ação pautada meramente em protocolos e técnicas e que desconsidere o mundo vivo em toda sua amplitude. (p. 15).

Os autores referem que o trabalho na área da saúde é composto por diferentes áreas do conhecimento numa perspectiva transdisciplinar, apontam ainda o apoio matricial como fundamental no cuidado à saúde mental.

Segundo Campos e Domitti (2007), “o apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde” (p. 399).

A implantação do apoio matricial no PS pode auxiliar a equipe mínima ao oferecer assistência ao paciente, bem como suporte técnico-pedagógico aos profissionais. Assim se observa cuidado e apoio educativo para a equipe de saúde.

Segundo Campos e Domitti (2007), o apoio matricial auxilia a ampliação do trabalho clínico, “já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral” (p. 399). Nenhum especialista isolado poderá oferecer assistência integral, o que o trabalho transdisciplinar favorece ao abordar os aspectos envolvidos na tentativa de suicídio, proporcionando um olhar mais amplo à situação do paciente considerando o corpo físico, a mente, questões sociais e espirituais.

Iribarry (2003) afirma que, “transdisciplinaridade é diálogo e cooperação entre diferentes áreas do conhecimento” (p. 490). É importante, que a assistência no hospital não seja fragmentada, e sim que haja compartilhamento entre distintas áreas de conhecimento facilitando, assim, fortalecimento e segurança pessoal maior dos profissionais para lidar com aspectos relacionados à saúde mental.

Cada profissional precisa reconhecer seus limites e a possibilidade do trabalho real em equipe pode contribuir para a melhor atuação de cada um e para o oferecimento de uma assistência digna à pessoa que está fragilizada, com sofrimento psíquico intenso. É importante o foco sobre a pessoa e não sobre a doença. Segundo Nucci e Faria (2014):

A atenção de alta complexidade, ou seja, o modelo hospitalocêntrico, que impera em nossa cultura, sugere uma perspectiva bastante fragmentada de atenção à saúde, já que a intervenção é sempre pontual e mantém o foco sobre a doença e não sobre a pessoa. (p. 12).

Na assistência à pessoa que tentou suicídio é essencial a consideração da pessoa e de sua história de vida. O tratamento não deve ser destinado ao “suicida” ou à “vítima de suicídio” e sim ser pensado a um ser único, com sua subjetividade e singularidade.

C. Sistema único de saúde (SUS) X Sistema privado

A maioria dos colaboradores relatou experiência em prontos-socorros do SUS e particulares. Observamos diferenças de experiências e pontos de vista.

O enfermeiro Rafael apontou que em hospitais particulares há uma assistência mais adequada ao paciente que tentou o suicídio, pois se apresenta a disponibilidade de uma equipe multiprofissional, incluindo a presença do psiquiatra.

A médica Laura relatou que o SUS está mais preparado para lidar com o atendimento a pacientes com tentativa de suicídio, já que em hospitais privados nem sempre o psiquiatra e outros profissionais de saúde mental estão presentes. Refere que no SUS há um atendimento mais completo, enfatizando a importância do acolhimento realizado pelo serviço social e o apoio de outros profissionais.

Mônica, técnica em enfermagem, verbalizou que no hospital público o paciente é “*deixado de lado*” (sic) e a avaliação do médico psiquiatra demora para ser realizada. Já na instituição particular ocorre a assistência da psiquiatria de maneira mais ágil, o profissional tem um prazo máximo de duas horas para prestar o atendimento.

A enfermeira Bianca afirmou ter experiência no pronto-socorro do SUS como profissional só como estagiária na graduação, na enfermagem do hospital. O seu trabalho acontece em hospital particular e aí o psiquiatra participa no atendimento ao paciente que tentou suicídio.

Thaís, enfermeira de uma instituição privada relatou não observar diferenças entre o público e o particular, mas considera que em instituições particulares, o paciente é prioridade e há maior agilidade na assistência psiquiátrica.

Beatriz, técnica de enfermagem em hospital escola público, referiu a presença de equipe multiprofissional envolvida na assistência ao paciente, citou a psiquiatria e o acompanhamento diário da equipe da psicologia.

A técnica de enfermagem Paula relatou que no SUS o paciente que tentou o suicídio “*passa despercebido*” (sic), que o atendimento é melhor em hospitais particulares e centrado na assistência da figura do psiquiatra.

A médica psiquiatra Olívia, afirmou que não há distinções entre a rede pública e privada. Relatou que podem ocorrer diferenças pontuais, a serem observadas nas ações específicas de alguns profissionais em ambas as instituições.

Analisando os depoimentos dos colaboradores, podemos pensar como são vistos os pacientes no SUS e nas instituições particulares. Cabral e Cabral (2012) apontam que na esfera

pública, os indivíduos são vistos como usuários, submetidos às normas do Estado, enquanto no âmbito privado são compreendidos como pessoas físicas à procura de satisfação.

Os apontamentos realizados pelos autores demonstram que a compreensão a respeito do ser humano ditará como será assistido e cuidado. O sistema privado apesar de se adequar a várias normas do Estado, tem sua autonomia e ao entender que a pessoa busca sua satisfação, buscará atendê-la de acordo com seus interesses. No SUS o usuário submetido ao que o Estado oferece, nos hospitais particulares se busca atender as necessidades da pessoas, regulado também pelo SAC, Serviço de Atendimento ao Cliente.

A utilização de termos distintos (cliente *versus* usuário) nas instituições pode indicar diferenças no tratamento. Saito et al. (2013) referem que a palavra cliente está relacionada à economia liberal, relacionado a características de consumo e não a direitos. A palavra paciente pode sugerir uma posição passiva, e hierarquicamente inferior em relação ao profissional. Já o termo usuário está relacionado à utilização de um serviço público e é considerado um termo mais amplo “capaz de ultrapassar o ideário passivo ou liberal, que considera a saúde como bem de consumo regulado pelas leis de mercado, no sentido de avançar para uma concepção de saúde enquanto direito humano e social, regulado pelas relações de cidadania” (Saito et al., 2013, p. 176).

As diferenças no SUS e no sistema privado também são percebidas pelos usuários de saúde. Albuquerque e Melo (2010), apontam que “há tendência a ver a saúde pública como uma prática destinada aos pobres, como se não fossem merecedores de coisa melhor” (p. 329). Entretanto, em estudo realizado pelos autores, ao comparar a renda de usuários do SUS (Programas de Saúde da Família – PSF e Centros de Referência) com usuários de policlínicas privadas, observaram que não há diferença significativa na renda dos pacientes. Verificou-se também que usuários percebem maior resolutividade nos serviços privados, o que aumenta sua procura.

Quatro colaboradores alegaram a existência de um atendimento mais eficaz na rede privada. Entretanto, é importante destacar, que tanto no SUS quanto no sistema privado, há diferenças entre as cidades e estados do país, como também entre instituições de uma mesma cidade. As respostas dos colaboradores apontaram para esta diversidade. Alguns relataram agilidade na instituição privada, outros referiram um atendimento mais efetivo no âmbito público, realizado por equipe multiprofissional. Algumas colaboradoras afirmaram não existirem diferenças significativas no atendimento da rede privada e pública.

Observa-se uma associação da qualidade da assistência à figura do psiquiatra. Se há serviço de psiquiatria rápido, eficaz, o atendimento tem alta qualidade. Essa ideia surgiu na fala

dos colaboradores, confirmando a ideia e a associação de que um atendimento com qualidade na tentativa de suicídio está centralizado nos cuidados psiquiátricos.

Além da psiquiatria, alguns colaboradores também destacaram que a assistência de uma equipe multiprofissional ao paciente que tentou o suicídio só ocorre quando há solicitação da equipe médica. Se for necessário atendimento fisioterápico ou psicológico, por exemplo, o profissional deve ser solicitado pelo médico plantonista. Infelizmente nem sempre há presença de todos os profissionais na instituição.

A equipe de enfermagem e outros profissionais não podem solicitar o atendimento multiprofissional ao paciente, mesmo se entenderem que há necessidade de avaliação e acompanhamento de outra área. Esse fato foi apontado pelo enfermeiro Rafael, que referiu não ter esse poder e autonomia.

Os colaboradores referem uma hierarquia no âmbito hospitalar na tomada de decisões. As relações estão permeadas pelo controle e poder. Ao refletir sobre esse conceito, estão presentes as ideias de Foucault. Para o autor o poder não é uma entidade em si e separada, vem de todos os lados, e as relações de poder podem ser analisadas nos discursos de todos os agentes institucionais. Por essa razão é importante pensar não em sujeitos universais, e sim no sujeito daquele discurso que o constitui. Foucault (1970/2013) afirma: “suponho que em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos” (p. 8).

O autor explicita os discursos que podem ou não serem ditos, por meio dos procedimentos de controle externos: exclusão/interdição; separação/rejeição; separação falso/verdadeiro. Evidencia que a produção do discurso pode ocorrer por meio dos procedimentos os controles internos: comentário-conteúdo; autoria; etc. Como também relata sobre os procedimentos de situação dos discursos: rituais, sociedades de discursos, doutrinas, apropriações institucionais (Foucault, 1970/2013).

Reafirmando, o ser humano é transformado em sujeito por meio das práticas sociais, institucionais e discursivas. Analisando-se o discurso estão presentes as práticas institucionais e as relações de poder entre os seus agentes.

Nesta temática, colaboradores explicitaram que a assistência ao paciente que tentou o suicídio tem suas especificidades nas diversas instituições, no âmbito público ou privado. E que, apesar dos procedimentos indicados pelo SUS há diferenças entre os serviços de saúde considerando a resolutividade e qualidade dos atendimentos. Este fato aparece de forma escancarada na mídia, nos telejornais, que denunciam a precariedade, a falta de vagas em

diversas instituições públicas do país e a assistência ao paciente que tentou o suicídio também está inserida e sujeita a essas dificuldades.

D. As distintas posturas dos profissionais de saúde

As posturas dos profissionais de saúde diante da tentativa de suicídio foram descritas pelos colaboradores desse estudo. As palavras: castigo, descaso, maltrato, falta de preparo, julgamento, sofrimento desconsiderado e indiferença foram verbalizadas pelos entrevistados ao retratarem a assistência ao paciente que tentou o suicídio. Abaixo são apresentadas as concepções específicas de cada colaborador do estudo.

O enfermeiro Rafael afirmou que é importante não julgar a pessoa que busca ajuda e que seu trabalho tem como objetivo salvar vidas. Em seu discurso não mencionou a postura da equipe e a fala foi centrada em suas atitudes.

Mônica, técnica em enfermagem, referiu que nem sempre tem afinidade com o paciente com comportamento suicida e que agressividade e a expressão emocional dificultam a identificação com a pessoa.

A colaboradora Bianca, enfermeira, considera que é difícil atender a pessoa que tentou o suicídio, pois está acostumada à rotina do pronto-socorro, em que atende outros tipos de pacientes (dos setores de clínica e cirurgia). Relatou ainda que, em sua vivência, já presenciou comentários pejorativos enunciados pelos profissionais de saúde e afirmou que alguns parecem agir com o objetivo de castigar ainda mais o paciente.

A enfermeira Thaís defendeu uma postura mais neutra, um contato marcado pelo não envolvimento, sem estabelecimento de vínculos com os pacientes. Afirmou que a rotina é difícil, com alta rotatividade e grande número de pessoas, portanto sente que é mais saudável não se envolver.

A entrevistada Beatriz, técnica em enfermagem, relatou dificuldade em se comunicar com o paciente, referindo que não tem domínio técnico/profissional ao atender um paciente que tentou o suicídio, se comparado ao atendimento que realiza com pacientes clínicos e cirúrgicos. Como Bianca, destacou que durante a sua formação não houve preparo na área de saúde mental.

Paula, também técnica de enfermagem, referiu que presencia indiferença e julgamentos dos profissionais de saúde em relação a pacientes que tentam suicídio. Em sua prática profissional procura criar vínculo e um contato mais próximo com esses pacientes.

Olívia, médica psiquiatra, relatou que o sofrimento da pessoa que tentou o suicídio é, muitas vezes, desconsiderado e que há maltrato e descaso por parte dos profissionais de saúde.

Os relatos demonstraram comportamentos distintos relacionados à assistência ao paciente e postura dos colaboradores, mas percebe-se a que a dificuldade relacionada ao manejo do paciente foi apontada como ponto central. Essas dificuldades podem estar relacionadas à personalidade e traços pessoais de cada profissional, entretanto, num ponto de vista mais amplo podemos pensar em como foi a formação desses profissionais. Segundo Machin (2009):

O profissional de saúde é preparado para uma busca individual ou coletiva baseada em salvar vidas, procurar a cura, minorar o sofrimento e, nesse sentido, as situações de desejo de morte, os atos autodestrutivos e as tentativas de suicídio são vivenciadas com muita dificuldade por abalar uma formação baseada na racionalidade médica ocidental sempre referida às doenças. (p. 1741).

A autora refere a importância do “resgate da ideia de sofrimento no cuidado em saúde, elemento fundamental da terapêutica, pode proporcionar novos parâmetros para os atendimentos a lesões autoprovocadas” (Machin, 2009, p. 1749).

Outro ponto destacado na fala dos colaboradores foi o do julgamento. Apesar de vários entrevistados terem apontado a importância de não julgar o paciente, ficou evidenciado na fala de alguns colaboradores que ocorrem julgamentos e reações emocionais associados à pessoa com comportamento suicida. Botega (2015) afirma que “os profissionais da saúde não diferem de outras pessoas na maneira de responder a um suicídio: choque, tristeza, raiva e ansiedade de separação são os estados afetivos predominantes” (p. 234).

Apesar das respostas serem semelhantes a pessoas leigas, é fundamental que profissionais de saúde possam refletir sobre suas emoções e oferecer ao paciente uma assistência pautada no cuidado e na ética.

Botega (2015) afirma que a angústia diante de uma pessoa em crise é uma situação comum, mas deve ser transformada em pensamentos calmos. Afirma que o profissional deve ter os seguintes atributos para atender o paciente com tentativa de suicídio: empatia, espontaneidade, calma confiante e limites. Entretanto, o autor refere que “as investigações que realizamos junto a profissionais de saúde mostram como concepções errôneas e sentimentos negativos em relação ao suicídio condicionam nossas ações” (Botega, 2015, p. 13). Por isso é fundamental desmistificar algumas concepções dos profissionais de saúde e oferecer para eles preparo pedagógico e apoio/suporte emocional para que possam oferecer assistência de qualidade.

Pompili (2015) reflete sobre a importância da comunicação com a pessoa que tentou o suicídio. Pontua a questão do medo do contágio emocional da tristeza após conversa com

pessoas com comportamento suicida. O autor relata que é fundamental considerar que a pessoa que procura ajuda está sem esperança, sem capacidade para manter relacionamentos e sentindo intensa angústia. O profissional deve estar preparado para atender o paciente e esse preparo envolve não somente a empatia como também a capacidade de introspecção, uma vez que a compreensão de si próprio é fundamental para compreender o outro e ser capaz de oferecer um suporte válido aos seus pacientes.

O suporte ao paciente envolve olhar para si mesmo. A compreensão de si facilita o entendimento do outro, permitindo assim um cuidado genuíno e significativo à pessoa que tentou o suicídio.

E. A relação família-paciente

A relação entre familiares e pacientes que tentaram o suicídio não foi um tema central no discurso de todos os colaboradores, mas consideramos a temática relevante devido à importância desses relacionamentos e o impacto da tentativa de suicídio nos familiares.

Mônica, técnica em enfermagem, relacionou a tentativa de suicídio ao contexto familiar, associando a um “*problema familiar*”. Narrou situações de atendimento e o envolvimento dos familiares em seu discurso, e que não é oferecido atendimento específico à família na instituição onde trabalha, alegando que a assistência é focada unicamente no paciente devido à falta de tempo no pronto-socorro.

Mônica trouxe mais dois casos, no primeiro relatou a postura dos pais diante da tentativa de suicídio do filho, que não sentiu a preocupação deles com a saúde do paciente. Estavam sim preocupados com a exposição da família, por serem pessoas com alto poder econômico. No outro caso, ocorrido em hospital público, houve, na sua opinião, uma preocupação genuína da mãe com o filho, que tentou se matar com arma de fogo. Mônica afirmou ter notado essa distinção pela forma como as pessoas se comportaram e interagiram no pronto-socorro.

A questão familiar como um dos motivos para influenciar a tentativa de suicídio foi evidenciada na fala da colaboradora. Essa referiu seu trabalho no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), onde o tratamento à saúde mental do paciente incluía a participação da família, demonstrando que está envolvida e é importante rede de apoio ao paciente.

O foco sobre a família também foi observado no depoimento da colaboradora Beatriz, que contou o caso em que não sabia o motivo pelo qual uma jovem tentou o suicídio e que vinha

de uma “*família boa*” com boas condições financeiras. Seu discurso reforça a ideia de que o suicídio não ocorre entre famílias com alto poder aquisitivo.

Beatriz relatou que, no local onde trabalha, quando o paciente chega ao pronto-socorro é realizada uma avaliação pela assistente social para compreender o motivo do suicídio, e que também tem o propósito de “*poder investigar se aquele motivo não foi a própria família que causou*”. O discurso de Beatriz se assemelha ao de Mônica no qual as relações familiares parecem ser fator de risco e incentivo para o suicídio. Beatriz alegou que por meio da entrevista e compreensão do histórico familiar é possível observar casos de depressão e outras enfermidades que podem influenciar no comportamento suicida.

As questões apresentadas pelas colaboradoras podem ser discutidas na perspectiva teórica desse estudo. Conforme apresentado anteriormente, na parte introdutória, existem fatores de risco e fatores de proteção envolvidos no comportamento suicida e a família está entre esses fatores. Segundo Abreu, Lima, Kohlrausch e Soares (2010), “os conflitos familiares se destacam como importante fator de risco para o suicídio. Problemas como dificuldades de relacionamento e de comunicação, ausência de afeto e falta de apoio familiar por vezes estão na origem de comportamentos suicidas” (p. 197). As autoras ainda ressaltam que uma família funcional é considerada como um fator de proteção à saúde mental, sendo importante que o cuidado seja oferecido também ao grupo familiar.

A rede familiar parece ser ao mesmo tempo um fator de proteção e um fator de risco ao comportamento suicida, dependendo de como as relações são estabelecidas. Mônica e Beatriz parecem ter considerado o aspecto relacionado ao risco, já a colaboradora Olívia nos apresentou outro olhar.

Olívia, médica psiquiatra, relatou que não existe tratamento psiquiátrico sem a família e que a mesma é fundamental. A família sempre é orientada e pode auxiliar no cuidado do paciente, visto que a sua rede social poderá lhe oferecer um apoio e suporte durante o tratamento.

Teng e Pampanelli (2015, p. 43) discorrem que “uma vez diante de um paciente com risco de provocar a própria morte, deve-se garantir uma avaliação e intervenção psiquiátrica e psicossocial, avaliar a necessidade de internação e organizar estratégias de tratamento com rede de suporte social”. Confirmando o discurso da colaboradora Olívia, os autores defendem a importância da rede de suporte social.

Machado, Soares e Mastine (2014) também discorrem sobre a importância do apoio social, e o compreendem como a assistência disponível para os indivíduos: grupos religiosos, clubes, família, amigos, cônjuges, entre outros. Os autores referem que “a rede de apoio social

pode ser um preditor do ato suicida, assim como serve de recurso para prevenção do suicídio, sob a ótica da teoria de enfrentamento do estresse e também para planejamento de ações de promoção de saúde mental” (p. 165).

Portanto, a família é uma importante rede de apoio social ao paciente, que pode oferecer cuidado e afeto, auxiliando durante esse caminho que a pessoa irá percorrer durante o tratamento clínico e psíquico, servindo assim, como uma proteção. Teng e Pampanelli (2015) relatam que “nos relacionamentos interpessoais, oferece proteção ao paciente a presença de laços afetivos positivos com outros indivíduos, familiares, membros da comunidade e instituições sociais, além da presença de relação de suporte por parte dos provedores de saúde” (p. 48).

F. O medicamento: linha tênue entre o cuidado e a tentativa de suicídio

A tentativa de suicídio por meio da ingestão excessiva de medicações foi apontada pela maioria dos colaboradores como o método mais frequente utilizado pelos pacientes atendidos no pronto-socorro, seis deles fizeram referência à temática.

Esse discurso comum problematiza importante questão: a medicação, receitada como um cuidado à saúde é transformado em arma poderosa, podendo inclusive levar à morte.

Quando e como medicar? A medicação traz benefícios ao paciente, à sua saúde se receitada e administrada corretamente? Mas, o mesmo medicamento pode causar sofrimento e “facilitar” a tentativa de suicídio? São indagações que surgem nesse estudo apresentadas nos depoimentos de nossos colaboradores, que assinalaram a ingestão excessiva de medicamentos como um dos principais métodos de suicídio utilizados pelos pacientes.

Esse dado presente no discurso dos entrevistados descreve um cenário mais amplo marcado pela medicalização da vida cotidiana. Atualmente, as pessoas recorrem com maior frequência ao tratamento farmacológico, considerado rápido e eficaz, entretanto, podendo gerar dependência física e psicológica. Comportamentos e ações que antes não eram considerados “doença”, ultimamente, convertem-se em uma enfermidade que necessita tratamento médico, com prescrição de medicamentos.

A busca por soluções supostamente rápidas, muitas vezes, reduzem o cuidado da pessoa a uma “pílula mágica”, que pode também trazer sofrimento e em excesso pode levar à tentativa de suicídio.

A realidade exposta nessa pesquisa também é descrita em outras investigações que analisam minuciosamente o complexo fenômeno do suicídio. Dados presentes em pesquisas confirmaram as falas de nossos colaboradores ao revelarem o uso da medicação como método frequente na tentativa de suicídio e um maior número de tentativas entre as mulheres. O estudo de Alves et al. (2014) caracterizou o perfil das tentativas de suicídio de pacientes atendidos em um hospital de Alagoas no ano de 2010, e concluiu que a ingestão de medicamentos foi o método mais utilizado por mulheres.

Em estudo realizado por Botega (2015) verificou-se que “entre tentativas atendidas em serviços de emergência brasileiros, predominam casos de ingestão excessiva de medicamentos ou de venenos” (p. 50). O autor destacou que a escolha dos métodos reflete questões culturais, individuais e o acesso a meios letais. E referiu que as tentativas de suicídio são mais comuns entre mulheres, enquanto o número de suicídios consumados é maior entre homens.

Uma investigação feita por Costa, Chavaglia, Amaral e Silveira (2015) caracterizou as internações e os gastos por suicídio em um hospital federal de Minas Gerais. Os autores realizaram um estudo descritivo, exploratório e transversal entre os anos de 1998 a 2012 por meio da obtenção de dados oficiais junto ao Departamento de Sistemas e Métodos (DSIM) do hospital e da base de dados secundários do Sistema de Informação Hospitalar do SUS. Nesse estudo, foram observadas características relacionadas à tentativa de suicídio: a predominância do sexo masculino (55,6%), adultos (76%) e a ingestão de substâncias foi o método utilizado com maior frequência, 72,9%. Os dados diferem em relação à nossa pesquisa quanto à predominância do sexo masculino, visto que os colaboradores referiram um predomínio de mulheres, entretanto, há uma concordância em relação ao método mais utilizado na tentativa de suicídio: ingestão de substância.

Vieira, Santana e Suchara (2015) pesquisaram as tentativas de suicídio por intoxicação exógena na cidade de Barra do Garças, em Mato Grosso, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2013, utilizando os dados obtidos por meio do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN). Nesse período, foram notificados 164 casos de tentativas por intoxicação exógena, dos quais 70,1% foram realizados por mulheres. Ainda relataram que entre as intoxicações exógenas, a mais frequente foi a tentativa de suicídio por medicamentos (50%), seguida pelo uso de agrotóxicos (26,2%).

No período de 1998 a 2009, Santo, Legay e Lovisi (2013) investigaram a tentativa de suicídio por intoxicação exógena no país, através dos Sistemas de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) e sobre Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde (MS).

Segundo as autoras:

No Brasil, foram registradas 112.295 internações devido à tentativa de suicídio, durante o período de 1998 a 2009, sendo que 70,7% destes indivíduos haviam ingerido substâncias tóxicas, segundo dados do SIH-SUS. Observando as categorias de substâncias causadoras das intoxicações, o uso de medicamentos estava presente em 46,2% das internações, seguido pelo uso do álcool (29,8%) e pesticidas (15,1%). (p. 53).

Os dados apontaram a intoxicação exógena como primeira causa de internação por tentativas de suicídio. E, diferentemente de outros estudos, houve o registro de um número maior tentativa de suicídio entre os homens.

As autoras discutem a importância de se pensar em medidas de prevenção, por meio de controle de acesso e restrição aos meios utilizados na tentativa. Relataram ainda que estudos brasileiros apontam para o hábito de estocar medicações em casa, facilitando o acesso aos meios de tentativa de suicídio e ainda citaram o Projeto de Lei nº 7.029 de 2006, que discorre sobre a obrigatoriedade da venda de medicamentos fracionados, e consideram uma “medida de provável impacto no comportamento do brasileiro de armazenar medicamentos” (Santos, Legay e Lovisi, 2013, p. 59).

Além das pesquisas nacionais, o cenário e as investigações ocorridas em âmbito internacional também apontam a ingestão excessiva de medicação como uma das principais causas das tentativas de suicídio.

Um estudo espanhol realizado por Sendra-Gutiérrez, Esteban-Vasalllo e Domínguez-Berjón (2016), analisou dados de internações hospitalares da Comunidade de Madrid na Espanha entre 2003 e 2013, por meio da coleta de informações de pessoas que residiam nessa comunidade. Foram investigados 10.959 registros e cerca de 60% deles corresponderam às tentativas de suicídios realizadas por mulheres. A causa principal dos episódios de suicídio ocorreu devido à ingestão de substâncias (envenenamento com substâncias sólidas ou líquidas), método observado entre 69% dos homens e 83,4% das mulheres. Ainda houve a análise do tipo de substância ingerida e verificou-se que o uso de medicamentos psicotrópicos predomina (45,9%).

O cenário caracterizado pelo estudo mencionado se assemelha ao discurso dos colaboradores, que falaram sobre a sua experiência na cidade de São Paulo, no Brasil. Houve a predominância das mulheres e o método mais frequente foi ingestão de medicamentos, destacando-se os psicotrópicos, dado também relatado por alguns de nossos colaboradores. Ao descrever as suas vivências, os entrevistados afirmaram que o histórico prévio de tratamento

psiquiátrico, com o uso de algum tipo de medicação psicotrópica, é comum a muitos pacientes que tentam o suicídio que estiveram sob seus cuidados.

O acesso a medicamentos poderia influenciar na tentativa de suicídio? As colaboradoras Thaís (enfermeira) e Paula (técnica em enfermagem) apontaram essa possibilidade.

A relação entre o acesso ao medicamento e a tentativa de suicídio foi identificado na fala de duas colaboradoras, entretanto, a maioria dos colaboradores apontou que os pacientes atendidos possuem antecedentes psiquiátricos prévios à tentativa.

Essa associação entre tentativa de suicídio e uso de antidepressivos merece estudos há alguns anos. Ressaltamos o estudo realizado pelo FDA (*Food and Drug Administration*), órgão governamental dos Estados Unidos que tem como objetivo o controle de alimentos e medicações, por meio de pesquisas científicas. Simon, Savarino, Operskalski e Wang (2006), referiram que em março de 2004 o FDA alertou pacientes e médicos a respeito do aumento do risco de suicídio relacionado a dez tipos de antidepressivos. Na pesquisa documental realizada na base de dados dos estados de Washington e Ohio, verificou-se que o risco de tentativas de suicídio foi maior no primeiro mês após o início do tratamento. Simon, Savarino, Operskalski e Wang (2006) apontam que o risco de suicídios está relacionado à depressão severa e não ao uso da medicação.

Haukka et al. (2008), em um estudo longitudinal realizado na Finlândia entre janeiro de 1997 e dezembro de 2003, observaram o risco de tentativas de suicídio aumentado entre os pacientes que faziam uso de algum tipo de antidepressivo em comparação com aqueles que não faziam uso desse tipo de medicação. A pesquisa documental analisou 15.390 pacientes por meio da base de dados dos hospitais do país. Os autores constataram que apesar de maior risco, o uso do antidepressivo diminuiu comportamentos suicidas fatais. O maior número de tentativas pode ser explicado pelo fácil acesso aos antidepressivos, ocasionando maior risco de intoxicação.

Essa investigação realizada na Finlândia é semelhante ao relato das duas colaboradoras (Thaís e Paula) ao problematizar e considerar a hipótese de que o acesso à medicação pode acarretar aumento nas tentativas de suicídio.

O tratamento psiquiátrico com a prescrição de medicações é uma realidade comum no âmbito médico da maioria dos países. O medicamento pode ajudar, trazer benefícios e melhoras no humor dos pacientes, entretanto, assim como toda e qualquer medicação, a psicotrópica também pode trazer efeitos colaterais severos.

A respeito desse tipo de tratamento, Botega (2015) traz a seguinte reflexão:

Para algumas pessoas, a medicação psiquiátrica é cercada de temores e preconceitos. Antidepressivos, no entanto, são usados desde a década de 1950, e as

formulações mais recentes são seguras e com menos efeitos colaterais, não causando dependência e não tirando o controle da pessoa. (p.213)

O autor aponta os preconceitos ainda existentes na atualidade e por essa razão apresenta pontos positivos do tratamento, afirmando que:

O mecanismo de ação dos antidepressivos relaciona-se, em parte, ao aumento da disponibilidade de neurotransmissores, entre os quais a serotonina, a noradrenalina e a dopamina, substâncias que modulam a comunicação entre os neurônios e, conseqüentemente, o humor. (p. 213).

Considera a questão biológica da depressão, e a capacidade da medicação alterar biologicamente o corpo humano, podendo atuar na melhora do humor da pessoa com depressão.

A prescrição e uso do medicamento envolvem a análise da expressão “*limite ténue*” utilizada pela colaboradora Olívia, médica psiquiatra, ao relatar tentativas de suicídio por meio da ingestão excessiva de medicamentos: “*esse é o limite ténue entre usar adequadamente a medicação ou não*” (sic). A linha é frágil, quase imperceptível, ao mesmo tempo em que, é cuidado pode ser também método fatal. Por isso nos questionamos: como cuidar desse paciente e lidar com a questão da medicação? É importante pensar em estratégias que visem à prevenção do suicídio, considerando esta questão.

Independentemente do tratamento escolhido é importante a consideração de que a tentativa de suicídio é um fenômeno complexo e para cuidar das pessoas com ideação ou tentativa é preciso um tratamento integral, que considere todos os aspectos envolvidos: biológico, psicológico, social e espiritual.

G. O sofrimento psíquico e o suicídio entre os profissionais de saúde

O suicídio entre os profissionais de saúde foi uma questão que emergiu nos depoimentos dos colaboradores, seis entre os oito entrevistados a mencionaram. A tentativa e/ou o suicídio consumado no âmbito da saúde evidenciam a dor e o sofrimento entre os cuidadores profissionais.

A colaboradora Mônica relatou a morte por suicídio de um colega de seu setor, que provocou choque e abalo na equipe. Trouxe a reflexão sobre o fato de não ter notados os sinais e pensou se poderia ter feito alguma para evitar o ato suicida. Mônica demonstrou certa angústia com o ocorrido e mencionou detalhes que deixaram marcas. Como exemplo, recordou a publicação de mensagens feita pelo colega, em redes sociais, que poderiam indicar sofrimento

psíquico. Além dessa ocorrência, nos contou sobre a tentativa de suicídio de outra colega do hospital realizada administrando medicamentos na veia.

Bianca, enfermeira, afirmou acreditar que pessoas estão mais doentes e observa que alguns colegas de trabalho estão adoecendo psiquicamente. Apesar de não ter citado nenhum caso específico, demonstrou ansiedade e mencionou, mais de uma vez, a falta de preparo de profissionais para lidar com o suicídio.

A enfermeira Thaís contou que, em onze anos de atuação, presenciou a morte de um funcionário por suicídio e também vivenciou duas tentativas de colegas de trabalho. A colaboradora relatou que a situação causa choque. Acredita que o suicídio é um ato de desespero absurdo.

Paula, técnica em enfermagem, lembrou um colega que se matou e gerou preocupação em toda a equipe de saúde. Referiu que essa morte contribuiu para sua mudança de postura e o pensamento de “*vamos ajudar, porque isso não é frescura*”. Olívia, médica psiquiatra, relatou que já presenciou médicos internados por tentativa de suicídio. Lembra-se da morte de um colega de residência, que foi considerada como homicídio, mas acredita que foi suicídio.

Os relatos dos colaboradores evidenciaram o sofrimento psíquico existente no âmbito da saúde. O profissional, ao oferecer cuidados à pessoa fragilizada física ou psiquicamente, deve estar preparado técnica e emocionalmente. Kovács (2010) relata que dor e morte são elementos presentes no cotidiano do trabalhador e que “o profissional de saúde, em contato com o sofrimento nas suas diversas dimensões, vive conflitos sobre como se posicionar frente à dor, que nem sempre consegue aliviar” (p. 425).

O trabalho no pronto-socorro envolve agilidade, conhecimento técnico, habilidades de comunicação interpessoal, proatividade e o manejo de situações críticas, marcadas pela urgência e por questões associadas à morte. Essa rotina diária estressante e desgastante e o contato constante com o sofrimento humano geram exaustão emocional, angústia e adoecimento psíquico no profissional, podendo chegar a uma tentativa de suicídio.

Silva et al. (2015) discutem os fatores associados à depressão e ao risco de suicídio entre profissionais de enfermagem. A partir de um estudo de revisão integrativa em bases de dados entre 2003 e 2015, identificaram fatores de risco para depressão e associaram o risco de suicídio à enfermidade mental e ao ambiente laboral. Os autores referiram que “este estudo demonstrou, também, que a depressão, a Síndrome de Burnout e a baixa realização pessoal contribuem para o risco de suicídio nesta categoria de trabalhadores” (p.1034).

Os investigadores ressaltaram que:

O profissional de enfermagem deve ser compreendido para além de um trabalhador da saúde, deve ser visto como uma pessoa que também pode sofrer danos à própria saúde. Desse modo, pretendeu-se chamar a atenção para a gravidade dos riscos que corre, tanto no seu trabalho quanto na vida pessoal, em desenvolver transtornos mentais e que, muitas vezes é negligenciado, inclusive pelos próprios profissionais. (Silva et al., 2015, p. 1033).

Estudos na área da saúde, em geral, relatam o estresse e a exaustão emocional aos quais os profissionais estão submetidos. Soares et al. (2012) realizaram um estudo investigativo com médicos residentes do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG) e concluíram que há uma correlação entre a Síndrome de *Burnout* e pensamentos suicidas.

O trabalhador da saúde ao chegar à exaustão emocional, sente-se desmotivado e pode oferecer assistência inadequada ao paciente com necessidade de cuidado físico e psicológico.

Considerando as questões discutidas acima, é fundamental que haja auto-cuidado, possibilitando assim cuidado de qualidade ao próximo. Segundo Botega (2015, p. 208) o “‘cuidar de mim para cuidar dos outros’ e o ‘tomar conta de minha capacidade de cuidar’ são fundamentais para quem trabalha com crises humanas. É imprescindível termos alguns cuidados em prol da nossa própria saúde mental”.

Kovács (2010, p. 426) refere que “cuidar do sofrimento do cuidador profissional é fundamental. Está ferido e ao cuidar de si pode compreender melhor o sofrimento de seus pacientes”.

O trabalho no pronto-socorro é marcado por uma rotina estressante causando esgotamento emocional, é necessário pensar em estratégias para o cuidado da saúde psíquica do trabalhador, não só por meio de cuidado a si próprio como também por meio da estruturação de serviços que os auxilie e ofereçam suporte psicológico no próprio ambiente de trabalho. Alguns colaboradores, que atuam em instituições particulares, relataram que é disponibilizado atendimento psicoterapêutico aos trabalhadores. Essa iniciativa pode auxiliar e oferecer apoio aos profissionais. É importante pensar em questões intrínsecas à dinâmica de trabalho que afetam a saúde mental dos funcionários. Garcia et al. (2013) relatam que

A consciência do sofrimento no trabalho é o primeiro passo para tornar visível seu impacto na saúde do profissional e na assistência de enfermagem, criando a possibilidade de pensar estratégias que possam auxiliar o trabalhador a enfrentar o sofrimento ou mesmo de criar condições que tornem o sofrimento mais ameno. Essa questão não deveria ser considerada periférica pelos gestores, visto que o trabalho constitui elemento-chave na vida do ser humano. Cuidar do profissional significa promover a saúde em seu processo de trabalho e prevenir a existência de ambientes nocivos à sua interação com esse processo. (p. 422).

É essencial o reconhecimento desse sofrimento e a possibilidade de pensar em cuidados no ambiente de trabalho, gerando maior satisfação e melhor preparo para que profissionais possam oferecer assistência de qualidade aos pacientes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar de morte é tabu, principalmente quando se considera a tentativa de suicídio, uma busca pela morte, contrariando o trabalho dos profissionais de saúde, que cuidam e lutam pela vida.

O presente estudo deu voz aos profissionais de saúde, que trabalham em pronto-socorro e foram verificadas diferenças na assistência prestada aos pacientes. Evidenciou-se que a tentativa de suicídio é tema de difícil compreensão e que, muitas vezes, evita-se falar sobre o mesmo.

Estudos apontam que o paciente, ao tentar o suicídio, está em busca de cuidado. A pessoa angustiada, com intensa dor e grande desespero, procura a morte com o objetivo de fazer com que esse sofrimento acabe.

Colaboradores desse estudo apontaram que nem sempre há compreensão da motivação para a tentativa de suicídio. Parece não haver entendimento de que o ato suicida é uma forma comunicação, a busca pelo fim da dor e um pedido de socorro.

A escuta é fundamental, entretanto, nem sempre ela ocorre no âmbito do pronto-socorro. Foi relatada uma rotina atribulada, marcada, em alguns momentos, pelo distanciamento do paciente e pela centralização da assistência nos profissionais da saúde mental (psiquiatria e psicologia).

As vivências foram distintas, entretanto a dificuldade de manejo do aspecto emocional foi evidenciada. No pronto-socorro, local marcado por urgências e emergências, há competência e preparo técnico relacionado aos cuidados físicos, porém, nem sempre há envolvimento ou reconhecimento da importância do cuidado psíquico.

Os entrevistados demonstraram o quão árduo é cuidar do corpo e da mente de forma integrada e que assistência ao paciente com ideação ou tentativa de suicídio depende de distintos fatores, dentre os quais podemos destacar o preparo técnico (marcado pela inserção no modelo biomédico) e características pessoais. Portanto, a atuação de cada profissional será distinta dependendo não apenas da sua formação como também de questões subjetivas em relação à questão do suicídio.

É necessário pensar em estratégias que visem a melhora da atuação por meio de programas de capacitação que ampliem o conhecimento e direcionem o manejo dos profissionais de saúde em casos de suicídio. A questão que surge: é possível mobilizar e modificar fatores relacionados à personalidade dos profissionais de saúde?

A influência das características pessoais na assistência foi apontada na fala de uma colaboradora que afirmou notar diferenças nas ações pontuais dos profissionais e não nas diferentes instituições nas quais já trabalhou.

Portanto, questionamo-nos, é possível trabalhar sentimentos, postura ética e habilidade empática em profissionais de saúde? Apesar de não haver consenso, é de conhecimento que habilidades sociais e desenvolvimento da empatia são questões que envolvem dificuldades e complexidade.

É possível e fundamental que haja capacitação para que os profissionais se sintam mais confiantes e, com conhecimento e habilidade para manejar aspectos psicológicos envolvidos na tentativa de suicídio. As questões pessoais são singulares e podem não ser influenciadas por programas de formação e sim do envolvimento e percepção de cada profissional.

Alguns colaboradores citaram a importância da comunicação e envolvimento do profissional durante o atendimento, outros preferem o distanciamento evitando criar vínculos. Os colaboradores apresentaram realidades distintas, influenciadas não apenas pelo ambiente externo, como também, pelo mundo interno de sentimentos e emoções.

A compreensão das experiências dos colaboradores remonta a um cenário no qual o paciente que tentou suicídio faz parte. É necessário o entendimento do que pode ser alterado nesse contexto para melhorar a assistência à pessoa com comportamento suicida, os profissionais serão atores fundamentais que atuarão como cuidadores e auxiliarão esse paciente que busca, de alguma maneira, comunicar-se por meio do ato suicida.

A comunicação e o cuidado só ocorrerão se houver espaço no pronto-socorro para que possam ser oferecidos. A empatia e o entendimento do ato suicida poderão auxiliar na ampliação desse cuidado.

Além da necessidade destacada de um melhor preparo, também foi apontado o sofrimento dos profissionais na sua prática no pronto-socorro. A rotina desgastante e a sobrecarga emocional também influenciam na maneira como o profissional oferece a assistência à pessoa que tentou o suicídio.

Os depoimentos apontaram que há estresse e que o profissional fica suscetível à angústia e depressão, podendo também tentar suicídio. Os relatos apontaram casos de tentativas entre membros da equipe de saúde. Esse pode ser um sinal de alerta de que o cuidador profissional também sofre e necessita de cuidados.

A presente investigação apontou que a assistência ao paciente que tentou o suicídio no pronto-socorro é prestada de forma inadequada, marcada pela falta de preparo e pela fragmentação do cuidado. Evita-se o contato com o sofrimento intenso relacionado com o ato

suicida e o cuidado a esse paciente é redirecionado aos profissionais da saúde mental. Os diversos fatores que influenciam na assistência devem ser reconhecidos e repensados para que haja melhoria na qualidade dos atendimentos possibilitando cuidado integral à pessoa.

Defende-se a necessidade da inserção do tema do suicídio durante a formação dos profissionais, propiciando conhecimento e subsídios para uma melhor atuação, assim como cursos de capacitação a serem oferecidos no próprio ambiente de trabalho. Além disso, é fundamental que haja um espaço de cuidado ao cuidador no âmbito hospitalar.

É de extrema importância que haja uma preocupação no âmbito social, envolvendo a real conscientização do suicídio como problema de saúde pública e um incentivo às políticas públicas, para que as mesmas possam contribuir para uma maior reflexão sobre o fenômeno e um aprimoramento da prática.

Os profissionais da área da saúde não são preparados para lidar com a morte, de uma forma geral, muito menos com as tentativas de suicídio, que são tidas por eles como algo... como uma escolha simples, quando na realidade, é uma escolha muito complexa para o paciente. Então eu acho que falta treinamento, falta conhecimento para os profissionais, falta preocupação, empenho em mudar isso da parte da administração das instituições, assim como para os administradores públicos de saúde, que sempre olham para essa situação com descaso. (Olívia, médica psiquiatra).

REFERÊNCIAS

- Abreu, K. P., Lima, M. A. D. S., Kohlrausch, E. & Soares, J. F. (2010). Comportamento suicida: Fatores de risco e intervenções preventivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(1), 195-200.
- Albuquerque, F. J. B. de, & Melo, C. de F. (2010). Avaliação dos serviços públicos de saúde em duas capitais nordestinas do Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 323-330. doi: 10.1590/S0102-37722010000200014.
- Alves, V. de M., Silva, A. M. S. da, Magalhães, A. P. N. de, Andrade, T. G. de, Faro, A. C. M. e, & Nardi, A. E. (2014). Suicide attempts in a emergency hospital. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 72(2), 123-128. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20130212>.
- Ariès, P. (1977/1981) A morte domada. In Ariès, P. *O homem diante da morte* (pp. 6-33). (Luiza Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Bertolote, J. M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Editora Unesp.
- Bertolote, J. M., Mellos-Santos, C., & Botega, N. J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, 32(2). doi: 10.1590/S1516-44462010000600005.
- Bleger, J. (1985). *Temas de psicologia: entrevista e grupos*. (2a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Botega, N. J. (2006). Psiquiatria no hospital geral: histórico e tendências. In *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- _____. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3), 231-236. doi: 10.1590/0103-6564D20140004.
- _____. (2015). Crise suicida: avaliação e manejo. Artmed: Porto Alegre.
- Botega, N. J., Dalgalarrodo, P. (2006). Avaliação do paciente. In: *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Botega, N. J., Reginato, D. G., Silva, S. V da, Cais, C. F. da S., Rapeli, C.B., Mauro, M. L. F, Cecconi, J. P., & Stefanello, S. (2005). Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 315-318. doi: 10.1590/S1516-44462005000400011.

Brasil. (1990). Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em 10 set. 2014.

_____. (2006). Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Universidade Estadual de Campinas [UNICAMP]. Prevenção de Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde.

_____. (2011). Ministério da Saúde, Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Brasília: DF. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html Acesso em 5 set. 2014.

Cabral, A. L. N., & Cabral, H. L. de O. (2012). Dicotomias entre o público e o privado: agente públicos e privados, o papel do servidor público e a emergência do terceiro setor. *J Manag Prim Health Care*, 3(1), 67-69. Recuperado de www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/download/44/30.

Cais, F. S. C., Silveira, I. U., Stefanello, S., & Botega, N. J. (2011). Suicide Prevention Training for Professionals in the Public Health Network in a Large Brazilian City. *Archives of Suicide Research*, 15(4), 384-389. doi: 10.1080/13811118.2011.616152.

Campos, G. W. de S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X20070002000166>.

Camus, A. (1942/2013). *O mito de Sísifo*. (3a ed.). (Ari Roitman e Paulina Watch, trad.). Rio de Janeiro: Edições Best Bolso.

Cassorla, R. M. S. (1986). *O que é suicídio*. São Paulo: Editora Brasiliense.

_____. (1991). *Do Suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus.

Costa, S. P. da, Chavaglia, S. R. R., Amaral, E. M. S., & Silveira, R. E. da. (2015). Internações e gastos relacionados ao suicídio em um hospital público de ensino. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 4(2), 20-32. Disponível em

- <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/1104/pdf>. Acesso em 01 jul. 2016.
- Costa, M. M., & Forteski, R. (2013). O constrangimento do ser e a alienação existencial como hipóteses Fenomenológico-Existenciais para o ato de suicidar-se. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, 2(1), 42-56.
- De Marco, M. A. (2006). Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30(1), 60-72. doi: 10.1590/S0100-55022006000100010.
- De Marco, M. A., Cítero, V. de A., & Martins, L. A. N. (2007). Revisando conceitos: o papel da psiquiatria moderna no hospital geral e na atenção primária. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), 188. doi: 10.1590/S1516-44462007000200019.
- Durkheim, E. (1897/1982). *O suicídio: Um estudo sociológico*. (568 pp.). Rio de Janeiro, Zahar Editores.
- Fontanella, B. J. B. , Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5), 812-820. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000500025>.
- Foucault, M. (1970/2013). *A ordem do discurso: a aula inaugural no Collège de France*. São Paulo: Edições Loyola.
- Freitas, A. P. A., & Borges, L. M. (2014). Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(2). Recuperado de <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revipsi/article/view/12560/9744>.
- Fukumitsu, K. O. (2014). O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. *Psicologia USP*, 25(3), 270-275. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140001>.
- Fukimitsu, K. O., Pinheiro, C. H. R., Solomon, J. I. (2015). Suicídio à Luz do Caso de Ellen West: uma compreensão a partir da Daseinsanalyse psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psicologia*, 02(01), 52-61. Disponível em <http://revpsi.org/wp-content/uploads/2015/04/Fukimitsu-Pinheiro-Solomon-2015-Suic%C3%ADdio-%C3%A0-Luz-do-Caso-de-Ellen-West-uma-compreens%C3%A3o-a-partir-da-Daseinsanalyse-psiqui%C3%A1trica.pdf>. Acesso em 10 jul. 2016.

- Garcia, A. B., Dellaroza, M. S. G., Gvozdz, R., Haddad, M. C. L. (2013). O sofrer no trabalho: sentimentos de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. *Ciência, Saúde e Cuidado*, 12(3), 416-423. doi: 10.4025/ciencsaude.v12i3.18056.
- Gondim, G. M. M. et al. (2008). O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda, A. C, Barcellos, C, Moreira, J. C; Monken, M. (Orgs). *Território, saúde e ambiente*, 237-255. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Gutierrez, B. A. O. (2014). Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. *Psicologia USP*, 25(3), 262-269. doi: 10.1590/0103-6564D20140002.
- Haukka, J., Tiihonen, J., Härkänen, T., & Lönnqvist, J. (2008). Association between medication and risk of suicide, attempted suicide and death in nationwide cohort of suicidal patients with schizophrenia. *Pharmacoepidem. Drug Safe.*, 17, 686–696. doi: 10.1002/pds.1579.
- Houaiss, A., & Villar, M. S. (2009). *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Iribarry, I. N. (2003). Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 483-490. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722003000300007>.
- Kalina, E., Kovadloff, S. (1983). *As cerimônias da destruição*. (Sonia Alberti, trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora S. A.
- Kovács, M. J. (2010) Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde*. 34(4), 420-429.
- _____. (2012). *Educação para a Morte: Temas e Reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- _____. (2013). Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. *Psicologia: teoria e prática*, 15(3), 69-82. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300005&lng=pt&tlng=p.
- Kübler-Ross. E. (1969/2012). *Sobre a morte e o morrer*. (Paulo Menezes, trad.). São Paulo: Martins Fontes.

- Macedo, M. M. K., & Werlang, B. S. G. (2007). Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 10(1), 86-106. doi: 10.1590/S1516-14982007000100006.
- Machado, F., Soares, M., & Mastine, J. (2014). A rede social de indivíduos pós-tentativa de suicídio: o ecomapa como recurso. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, 10(3), 159-166. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v10i3p159-166>.
- Machin, R. (2009). Nem doente, nem vítima: o atendimento às "lesões autoprovocadas" nas emergências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5), 1741-1750. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500015>.
- Minayo, M. C. S. (1996). Fase de análise ou tratamento do material. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- Minayo, M. C. S. (Org.). (2012). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. (32a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Minayo, M. C. S., Grubits, S., & Cavalcante, F. G. (2012). Observar, ouvir, compartilhar: trabalho de campo para autópsias psicossociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2027-2038. doi: 10.1590/S1413-81232012000800014.
- Minayo, M. C. S., & Guerriero, I. C. Z. (2014). Reflexivity as the ethos of qualitative research. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4), 1103-1112. doi: 10.1590/1413-81232014194.18912013.
- Minois, G. (1999). *History of Suicide Voluntary Death in Western Culture*. (Lydia G. Cochrane, trad.). Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press.
- Nucci, N. A. G., Faria, N. J. (2014). O apoio matricial como possibilidade de humanização do cuidado em saúde. In: *Psicologia e Saúde: reflexões humanísticas*. (Nely A. Guernelli Nucci e Nilton Júlio de Faria, Orgs.). Campinas: Alínea Editora.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2012). *Mental Health – Suicide prevention (SUPRE)*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
- Pinheiro, J. S. (2011). A experiência do ser humano cartesiano. *Trilhas filosóficas*, 4 (1), 50-64. Recuperado de <http://periodicos.uern.br/index.php/trilhasfilosoficas/article/viewFile/621/331>.

- Pompili, M. (2015). Our Empathic Brain and Suicidal Individuals. *Crisis The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 36 (4), 227-230.
- Queiroz, M. de S. (1986). O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. *Rev. Saúde públ., S. Paulo*, 20 (4), 309-317. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v20n4/07.pdf>.
- Rocha, M. A. S. da, Boris, G. D. J. B., & Moreira, V. (2012). A experiência suicida numa perspectiva humanista-fenomenológica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 18(1), 69-78. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000100010&lng=pt&tlng=pt.
- Rodrigues, J. C. (2006). *Tabu da morte*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Rogers, C. R. (1977). Ellen West – e solidão. In: *A pessoa como centro*. (Carl R. Rogers & Rachel L. Rosenberg). São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Sagi, A. (2002). *Albert Camus and the Philosophy of the Absurd*. New York: Editions Rodopi B. V.
- Saito, D. Y. T., Zoboli, E. L. C. P., Schveitzer, M. C., & Maeda, S. T. (2013). Usuário, cliente ou paciente?: qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem?. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 22(1), 175-183. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100021>.
- Santos, S. A., Legay, L. F., & Lovisi, G. M. (2013). Substâncias tóxicas e tentativas e suicídios: considerações sobre acesso e medidas restritivas. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21(1), 53-61. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2013000100009>.
- Sendra-Gutiérrez, J. M., Esteban-Vasalllo, M., Domínguez-Berjón, M. F. (2016). Características de la conducta suicida y factores asociados a su mortalidad en el ámbito hospitalario. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Recuperado de [doi:10.1016/j.rpsm.2016.03.004](https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.03.004).
- Silva, D. dos S. D., Tavares, N. V. da S., Alexandre, A. R. G., Freitas, D. A., Brêda, M. Z., Albuquerque, M. C. dos S. de, & Melo Neto, V. L. de. (2015). Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(6), 1023-1031. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000600020>.

- Simon, G. E., Savarino, J., Operskalski, B., Wang, P.S. (2006). Suicide risk during antidepressant treatment. *Am J Psychiatry* 163:41- 47.
- Soares et al. (2012). Burnout e Pensamentos Suicidas em Médicos Residentes de Hospital Universitário. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1), 77-82.
- Souza, C. P, Callou, V. T., & Moreira, V. (2013). A questão da psicopatologia na perspectiva da abordagem centrada na pessoa: diálogos com Arthur Tatossian. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 19(2), 189-197. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v19n2/v19n2a06.pdf>.
- Teng, C. H., & Pampanelli, M. B. (2015). O Suicídio no contexto psiquiátrico. *Revista Brasileira de Psicologia*, 2(1), 41-51. Recuperado de <http://revpsi.org/wp-content/uploads/2015/04/Teng-Pampanelli-2015-O-Suic%C3%ADdio-no-contexto-psiqui%C3%A1trico.pdf>.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis, Vozes.
- 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. doi: 10.1590/S1414-462X2013000200002.
- Vieira, L. P., Santana, V. T. P. de, & Suchara, E. A. (2015). Caracterização de tentativas de suicídios por substâncias exógenas. *Cadernos Saúde Coletiva*, 23(2), 118-123. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500010074>.
- Werle, M. A. (2003). A angústia, o nada e a morte em Heidegger. *Trans/Form/Ação*, 26(1), 97-113. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-31732003000100004>.

ANEXO A**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Tentativa de suicídio: compreensões acerca das vivências dos profissionais de saúde

Pesquisador: Giovana Vidotto Roman Toro

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 43096915.6.0000.5561

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.140.052

Data da Relatoria: 13/07/2015

Apresentação do Projeto:

O presente estudo busca investigar este fenômeno por meio da compreensão das vivências dos profissionais de saúde diante da assistência ao paciente com tentativa de suicídio. A pesquisa proposta tem caráter qualitativo e a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas abertas com profissionais de saúde que trabalhem em prontos-socorros de hospitais gerais. A investigação visa trazer contribuições sobre a tentativa de suicídio, refletir a respeito da assistência e cuidados prestados ao paciente.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender as vivências dos profissionais de saúde diante do paciente que é internado após tentativa de suicídio.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Segundo a pesquisadora, quanto à análise crítica de riscos, é importante enfatizar que o presente estudo não oferece risco, seja de ordem física ou psicológica aos sujeitos envolvidos, uma vez que serão resguardados os aspectos éticos e técnicos durante todo o período da investigação.

Benefícios: Permitir que o profissional reflita sobre a sua prática durante as entrevistas, o que pode resultar também em um benefício para o paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Participantes: 15 Profissionais de saúde (Entrevistas)

Critério de Inclusão: Aceitar participar livremente da pesquisa após a explicação de seus objetivos; ter idade igual ou superior a 18 anos.

Critério de Exclusão: Apresentar comprometimento cognitivo ou perturbação física e/ou mental que dificulte a participação na pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em resposta ao Parecer Consubstanciado N.: 1.096.664, a pesquisadora afirma que “Os entrevistados serão contatados via telefone, e-mail ou contatos pessoais”.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Se o projeto prevê aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEPH de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEPH antes de ser implementada. De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS o relatório final do projeto desenvolvido, conforme preenchimento de Protocolo disponível na página do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP, do site do IPUSP. Em seguida, o protocolo preenchido deverá ser enviado ao CEPH pela Plataforma Brasil, ícone Notificação, logo que o mesmo estiver concluído.

SÃO PAULO, 06 de Julho de 2015

Assinado por:
FRAULEIN VIDIGAL DE PAULA
(Coordenador)

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

Meu nome é **Giovana Vidotto Roman Toro** (CRP06/104475), sou psicóloga, mestranda do programa de Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e estou realizando a pesquisa intitulada “**Tentativa de suicídio: compreensões acerca das vivências dos profissionais de saúde**” sob a orientação da professora Dra. Maria Júlia Kovács, docente do Instituto de Psicologia da USP.

I. EXPLICAÇÕES AO COLABORADOR

A presente pesquisa tem como objetivo compreender as vivências dos profissionais de saúde diante do paciente que é internado após tentativa de suicídio.

Para desenvolver a pesquisa será importante a sua participação, que consistirá em conceder entrevista, que terá duração aproximada de uma hora, e que será realizada em espaço de sua conveniência, sendo garantido que o local seja adequado, preservando o sigilo e as questões éticas. Caso esteja de acordo, a entrevista será gravada e o material será utilizado exclusivamente para a pesquisa.

II. ESCLARECIMENTOS SOBRE GARANTIAS DO PARTICIPANTE

Informo que as garantias para sua colaboração são as seguintes:

1. A pesquisa será desenvolvida considerando-se os princípios éticos de que a pesquisadora manterá sigilo, privacidade, confidencialidade e não identificação dos dados do colaborador em toda e qualquer situação.
2. O depoimento do(a) entrevistado(a) será gravado, transcrito e encaminhado para o(a) senhor(a) para conferência, alteração, aprovação ou discordância do conteúdo.
3. O(A) senhor(a) poderá ter acesso quando quiser a qualquer informação do andamento da pesquisa e terá a liberdade de participar e de se retirar da pesquisa.
4. Dados relevantes da entrevista serão utilizados na pesquisa, e as citações sem identificação ficarão disponíveis ao público, bem como, para ensino, publicação em periódicos, livros e/ou apresentações em encontros científicos.
5. O(A) senhor(a) está ciente que sua participação é voluntária e que não receberá nenhum tipo de pagamento, tendo o direito de retirar seu consentimento ou sair da pesquisa sem que isso lhe traga qualquer prejuízo e/ou ônus à sua pessoa.
6. É garantido ao(à) senhor(a) que eventuais despesas decorrentes da participação na pesquisa serão ressarcidas integralmente, caso existam.
7. O risco desta pesquisa é mínimo, entretanto, ressalta-se que ao falar sobre a prática profissional e sobre o tema do suicídio pode acarretar algum tipo de sofrimento psíquico que será cuidado pela própria pesquisadora/entrevistadora, por meio de um acolhimento, de uma escuta terapêutica e se for necessário, o(a) senhor(a) será encaminhado para um serviço de atendimento psicológico. Serão resguardados os aspectos éticos e técnicos durante todo o período da investigação.
8. Em relação aos benefícios, enfatiza-se que a sua participação no estudo poderá permitir que o(a) senhor(a) reflita sobre sua prática profissional, o que poderá resultar também em benefícios futuros aos pacientes.
7. Caso não tenha entendido alguma parte deste termo, solicite explicações à pesquisadora. Solicitamos que assine nas duas vias do presente termo, sendo que uma via ficará em posse

do participante-voluntário e outra será arquivada pela pesquisadora por 5 anos, após o término da pesquisa.

III. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Devidamente esclarecido(a) de todas as etapas do estudo, ciente de todos os direitos de requisitar qualquer informação posterior, tanto sobre os procedimentos envolvidos na realização desta pesquisa quanto a ética nela envolvida, consinto em participar da pesquisa *“Tentativa de suicídio: compreensões acerca das vivências dos profissionais de saúde”* e ter as entrevistas gravadas, transcritas e analisadas.

Assinatura do (a) participante

_____, _____ de _____ de
20_____.
(Local)

Entrevistadora/Pesquisadora:

Giovana Vidotto Roman Toro (CRP 06/104475)

Mestranda pelo departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano da USP.
Instituto de Psicologia – Avenida Professor Mello Moraes, 1721 – CEP 05509-030 – Cidade Universitária – São Paulo. Telefone: (11) 3091-4356, ramal 201. Secretaria de Pós-graduação do departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

**Contato do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IPUSP): Avenida Professor Mello Moraes, 1721, Bloco G, 2º andar, sala 27, Cidade Universitária. São Paulo-SP CEP 05508-030 -
Telefone: (11) 3091-4182. E-mail: ceph.ip@usp.br**

APÊNDICE B – ROTEIRO TEMÁTICO

Pergunta Disparadora: “Para você, como é atender uma pessoa que tentou o suicídio?”

Como são conduzidos os atendimentos aos pacientes com tentativa de suicídio?

Quais profissionais da equipe são envolvidos nestes atendimentos?

Qual sua percepção em relação a tentativa de suicídio?

Quais são as suas experiências relacionadas à tentativa de suicídio?

Cada um age por si ou existe um protocolo de atendimento?

O que acontece com esse paciente após o atendimento?

Que tipo de encaminhamento é feito a esse paciente?

Já teve alguma experiência pessoal, fora do âmbito de trabalho, relacionada à tentativa de suicídio?

APÊNDICE C (EM CD) – TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

Entrevista com Rafael (Duração: 24 minutos e 41 segundos)

- *Rafael, 27 anos;*
- *Enfermeiro;*
- *Especialista em Urgência e Emergência;*
- *Vivência em prontos-socorros: 4 anos;*
- *Atualmente trabalha em um pronto-socorro de um hospital privado.*

Giovana: Entrevistadora

Rafael: Colaborador

Giovana: Então a gente vai começar a gravar. Bom, você aceitou participar da entrevista. Concordou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido?

Rafael: Sim, concordei.

G: Concordou. E eu queria começar com umas perguntas, mais uns dados de identificação seus mesmo. O seu nome completo?

R: Rafael.

G: A sua idade?

R: 27 anos.

G: A sua profissão?

R: Enfermeiro.

G: Há quanto tempo você trabalha no pronto-socorro?

R: A minha vivência de pronto-socorro são de 4 anos.

G: E foi sempre no mesmo pronto-socorro?

R: Não, trabalhei dois anos como enfermeiro residente no pronto-socorro da cidade de Campinas. E agora estou trabalhando há dois anos como enfermeiro pleno em um hospital privado em São Paulo, no pronto-socorro.

G: Entendi, e em São Paulo você trabalha em um hospital particular. O de Campinas também era um hospital particular?

R: Em Campinas existia uma parte particular e uma parte privada, o programa de Residência só contemplava o atendimento na parte SUS. Eu atendia os pacientes do pronto-socorro. O hospital em São Paulo é uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, mas não faz atendimentos a pacientes do SUS.

G: Entendi. Então a sua experiência até o momento é tanto no SUS quanto no...

R: Privado.

G: Privado. É, e eu queria saber para você, como é atender uma pessoa que tentou o suicídio?

Silêncio de 4 segundos.

R: Na minha opinião atender uma pessoa com tentativa de suicídio é um grande desafio. É, é desafiador porque ao mesmo tempo que a gente está cuidando de uma pessoa que tem uma enfermidade que precisa ser tratada, existe a parte, é... toda uma parte emocional envolvida nisso. Muitas vezes, tem uma parte emocional envolvida com familiares ou até mesmo pelo próprio paciente. Então, ao mesmo tempo que eu tenho que tratar do paciente da enfermidade em si, do que a tentativa de suicídio está causando fisiologicamente para o paciente, eu tenho também o desafio de entender a parte emocional, psicológica dessa paciente. Por isso eu enfrento como um grande desafio.

G: Por ter essas duas questões, o emocional e o físico?

R: Sim.

G: E você tem alguma experiência que te marcou mais que você se lembra... como foi para você?

R: Experiência em si, especificamente, não. Mas, eu tenho para mim que as experiências mais, que mais tenham me marcado durante todos os atendimentos que eu fiz a pacientes com tentativa de suicídio são de pacientes, em tentativa de suicídio com idade mais, mais, é... são pacientes mais jovens, isso me marcou muito porque geralmente são pessoas que têm idade

próxima a minha, não é, ou até paciente mais jovens do que eu, isso me marca muito porque... faz a gente pensar que a pessoa teria um... muitas coisas para serem vividas e tudo mais, e isso... marca muito a gente. Então, um atendimento em si, eu não tenho especificamente que me marcou, mas eu tenho certeza que pacientes com idade mais... pacientes mais jovens me marcaram de uma forma geral.

G: E assim, como que, são conduzidos esses atendimentos a esse tipo específico de paciente? Ou no hospital que você trabalha agora ou no anterior? Você vê até alguma diferença?

R: Como é conduzido em relação ao atendimento médico ou o atendimento geral da equipe?

G: Isso, atendimento em geral, como que funciona, por exemplo, o paciente chegou e, não sei, às vezes já está explícito que foi uma tentativa de suicídio. Tem algum passo a passo? Como é feito?

R: Olha... Inicialmente, no atendimento da equipe de saúde se é... muitas vezes, a gente não tem já sabido que o paciente tentou o suicídio ou não. Então às vezes é uma especulação e outras vezes a gente já tem essa confirmação. Mas o importante é que dentro da minha vivência e o que eu tenho de conhecimento dentro da área é que inicialmente, é, quando o paciente chega com uma complicação clínica importante por tentativa de suicídio o que se dá... a importância do primeiro atendimento é tratar clinicamente o paciente, é fazer o que o paciente precisa para ele poder sobreviver. E... posteriormente ter uma avaliação é, psicológica e emocional para descobrir qual foi a causa dessa tentativa de suicídio. Mas inicialmente, quando um paciente da entrada no pronto-socorro a gente trata clinicamente, se o paciente tem intoxicação por exemplo, a gente trata a intoxicação, se ele tem um ferimento, a gente trata o ferimento. É... a gente não costuma, eu, principalmente na minha vivência não costumo julgar ou pensar porque que o paciente fez aquilo, mas em si tratar o que ele precisa para que... ele sobreviva e consiga tratar a causa depois, posteriormente.

G: Então, e a princípio quais que são os profissionais envolvidos neste tratamento?

R: Inicialmente, o profissional envolvido do paciente que dá entrada no pronto-socorro é o médico socorrista, o enfermeiro, técnico de enfermagem, é... esporadicamente um fisioterapeuta, depende do tipo de tratamento que o paciente vai ter, se ele precisa ser entubado, vai usar, utilizar uma ventilação mecânica, o fisioterapeuta entra para auxiliar no atendimento. Mas no atendimento do paciente crítico, existe um médico, enfermeiro, um técnico de enfermagem e esporadicamente um fisioterapeuta. E isso eu estou falando na minha vivência

de pronto-socorro, que teoricamente é entrada do paciente, o tratamento e a estabilização. Posteriormente, alguns outros profissionais entrarão no atendimento deste paciente. Mas estou falando por exemplo, um paciente que entra em uma sala de emergência e tem um cuidado crítico para que a vida dele seja salva naquele momento.

G: E você falou que posteriormente pode ser que tenham outros profissionais envolvidos?

R: Também dependendo de como o paciente evolui, se a gente consegue salvar a vida dele, estabilizar e ele vai encaminhado, por exemplo, para uma UTI, outros profissionais de saúde vão precisar fazer parte deste atendimento. Nutricionista, fisioterapeuta novamente, fonoaudiólogo, psicólogo. A psicologia vai atuar também em cima disso e até outras, é... outras equipes de especialidade médica, não é? Dependendo do que o paciente tem. Então, dependendo do que o paciente aconteceu, outra especialidade médica, um psiquiatra para poder dar o tratamento adequado a essa pessoa.

G: E, essa questão desses outros profissionais que podem estar envolvidos, você acha que... sempre estão ou não? Ou você não tem mais contato com isso? Como que é? Você consegue pensar, às vezes até na sua experiência, se teve um contato que você viu que entrou no pronto socorro, é... Estabilizou clinicamente, e tiveram outros profissionais ou não? Como que você percebe no seu dia-a-dia mesmo?

R: Neste quesito, eu percebo uma grande diferença no atendimento do SUS pro atendimento privado. Da minha vivência do atendimento do SUS, eu reparava que muitas vezes, o paciente com tentativa de suicídio, estabilizava no pronto-socorro e depois precisaria desse atendimento de outras especialidades, de um atendimento multidisciplinar, mais amplo, é... para a patologia dele. E muitas vezes isso não acontecia, o paciente era tratado clinicamente e... depois não evoluía com a evolução, com atendimento adequado por outras especialidades, por exemplo, faltava um atendimento psicológico, faltava um atendimento de fonoaudiologia e isso na minha vivência de SUS eu percebi que era, a grande maioria das vezes acontecia. Agora já no hospital privado que é um hospital de referência, que é um hospital grande. Um atendimento multidisciplinar bem embasado não é... na sua característica de atendimento, eu percebo que este tratamento é adequado para o paciente. A gente consegue identificar quais são as demandas para o paciente e consegue dar o atendimento de outras especialidades pós pronto-socorro, para que o paciente evolua bem e consiga é... se tratar e sair bem do hospital.

G: E tem um protocolo para isso? Por exemplo, quando é identificado que realmente este paciente chegou com tentativa de suicídio, existe um protocolo específico ou cada... depende

do profissional que está no momento? Pode pensar na sua experiência no geral, se você quiser especificar, no SUS é assim, no hospital privado é assim, se tiver alguma diferença você pode...

R: É... dentro da minha vivência tanto no SUS quanto no privado, eu não presenciei é..., uma criação de um protocolo de atendimento a paciente com tentativa de suicídio. Lembrando que protocolo de atendimento é institucional, então varia de instituição para instituição, mas dentro da minha vivência eu não presenciei e não tenho conhecimento se em alguma instituição existe um protocolo de atendimento. É... então dentro dessa vivência de não existir um protocolo de atendimento, porque o protocolo de atendimento para várias patologias, como já existem em várias patologias, direciona o atendimento da equipe de saúde para determinada, tomar determinadas ações ou passos para que o paciente evolua bem. É... no atendimento ao paciente com tentativa de suicídio eu não presenciei isso, então, é... como você mesmo disse, variou muito de profissional para profissional como ia ser a conduta do atendimento, qual ia ser a especialidade que ele ia, por exemplo, pedir um atendimento multidisciplinar, como que o paciente ia evoluir, vai depender muito do *feeling* do profissional que está atendendo, principalmente do médico, porque quem dispara é... a necessidade de atendimento de outras equipes.

G: Mas ele quem solicita ou o enfermeiro pode solicitar, como que é isso?

R: Na verdade, não é o médico que solicita, não é o médico que solicita, mas, por exemplo, solicitar uma avaliação de fisio, fisioterápica para o paciente, geralmente é o médico quem pede, mas, todos os outros profissionais que fazem parte do atendimento desse paciente podem sugerir ao médico ou até outros profissionais que façam um tipo de atendimento. No atendimento, quando, na minha vivência no SUS quando eu fiz residência no hospital em Campinas, o enfermeiro tinha autonomia, por exemplo, para solicitar uma avaliação, uma interconsulta, de um profissional da psicologia para um paciente que ele identificava que tinha algum tipo de demanda. No privado não. No privado o médico tem que prescrever, solicitar é... na prescrição médica uma avaliação de outras equipes, senão a gente não consegue acionar outra equipe para atender o paciente. Então... hm... neste quesito eu acho que o atendimento do SUS, a minha vivência no SUS, os profissionais tinham uma certa autonomia para ajudar no atendimento, no..., atualmente, no privado, eu consigo perceber que a gente pode sugerir, mas se o profissional médico não tiver o interesse de ajudar o paciente ou não, não quiser solicitar a interconsulta ele não faz.

G: Entendi, então, você pode sugerir mas vai ser o médico quem vai...

R: Solicitar...

G: Fazer este documento.

R: Ele tem que documentar na prescrição médica que está solicitando avaliação fisioterápica, psicológica, nutricional, por exemplo, fonoaudiológica.

G: Então quando entra este paciente é, depois que estiver estabilizado clinicamente, é o médico que vai decidir, é isso?

R: Na verdade... assim, como eu disse, o atendimento de pronto-socorro é um pouco diferente, o paciente que entra no pronto-socorro ele ainda não tem dono, ele... não tem dono que eu falo assim, não tem um médico responsável por ele, é um médico que está atendendo naquela hora. Depois que o paciente já estabilizado, que o risco de vida é diminuído a quase zero, quando o paciente está estabilizado, é que o médico vai solicitar uma avaliação de outra equipe para o cuidado do paciente. Por exemplo, a gente não tem um médico psiquiatra de atendimento, de pronto atendimento, então esse paciente vai ser atendido por um clínico, vai ser tratado clinicamente e posteriormente, o médico vai solicitar uma avaliação do psiquiatra para tratar a causa da tentativa de suicídio

G: E o psiquiatra neste caso é sempre solicitado ou também depende daquele médico que tiver atendido?

R: Em tentativa de suicídio, o psiquiatra é sempre solicitado.

G: Então, assim, pelo menos, este profissional, é certo que vai atender?

R: Sim.

G: E os outros, da equipe multi, pelo que eu entendi, não é certeza, depende do andamento. Porque aí o paciente fica no pronto-socorro, e depois ele já vai para enfermaria ou para UTI ou para outro lugar, é isso? Que você acaba perdendo um pouco de contato.

R: O pronto-socorro é aquele lugar, local, para a gente salvar a vida do paciente e estabilizar e definir qual que vai ser a unidade que esse paciente vai, se ele tiver muito grave ele vai precisar de cuidados de terapia intensiva, se ele tiver estável, ele pode ir para uma enfermaria, e aí, quem define o grau de... no caso a gravidade do paciente, o médico. Ele que vai solicitar o tipo de vaga para esse paciente.

G: Entendi. E aí na verdade, você não tem muito contato para saber, por exemplo, que aquela paciente foi atendida por uma equipe multi ou não?

R: Não. Outra grande diferença que eu percebo da minha vivência do SUS para o privado é que no SUS a gente tinha uma característica de atendimento que o paciente era atendido no pronto-socorro e... muitas vezes, ele permanecia, e na grande maioria das vezes, ele permanecia no pronto-socorro, porque não existiam vagas disponíveis para esse paciente, tanto na UTI quanto em enfermaria. Então, a gente conseguia analisar e viver um pouco do pós estabilização deste paciente. Então quando ele já estava estável, como seria o atendimento, como viria o psicólogo atender, o psiquiatra, como era a evolução clínica do paciente. Hoje, no privado, eu não tenho mais essa vivência, eu estabilizo o paciente, trato o que precisa tratar e... o acompanhamento posterior, a conduta, a... necessidade de internação ou de avaliação posterior, eu não tenho vivência porque o paciente não fica no pronto-socorro, não tem como saber.

G: Entendi. E no SUS você percebia que tinha... você falou que não tinha nenhum protocolo, nem no SUS, nem no privado, mas aí você tinha um pouco mais de autonomia e você também poderia pedir para outros profissionais essa avaliação desse paciente, é isso?

R: Sim. No SUS, na minha vivência de SUS, eu tinha... esta autonomia para avaliar o paciente e solicitar uma interconsulta de outros, outros profissionais da saúde, se o médico não tivesse feito. Mas no, privado, eu não tenho essa... esse poder, vamos se dizer assim.

G: E você sente uma diferença dessa questão?

R: Eu sinto, porque eu acho que todo profissional de saúde tem capacidade de avaliar o paciente como um todo, identificar necessidades do paciente e solicitar um atendimento para ele de... de um profissional que tenha uma vivência maior sobre o assunto. Eu não... como que eu posso dizer isso... mas, é, eu não acho que essa... essa avaliação da demanda do paciente ela é especificamente, deveria ser feita especificamente pelo médico, não acho isso. Acho que todo profissional que entra em contato com o paciente tem a capacidade de, de... identificar certas demandas ou... riscos que o paciente possa evoluir e que possam ser tratados melhor por outros profissionais.

G: Nesta questão então, dessa autonomia, então, você percebe a diferença, você acha que poderia ser feita de outra maneira, é isso?

R: Eu acredito que sim.

G: Justamente por outros profissionais também terem esta competência, é isso?

R: Eu acredito que se... Eu acho, eu acredito que desta maneira a gente teria realmente um atendimento multiprofissional ao paciente, com identificação de todas as demandas, é... de, no final das contas um atendimento mais adequado e global ao paciente, eu acredito que sim.

G: E, qual a sua percepção em relação a tentativa de suicídio?

(Silêncio de 8 segundos)

R: Qual que é a minha percepção?

(Silêncio de 6 segundos)

R: Eu trato a tentativa de suicídio como... como uma patologia, como uma doença. Se o paciente está doente, eu tenho que cuidar dele, se ele tentou o suicídio é porque ele vem evoluindo mal de uma doença e ele precisa do nosso cuidado. O meu trabalho em si, dentro de um pronto-socorro, sem clichê, é salvar vida. O que eu vou fazer para aquele paciente, o que eu posso fazer para ele naquele momento, é salvar a vida dele, depois que eu salvar a vida dele, eu também posso colaborar com outras atividades, com outras avaliações para que o paciente evolua bem.

G: E como é para você essa questão de salvar a vida e chegar uma pessoa que está querendo tirar a vida dela? Como que você se sente diante disso?

(Silêncio de 5 segundos)

R: Eu tento salvar a vida dela. O mérito... se ela quer viver ou não, não é meu. Se ela merece viver ou não porque ela tentou tirar a vida dela não é meu, eu estou ali para atender quem precisa, salvar a vida das pessoas, até porque... é... a gente não tem o... o conhecimento adequado para saber se pessoa fez aquilo, se ela não vai se arrepender, se ela realmente quer se matar, então... quem sou eu para julgar quem fez aquilo, eu penso assim. Eu estou ali para salvar a vida da pessoa, se chegar uma pessoa com AVC ou uma pessoa com tentativa de suicídio, o que eu vou fazer é a mesma coisa para tentar salvar a vida da pessoa. O mérito ou o julgamento, se a pessoa merece viver ou não, se ela quer viver ou não, tem que ser avaliado depois.

G: Avaliado depois?

R: Não, avaliado depois que eu falo assim, se a pessoa... Eu não vou julgar antes a pessoa, se ela suicidou ou não, julgado ou avaliado, eu não estou ali para isso, mas... é... eu acho que eu usei a palavra errada. Não é avaliado, não é para avaliar se ela teria o mérito ou não, mas sim

se... eu acho que se, se houver um julgamento anterior ao atendimento ou a, a... ao fato de salvar a vida do paciente, eu vou deixar ele morrer, se eu for julgar ele antes... Tem pessoas que dizem que, é... se o paciente tentou uma tentativa de suicídio, o atendimento não deve ser o mesmo atendimento do que um paciente, por exemplo, que infartou, não é. Mas eu acho que eu não tenho que entrar neste julgamento, eu acho que, como eu disse, a tentativa de suicídio é a ponta de um iceberg de uma doença, que esse paciente chegou. Então, o que eu tenho dentro da minha atividade de trabalho é tentar salvar a vida do paciente, o que tem para baixo da água no iceberg, a gente consegue avaliar com calma, tratar com calma, mas se eu não tratar clinicamente o paciente, em uma tentativa de suicídio que vai, ali... se eu não der um atendimento para ele vai evoluir com a morte, eu não vou conseguir saber o que a gente vai tratar depois, acho que é isso.

G: Entendi. E você Rafael, você já teve alguma experiência pessoal, em relação à tentativa de suicídio mesmo?

R: Pessoal? (*voz assustada*)

G: É.

R: Em relação a mim?

G: Em relação a você, a alguma pessoa próxima a você, se você teve alguma experiência assim, mais próxima. Sem ser os pacientes, é isso que eu estou querendo dizer.

R: Não. Você está querendo dizer assim, em relação a minha família, a uma pessoa mais próxima?

G: É.

R: Ou até mesmo se eu já tive uma...? Não.

G: Isso, quando eu falo pessoal, não só em relação a você mas em relação as pessoas mais próximas, pessoas significativas, sem ser os pacientes mesmo, é isso que eu estou querendo dizer.

R: Não, eu não tive nenhuma experiência fora do ambiente de trabalho. De tentativa de suicídio.

G: Você quer acrescentar alguma coisa? Quer dizer alguma coisa que você pensa a respeito deste tema?

R: Bom, eu acho que eu tentei dizer muito, durante essa conversa, do que eu pensava sobre isso, mas como eu disse no começo, para nós, profissionais de saúde, é um grande desafio atender pacientes com tentativa de suicídio. A gente está, é... muito acostumado e muito focado é, em... patologias que não levam em conta o lado emocional do paciente, muitas vezes, por exemplo, um paciente infartado, a gente sabe que a gente tem que fazer isso, isso, isso e isso para que o paciente evolua bem da parte clínica, do infarto e saia do hospital ótimo para continuar vivendo. Mas a tônica do atendimento do paciente com tentativa de suicídio é justamente entender o lado emocional e o lado clínico. Tratar o clínico, mas lembrar que a base de tudo é o lado emocional do paciente. Como eu disse, a parte do iceberg que está debaixo da água muito voltada para o lado emocional desse paciente que acabou culminando numa tentativa de, de autoextermínio, de se mutilar muitas vezes, que é clínica, mas que tem toda uma base por baixo disso. Então... é um grande desafio para os profissionais de saúde entender, porque muitos profissionais estão mais focados para parte clínica, e esquece da área, da parte emocional de atendimento a esse paciente. É por isso que eu considero isso um grande desafio.

G: Bom Rafael, eu quero te agradecer e aí eu vou te enviar depois por e-mail para você dar uma lida e ver o que você acha, pode ser?

R: Pode ser.

G: Obrigada.

R: De nada.

Entrevista com Laura (Duração: 21 minutos e 43 segundos)

- *Laura, 34 anos;*
- *Médica;*
- *Especialista em Reumatologia;*
- *Vivência em prontos-socorros: 11 anos;*
- *Atualmente trabalha em um pronto-socorro de um hospital privado.*

Giovana: Entrevistadora**Laura: Colaboradora**

Giovana: Eu vou começar a gravar e queria fazer algumas perguntas a respeito da sua formação, de você. Qual a sua idade?

Laura: 34.

G: Você é médica, me fala um pouco sobre a sua formação.

L: Então, eu fiz faculdade de Medicina no ABC, me formei em 2006, depois eu fiz a residência de Clínica, depois eu fiz Reumato. Então, dois anos de Clínica e dois anos de Reumato.

G: E você, depois disso começou a trabalhar mais na área da reumato?

L: É, eu sempre continuei trabalhando como clínica, pronto-socorro, eu nunca deixei de trabalhar no pronto-socorro de clínica e agora eu tenho tanto consulta de clínica, como de reumato. No SUS, eu sou mais reumato, mas no consultório particular eu atendo clínica e reumato. Os dois.

G: Faz quanto tempo que você é formada?

L: Desde 2006, da faculdade.

G: Há quanto tempo que você trabalha no PS?

L: Desde a faculdade, no quinto ano que a gente começa a rodar no PS.

G: Antes mesmo de 2006?

L: É, 2004.

G: Sempre foi hospital público ou privado?

L: Então, começou pelo público na faculdade e residência pública. Aí durante a residência de clínica, depois do primeiro ano, eu já comecei a trabalhar no particular.

G: E você fica nos dois? No público e no particular?

L: Agora, no pronto-socorro, só particular. Eu acabei a residência e só trabalho no particular.

G: E faz quanto tempo que você está trabalhando no particular?

L: Então, desde o primeiro ano de residência, então... 2008.

G: E mesmo você tendo se formado em reumato, você nunca parou de atender a parte de clínica geral?

L: Não, nunca parei.

G: E, para você, como é atender uma pessoa que tentou o suicídio?

L: Ah... é complicado. É complicado porque... além de ser uma coisa grave, não é especificamente a nossa área, que não é psiquiatria. E, às vezes, a gente tem que fazer a vez do psiquiatra porque muitas vezes não tem nos prontos-socorros particulares. Você vai geralmente encaminhar para um hospital que tenha, então naquele momento você vai ter que ir fazer o papel dele. Enquanto não transfere para um hospital que tenha. Diferente do público que geralmente tem o psiquiatra.

G: Que pode ser chamado?

L: Isso, aí já passa o caso pra ele. Historicamente é dele. No particular, você tem que meio que cuidar até transferir.

G: Não fica então, o paciente?

L: Ah... Geralmente não. Geralmente nos hospitais que eu trabalho, não. Não tem psiquiatra, tem que ser transferido para um que tenha e são poucos. Não são todos que tem psiquiatra não. No hospital X não tem, no hospital Y eu também acho que não tem. E aí vai, não é...

G: E não tem nenhum psiquiatra de plantão, algum profissional que vocês possam...

L: De plantão não. Ou talvez tenha algum para a gente ligar?

G: É, isso.

L: De sobreaviso... Se bem que eu não lembro de ter na lista do hospital X (privado). Geralmente, a gente transfere e nem liga hein... Estou achando que nem tem lá...

G: De sobreaviso?

L: Eu acho que psiquiatra nem tem de sobreaviso, às vezes nem tem.

G: E como que normalmente são conduzidos esses atendimentos a esse tipo de paciente?

L: Então, você tem que ver se realmente foi uma tentativa. Porque a gente aprende na faculdade. Se é uma tentativa real, se ele está tentando mesmo, se ele tem chance de conseguir ou se é só uma ideia, uma ideia vaga... que está só pensando, que é só uma vontade mas não vai concretizar. Então eles ensinam a gente na faculdade a diferenciar para internar. Internar o caso que realmente pode acontecer, não é? Que pode realmente realizar esta vontade, isso que é importante eu acho. E se tentou, se já tentou também, já tem que internar, porque pode tentar de novo. Entendeu?

G: E, por exemplo, como que funcionaria nesse caso que você falou até de não ter o psiquiatra. Tem algum caso que você se lembra?

L: Tem. Então, por exemplo, no hospital X (privado) o que acontece, às vezes, chega menina que tomou, sei lá, 20 comprimidos. Aí lógico você vai fazer a lavagem, vai tratar a parte clínica, vai pedir exame, para ver se não alterou nada e já vai passar o contato para transferir para um hospital psiquiátrico. Ela melhorando clinicamente, enquanto isso você vai tratando a pessoa. Aí você transfere para tratar essa parte da psiquiatria. Entendeu?

G: E, por exemplo, ela pode ficar internada por um tempo até melhorar essa parte...

L: Isso.

G: Só que o que você está me dizendo é que normalmente não vai ter esse psiquiatra para avaliar, é isso?

L: O que eu sei é que transfere para outro hospital. Então a gente espera a paciente melhorar, vamos dizer intoxicar, desintoxicar, se for uma tentativa de comprimido, como uma ingestão. Aí ela melhorando clinicamente transfere, vai de ambulância para um hospital que tem um psiquiatra, ela fica internada. Entendeu?

G: Entendi. E normalmente, o que você observa, quais são os profissionais envolvidos neste tipo de atendimento?

L: Ah... Todos. Desde enfermeira, auxiliar, os médicos, o pessoal do laboratório, colher exames, todo mundo, não é?

G: Tem outros da equipe multi também, que são solicitados?

L: Então, eu acredito que o ideal seria ter um psicólogo também, mas não sei se sempre vai ter esse acesso no pronto-socorro. Não lembro de um psicólogo descer no pronto-socorro para conversar, assistente social... É difícil essa parte de hospital particular também. Não é igual no SUS que tem uma assistente social sempre presente, que pode conversar com o paciente. É diferente também, eu acho que eles não têm tanto este amparo.

G: Você acha que muda então?

L: Muda, é diferente. Eles acham que no particular a pessoa precisa menos dessa ajuda, do que no público. E às vezes é necessário, não é?

G: Então você acha que estão mais envolvidos aqueles funcionários que trabalham diretamente no pronto-socorro...

L: Isso.

G: Dia-a-dia.

L: Não tem assim, uns profissionais específicos para esse caso, deveria ter. É todo mundo que lida com tudo Então com, gripe, com dengue e com a tentativa de suicídio. Todo mundo igual, os mesmos profissionais.

G: E até aproveitar que você falou desses outros pacientes Você acha que tem alguma diferença entre atender um paciente que tentou o suicídio e esse outro paciente que chegou com dengue?

L: Total. Total diferente. É, a gente até é instruído a colocar uma roupinha, pelo menos no SUS. No particular eu acho que não tem isso. Mas no SUS você coloca tipo uma roupinha verde, um coletinho, para indicar que é tentativa de suicídio, porque a pessoa pode tentar fugir.

G: Ah é?

L: É. Paciente psiquiátrico, ele tem uma roupinha, então no pronto-socorro você sabe que, o segurança sabe, entendeu, que é uma pessoa que pode tentar fugir. E eu acho que no particular não tem isso não, quer dizer, a pessoa pode sumir, não é? Alguém... todo mundo vacilou, não está olhando, ele pode pegar e fugir, para conseguir se suicidar mesmo, não é? Ainda mais se

foi levado pela família. Se vai de livre espontânea vontade acho que o que ele quer é ajuda, mas se alguém levou, ele pode tentar fugir.

G: E além dessa questão da roupa e dessa questão burocrática mesmo, tem mais alguma coisa de diferente?

L: Ah... eu acho que tudo, não é? O ideal seria um quartinho mais isolado, mais tranquilo, um atendimento mais cauteloso, mais atenção. Até cuidados do local mesmo, não ter nada perigoso para ele não se machucar. Ficar mesmo sob vigia, entendeu?

G: E isso também você acha que não ocorre nos hospitais aonde você trabalha?

L: Eu acho que não. Eu acho que ele fica em um quartinho igual lá no PS, igual todo mundo. Não tem esse cuidado não.

G: Você tem alguma outra experiência que você possa falar em relação a tentativa de suicídio? Quais são as suas experiências?

L: Que eu lembre de paciente?

G: Isso.

L: Então eu lembro muito de intoxicação, ingestão de comprimido, aí você tem que fazer aquela lavagem, carvão ativado. Eu lembro mais desses tipos de tentativa. E lembro de paciente que fala que está com vontade, mas não necessariamente que tentou.

G: Às vezes paciente que estava internado mesmo e chega verbalizar, é isso?

L: Não, paciente que estava na casa dele e que fala “olha doutor, eu estou muito mal e estou com vontade de me matar”.

G: Ah... que vai até o pronto-socorro...

L: Isso, sem ter tentado, só com aquele ideal.

G: Ah, e aparece muitas pessoas?

L: Aparece. Eu lembro de alguns casos assim e outros que tentaram pela ingestão.

G: E quando aparece essas pessoas que não tem essa parte clínica, como que vocês fazem?

L: Então, é o que eu estava te falando. Você tem que avaliar se realmente está com aquela vontade, se aquilo é real, se ele está já idealizando bem, aí já vai direto para a internação

psiquiátrica. Ele fica esperando no quarto, mas sem fazer nada, sem fazer lavagem, nada, nem tomar soro, porque ele não tentou e está bem clinicamente. Mas espera só a transferência para a internação psiquiátrica.

G: E quando é no SUS, já fica lá mesmo e chama alguém da psiquiatria?

L: É, já tinha o psiquiatra, aí o psiquiatra já conversa, faz tipo uma consultinha. Aí o psiquiatra avalia se tem risco mesmo, interna se tiver risco ou libera se ele acha que não tem risco. Se foi só um ideal vago, ele manda voltar sei lá, no dia seguinte no ambulatório. Entendeu? Já dá um remédio.

G: Eu não sabia que era frequente essa outra parte, das pessoas que vão ao pronto-socorro falando que querem...

L: Sem ter tentado ainda. E, às vezes, ele quer uma ajuda, não é? Falando “olha, eu estou querendo, eu vou tentar e eu preciso de ajuda para não fazer isso.”

G: E você observou muitos casos?

L: Ah, vem. No SUS e no particular.

G: Nos dois?

L: É, tá.

G: É importante porque parece que tem que ter um cuidado...

L: É... exatamente.

G: Com esse paciente que está buscando uma ajuda.

L: Exatamente, saber extrair isso dele.

G: Normalmente, você falou assim que dentro do hospital que você trabalha, por não ter psiquiatra, você tem que encaminhar para outro hospital...

L: É, geralmente encaminha.

G: Então dentro do hospital não é feito algum tipo de encaminhamento para outro profissional?

L: Não, eles transferem direto para o hospital que tem psiquiatra. É como eu te falei, o psiquiatra não vai até lá. Não tem essa interconsulta. Talvez por não ser um local adequado, por um outro hospital ter uma salinha, não sei, é alguma coisa desse tipo.

G: Entendi.

L: E por ser raro também, em hospital particular, tem poucos casos que chegam, então não vale a pena para o hospital ter sempre um médico para interconsulta, eles acham que não vai ser chamado, poucas vezes ele vai ser chamado. Então não deixa de sobreaviso, entendeu? Porque quase não vai utilizar.

G: Então você observa que no SUS chegava mais, pela sua experiência?

L: Ah... chegava bem mais. Bem mais. A psiquiatria é lotada, do hospital Z (público). Chegava direto.

G: E lá já tem psiquiatria?

L: Isso, já tem esse contato direto. Atendimento.

G: Entendi. E qual é a sua percepção em relação a tentativa de suicídio?

L: Como assim percepção?

G: O que você entende que é a tentativa de suicídio, como você vê a tentativa de suicídio?

L: Ah tá, em relação a psiquiatria, não é?

G: Não, em relação a você mesmo. O que que você acha?

L: Então, é um desespero, é uma depressão, que está tão ruim, está tão incomodado, que ele quer se livrar, é uma... dor intensa, não é? É uma angústia, que a pessoa não consegue lidar mais com aquilo. Então a tentativa de suicídio, é uma forma de se livrar, de aliviar, como se fosse um remédio para dor de cabeça, entendeu? Você toma e você acaba com a dor de cabeça. Só que a única forma que ele tem de acabar com aquela angústia, com aquele problema psiquiátrico, aquela aflição que eles têm, aquela depressão, é a... morte, que é o único caminho que eles veem, não é? Não deveria ser. Deveria ser tentar, acho que a pessoa que está doente, procura alternativas para todo sofrimento. Isso está me incomodando, como é que eu vou lidar com isso, a gente consegue. Agora, o doente psiquiátrico não, ele não vê saída para nada. Não vê jeito de melhorar, não vê jeito de se livrar daquilo, daquela angústia, daquela dor, daquele sofrimento. Ele acha que o único jeito é acabando com a vida. A vida é tão dolorosa, é tão... um peso na vida dele, que ele quer se livrar.

G: Você associa mais a essa questão da psiquiatria?

L: De se livrar da dor e de não conseguir alternativa, ele não consegue ver alternativas. Ele não tem um aparato religioso, para ter uma fé, não é? Ou mesmo de mudar, é... isso aqui está me incomodando, eu vou fazer uma viagem, eu vou dar uma relaxada. Para ele nada é bom, nada é suficiente. Para ele não adianta ele ir para a Igreja rezar, não adianta ele... nada é prazeroso, nada ele vê como uma saída para aquela dor, eu penso assim. Ele não vê alternativa em nada. É uma doença que cega a pessoa, ela acha tudo ruim, tudo sofrido, e o jeito é se livrar, é se matando.

G: Você associa a tentativa de suicídio a uma doença, é isso?

L: Sim, uma doença. Não é normal. A nossa natureza é querer sobreviver, não é? A gente tende a querer sobreviver. Tudo, até quando encosta uma coisa quente você tira, em um senso de defesa. O normal é a gente estar com esse senso de defesa. Ouve um barulho se assusta, se protege, é da natureza do ser humano, querer continuar vivo. Então eu acho que a pessoa que quer se matar, ela está totalmente doente, o cérebro está completamente doente, está sem esse senso de defesa.

G: E como você acha que seria adequado, uma ajuda ideal para essa pessoa, que você disse que está doente. Na sua cabeça, como você imagina que seria uma ajuda?

L: Ah então, eu acho que é multidisciplinar, é muita gente junto. É levar essa pessoa para um lugar tranquilo, ter um psicólogo para conversar, perguntar: “qual é o problema?”, “por que você está tão angustiado?”, dar soluções, não sei se vocês fazem isso como psicólogo, mas talvez dar uma solução, faz a pessoa enxergar soluções, não é? Através da conversa, para ela ver que não é o fim do mundo o que ela está passando, que o remédio pode ajudar ela, que ela vai se sentir melhor, que ela não precisa se suicidar para aliviar, que vai ter outros tipos de ajuda. Então através de psicólogo, terapia, não é? Remédio, médico ajudando, acho que tudo isso.

G: É difícil porque pelo que você me falou, neste primeiro momento que ela fala em suicídio ou está pensando em suicídio não tem esse tipo de ajuda, é isso?

L: Não, não tem, ela acha que nada vai melhorar a dor dela.

G: Não tem esse tipo de ajuda que eu falo dos profissionais mesmo.

L: É, não.

G: Dos profissionais, de uma equipe?

L: Não, só depois, se ela for encaminhada, aí deve ter, não é? Não sei porque eu não sou psiquiatra, mas acredito que tenha, em hospitais que tem psiquiatra.

G: Você acaba perdendo o contato com esse paciente que é encaminhado?

L: Perco, eu não sei o que acontece, não sei como ele é tratado, nada.

G: Então é mais condição clínica.

L: É só o primeiro contato...

G: Depois você encaminha.

L: É até importante saber como é o tratamento em hospital particular desses doentes, não é?

G: Quando encaminha vai para outro hospital particular que tenha psiquiatra?

L: Que tenha, que tenha. Eu não sei se é hospital um só psiquiátrico. Eu não acho que é misto não. Eu acho que são lugares específicos que você encaminha, que só tem ajuda psiquiátrica, não tem a parte clínica. Por isso que você tem que melhorar a parte clínica e encaminhar, para lugares específicos que o convênio determina, eu não sei se são clínicas ou hospitais, entendeu?

G: É o convênio que determina?

L: É, o convênio fala aonde tem vaga, entendeu? O SUS vai falar aonde tem vaga, se no hospital que tiver atendendo não tiver, no convênio é a mesma coisa. Vai ver aonde tem vaga e encaminha, mas eu acho que é só de psiquiatria, eu não acho que é misturado não.

G: Pode ser até uma clínica?

L: Eu acho que é clínica e geralmente são meio isoladas, são bem distantes, vamos dizer, Cotia, são lugares isolados, é isso que eu estou te falando. Tem que ter um lugar tranquilo, às vezes, meio longe do centro urbano, umas coisas diferentes, viu. Deveria ser interessante para a gente saber.

G: Então você não tem conhecimento para aonde vai...

L: Não.

G: Porque também tem o convênio que acaba determinando?

L: Exatamente. Não tenho não, não sei nem como funciona. Não peguei o retorno para ele falar.
(Risos...)

G: E normalmente são pacientes que como só passaram pelo pronto-socorro não vão voltar com você?

L: Não. Vão ficar tratando só com o psiquiatra, dificilmente vão voltar de novo.

G: E você já teve alguma experiência fora do âmbito profissional em relação a tentativa de suicídio?

L: Ai não, graças a Deus não. Que eu estou lembrando de alguém próximo, não é?

G: Isso.

L: Ahh... ouvi falar, não é? No bairro, de amigas, assim. Ah... no prédio na frente do meu, parece que teve uma história, que a pessoa se atirou. A minha amiga falou que estava indo no prédio dela, próximo a minha casa e também ouviu um barulho. O elevador estava caindo, olha que absurdo, e a mulher tinha se atirado. Tem umas histórias que a gente ouve falar no bairro, mas eu nunca vi. Nunca presenciei, vizinho que se atirou e estava lá no chão. Mas tem umas histórias, no prédio na minha frente, dessa minha amiga que é perto, vira e mexe tem. Triste, não é? Mas tem.

G: E mais próximo a você?

L: Não, nunca nenhum amigo, nenhum parente, não. Ainda bem, não é?

(risos)

G: Era isso que eu gostaria de te perguntar, mais sobre as suas vivências, você quer acrescentar alguma coisa, o que você pensa sobre a tentativa de suicídio, alguma coisa que você não tenha falado ou que eu não tenha perguntado?

L: Não, acho que a gente falou tudo, não é? Acho que falou tudo.

G: Obrigada, agradeço a sua participação, seu tempo e eu vou te enviar por e-mail...

L: Imagina, pode deixar.

G: E depois você retorna só falando se está OK.

L: Pode deixar, legal.

Entrevista com Mônica (Duração: 55 minutos e 31 segundos)

- *Mônica, 27 anos;*
- *Técnica em Enfermagem;*
- *Cursando Ensino Superior em Enfermagem;*
- *Vivência em prontos-socorros: 7 anos;*
- *Atualmente trabalha em um pronto-socorro de um hospital privado.*

Giovana: Entrevistadora

Mônica: Colaboradora

Giovana: Gostaria que você me falasse um pouco sobre a sua formação, sobre a sua experiência profissional.

M: Sou formada há sete anos já, comecei a trabalhar com hospital público, fiquei três anos mais ou menos em um hospital X, tá, aí eu saí de lá e fui para um CAPS e fiquei pouco tempo lá porque aí eu recebi a proposta do hospital aonde estou atualmente e já estou neste hospital privado há quatro anos. Tem bastante tempo já... E agora eu estou me formando em enfermagem.

G: Ah... você também está fazendo faculdade?

M: Isso.

G: E você fez auxiliar e técnico? Como que foi?

M: Assim, fiz dois anos que é junto auxiliar e técnico, e em dois anos você já sai com o diploma de técnico de enfermagem. Eu fiz no final, acho, que de 2007. Aí eu estava grávida, aí meu filho nasceu e depois de alguns meses eu já entrei na área.

G: Já voltou...

M: É, já voltei. Só esperei meu filho crescer um pouquinho... (risos).

G: Então são sete anos que você falou, e agora já está terminando a enfermagem?

M: Estou, graças a Deus.

G: Você gosta da área?

M: Gosto, não me imagino fazendo outra coisa, Gosto, gosto do que eu faço, é cansativo trabalhar com público, não é fácil, mas... vale a pena.

G: E no hospital X, que você me falou, era pronto-socorro também?

M: Pronto-socorro. Só pronto-socorro. Lá era dividido, sala de trauma, sala de emergência e era como se fosse uma retaguarda de UTI mesmo, que era onde eu ficava mais tanto no trauma quanto na sala de emergência. Tinha as medicações... mas aí eu focava mais no trauma e na emergência.

G: E você trabalhou lá e depois foi para o CAPS?

M: Fui para o CAPS. Lá era mais... não era AD, era doente mental, mas era muito próximo. Vinha muito álcool e droga e a gente atendia, depois acabava transferindo para outro de referência, mais próximo. Mas é que muito álcool e droga também vira doente mental, então ficava muito junto um com o outro.

G: E agora são quatro anos que você está no hospital privado, não é? E sempre no pronto-socorro?

M: Sempre no pronto-socorro (risos). Não saio do pronto-socorro, eu gosto.

G: Acho que você então já deve ter tido contato com o paciente que tentou suicídio. Para você, como é atender um paciente que tentou o suicídio?

M: Vou ser bem sincera assim, quando eu comecei no hospital X, lá tinha muito, porque assim... é, por causa de dinheiro... de família, marido que batia em mulher, tudo, então realmente tinha muita tentativa. Tentativa de arma mesmo de fogo, mas aquela tentativa de ter tomado vai, três voltarens e ter entrado como uma tentativa de suicídio. É que acaba que nessas, como se fosse mais comprimido, que toma, a gente acabava meio deixando de lado, porque tem aquele preconceito, não vou falar que não tem, porque tem, aquele preconceito de falar “ah... se matou... quer se matar com três comprimidos de voltaren”, uma coisa bem ridícula. E aí, quando eu fui para o CAPS mudou muito a minha concepção disso. Aí você começa a perceber que não é só o paciente, envolve toda uma família, o porquê que ele, algum motivo chegou no auge para ele tentar o suicídio, mesmo que for para querer aparecer, mas o porquê que ele quis se aparecer, então nesse tempo que eu fiquei no hospital X a minha percepção era muito diferente do que é hoje, mas eu só percebi mesmo indo para o CAPS.

G: E o que você acha que no CAPS te ajudou a ter essa percepção diferente? O que aconteceu lá? Aconteceu alguma coisa específica? Como que foi?

M: Era assim, comecei a estudar mais psiquiatria, para entender o que estava acontecendo com os pacientes, e aí a gente fazia residência terapêutica lá, e tinha muito paciente esquizofrênico com tentativa de suicídio nessa residência terapêutica e aí conversando com o paciente, a gente fala: “que história de vida que a pessoa tem”. É, que história sofrida, na verdade, e aí depois quando eu vim trabalhar na instituição atual, a gente teve um colega do nosso setor que se suicidou. É e aquilo chocou o setor inteiro, foi bem complicado. E aí a gente começa a repensar mais ainda no suicídio. Como que foi, que foi do nada também.

G: Era uma pessoa próxima a você?

M: Era bem próxima da gente porque eu já tinha trabalhado com ele, aí eu voltei a trabalhar, e eu sou preceptora, então eu treinei ele, ficava do lado dele. E... ele era homossexual, ele sempre falava que a mãe dele nunca tinha aceitado a homossexualidade dele. Mas ele era muito alegre, nosso, muito, muito alegre. E de repente, ele começou a faltar, falava que ia ficar bem e foi encontrado morto. Então, foi um choque para todo mundo, foi uma época bem complicada. E aí, engraçado que depois disso, a equipe mudou muito a concepção de suicídio, de tentativa, entendeu, porque... percebeu que é mais embaixo como se fosse assim sabe, o buraco é mais embaixo. Que não é assim uma simples... querer se aparecer, alguma coisa assim. É... acontece na nossa profissão, é que quando tiver mudança, em relação ao não julgar o outro, ver o que está acontecendo mesmo.

G: Você acha então que pode ter contribuído ainda mais esse fato que você está me contando?

M: Nossa, muito, já tinha mudado bem, quando eu entrei no CAPS. Mas ainda mais por isso ter acontecido com um amigo, uma pessoa bem próxima, de uma hora para outra assim. Que nunca tinha dado sinais, tentativas de suicídio, vamos dizer assim. E... passou o que, uns dois meses mais ou menos e uma outra colega teve uma tentativa de suicídio.

G: Colega da equipe é isso?

M: É, mas... não foi espalhado, nem nada, ficou entre algumas pessoas, tanto que a maioria não sabe.

G: Mas ela se recuperou? Foi uma tentativa?

M: Então, hoje ela faz acompanhamento psiquiátrico mesmo e foi diagnosticada com transtorno bipolar e ela faz acompanhamento e tudo. Foi realmente uma tentativa de suicídio, ela injetou uma medicação na veia.

G: Dentro do hospital ou na casa dela?

M: Na casa dela. Tanto que esse outro colega também... Se suicidou com medicação na veia na casa dele.

G: É... vocês da enfermagem tem esse conhecimento...

M: Esse que é o problema (risos).

G: Ao mesmo tempo que esse conhecimento é positivo pode ser usado para outras questões, como você está me dizendo.

M: É...

G: Difícil Mônica, todas essas vivências próximas...

M: Assim, hoje tenho a percepção de suicídio totalmente outra de quando comecei na área. É... muito diferente. Algum problema tem, muito sério, mesmo que seja adolescente... uma depressão de adolescente, mas, o que quê pode virar isso, na fase adulta. Porque aqui tem muito adolescente que, que... aparentemente quer se aparecer para os pais, vamos dizer assim. Mas, por que quê ele está querendo se aparecer para os pais? Alguma coisa tem... Para estar querendo.

G: E essa sua visão agora que você está me dizendo é que você está procurando compreender?

M: É...

G: E você acha que a sua visão agora é diferente de quando você começou...

M: Totalmente...

G: Quando você começou como você pensava?

M: Eu realmente pensava que era para querer se aparecer... A não ser nos casos que chegava... Teve uma vez que o paciente deu um tiro nele mesmo, e só que ele morava lá próximo. Ele chegou, a gente atendeu e tudo, conseguimos reverter, não acabou indo a óbito. A não ser nesses casos, que a gente fala, "Nossa chegou no limite, não é? Dar um tiro na própria cabeça...". A não ser nesses casos, mas aqueles casos de... chegar, tomar três voltas, sabe? Tomar um

AAS e falar que quer se matar, a gente... a equipe mesmo, porque hospital público é muita correria, então a gente dá prioridade para os mais graves realmente, graves clínicos, vamos dizer assim, que... teve um infarto, um AVC, alguma coisa assim, e realmente a gente deixa de lado. Ah... pede uma avaliação do psiquiatra e o psiquiatra que se vire, não é? Mas... e a assistência? A gente não está prestando a assistência que deveria.

G: Agora que você comentou sobre o hospital público, atualmente você só trabalha em hospital privado?

M: Só trabalho no privado.

G: E você vê alguma diferença nesses casos de suicídio da assistência entre o hospital público e o privado?

M: Algumas pessoas não. Mas tem pessoas que... continuam com a mesma mentalidade, sabe? De... Mesmo depois do que aconteceu com o nosso colega. De chegar paciente com tentativa de suicídio e falar: “Ah não, vamos pegar um jelco mais calibroso”...

G: Pegar o quê, desculpa?

M: Um jelco, para pegar uma veia mais calibrosa. Vamos ver o que é bom, sabe... E aí, tem umas que fala “Meu... pensa que era nosso colega, pensa que era ele”. E aí mesmo assim tem pessoa ainda com essa mentalidade, sabe... De que a pessoa tem que sofrer mais ainda do que ela realmente está sofrendo.

G: E você observa isso tanto no privado quanto no público?

M: Sim, no privado menos. Eu não sei se é porque, geralmente, as pessoas que trabalham no privado já passaram pelo público, mas... ainda tem muita mentalidade disso mesmo. De achar que tem que sofrer mais, quer só se aparecer. “Ah...tem dinheiro e quer se aparecer porque se já tem dinheiro?”. Então... é pensar mesmo, por que está acontecendo isso? Não está normal. Se tivesse normal, é... não aconteceria isso. Ainda dá tempo de reverter a situação. Que às vezes não dá tempo, que nem aconteceu com o nosso colega. Mas... essas pessoas, é capaz de dar tempo. A gente tem que pensar... independente do que a pessoa esteja passando. Mas realmente, tem profissional, não só da área da enfermagem, área médica, área de fisioterapia. Realmente, olha com ar de insignificância, de falar “Nossa, tentando se matar para quê, tem tudo na vida, mas...”, estou falando do privado. Tem tudo na vida, mas será que tem o que precisa mesmo? Não falando de dinheiro, de bens materiais, da melhor escola, mas assim... será que tem a atenção dos pais? O básico.

G: Esta questão é importante mesmo. E você falou que tem vários profissionais que enxergam de uma forma, você já enxerga de uma forma diferente. Os próprios profissionais, tanto no público, quanto no privado, tem hora que varia. E a própria instituição? Você percebe algum tipo de diferença quando chega um paciente com tentativa de suicídio? O que você fazia no outro, o que você faz agora. Até em relação aos próprios procedimentos.

M: Eu acho que por ser público, para pedir uma avaliação para o psiquiatra demora dias. Para o psiquiatra chegar, fazer essa avaliação, ou até o paciente ser transferido para uma internação no hospital psiquiátrico, nunca tem vaga. Então, ele fica lá realmente, no hospital público, pelo menos aonde eu trabalhava... Aguardando vaga para uma internação psiquiátrica.

G: Aguardando vaga para outro hospital?

M: Isso, psiquiátrico. Agora no privado aonde eu trabalho não, o hospital privado tem a retaguarda de psiquiatria, então o psiquiatra tem até duas horas para chegar. Então tem muita diferença.

G: E quando acontece de chegar um paciente com tentativa de suicídio já aciona o psiquiatra na hora? Como funciona? É o médico ou vocês?

M: Não, o médico que atendeu o paciente que acaba solicitando uma retaguarda de psiquiatria. O psiquiatra vem, mas assim, a maioria dos casos, os pacientes são já depressivos, alguma coisa assim, já tem o próprio psiquiatra e o médico pergunta “Quem é seu psiquiatra?”, e tem esse contato com o médico da pessoa e vem para cá. É muito fácil de ter uma avaliação psiquiatra, é muito fácil. Hospital público não tem psicóloga, não tem psiquiatra de plantão, então assim, é muito difícil. O atendimento mesmo, especializado, esquece praticamente, porque demora dias. Não entra com medicação, porque um clínico não sabe qual medicação utilizar, cada um tem um tipo. Então fica sem medicação a pessoa, essa que é a grande... é uma diferença gritante de hospital público para hospital privado em relação ao atendimento de paciente com tentativa de suicídio, de atendimento especializado mesmo.

G: Quais profissionais que você observa envolvido no atendimento a esse paciente, além do clínico geral, depois quem mais tem contato? Enfermagem, você falou do psiquiatra. Tem outro profissional que entra em contato?

M: Depende muito do quadro do paciente. Se for um paciente que está estável, que não corre risco eminente de vida, alguma coisa assim, geralmente o médico e a equipe de enfermagem.

G: O médico clínico junto com o psiquiatra?

M: Não, em um primeiro atendimento, o médico que está de plantão e a equipe de enfermagem mesmo para fazer os procedimentos. Agora, se for um caso mais grave, de um paciente que injetou, precisa entrar com procedimentos mais invasivos, aí entra... dependendo entra fisioterapeuta, entendeu... Vai depender muito do quadro do paciente.

G: Do que o paciente está precisando?

M: É... do que também o paciente ingeriu nessa tentativa, ou por exemplo, paciente assim, com tentativa de suicídio que se jogou de dois, três andares, aí entra cirurgião, entra ortopedista, depende muito de como foi essa tentativa.

G: E quais casos você tem visto mais ultimamente?

M: Eu vejo muito de ingestão de medicamentos mesmo, mas medicamento que o paciente já faz uso, um excesso de medicamento, excesso de rivotril, excesso de lítio. O paciente sabe o que está acontecendo com ele e ele mesmo ingere mais para estar fazendo a tentativa.

G: E quando... eu sei que é um pronto-socorro, tem esse contato com o médico, com os enfermeiros, dependendo de qual quadro, da condição do paciente. E depois que esse paciente estabiliza você sabe o que acontece com esse paciente que tentou o suicídio?

M: Difícil a gente saber, porque ele é transferido para outra unidade, por exemplo, para outro setor. E é difícil da gente saber qual foi o destino do paciente. Alguns casos que a gente acaba mantendo contato com o paciente por outros motivos, mas... psiquiátrico, assim, de tentativa, a gente acaba perdendo, a gente não tem como, por causa do fluxo, não tem como visitar, não tem como saber. Às vezes, a gente pode olhar no prontuário eletrônico para saber mais ou menos como que está, mas de visitar o paciente, perguntar como ele está ou alguma coisa assim, pronto-atendimento é bem difícil para isso, porque não acompanha. A gente estabiliza e manda, aí você vai mandando o paciente.

G: Aí quando você fala manda...

M: Depende da gravidade, manda ou para a UTI ou manda mesmo para um hospital psiquiátrico, ou faz um encaminhamento depois para psiquiatra ambulatorial, alguma coisa assim. Porque pronto-atendimento é muito de... daquilo, resolveu aquilo no momento e é difícil a gente ter. Tem alguns pacientes que vão direto, e aí a gente acaba pegando amizade, alguns que a gente já conhece. De convidar para as redes sociais... assim, a gente acaba pegando amizade com alguns pacientes. Mas... poucos de psiquiátricos.

G: E como é para você perder esse contato?

M: O ruim é você não saber o quê que deu, de saber se realmente está tomando a medicação direito, se está fazendo acompanhamento. Mas a gente acaba se acostumando com isso. De... de atender rápido e um dia a gente ver, outro dia aparece, sabe? É bem, acho que acostuma. Acostuma com essa rotina de PS. É ruim assim, a gente não ter acompanhamento, mas tem uns pacientes de clínica mesmo, de AVC, que a gente acaba tendo um acompanhamento depois. Que vai visitar, alguns a gente pega mais afinidade. Só que para o paciente com tentativa de suicídio é mais difícil pegar afinidade na hora. Porque... ele já está estável, geralmente, ele é agressivo, então pegar afinidade nesse momento eu acho que é mais difícil.

G: Você acha que tem diferença? Entre o paciente que teve um AVC, igual você falou, e o paciente que tentou suicídio.

M: Tem, tem. Tem muita diferença, muita. (Silêncio)

G: A diferença fundamental seria qual?

M: Eu acho de... não sei te dizer. Engraçado que... a abordagem praticamente é a mesma, de como a gente chega no paciente. Mas acho que pelo estado dele, o estado físico, emocional dele naquele momento, está totalmente abalado. Tanto dele quanto das pessoas que estão em volta dele, então, é... é um baque para a família. Quando fala que, por exemplo, um filho teve uma tentativa de suicídio. Então, é difícil você ter uma afinidade com o paciente quando ele está muito alterado emocionalmente assim, é muito difícil. Eu penso por esse lado assim. Igual, chegou... na semana retrasada, um menino de 17 anos que estava tomando rivotril e tomou a mais, e o jeito que ele tratava os pais era insuportável assim... E os pais não faziam nada, e aí você vê porque que o menino chegou nesse estágio. É... xingava a mãe, o pai não fazia nada, o pai se ajoelhou na frente dele, pedindo para ele parar. Então assim, que educação que esses pais deram, para esse menino estar assim hoje, com 17 anos controlar os pais desse jeito. Hoje eu não vejo que é culpa dele, se os pais tivessem colocado limite, quando teria que ter colocado, ele não estaria assim hoje.

G: E como você se sentiu nessa situação que você me contou?

M: Você olha assim... Você tem que ser mais firme com o paciente, ele estava revoltado o paciente, ele queria, ele estava agressivo, é... você tem que ser mais firme, isso não tem como não ser, não sei se ele tinha usado drogas ou não também. Foi coletado exame toxicológico, mas não tem como a gente saber na hora, porque ele estava falando que não tinha usado, só

tinha ingerido rivotril em excesso e estava esperando o psiquiatra dele já. Já tinham chamado o psiquiatra dele. Então assim, vai fazer o que... eu, sinceramente, não me meto, eu falo em relação aos pais, eu deixo porque, se os pais deixam... quem sou eu para me meter. Porque... eu tenho um filho assim, eu falo, eu tenho que colocar limites nele, se eu não colocar limites nele, quem vai colocar? Então... esses adolescentes que realmente tem uma tentativa de suicídio, é muito... puxou muita coisa da família. No CAPS tinha um psiquiatra que falava isso, que quando tem um adolescente, não quando a família inteira usa drogas ou usa medicamento controlado, alguma coisa assim. Mas quando uma, uma pessoa da família única, ela... tem tentativas de suicídio, usa drogas, ah ele pega a maior parte dos problemas para ele da família. Assim, você não tem que ver ele como o culpado de tudo, então tem outras pessoas em volta dele que deixaram ele assim e nunca barraram ele, isso que é complicado. Porque tem muita gente que não enxerga isso, mas também tem muita gente que enxerga. Realmente, acha que a culpa é dele.

G: E nesse caso específico que você me falou, como você percebe?

M: Realmente a culpa é dos pais, estava nítido. Porque para um pai aceitar que o filho xingue a mãe e ajoelhar na frente dele pedindo para ele falar baixo, falar e ajoelhar e assim... Qual pai é esse?

G: Você acha que tem um contexto familiar que influencia?

M: Muito... muito... muito. Praticamente todos os casos eu que vi de tentativa de suicídio era contexto familiar, algum problema na família. A não ser os casos tipo, é tentou se matar um empresário porque perdeu muito dinheiro, mas assim... perdeu muito dinheiro porque tinha uma família para sustentar, então praticamente, tudo envolve a família. Mesmo a pessoa que tenta se matar por algum problema que não queria passar para a família. Porque já chegou empresário querendo se matar porque perdeu milhões, mas assim, penso o porquê, “como eu vou sustentar a minha família, sustentar um padrão de vida que eu tenho”. Que nem essa... essa colega que tentou, que fez a tentativa. Ela falou que estava com um problema de dívida e que ela ia se matar por causa do seguro. Aí eu falei: “Mas você não pensou, porque suicídio não vai te dar seguro de vida para a sua família... você esquece”. Esquece, você não vai conseguir, vai piorar, tanto que a filha dela viu ela e também está fazendo tratamento. Ela tem uma filha de 15 anos. E aí voltando do adolescente, ele vê o exemplo da mãe e com 15 anos já está fazendo tratamento psiquiátrico. Uma coisa que poderia ter sido evitada.

G: Você vê que tem a influência de fatores externos a pessoa?

M: Eu acho, eu acho.

G: Você citou o exemplo de perda, de medo dessa questão de dívida, e da família no geral.

M: É, eu acho que... eu acho muito, a família assim. Porque a maior parte dos que eu vi assim. Que nem no CAPS que eu trabalhava era doente mental, mas muito doente mental evoluiu para a doença mental por causa de álcool e droga. Aí é mais fácil trabalhar o cliente, o paciente, o porquê entrou no álcool e droga e aí volta a entrar a família, porque não tinha suporte, porque não tinha isso, porque morava na favela. Mas, nunca teve o apoio dos pais e o pai bebendo, a mãe se drogando, tudo... engraçado que todos que eu vi, alguma coisa a família estava...

G: Parece que te marcou isso, essa questão da família.

M: É, nunca vi um que chegasse e falasse: “Não, não tem nada a ver com a família”.

G: Em relação a essa questão que você está me dizendo da família. Você acha que tem algum atendimento para esses familiares? Nos hospitais, no CAPS ou em algum lugar que você trabalhou? Você sentiu que tem algum tipo de apoio?

M: No CAPS tem... Se eu não me engano é o NASF que fala, eu acho que é NASF, que faz um trabalho com a família. E no CAPS também a gente faz um trabalho com a família. Então são oficinas, que a gente trabalha com o doente mental, mas a família também pode participar e tem festas que vai famílias. Então é bem legal, porque a família participa do tratamento, é... e aí, parece que dá um incentivo, alguém está se preocupando com ele. Na residência terapêutica não tinha familiar, não tinha eles, mas, eles, um ajudando o outro já... Eles eram uma família, os próprios pacientes. Eles se mostravam como se fossem uma família, então um mostrando para o outro que estava preocupado, e é engraçado um realmente se preocupa com o outro quando eles estão juntos na residência terapêutica. Um quer... “Ai, ele caiu”, sai correndo para pegar, sabe? Nossa, era legal de visitar eles... Eles tinham bastante história de tentativa de suicídio por conta da, do transtorno mental, de não saber o que estava acontecendo e de não ter a medicação correta, então tem isso.

G: Quando você fala medicação correta, em relação a quê?

M: Depende do transtorno que o paciente tem. Por exemplo, transtorno bipolar é uma medicação, depressão é outra medicação...

G: Mas você acha que tinham alguns pacientes que não tinham a medicação correta e isso levou à tentativa?

M: A dose, porque tem muito de dosagem também de medicação de paciente psiquiátrico. Que nem... essa minha amiga que tentou suicídio, ela tomava lítio e carbamazepina e, hoje, triplicou a dose do lítio e hoje ela está mais tranquila.

G: Você acha que a medicação pode influenciar?

M: Eu acho que... dependendo... se tiver certa a dosagem, que dá para fazer, que nem... ela tem transtorno bipolar, se tiver mantendo um equilíbrio dela, do transtorno, eu acho que só vai fazer bem. Não... não deixa ela, que nem, ela nervosa, aí fica agitada, e aí eu já... Eu e uma outra amiga minha já falamos para o marido dela tirar qualquer medicação de casa. É... porque ela vai ficar nervosa, vai falar o que não deve, e aí passou pelo psiquiatra e aumentou de novo a dose, agora ela está tranquila, trabalha.

G: Ela trabalha junto com você?

M: Isso.

G: E você acha que, às vezes, se tiver esse controle mais próximo, pode ajudar?

M: Eu acho. E assim, o marido dela depois da tentativa ficou mais presente com ela, então... é... ajuda muito. Ele ajuda muito ela no tratamento. A filha de 15 anos joga muito na cara dela, mas não sei até que ponto ela está certa. Não deve ser fácil ver a mãe tentando se matar. Então é mais um paciente, que se também não tomar cuidado, Deus me livre, mas pode também... uma tentativa. Nunca se sabe.

G: E você volta a falar um pouco da família...

M: Eu acho.

G: Você até comentou do CAPS que tinha as oficinas com essa família e no pronto-socorro tem alguma assistência, algum auxílio?

M: É mais focado no paciente, não tem... não tem nem tempo muito, não é? De trabalhar a família. Não sei nos andares, nos setores de internação, que provavelmente deve fazer um trabalho com a família, mas no pronto-socorro não, nunca vi.

G: E Mônica, tem algum protocolo específico quando chega um paciente com tentativa de suicídio? Ou não existe dentro da instituição que você trabalha e das outras que você já trabalhou?

M: Não, não existe. Existe um tratamento que a gente sabe que é rotineiro de fazer lavagem gástrica quando é uso de medicamentos, mas não que seja um protocolo institucional, é mais conduta médica. A gente está acostumado a isso, a fazer sonda nasogástrica, aí usa carvão ativado para fazer a lavagem, é uma conduta médica, não é um protocolo institucional.

G: Você já me falou que os profissionais envolvidos vai depender de como o paciente chegou, do quadro clínico. Mas o psiquiatra sempre tem?

M: Ele é acionado, retaguarda.

G: Ou o psiquiatra do paciente ou o do próprio hospital?

M: Sim.

G: E tem também psicólogo?

M: Não, não. Eu sei que tem uma equipe de psicólogos, que trabalham nos andares, tem a psicóloga dos funcionários, mas... não chega paciente, ser atendido pelo psicólogo, isso não. Para paciente não, para funcionário tem. Tem terapia em grupo que geralmente uma vez ou uma vez a cada dois meses dá para fazer, tem a psicóloga que a gente pode ficar à vontade para fazer a terapia com ela, então a gente tem isso tudo que é dado pela instituição.

G: Mas para o paciente específico...

M: Não, no PA (pronto-atendimento), não.

G: Não só para tentativa de suicídio, mas para qualquer outro paciente...

M: Não, é que a enfermagem acaba sendo... não é (risos) de ficar conversando, de... é bem diferente o trabalho, mas essa parte de conversar com o paciente, de conversar com a família acaba virando um pouco da enfermagem (risos). Mas, que nem, aquele caso que eu falei que o pai ajoelhou, eu não envolvo porque... eu acho errado o que eles estão fazendo com o filho. Entra o julgamento, não tem como não entrar o julgamento nessa hora. E aí eu acabo não me envolvendo.

G: Quando você fala não se envolve, em outro caso você se envolveria?

M: Eu não sei assim, depende do quadro assim. Se eu visse que realmente os pais estavam preocupados, não fosse falar alto e expor os pais, mas sim preocupados com a saúde do filho, é diferente. Mas naquele caso era nítido que o pai estava preocupado na exposição dele mesmo, dele e da família. Porque era uma família que tinha dinheiro, não sei se era empresário, mas

realmente ele estava preocupado, que eles falaram “Olha o que você fez com a nossa família”. Então assim, ele não está preocupado com ele, ele está preocupado com o nome, então realmente, nesses casos eu não me envolvo.

G: E tem alguns casos que você se envolve, Mônica?

M: Deixa eu pensar... No caso que quando chegou e ele tentou se matar com uma arma de fogo, no hospital X, eu percebi que a mãe estava desesperada e nesse caso eu quase que me envolvo. Porque eu vejo que, quando a mãe está desesperada para mim, como eu sou mãe também, então eu acho que eu me envolvo mais assim. Mesmo que o filho tenha feito besteira de tentar se matar, alguma coisa assim, vendo a mãe desesperada muda muita coisa, pode ter errado antes, mas você percebe o arrependimento, naquela hora de, de estar preocupada mesmo, se o filho vai morrer ou não vai. Então eu acho que muda muita coisa, aí nesse caso é de se envolver. Mas no caso de, que está preocupado com o nome da família não. Eu acho muito errado, muito errado.

G: Achou errado a atitude nesse caso?

G: Já no outro caso você ficou mais sensibilizada com aquela mãe?

M: É... chorava, ela esperneava assim, chorava muito e pedindo desculpa. E aí a mãe desse nosso amigo que seu matou também. Ela nunca aceitou a homossexualidade dele e no velório ela ficava pedindo perdão. Então assim, é complicado de você julgar a mãe nesse caso. Nisso eu me envolvo, entendeu quando, a mãe percebe que está perdendo a vida do filho, entendeu? Que a mãe daquele menino que o pai se ajoelhou, estava lá fora fumando, como se nada fosse. A diferença, não é? Diferença gritante de uma para outra. Isso que dá o envolvimento ou não nesses casos. Você vê uma mãe desesperada, chorando, não tem como você não ficar abalada, agora uma mãe que sai para fumar porque não quer ver o filho daquele jeito, só porque ele está agressivo, ela ficou para lá. Não sei se eu estou certa, se eu não estou... aí que se fala, quais os motivos desse menino tentar o suicídio, não é? Realmente ele tem motivo. A gente tem que trabalhar muito com ele para não, não se matar. Porque... depois você pensa, todo mundo que se mata, dá sinais de que vai fazer aquilo.

G: Você acha que dá?

M: Eu acho que dá, eu acho que dá.

G: Quais tipos de sinais?

M: Ah... que nem meu colega, ele falava “vou ficar bem”, e... ele começou a postar no *face* (*facebook*), tipo, um palco sem ninguém, ele postou. Aí nesse dia, eu cheguei para a coordenadora na época e a gente entrou em contato com a casa dele, ninguém atendia, a gente tentava ligar na casa da mãe também e ninguém atendia. Aí uma outra amiga falou: “Amanhã eu vou na casa dele”. Foi na madrugada que ele se matou.

G: Ele tinha faltado?

M: Ele faltou e ele começou a postar isso, então dá sinal. Eu acho que realmente dá sinal sim, ele foi o caso mais próximo que realmente teve de suicídio, não de tentativa, mas de suicídio mesmo. Ele, depois você para pensar, ele deu sinal que ele ia se matar e a gente não fez nada. A gente não fez nada... a gente poderia ter feito. A gente não fez.

G: Mas o que você acha que poderia ter feito?

M: Não sei, ter ido na casa dele, ter amarrado ele para ir em um psicólogo. Fica aquilo... todo mundo ficou com isso que, de repente, a gente poderia ter feito alguma coisa diferente. Deveria ter evitado parece, sabe... Porque, depois que a gente passava, ficava na nossa cara que ele iria fazer isso. A gente estava falando: “Ele vai tentar se matar.”

G: Vocês chegaram a pensar sobre isso na época?

M: Pensamos, quando ele postou no *face* (*facebook*), um palco, era um palco assim, uma foto do palco sem ninguém só uma luz assim no meio, como se esperasse alguém e não tivesse chegado, sabe... A gente ficou muito invocado com aquilo. Na época, eu falei para ele: “Como você está?”, e ele: “Não, eu vou ficar bem, tranquilo, eu vou ficar bem”. E aquilo dele falar que ele ia ficar bem, postar aquilo tudo, ele não estava. A minha amiga falou para ele: “Amanhã eu vou na sua casa”. E ele: “Está bom, amanhã você vem na minha casa”. E realmente ela foi, mas não deu tempo. Então, fica aquela angústia de pensar que podia ter feito e a gente não fez. E essa outra amiga que... só umas quatro pessoas sabem o que aconteceu com ela, porque ela pediu para não comentar. A gente tomou tudo assim, não tem medicação em casa, quando ela vai pegar uma medicação a gente fica de olho para ver se ela não guarda. Quem sabe, a gente tem um controle. Eu falei para ela: “Eu vou quebrar a tua cara se você fizer isso” (tom de brincadeira, risos). Olha o que aconteceu com ele, ele se matou...

G: Ela também conhecia ele?

M: Conhecia, trabalhava. Então, não é fácil, é que trabalhar na área da saúde não é fácil. Então se você já tem uma predisposição a ter uma doença psiquiátrica, eu acho que fica mais difícil ainda.

G: Bem estressante mesmo o trabalho, muita correria. Mas acho que assim, Mônica, pensando nas coisas de seu colega, é claro que, às vezes, a gente fica com esse sentimento, de angústia, de dúvida, mas igual com a sua amiga você está tentando ficar mais atenta e, realmente, não tem como a gente controlar o mundo.

M: É...

G: Acho que tem como a gente dar assistência, dar suporte, conversar, incentivar um tratamento. Talvez até poderia ter incentivado um tratamento com esse seu outro colega...

M: É, a gente fez isso mesmo, “Você foi no psiquiatra?”, e ele falava “Sim, ele aumentou a dose, ele mudou para sertralina”.

G: Igual você falou também, observar o jeito que a família, já que você considera isso importante, que você me falou que o marido está mais próximo da sua colega, então esse apoio já é importante. Tem horas que a gente acha que não fez muita coisa, mas com seu amigo o apoio que vocês deram foi importante para ele naquele momento, mas também foi algo que aconteceu, que motivou, igual você falou dessas causas externas, tem muitas causas externas, muitas causas internas, envolve muita coisa e é muito complexo.

M: É, envolve muita coisa.

G: Por isso que, tem muitas pesquisas e vai continuar existindo mais pesquisas porque é complexo, é difícil, se tivesse uma fórmula, faz isso, isso e isso para evitar. Mas acho que na época você e seus colegas fizeram o que era possível, é importante você pensar nisso.

M: É complicado, não é um assunto fácil, não... Tanto pessoal, quanto você lidar com pessoas próximas quanto o atendimento, porque você nunca sabe o que está por trás daquilo. Não dá para você saber. Sabe o que a pessoa está te dizendo, mas o que realmente aconteceu para levar ela, mesmo que seja... tomar comprimido, que sabe que não vai acontecer nada. Mas o que está levando ela a querer mostrar para os outros que ela está tentando se matar? Isso que, que é mais complexo ainda.

G: E você acha que tem um porquê?

M: Não, não é fácil de identificar não é. Eu falei o negócio da família porque as pessoas assim que eu vejo é por causa da família, mas, realmente a fundo, não é... que cada um sabe o que passa. Cada um tem a sua força, cada um... e a gente não pode julgar essa força da pessoa. Será que ela, chegou ao limite da força dela para fazer isso. É, é complicado. É bem complicado. Tratar, trabalhar com pessoa assim, atender paciente com tentativa de suicídio, é dentre os mais graves assim. Teve uma vez que eu atendi um paciente e ele falou assim: “Por que você me salvou? Eu vou fazer de novo.”

G: Ele falou isso para você?

M: Falou.

G: E como você se sentiu com isso?

M: Não, na hora, é uma sensação de, de, como eu posso falar, de que eu não posso fazer nada, não está na sua mão, a vida dele não está na sua mão, porque ele pode sair de lá e se jogar. Você realmente não pode fazer nada, porque cada um sabe... Então, eu fui passar para o médico, mas até vir o psiquiatra porque era no hospital X, entendeu...

G: E você sabe o que aconteceu com esse paciente? Era um homem?

M: Um homem, não sei.

G: Deve ser difícil escutar isso de um paciente.

M: Ele brigou comigo, ele achou ruim, ele achou muito ruim.

G: E você na hora...

M: Não sabe nem o que falar, vou falar o que. Não lembro direito o que eu falei, não lembro direito o que eu falei, mas assim, você fica meio... Realmente, não está nas minhas mãos. Só se for, se estiver aqui eu vou atender, mas o que vai fazer depois, se vai ter o tratamento correto, eu não sei.

G: Complicado mesmo. Mas era isso mesmo, eu queria entender um pouco sobre suas vivências, suas percepções, você falou bastante coisa de sua experiência...

M: Que bom se eu ajudei em alguma coisa.

G: Com certeza, de como você vê, como era a assistência no hospital público, como é no privado e até entre a própria equipe. É importante as experiências que você destacou de seus

companheiros, colegas próximos. Além dessas, você teve alguma experiência na sua família ou essas duas experiências foram as mais próximas?

M: Graças a Deus não (risos). Graças a Deus não. Essas duas foram as mais próximas, assim, de pessoas que eu conheço. Uma foi tentativa de suicídio e a outra se suicidou mesmo.

G: Mônica, você quer acrescentar alguma coisa, você gostaria de falar mais alguma coisa que você pensa sobre suicídio, sobre a tentativa, no geral?

M: Acho que o sistema público deveria ser, é difícil falar no sistema público, mas deveria dar mais importância. Não é porque acabou aqueles hospitais, aqueles manicômios e criou os CAPS, que fez todo aquele alarde que criou o CAPS e agora está tudo bem e não é assim. É, a gente vê que atendimento em hospital público que não tem, não é referência de psiquiatria, por exemplo, mas atende pacientes psiquiátricos assim, tentativa de suicídio, eles não tem suporte para atendimento no pronto-socorro, não tem suporte algum. Então, eu acho que isso pega muito. E... não sei estaticamente falar, mas assim, tem muita gente de classe baixa que tem a tentativa de suicídio, tanto por conta de financeiro tanto por conta de emprego, de tudo. Então, a probabilidade de tentativa de suicídio da classe baixa é muito alta. E eles não dão esse suporte.

G: E como você acha que deveria melhorar esse suporte?

M: (Risos...) Mudar, todo o sistema.

G: Mas assim, o que seria um atendimento ideal, nesses casos, para você?

M: Eu acho que nos hospitais gerais de grande porte, eu acho que deveria ter um psiquiatra de plantão, eu acho que ajudaria muito já, eu acho. Eu acho que isso já dá um grande suporte. Porque um clínico, ele não sabe como lidar com um paciente psiquiátrico.

G: Você vê a diferença entre um clínico e um psiquiatra?

M: Nossa muito, muito. Muito diferente. Tem até um curso que vai ter no HC não sei se você viu, Psiquiatria para Não psiquiatra. É um simpósio que vai ter.

G: Ah é? Quando que vai ser?

M: Não lembro agora o dia. E lá está falando como é feita a abordagem para pacientes psiquiátricos, vai abordar tudo.

G: Fala de paciente psiquiátrico no geral?

M: Isso.

G: Talvez vai falar de tentativa de suicídio.

M: Provavelmente.

G: Você vai?

M: Não vou, porque está muito caro.

G: Ah...

M: Mas é bem interessante, bem interessante, o *folder* que eles colocaram falando dos temas que serão abordados, dá para mudar bem o atendimento.

G: Que bom. Mas Mônica, então é isso. Eu queria agradecer muito a sua colaboração, foi muito rico, muito importante. E eu vou te enviar por e-mail quando eu terminar a transcrição para ver se você concorda, se está tudo certo.

M: Sem problema.

G: Mas eu agradeço muito.

M: Imagina, se precisar de alguma coisa você fala.

G: Obrigada.

Entrevista com Bianca (Duração: 57 minutos e 01 segundo)

- *Bianca, 28 anos;*
- *Enfermeira;*
- *Especialista em Clínico cirúrgica;*
- *Vivência em prontos-socorros: 3 anos;*
- *Atualmente trabalha em um pronto-socorro de um hospital privado.*

Giovana: Entrevistadora

Bianca: Colaboradora

Giovana: Eu queria que você me falasse um pouquinho da sua idade, da sua formação.

Bianca: Eu tenho 28 anos, minha formação é enfer... eu sou enfermeira, eu me formei há 5 anos e depois que eu me formei eu fiz uma especialização em formato de residência. Fiz dois anos de residência aqui em São Paulo e a residência em área específica clínico cirúrgica. E depois que eu terminei a residência – eu terminei em março de 2013 – eu fui contratada no pronto-atendimento que é aqui em São Paulo e desde então eu trabalho neste pronto-atendimento.

G: Então você se formou há cinco anos, fez a residência em dois e agora tem três anos que você trabalha...

B: Três anos de experiência.

G: No pronto-socorro, no pronto-atendimento.

B: Isso, isso mesmo.

G: E como que é para você trabalhar no pronto-socorro?

B: É um lugar muito bom de trabalhar, a questão de... é um lugar que me traz muitas experiências interessantes, não é um ambiente que traz, igual em um hospital público que você vê muitas coisas diferentes, mas lá é um lugar especificamente onde a gente tem uma relação com o paciente diferenciada, você é... você pega... como é um hospital particular a gente tem uma experiência diferente da relação profissional paciente, que os pacientes são mais exigentes porque eles estão conveniados então eles têm um nível de exigência grande em relação à assistência prestada, então isso por um lado para a gente é complicado como profissional de saúde, porque você está ali para prestar uma assistência de saúde, mas ao mesmo tempo você

começa a ver o lado positivo da situação que... as pessoas elas têm as suas dificuldades, elas têm as suas é... o seu sentimento mesmo, a sua necessidade de cuidado, independente de ela estar em um hospital particular ou em um hospital público. Então é uma experiência muito legal estar lá. Que eu comecei ao pouco ver o lado positivo de estar em um hospital desta forma e ao mesmo tempo tem várias questões de qualquer hospital, um ambiente algumas vezes conturbado, como é porta aberta, pronto-socorro, então você ter que ficar preparado para atender qualquer coisa que chegue, então é um ambiente que traz muitas experiências, mas experiências diferentes do que a gente, do que eu realmente estava acostumada que era nos hospitais públicos em que eu fiz estágio durante a faculdade.

G: Ah, isso que eu ia perguntar, você teve experiência em hospital público durante a faculdade?

B: Tive. E assim, a minha experiência não foi tão grande em pronto-socorro, a minha experiência foi maior nas unidades de internação. Mas mesmo assim dá para a gente ter um pouquinho de noção em relação ao hospital público e ao privado, a questão de assistência, a questão de recursos, então eu posso falar que eu já tive experiência nos dois lados mas em ambientes diferentes.

G: Não necessariamente no pronto-socorro?

B: É, então o perfil é diferente. A forma de você trabalhar é um pouco diferente, mas a questão de recursos e a questão do hospital em si é a mesma no sentido de ser pronto-socorro ou ser uma unidade de internação então... posso dizer que me trouxe muitas experiências legais, tanto muitas experiências construtivas mesmo de, de relação profissional e relação pessoal nos dois ambientes, mas são diferentes e dá para fazer essa relação e eu acho que isso é muito positivo, é você conseguir fazer essa relação dos dois lados, no sentido de, na questão de assistência de saúde mesmo.

G: E Bianca, para você como é atender uma pessoa que tentou suicídio?

B: Eu não tive assim até, eu acho que há uns dois anos atrás, como eu estou há três anos na área de pronto-atendimento, que é a área que a gente recebe os pacientes que têm tentativa de suicídio, aí na unidade de internação, nas minhas outras experiências eu nunca peguei paciente que teve tentativa de suicídio. E nos últimos dois anos eu não, eu acho que eu devo ter tido contato com um ou dois pacientes que tiveram tentativa de suicídio e no último ano fez um *boom* assim, eu acho que eu devo ter atendido quase dez vezes mais esse número de pacientes, não sei se... por um momento de fluxo ou pela questão também do local que eu trabalho, de ter

começado às vezes, as pessoas a procurarem aquele setor, não dá para falar necessariamente o porquê desse aumento. Mas o que ficou dessa experiência para mim, não é um paciente fácil de lidar, assim, eu... todas as vezes que eu vou atender um paciente vítima de... todas as vezes que eu atendi um paciente vítima de suicídio eu sempre tive um pouco de dificuldade de lidar com esse paciente, no sentido de não saber como abordá-lo, ter medo de falar algumas coisas e isso ser um estimulador ou um repressor para a situação que ele está vivendo. É, a gente tem uma certa dificuldade de lidar com isso e de às vezes até respeitar o momento que ele está vivendo. Então... eu não vou negar que em alguns momentos a gente julga, a gente julga a situação, o porquê ele fez isso ou, porque deveria ter feito ou não fez, então eu sinto uma certa dificuldade nesse sentido. Mas, como é lidar com esse paciente, para mim não é fácil nesse sentido e também porque você começa... eu acho que... o profissional de saúde começa a repensar em várias coisas, a questão de saúde no geral. Tem tanta gente procurando o serviço por causa de uma patologia que a gente já está mais habituado, mas eu acho que a questão da saúde mental a gente não está muito acostumado e o profissional de saúde, eu falo “eu” e eu falo também das pessoas que eu convivo, a gente não está preparado para atender esse paciente, a gente não sabe lidar e eu falo isso também porque no geral, inclusive a equipe médica que é quem toma as principais condutas com esse paciente, que a gente vê que tem um julgamento muito grande nesse sentido e às vezes é... eu não, não presenciei muitas vezes atitudes grosseiras, no sentido de “Ah... vamos... nossa, deveria ter, é... se ele queria se suicidar ele deveria ter feito de forma mais , mais efetiva, então é porque ele não quer se suicidar”, isso a gente escuta muito no ambiente hospitalar.

G: Você já escutou isso?

B: Já escutei, mas não escutei tanto porque a proporção de número de pacientes que eu atendi é pequena, mas em alguns momentos você escuta e não só durante o atendimento mas muitas vezes quando as pessoas contam de situações que já passaram ali. “Ah, eu já atendi um paciente vítima de suicídio”, o pessoal falando “vou passar uma sonda mais calibrosa para é, para ele aprender e nunca mais fazer isso”. Porque quando o paciente chega é, vítima de suicídio, dependendo da forma que ele tentou se suicidar a gente pode fazer uma lavagem gástrica, não é? E para fazer lavagem gástrica a gente precisa passar uma sonda, uma sonda nasogástrica e algumas pessoas falam: “Não, vamos passar uma sonda mais calibrosa porque ele vai se lembrar disso por muito tempo e quem sabe da próxima vez ele vai pensar e não vai fazer isso”. Não só isso como o que eu já ouvi mais é a questão do... como que chama... do carvão ativado, porque a gente passa o carvão para... o carvão de uma certa forma inativa entre aspas a... a...

substância. Aí as pessoas falam: “Não, será que passa, vamos passar carvão? Não vamos”, tem alguns casos que é contraindicado só que eu já ouvi uma vez um profissional falando: “Acho que precisava passar sim o carvão porque depois ele vai ficar sentindo aquele gosto estranho e tendo essa sensação e quem sabe em algum momento ele não... quando ele for tentar de novo, ele se lembra disso”, como se o fato dele ter tido uma experiência ruim pós tentativa de suicídio fosse fazer esse paciente é... evitar ou tomar uma decisão contrária a da que ele tomou na primeira vez.

G: E como que você, você falou que estava perto, também estava no atendimento, como você agiu nessa situação? Por exemplo, que você me disse, do carvão.

B: A do carvão....

G: Ou a da sonda, não sei se também era uma situação que você estava presente...

B: Não foi a mesma, a da sonda na verdade eu estava presente só que eu ia passar a sonda, então assim, eu... Em um ambiente de trabalho é um ambiente meio difícil de você, por exemplo, se eu tenho um pensamento diferente daquela pessoas, às vezes a gente não bate de frente, simplesmente a gente ignora algumas atitudes, igual a essa que eu tento não julgar o paciente, às vezes é difícil não julgar a atitude que ele teve, porque você pensa, você vê a família dele chegando desesperada, aquela coisa toda que você acaba se envolvendo no contexto geral do paciente. Você julga: “Poxa vida, será que ele deveria ter feito isso?”, olha o quanto a família está sofrendo. Eu julgo nesse sentido, mas eu não acho que eu tenho que aumentar o sofrimento dele para, para que ele repense na situação, porque esse paciente ele está é... ele está passando por um sofrimento mental muito grande, acho que para a pessoa é... tentar um suicídio é porque muito provavelmente ela já esgotou todas as possibilidades de mudança na vida dela, eu imagino isso, que ela já esgotou todas as possibilidades que ela já imaginou, talvez não conseguiu pensar em nenhuma possibilidade e a possibilidade extrema que ela pensou em resolver os problemas dela é a tentativa de suicídio. Então essa pessoa está passando por um sofrimento muito grande então eu sou totalmente contra esse tipo de atitude dos profissionais. No momento que eu passei, era uma pessoa de fora que passou “Nossa, foi tentativa de suicídio, ah... vou passar uma sonda bem calibrosa”. Eu ignorei e eu ia passar, eu passei a sonda de acordo com o que a gente está acostumado, de acordo com o que é o padrão. É uma sonda calibrosa? É, porque precisa ser uma sonda calibrosa para você fazer a drenagem gástrica e não porque você vai aumentar o sofrimento do paciente. Então você passa uma sonda calibrosa do tamanho que o paciente comporta e não porque você quer aumentar o sofrimento dele. A

questão do carvão é... eu ouvi um dia a pessoa falando e o paciente tinha acabado de chegar e estava na discussão ainda se ia passar o carvão ou não ia. Na verdade, isso foi uma conduta médica, passar o carvão ou não e nesse dia a gente não passou o carvão, porque não tinha indicação de passar o carvão. Então a pessoa falou, mas falou...

G: Era médico?

B: Não era médico, não era médico nenhum. De atitude médica, falando nisso, eu nunca presenciei uma atitude médica nesse sentido, de falar: “Vamos fazer isso para ele aprender”. Pode ser que eu já ouvi... algumas pessoas no comentário do grupo, longe do paciente, falando: “Poxa vida, ai que saco ter que atender esse tipo de paciente, tem tanto paciente doente de verdade e a gente tendo que desdobrar o nosso trabalho aqui para atender um... esse tipo de atitude”. A sensação que eu tenho é que as pessoas não entendem que isso também é uma doença e é uma doença grave. A pessoa está realmente doente e o que eu vejo, que eu te falei da questão de... eu não sei porque eu atendi no último ano tantos pacientes com tentativa de suicídio. Tem várias causas que podem ser, de... causas plausíveis. Mas eu acho que tem uma opção, uma das opções que é porque cada dia que passa as pessoas estão mentalmente mais doentes e acho que essa tendência, é uma tendência muito grande, porque você vê, a gente vê na mídia, mas a gente vê no dia-a-dia ali do serviço que às vezes colegas nossos estão doentes mentalmente, e... você percebe que... claro que tem pessoas que não vão tentar o suicídio por outros meios, elas têm outros suportes, depende do suporte que a pessoa tem, da forma que ela lida com essa situação mas... como a gente vêm atendendo mais pacientes, eu, pelo menos, na minha experiência venho atendendo mais pacientes, você vê que a equipe, você escuta mais da equipe de falar isso, mas longe do paciente... mas eu nunca vi nenhuma conduta errada, entre aspas, nesse sentido, só comentários. Porque isso é muito estigmatizado mesmo, tem muitos comentários das pessoas, nesse sentido que eu já falei.

G: Além desses comentários, você acha que surgem mais de julgamento de alguma outra... Além desses comentários técnicos. Você acha que tem mais comentários?

B: Tem.

G: Na frente do paciente?

B: Que eu tenha presenciado, na frente do paciente nunca, mas longe do paciente eu já presenciei sim, de falar... às vezes, a gente já pegou muitas meninas jovens, de falar, “Ah, está faltando um namorado para ela” ou “Essa menina não teve uma boa educação em casa”. Acaba

culpando os pais, culpa é do relacionamento... pode ser que sim...que ela tenha tido algum problema de relacionamento, ela resolveu... a única opção que ela teve foi a tentativa de suicídio? Pode ser, mas não estamos aqui para julgar. E, tem uma outra questão também que as pessoas falam muito que é questão de quando é uma pessoa, uma menina jovem ou um menino, que eles falam “Ah, só está fazendo isso para chamar a atenção, chamar a atenção tanto da família quanto do namorado”, não especificamente de quem, mas as pessoas julgam muito: “Ah, estava falando isso para chamar a atenção”. Em algumas situações, eu tive uma situação específica que era uma paciente que eu não lembro o que ela fez na tentativa de suicídio... eu lembro que era uma tentativa de suicídio e o trato com ela era muito difícil, foi uma das primeiras pacientes que eu peguei de, de tentativa de suicídio. E eu lembro assim, que era uma paciente difícil, ela não tratava bem a equipe e por essa construção de relação difícil com ela, eu julguei muito ela, falava: “Nossa, essa menina... o que será que foi o problema dela? Será que foi...?” e eu me vi nessa situação, sabe? De julgar assim, de falar “Nossa, será que ela está querendo chamar a atenção de alguém, não é possível, porque além de ter tentado se suicidar, ela ainda é... fica nessa situação agressiva com a equipe e tudo mais”. E aí depois.... esse tipo de paciente acaba marcando a gente, e aí depois eu fui para a casa e fiquei pensando: “Poxa vida, eu julguei muito ela, porque pode ser que ela esteja muito doente mentalmente e isso esteja repercutindo inclusive na relação com a equipe”. Aí depois disso, eu pensei muito em como era o meu pensamento em relação àquele paciente, de tentar não julgar o que aconteceu, simplesmente ele chegou para mim, é um paciente que como qualquer outro eu preciso atender, a gente precisa ajudar ele de uma certa forma. E eu tento me afastar na tentativa de dar um suporte psicológico, por não me sentir preparada para isso, porque a sensação que dá é que esse tipo de paciente se você tentar dar um suporte psicológico e você não estar preparada para dar o suporte psicológico, você... você pode ajudar? Pode, mas você pode atrapalhar. Então eu acho que para isso, precisaria de uma pessoa capacitada para fazer alguma intervenção um pouco mais profunda, no sentido de investigar o porquê, então para mim enquanto enfermeira é difícil, porque o paciente chega e eu preciso saber o histórico dele, às vezes ele está sozinho, e aí... eu... eu pergunto, eu preciso perguntar o que aconteceu e há quanto tempo, e quantos comprimidos, por exemplo, se for comprimido, quantos comprimidos ela pegou. E às vezes na triagem a gente pega, é porta de entrada mesmo, e aí o paciente chega e fala: “Olha, tomei tantos comprimidos disso” e eu preciso saber exatamente o que ele tomou.

G: Tem alguns que vem sozinho, é isso?

B: Vem, quando se dão conta do que fez, se arrependem, chamam um táxi e vão. Eu já peguei umas duas assim. E aí na triagem é complicado porque você precisa perguntar se foi uma tentativa de suicídio. Porque às vezes o paciente fala: “Ah, eu tomei...”, uma paciente uma vez falou: “Ah, eu tomei três comprimidos de rivotril, não mas, é que eu tenho muita dificuldade para dormir, eu estava ansiosa e eu queria dormir, eu não estava tentando suicidar, eu estava ansiosa, eu precisava dormir...”. Então, esse tipo de... essa diferenciação ali na triagem eu acho importante fazer, porque um paciente que tomou três comprimidos de uma medicação X, não necessariamente eu preciso priorizar como emergência esse paciente e ter uma intervenção imediata, mas o paciente que fez uma tentativa de suicídio sim, porque esse ele tomou vários comprimidos de uma coisa, se eu mandar ele, dependendo para onde eu encaminhar esse paciente ele está propenso a ter várias atitudes, a pegar um cabo e amarrar no pescoço, não é?

G: Falando disso, quando na triagem vocês... se o paciente foi sozinho e vocês percebem que foi uma tentativa de suicídio, vocês dão essa preferência, é isso?

B: A gente prioriza principalmente dependendo do tempo, se... uma vez, uma certa vez eu peguei, eu atendi uma paciente na triagem e ela foi trazida pelo marido e... mas ela tinha tomado vários comprimidos, mas no dia anterior, já fazia mais de 12 horas. Eu priorizei o atendimento dela, mas não priorizei emergencial... Porque a gente sabe que depois de 12 horas pode ter uma repercussão cardíaca? Pode, mas não é tão aguda como se o paciente tivesse acabado de ingerir, então a gente tem os fluxos e eu posso priorizar para a sala de emergência que vai ser um atendimento imediato ou posso priorizar para o consultório médico. Ela vai entrar no consultório, o médico vai atender de uma forma mais tranquila, como uma urgência mesmo. Então, quando o paciente chega falando a gente também avalia pelo tempo, se foi uma tentativa de suicídio imediata você prioriza imediatamente o atendimento e a gente tenta dar todo o suporte no sentido de, esse paciente está na sala de emergência, a gente vai prestar o primeiro atendimento, se precisa hidratar a gente vai, se precisar passar sonda para fazer a lavagem gástrica a gente vai e depois que esse paciente ele está estável, entre aspas, a gente já tomou as condutas necessárias, agora é só observação, a gente leva para outro lugar, que é o local de observação e aí a gente tem toda uma questão que... se o paciente está sozinho ou dependendo da família que está, porque... eu já peguei pacientes que estavam com familiares, mas os familiares não davam muita atenção, então assim, os familiares saíam do lugar que ele estava e deixava ele sozinho e a equipe não consegue dar o suporte de estar o tempo todo ao lado desse paciente, depois que a gente já estabilizou, não é? Aí esse tipo de paciente que a gente sabe, a gente imagina que vai ficar sozinho ou tem uma família que a gente tem uma certa dificuldade

em instruir, no sentido de chamar se tiver algum comportamento estranho, a gente tira todos os cabos, tira todo aquele aparato que tem dentro de um local de atendimento que possa... ser uma forma de uma tentativa de suicídio.

G: Em relação ao ambiente?

B: Ao ambiente mesmo, para que não, não, se esse paciente estiver com uma ideação suicida é... ele não faça essa tentativa nesse ambiente hospitalar, a gente precisa dar todo o suporte.

G: Já teve algum caso de alguma tentativa dentro do hospital?

B: Que eu tenha presenciado não, mas eu já ouvi falar que sim, com o cabo da campainha que chama. E... inclusive tem alguns cabos dentro desse local que são cabos de aço, porque prende na parede, por exemplo, o medidor de pressão, fica preso em uma estrutura em um cabo de aço, e eu ouvi dizer que teve um paciente que fez uma tentativa de suicídio com esse cabo de aço, a sorte é que a equipe chegou a tempo e que ele não conseguiu. Conseguiu socorrer a tempo, mas a gente tem todo esse cuidado porque é cabo de aço, a gente pede para arrancar o cabo de aço, cortar o cabo de aço na verdade, então assim, existe uma demanda grande por trás, precisa ligar para a manutenção para tudo isso, mas... é muito importante.

G: E Bianca, normalmente, quais são os profissionais envolvidos nesse atendimento? E até puxar um pouco do que você falou... Você falou que observou muito nos seus atendimentos um maior número de tentativa de suicídio, tem alguma tentativa específica, por exemplo, por arma de fogo, medicação, você observou também se tem um número maior de incidência?

B: Todos os pacientes que eu já atendi com tentativa de suicídio foi por medicação. Nenhum foi por... ferimento por arma de fogo, por arma branca, não, nada disso, nenhum por auto... auto, não sei como... automutilação, nenhuma, nunca peguei nenhum paciente assim e aí... eu esqueci o que eu ia te falar em relação a isso...

G: Eu perguntei também quais são os tipos de profissionais envolvidos.

B: Ah... os tipos de profissionais envolvidos.

G: Então, a maioria... na verdade, todos foram por medicação.

B: Todos que eu já peguei. E... os profissionais envolvidos normalmente é um médico, e esse médico é um médico generalista, que atende o paciente quando ele chega na porta. Normalmente, um clínico, geral clínico, cardiologista, que está acostumado a atender paciente de porta mesmo de pronto-socorro. O clínico, o enfermeiro e o técnico de enfermagem e aí

dependendo desse paciente, como é um hospital particular, tem uma questão de certas particularidades no questão do médico psiquiatra porque... se tem familiar envolvido e tudo mais e se é uma pessoa que já acompanha com psiquiatra, o médico pergunta se quer que ligue para esse psiquiatra que acompanha esse paciente e aí a família fala: “Não, pode ligar” e o clínico que atendeu esse paciente, entra em contato com o psiquiatra que acompanha esse paciente, senão a gente tem um psiquiatra na retaguarda, que ele fica à distância, ele é acionado, às vezes ele já dá a conduta por telefone, dependendo da situação, “Olha, o paciente está agitado, não está, faz isso, dá essa medicação que em tanto tempo eu estou aí para avaliá-lo”, ele não consegue chegar imediatamente. Inclusive, pelo protocolo, ele tem até duas horas para vir depois que ele foi acionado.

G: O psiquiatra?

B: O psiquiatra, e aí é.... é uma situação que a gente vive e é uma realidade puramente dita ali no meu ambiente de trabalho é que o psicólogo não entra nessa questão, infelizmente. A gente vê assim, a gente vê que, em algumas situações, se tivesse uma intervenção de algum outro profissional que não fosse o psiquiatra somente, talvez ajudasse bastante, de direcionamento mesmo, de acompanhamento com o familiar, de orientação. Porque a gente vê que assim, os psiquiatras, normalmente, eles fazem uma intervenção do paciente, mas nenhuma intervenção familiar, de fazer uma relação da situação, de como essa pessoa está vivendo, só que a gente sabe que os médicos são muito pontuais nas intervenções deles, o psiquiatra já tem um lado um pouco que ele tenta generalizar de uma forma mais ampla e mais completa, a atuação com a família e o paciente. Mas eu acho que a relação com outro profissional que não seja médico, não psiquiatra, ajudaria muito, mas no ambiente que a gente vive isso não é uma realidade presente.

G: O psicólogo não é chamado ou por que não está disponível, como que é isso?

B: Na verdade, eu acho que se ele estivesse disponível, ele não seria chamado. A gente tem psicólogo no hospital, mas assim, o serviço de psicologia lá no hospital, ele está muito relacionado a cuidados paliativos. Então, a gente tem uma equipe de cuidados paliativos que tem um psicólogo inserido, que é um psicólogo do hospital, tem uma outra psicóloga... acho que tem mais duas psicólogas que estão muito envolvidas na questão do colaborador, mas um profissional disponível para atender esses pacientes que não estejam envolvidos na equipe de cuidados paliativos, eu nunca vi o acionamento e, se teve, se existe, é pequeno e acho que é um profissional que está na equipe de cuidados paliativos que vai fazer o atendimento.

G: Mas, por exemplo, você poderia chamar o psicólogo?

B: Lá? Não. É uma, é uma... situação que o médico precisaria prescrever e isso seria uma conduta compartilhada com a equipe médica e com a família. Porque isso gera custo para o paciente, então não é uma questão que se eu vejo a necessidade, eu posso acionar simplesmente porque eu acho que tem essa necessidade, que o paciente está precisando. Porque gera custo, tem um monte de questões envolvidas, infelizmente. E aí, existe uma perda muito grande nesse sentido, porque eu não tenho autonomia para isso.

G: E mesmo se você tivesse, seria um serviço que você ofereceria para ele e para a família para ver se eles querem, até por conta do custo, é mais ou menos isso?

B: É, também. E lá tem uma situação que é assim, talvez o paciente psiquiátrico como não é um centro de referência, então assim... quando chega um paciente psiquiátrico que... que teve uma tentativa de suicídio ou porque fez uma ingestão de drogas, qualquer tipo de paciente nesse sentido, lá, eles normalmente, não internam, eles pedem transferência para uma clínica psiquiátrica.

G: Então, por exemplo, esses pacientes com tentativa de suicídio que chegam no pronto-socorro, depois eles são transferidos?

B: Se eles precisam de internação, se..., de acordo com a avaliação do psiquiatra, junto com a avaliação clínica, eles percebem que ele precisa de uma intervenção medicamentosa, precisa de acompanhamento com internação, normalmente indica uma transferência para uma clínica psiquiátrica. E aí avalia-se o quadro, porque tem uma dificuldade grande de transferir para uma clínica psiquiátrica, tanto pela questão do... que... as clínicas psiquiátricas, elas são.... poucas, são poucas que atendem convênios, a maioria é particular e as boas são particulares, o que a gente houve muito falar, da dificuldade, às vezes, os familiares vêm compartilhar isso com a gente, que eles têm dificuldade de achar uma clínica que atende convênio e se essa clínica atende convênio normalmente é uma clínica que não é bem vista. E eu não sei assim...

G: Você conhece alguma clínica?

B: Não conheço nenhuma, mas o que eu já ouvi falar, muitas vezes, de todos os pacientes que eu já atendi...

G: Dos próprios pacientes?

B: Isso, que tinha uma indicação de transferir. E, algumas, também, às vezes, não são mal vistas, no sentido de atendimento, de forma de atendimento do paciente psiquiátrico... pessoa tende a perceber que tem vertentes de... das clínicas psiquiátricas, um pouco mais... com atitudes um pouco mais incisivas, ou que fazem contenção mecânica, tem uma atuação um pouco mais grosseira, que eu não sei se é verdade. Eu já ouvi falar que tem algumas que são... da outra forma, tem outras que tem um pensamento um pouco mais tranquilo, que fazem tratamento psicológico, psiquiátrico com a família, com o paciente, então... eu já ouvi falar que tem vários estilos de clínica psiquiátrica. E... o que eu já ouvi dizer é que essas clínicas melhores que atendem convênio, às vezes, estão superlotadas, aí elas não abrem muito para transferência, porque transferência intra hospitalar é uma coisa que tem que ter o contato do local que o paciente está com a clínica aonde ela precisa ceder uma vaga, para aquele paciente sair do hospital que ele está e ir para lá, então... é, às vezes, essa clínica não aceita, fala “Não, não tem vaga”.

G: Tem toda essa questão da vaga?

B: É, às vezes, o paciente passa dois, três dias lá, com a gente no pronto-socorro, esperando. Eu já vi casos de pacientes ficarem um tempo e aí terem uma melhora do quadro, acompanhado pelo psiquiatra e aí o psiquiatra fala assim: “Não, agora a gente tem condições de acompanhar via consultório”, o paciente recebe alta do pronto-socorro, por falta de vaga.

G: Acompanhar no consultório com o psiquiatra, é isso? Dar continuidade...

B: Isso, dar uma continuidade, tanto do psiquiatra da retaguarda como do psiquiatra que já acompanhava, pode ser um ou outro.

G: É isso que eu ia até te perguntar, você sabe o que acontece com o paciente? Até voltando naquela paciente que você me falou no início, que te marcou bastante... Ou tem outros, você sabe como é o procedimento, o que acontece? Se vai de alta com algum tipo de encaminhamento ou se vai para a transferência? Como funciona a dinâmica?

B: Então, não existe uma dinâmica pré-estabelecida, porque depende muito da evolução do paciente, depende muito de convênio, como é esse paciente, como é a questão da família, a família não quer que interna. Então, às vezes, o psiquiatra já acompanha, já conhece o paciente e tem pacientes que às vezes já realizaram muita tentativa de suicídio e o psiquiatra já conhece, de alguma forma, já sabe, já tenta lidar com essa situação. Então varia muito, não existe um fluxo pré-estabelecido.

G: Existe algum protocolo institucional?

B: Não, não existe. O que existe é o que hospital costuma barrar internação de paciente psiquiátrico, principalmente aquele paciente que não tem um médico na casa. Então assim, a gente tem, no geral, mais conhecidos e que ficam na retaguarda, que é à distância para atendimento, dois psiquiatras. E... se o paciente é dele, já acompanha, já tem um histórico, às vezes, eles conseguem internar, fala: “Não, eu quero internar aqui, a família já está acostumada aqui”, tudo bem. Mas, na maioria dos casos, eles indicam transferência. O médico do pronto-socorro, já em si, já passa para a família que precisa de uma transferência porque não é um hospital que está preparado para atender um paciente psiquiátrico.

G: Isso que eu ia perguntar, o porquê dessa transferência.

B: Porque não tem uma ala psiquiátrica, não tem o suporte que a gente imagina que o paciente psiquiátrico precisa.

G: Qual seria esse suporte?

B: O suporte? Ter um psiquiatra de plantão, o tempo todo, que pode dar uma conduta mais efetiva, ter uma equipe que está habituada a atender o paciente psiquiátrico, sabe fazer uma contenção mecânica, se necessário. Sabe lidar com a situação que ele está vivendo, toda essa questão que eu acho que é... eu acho que não é algo exclusivo, tanto é que a gente do pronto-socorro a gente atende... mas eu acho que é porta de entrada e a gente precisaria sim de um, talvez um preparo melhor para esse tipo de paciente, mas acho que o acompanhamento dele e internação, eu vejo sim que precisa de uma equipe é... bem preparada para isso, porque eu acho que quem ganha mais é o paciente, nesse sentido.

G: E eu ia até te perguntar, porque foi uma questão que você falou antes também, essa questão de um preparo melhor, o que você acha... como poderia ser esse preparo? O que você acha que poderia acontecer?

B: Eu acho assim... primeiro, da questão do preparo, é que a equipe esteja muito bem instruída de quais são as indicações para cada intervenção. Cada intervenção que eu falo é no sentido técnico mesmo, de... olha tem indicação para passar sonda nasogástrica para esse tipo de paciente, por isso, isso e isso. Isso é muito falho na equipe, olha, o carvão ativado é indicado nessa situação, nessa situação é indicado somente observar. Acho que falta um pouco disso, porque existe um estigma que todo paciente é... precisa passar sonda nasogástrica, todo paciente precisa receber o carvão ativado. Eu acho que falta um preparo da equipe nesse sentido

e falta, eu acho, que um preparo da equipe no sentido de, no sentido de lidar com a questão emocional mesmo, da doença psíquica do paciente, da questão do respeito, da questão em como lidar com a família nesse sentido. Você não precisa fazer intervenções verbais, mas às vezes, você se compadecer daquela situação e você atuar no sentido e saber qual o suporte você pode dar. Por exemplo, se tiver alguma intervenção com algum familiar, ele fala: “Pelo amor de Deus me ajuda”. O que quê eu faço?, você fala “Olha...”, você conhecer também a estrutura que o hospital te oferece.

G: Já aconteceu? Alguma abordagem da família?

B: Não, comigo não. Mas acontece mais com os médicos, eu já vi um pai chegar para um clínico e falar: “Pelo amor de Deus me ajuda, eu não sei mais o que eu faço”. Já era a quinta vez que eu acho que ele estava lá e ele não sabia mais o que fazer. Aí o médico falou: “Olha, a gente precisa de que a pessoa melhore para a gente fazer uma intervenção, para te acompanhar o psiquiatra, eu não tenho tanta...”. Ele teve uma atitude legal que eu achei porque... se ele não se sentiu preparado para fazer uma intervenção ali no sentido que o pai estava precisando, ele indicou uma intervenção especializada. Infelizmente, essa intervenção especializada demora um pouco para chegar, às vezes. E no momento que ele está aberto para receber isso, às vezes, ela não está lá.

G: Conversar com o psiquiatra naquele momento ou com o psicólogo?

B: Sim, e às vezes até para o paciente, às vezes é um momento que o paciente está aberto a responder várias coisas e o psiquiatra não está lá, por isso que eu acho que locais com psiquiatra de plantão, talvez ganhem muito no sentido do acompanhamento. Não acho que ali por exemplo, tenha que ter um psiquiatra de plantão, não acho hoje, não tem demanda para isso. Mas para o acompanhamento eu acho que sim e aí é... esse tipo de... de intervenção que eu estava falando da equipe, de como eu acho que a equipe pode estar preparada, acho que falta também do hospital entender que talvez uma intervenção de um psicólogo, de algum outro profissional seja importante, mas... dê mais abertura, fazer a equipe conhecer a... a equipe de enfermagem que está no local que atende a porta aberta que é o pronto-socorro, é... entender que existe uma equipe que pode ajudar, talvez para dar essa abertura. Porque eu acho que depende do médico sim, de falar: “Chama um psicólogo para acompanhar, tem um psicólogo no hospital, a gente pode entrar em contato com ele para saber se ele pode fazer alguma intervenção”, assim, falta o médico entender que esse profissional é importante, mas falta também a equipe conhecer, a equipe de enfermagem em si, conhecer e entender que você pode

indicar isso para o médico, para o médico fazer esse pedido. Como eu não tenho autonomia para isso: “Doutor, você não acha que talvez um acompanhamento na equipe de cuidados paliativos que é a equipe que tem mais, que tem um profissional que é psicólogo que talvez possa fazer uma intervenção, talvez a família esteja precisando”. Então falta... acho que do profissional, é... o treinamento dos profissionais, conhecer quais as possibilidades que se tem para atuar nas situações. É claro que lá a gente lida com muitas situações é... como que a gente pode falar, são muitas exceções, sabe? Cada situação se age de uma maneira, por conta de todo esse aparato que tem, questão de convênio, um monte de coisa. Mas acho que falta da equipe conhecer que tem a possibilidade de atuar e que tem as barreiras, mas mesmo com as barreiras tem isso. É porque tem questão de convênio, envolve uma questão financeira que isso não cabe na discussão infelizmente, porque não cabe a gente julgar, mas isso acaba interferindo na minha atuação porque me barra. Mas... e também pelo fato de... isso esbarra na equipe porque talvez a equipe não saiba o momento de indicar um psicólogo, qual o momento que talvez a família ou o paciente esteja precisando de um acompanhamento do psicólogo, mesmo que seja passageiro, porque talvez esse paciente seja transferido e tudo mais, e em que momento talvez a gente pudesse indicar além do psiquiatra, um psicólogo para acompanhar, para fazer o acompanhamento da família e desse paciente, mas ao mesmo tempo eu acho que... tudo barrado também pela forma como a gente conduz o fluxo que o paciente chega e aí na hora que a gente vai dar uma conduta, essa conduta ou é transferência ou é alta. Então você não pensa no acompanhamento, você pensa na conduta que é tomar uma decisão e dar um destino para esse paciente, um destino especializado. Então eu acho que isso barra também, mas talvez se a equipe tivesse um treinamento, entendesse é... o papel desse profissional, o papel do psicólogo ali naquela situação é... em alguma situação específica que o paciente passe mais dia, talvez fosse indicada uma intervenção.

G: Você fala desse pensar no pós internação, é isso? Porque, muitas vezes, pelo que você disse, é a conduta do ali e agora ou alta. Se ele não for transferido para o hospital psiquiátrico você sabe o que acontece com ele?

B: O paciente que vai transferido para o hospital psiquiátrico a gente não sabe, teoricamente, ele foi e a partir de lá eu não sei como é a conduta pós. Mas paciente que eu já vi, que teve alta, ele tinha uma alta com consulta assim, normalmente o psiquiatra já fala: “Olha, pede para ele ir no meu consultório X dia para acompanhar”, o psiquiatra.

G: Entendi. Mas então você já sabia... foi atendido ali e provavelmente vai para o psiquiatra, em alguns casos ou em todos que você observa?

B: Não, em alguns casos. Em outros casos é a possibilidade, ele está dando alta porque ele vai acompanhar ambulatorial, com o psiquiatra dele, mas... “Quando ele vai marcar?”, isso a gente não sabe. E tem alguns que, o psiquiatra da retaguarda fala: “Olha, dá alta, mas dá alta com consulta marcada para X dia”.

G: Já tem...

B: Isso. É, alguns casos que já tem isso, então não tem uma regra nesse sentido, depende muito do psiquiatra que está acompanhando e de tudo que envolve isso, e também da família.

G: É difícil, tem bastante coisa envolvida.

B: Muita coisa envolvida, que acaba barrando.

G: Bianca, eu também queria retomar uma fala sua, que você falou assim de uma paciente que era um pouco difícil, quando você fala uma paciente difícil, o que você quer dizer com essa palavra?

B: Difícil no sentido de é... não aceitar as condutas da equipe assim, às vezes, por exemplo, a gente tinha que fazer alguma coisa pensando nela mesmo: “Vamos tomar tal medicação” ou “A gente precisa fazer tal coisa com você, agora você vai fazer isso, tudo bem?”. É claro que no hospital às vezes a gente não respeita o momento do outro assim, precisa fazer isso, isso e isso. Às vezes a gente chega falando: “Olha, precisa fazer isso, isso e isso”. Assim, o nosso pensamento é: “Precisamos resolver o problema.”

G: Quando você fala “isso, isso e isso”, é para o paciente e para a equipe?

B: Isso. Às vezes para a equipe e para o paciente. E não aceitar é assim: “Não, não vou tomar medicação”. Seu pai é... não lembro da situação específica do que aconteceu com a paciente, mas em qualquer intervenção que a gente fazia com ela, ela era muito grosseira com a equipe, então era uma paciente de difícil acesso, de acesso de comunicação. Porque muito provavelmente, ela estava em surto, ela tinha umas outras questões, então a gente... eu julgava porque eu também não estava preparada para lidar com uma paciente em surto, era um surto que estava recorrente, já fazia horas que ela estava com a gente e ela não melhorava. Porque o que eu estava acostumada era o paciente vem, às vezes vem em crise, mas depois ele vai melhorando, às vezes o paciente aceita mais, tem uma... uma atitude mais passiva que para a gente é cômodo. E essa paciente ela estava muito agressiva, muito difícil, a gente falava: “Poxa vida...”, nesse sentido... de agressividade, de... não ter uma comunicação fácil. Eu pensava depois: “Poxa vida, eu estou julgando ela, mas ela estava em surto, ela não estava em si”, julguei

tanto ela porque... é, esse tipo de paciente demanda muito cuidado nosso, na hora eu pensava: “Nossa meu Deus do céu, eu tenho mais sete pacientes para ver, só que eu não consigo ver os outros setes pacientes porque ela está me sugando”, eu precisava fazer algumas coisas, e eu não conseguia. Então existe uma demanda da equipe nesse sentido e eu acho também depois que aconteceu eu pensava: “É por isso que as pessoas, que eu julgo tanto”, porque ele às vezes, demanda mais da gente, de cuidado, de tato, de... você tentar por esse lado, não deu certo, vamos por esse, por esse, de lidar com esse tipo de situação que é diferente de você lidar com um paciente que não é psiquiátrico.

G: Você acha que a assistência tem que ser feita de uma forma diferente? A assistência ao paciente que tentou o suicídio?

B: Não sei se diferente, mas assim, você fala no sentido da assistência de enfermagem em si?

G: É, é que você comentou que às vezes tem que ter um pouco mais de tato...

B: Ah sim, eu acho que...

G: Quando eu falo da assistência, às vezes tenha me expressado errado, da forma de se relacionar com o paciente.

B: Eu acho que sim, eu acho que, no meu pensamento, eu acho que a gente... Por isso que eu falo da questão da gente ter um preparo, porque dependendo de como você lida com o paciente às vezes você tem, eu tenho uma forma mais objetiva de falar e com esse paciente vai ser mais difícil. E às vezes, a forma mais objetiva de eu lidar com esse paciente é... ele vai ter uma atitude que, às vezes... na verdade eu não consegui me expressar direito, às vezes a minha atitude vai incidir na atitude dele e fazer com que ele tenha uma atitude mais agressiva, ou sabe... eu acho que é um paciente emocionalmente mais difícil de você lidar e não só emocionalmente, mas às vezes na fala. Pensa em um paciente que não está em surto psicótico, alguma coisa psiquiátrica, não tiver tentado suicídio, você lida com ele com a questão racional: “Olha, o senhor precisa fazer isso, tudo bem, tal e tal”. Esse outro paciente, às vezes, ele está fora de si e dependendo de como você aborda ele, se você é um pouco mais incisiva, ele... acho que ele recebe isso de uma forma diferente, às vezes mais exacerbado, então eu acho que sim, eu acho que a gente deve tomar um cuidado na forma que a gente lida com ele, então você precisa ter um pouco mais de cautela na forma que você atua com esse paciente, acho que nesse sentido que eu quis dizer.

G: Entendi, dessas diferenças de comunicação...

B: Sim, de comunicação, às vezes a forma que você se comunica com ele.... tem pessoas que eu já vi que quando tem um tipo de paciente que tentou suicídio, que está um pouco mais alterado, a pessoa fala: “Não, sou muito objetivo e sou objetivo e incisivo, porque eu não dou abertura para ele questionar, para ele fazer nada”. Tem pacientes que isso funciona, mas tem pacientes que ele... ele se eleva muito mais do que você se elevou, nesse sentido. Eu tenho receio quando eu vou lidar com esse tipo de paciente, tanto que eu tenho o máximo de cautela para não interferir no... no humor que ele está tendo ali na situação porque eu acho que eu não posso interferir, talvez dificulte mais a assistência, dificulte mais a nossa intervenção nele. Naquele momento, a intervenção melhor talvez seja passar uma sonda, fazer uma lavagem gástrica, mas dependendo da forma que eu chego nele, falo: “Olha, vou te sondar, não sei o quê, não sei o quê...”, o paciente vai ter um surto, vai sair correndo e não sei o quê e eu não consiga fazer isso e na verdade eu só estou fazendo isso porque a gente precisa, acho que é isso, nesse sentido. Por isso eu acho que tem que ser uma equipe mais preparada nesse sentido, que tome mais cuidados para... de acordo com a intervenção, se o paciente tem esse tipo de reação saber como lidar, chamar um especialista, comunicar, nesse sentido, eu acho.

G: Porque tem algumas coisas que... é lógico que o especialista vai ajudar, mas tem outras coisas que vocês que estão ali no dia-a-dia vocês também vão ter que...

B: De alguma forma fazer uma intervenção.

G: Ter um manejo...

B: Isso, de você conseguir ter o manejo da situação, não interferindo tanto, porque se você também começar a interferir tanto vai chegar em um ponto que você não vai saber como lidar, a gente não tem.... é... ato para ...

G: Qual ponto você acha que você não saberia como lidar?

B: De, por exemplo, assim, por exemplo, assim, a questão da escuta, tranquilo... não é? O paciente vai falar e você é... a questão da.... que a gente fala muito da escuta terapêutica, você escuta e você é... simplesmente fala: “Não, entendi...”, você se compadece com aquela situação que ele está te contando, de aceitar e tudo mais... Mas, você se aprofundar no sentido de: “Por que você tentou suicídio? Você já fez várias vezes? Mas por que você fez e se você fizesse isso?”. Talvez... eu tenho medo de chegar em um ponto e o paciente falar assim: “Se você fosse eu, o que você faria?”, sabe... dele te colocar em xeque e meio que, de acordo com a situação que ele está vivendo, “Meu Deus, talvez a minha atitude possa ter uma consequência

sobre a atitude dele” nesse sentido, porque eu acho que a gente não está tão preparado para lidar com esse tipo de situação que vai um pouco mais a fundo na situação emocional dele. Acho que a gente precisa, nós somos profissionais de saúde, a gente precisa lidar com a questão emocional, não só de paciente psiquiátrico, porque eu acho que a gente precisa lidar com a situação emocional de todo mundo, mas no sentido de ir tão fundo. Às vezes, o paciente precisa falar e você que está ali para escutar, sim, eu vou escutar, com certeza. Mas pode ser que... eu tenho um certo receio e ansiedade, não que eu bloqueie totalmente mas eu tento medir as minhas palavras para não chegar em um ponto que eu não saiba lidar mas não por... O medo é “Nossa, eu não soube lidar com a situação?” não, o medo é a consequência de não saber lidar com a situação, consequência para ele, acho que nesse sentido.

G: Mas eu acho que é isso mesmo Bianca, essa questão da tentativa de suicídio, é difícil mesmo, então com certeza o apoio de outros profissionais é importante, ter essa rede, poder ter com quem contar e alguém com quem conversar. Mas igual você falou, às vezes você vai estar ali e é você que vai escutar o paciente e isso também é importante, realmente essa questão desse preparo até aonde ir, até onde... seria importante mesmo.

B: É.

G: Mas então Bianca, eu queria agradecer, mas antes também queria perguntar, você quer falar mais alguma coisa, que eu não tenha perguntado.

B: Não, acho que não. Acho que eu falei bastante assim, achei que quando a gente começa a falar da situação você começa lembrar de várias situações que, às vezes, você tinha até esquecido já, que você tinha vivenciado, mas legal. Não tenho mais perguntas não.

G: Mas então tá, muito obrigada, muito bom.

B: Obrigada a você, imagina.

G: Contribuiu bastante.

Entrevista com Thaís (Duração: 38 minutos e 41 segundos)

- *Thaís, 34 anos;*
- *Enfermeira;*
- *Especialista em Urgência e Emergência;*
- *Vivência em prontos-socorros: 11 anos;*
- *Atualmente trabalha em um pronto-socorro de um hospital privado.*

Giovana: Entrevistadora

Thaís: Colaboradora

Giovana: Eu gostaria que você me falasse um pouco sobre a sua idade, formação.

Thaís: Eu estou formada desde 2004, eu tenho 34 anos agora e sempre no PS (pronto-socorro), sempre fiquei, desde que eu me formei, eu sempre trabalhei em pronto-socorro público e agora em particular. E fiz especialização em urgência e emergência.

G: Já tem 11 anos.

T: É, 11 anos de área, muito bom.

G: E até pensando na questão do seu trabalho, eu imagino que você já deve ter tido essas experiências, para você, como é atender um paciente que tentou o suicídio?

T: Já foram algumas vezes já que a gente atendeu, e é engraçado porque tem todas as idades, tanto os mais jovens, quanto os mais velhos, então assim, a gente já teve vários casos. Quando chega assim, a primeira reação é você atender o breve possível e tirar do risco de morte, e depois entender um pouco melhor o que quê aconteceu, de onde veio, como foi essa tentativa, então às vezes é se automutilando, às vezes é por ingestão de medicamentos, então tem diversas coisas. Às vezes, chega sangrando muito, então primeiro você tem que ver o ferimento e cuidar da pessoa senão ela vai morrer. Agora se for uma intoxicação exógena, assim está com muito medicamento... então a gente precisa agir rápido e também o que quê você vai fazer. E o suporte clínico do paciente, até estabilizar e entender melhor. Mas é sempre um paciente que demanda muito cuidado assim, sabe... Porque... você está no pronto-socorro, ele está debilitado, ele está fragilizado, a gente fica imaginando assim, eu, eu fico imaginando o desespero que levou a pessoa a fazer isso, então, “Ele desistiu? Vai fazer de novo?”. Então, precisa de um acompanhamento, não dá para ficar sozinho, não dá para ficar sem supervisão, tem que ter um

acompanhamento, tem que ter profissional, psiquiatra mesmo envolvido nisso tudo, então é isso.

G: Você falou que foram algumas vezes, você falou que já teve experiência em hospital público, também teve tentativa de suicídio lá?

T: Nossa, várias, várias, então, no... é que assim, de verdade, foram, tanto tentativas de mutilação mesmo, “Então eu vou tentar cortar os meus pulsos, e vou tentar para sangrar mesmo”, sabe?... Como já teve casos em que a gente sabe que houve a tentativa e a pessoa conseguiu, não é? Aí não entra no caso, não eram vítimas que chegaram no pronto-socorro para a gente ainda. Mas, a grande maioria é intoxicação exógena, “Ai, eu vou, vou tomar todos os remédios”. No outro hospital também, no público chega e aí algum familiar encontra e aí então vê aquele monte de cartelas ou vê aquele monte de sangue, alguma coisa assim, e já leva direto. E sempre é nesse sentido, pelo menos comigo, que algum acompanhante, ou algum familiar, ou algum amigo encontrou em tempo hábil e conseguiu trazer a pessoa para um atendimento médico. No outro, a gente também recebia por ambulância, às vezes chamava a ambulância e o SAMU ia lá atendia e vinha para cá. Diferente do hospital em que trabalho atualmente, muitas vezes, o próprio familiar já traz no carro, porque acha que vai ser mais rápido e tudo. Eu acho que foram mais esses assim. Mas é, falando em risco de suicídio mesmo, a gente não está falando de intoxicação, por exemplo, acidental, no caso.... Que eu trabalho muito com criança também, então aí nessa parte de criança é mais acidental, essa parte de intoxicação e não uma tentativa de suicídio, diferente do adulto.

G: E o que você tem observado é mais essa questão da medicação mesmo, de intoxicação exógena?

T: Então, eu já peguei os dois tipos, ou ferimento, tenta se auto, cortar pulso mesmo, teve uma paciente que chegou com vários cortinhos assim no braço, sabe... E assim, só sangrou, não ia morrer... por isso, mas intoxicação é a grande maioria. Pessoa está tomando medicamento, jovem, pessoas que já são psiquiátricas, que tem acesso a essa medicação, no geral, são pessoas que já tem essa medicação em casa, por que quê tem? Ah... já estão em tratamento psiquiátrico, alguma coisa assim.

G: Já está fazendo um tratamento?

T: É, mas tem gente que não.

G: E, normalmente, quando esse paciente chega, quais são os profissionais envolvidos na assistência?

T: Quando chega na emergência e é feito o reconhecimento, a classificação deste paciente, então é uma emergência, e aí entra médico, entra enfermeiro, entra técnico, aí a gente vai atender, dar o primeiro atendimento para esse paciente, vê se tem ou não psiquiatra, porque senão a gente chama psiquiatra retaguarda, enfim, *standby*, ou se o paciente já tem um acionado.

G: Se ele já faz acompanhamento fora?

T: É, em todos os casos, os prontos-socorros que eu trabalhei, nenhum tinha psiquiatra de plantão, sempre à distância, mas assim, acionando, vinha sempre bem rápido, mas nunca no local já, pronto, esperando, não, nunca, nenhum. Mas aí saiu da situação de emergência e a gente começa então, “é necessário o serviço social? Aí acionamos”, “É necessário, por exemplo, acionar, às vezes, chegou um amigo que trouxe, então é necessário acionar a família?”. E aí a gente vai avaliar cada caso e aí importância da entrevista, de quem estava perto, de quem encontrou, o que achou, o que tinha no local, então, a gente precisa dessas informações, principalmente, para saber qual medicamento que era, aonde estava, há quanto tempo foi visto pela última vez, então muitas vezes, a gente percebe a necessidade do serviço social mesmo.

G: E é fácil ter acesso ao serviço social e a outros profissionais? Como funciona?

T: Então, no caso de, parece até engraçado, mas mesmo no SUS assim, em casos que é feita essa triagem, que tem essa prioridade e você vê esta demanda, necessidade do serviço social, você aciona e pode ser que não venha imediatamente, mas tem uma boa aceitação assim de vir, tentar ajudar, tentar atender. Às vezes tem outros serviços como, por exemplo, não mas aí é o serviço social mesmo, que eles sempre atendem. “Ah, tem que encontrar a família dele”, sabe? E o serviço social dá um jeito. Ah, precisa, no público, principalmente, não tem condições, então foi por exemplo, tentei me matar porque meu marido, enfim, me reprime, me abusa, me agride, então espera aí, “Será que o serviço social vai ter que entrar?”. Aí começa, conselho tutelar, vara de família, enfim, aí começa a ver cada caso. É diferente de maus tratos, é diferente, uma coisa é uma coisa, outra coisa é outra coisa. Mas é fácil, o serviço social sempre vem, sempre dá um apoio.

G: Além do serviço social, tem algum outro profissional, que vocês chamam?

T: Então, nesses casos precisa acionar o segurança do local e dependendo de como for, fazer o boletim mesmo, de repente tem que fazer a ocorrência da situação, de que foi uma tentativa de

suicídio, aí o segurança da unidade hospitalar entra em contato com a polícia civil se for necessário.

G: Mas entra em contato com a polícia para...

T: No sentido de boletim de ocorrência, sabe? Tudo isso assim, para a gente se respaldar, mas aí o segurança que faz essa triagem.

G: Mas se respaldar no sentido de quê?

T: Ah, por exemplo assim, tem uma vítima, “Olha, ela tentou se suicidar”, não tem familiar, não tem acompanhamento, foi um amigo que trouxe, vai fazer ocorrência disso? Quem faz ocorrência? O policial, por exemplo.

G: Ah... Se não tiver alguém junto.

T: Isso, foi envolvido em um cenário é... com outras pessoas, não sei. Então, o que acontece, ah... teve testemunha disso? Precisa fazer uma ocorrência? Um boletim de ocorrência? Aí a gente chama o segurança do local e ele se precisar chama o serviço civil. Fora isso, o segurança ajuda muito assim, eu não sei se esse paciente pode ter risco de fuga, então muitas vezes a gente precisa deixar esse apoio do segurança, sabe... Meio por perto, não sei se o paciente tiver instável, agitado, às vezes, acontece.

G: Entendi. Mas o que você falou da equipe básica mesmo é enfermeiro, médico...

T: E técnico.

G: E o psiquiatra pode ser chamado...

T: Ou o do paciente, muitas vezes, o paciente já tem psiquiatra referido ou a gente chama o psiquiatra que tiver na retaguarda.

G: E sempre é chamado o psiquiatra?

T: Sempre, pelo menos todas as vezes que eu... no público, sempre, não que vinha a avaliação em imediato porque o paciente estava numa situação emergencial, então eles sabem que nesse primeiro momento é estabilização clínica e tudo mais, então não vai adiantar. Mas era acionado, em todos os casos. Pelo menos, em todos os casos que eu atendi até hoje, foi.

G: E você falou que no público tem hora que nem sempre, é isso?

T: Não, não, sempre é acionado. Mas é diferente de onde eu trabalho agora (privado), que independente da estabilidade clínica ou não, já de imediato vem, para dar um suporte para a família, para entender o que está acontecendo, ver esse paciente e tudo mais. Às vezes vai precisar até de uma internação psiquiátrica, então qual hospital é melhor para isso, às vezes no público eles sabem que tem que ter essa estabilização clínica primeiro, então não é imediatamente, mas depois.

G: E eu quero até te perguntar disso, você acha que na sua experiência, tem alguma diferença, na assistência entre o público e o privado?

T: Clinicamente não. É classificado como uma emergência, sempre aonde eu trabalhei, independente dos locais. E é entendido como prioridade, emergência mesmo.

G: E no envolvimento de outros profissionais? Você também acha que é parecido?

T: Acho... acho. Tem alguns casos que às vezes eu acho que a equipe percebe que não é uma situação eminente de morte, por exemplo, “Ah... uma intoxicação exógena leve”, só ingeriu uma quantidade de medicamentos, não tem risco de morte, então muitas vezes, poxa vida, então não é toda aquela: “Ah, vamos lá, vamos lá”, até porque a situação não é emergencial mesmo. Então, às vezes eu acho que essa preocupação do “Vou me matar do paciente” e o que trouxe até aqui eu acho que a equipe não... a própria equipe médica mesmo não considera tanto. “Ah tá, vamos melhorar e aí a gente chama o psiquiatra, e o psiquiatra vê”.

G: E o que você acha disso? Dessa questão da equipe, que você está me dizendo.

T: Ah. Eu acho que é natural no PS, porque aí você vai, é assim, você quer tirar da situação de emergência, então você vai tirar da situação de emergência, já não estando em situação de emergência, sabe, está estabilizado, entendeu, então o próximo, o próximo paciente, vamos lá, sala de emergência e vamos estabilizar, tem outras pessoas que vão precisar da gente agora. Eu acho que é mais ou menos essa linha de pensamento, não descaso, mas no sentido de pensar em prioridade assim sabe, eu acho.

G: Prioridade que você fala...

T: De situação mesmo, paciente instável, paciente estável.

G: Dar prioridade para aquele que está instável, para estabilizar, é isso?

T: É, mas eu acho que acontece sim, quando está mais tranquilo, mais estável assim, não há uma consideração relevante no sentido de “Ah, olha foi uma tentativa de suicídio. Ah... não ia se matar mesmo, foi só para chamar a atenção”, por exemplo.

G: Existem esses comentários?

T: Ah... Existe. Existe até no sentido de, “Bom, então foi isso, então, não tem o risco de se matar de novo, de tentar se matar de novo, sabe?”. Até no sentido, não pejorativo, mas no sentido de classificar, realmente não é uma emergência, foi para chamar a atenção e o psiquiatra está aqui, vai conversar, vai precisar de ajuda e tudo mais, mas clinicamente falando não é uma emergência, agora. Aí tudo bem. Aí tem sim esses comentários.

G: E quando é uma emergência, assim, quando vocês considerariam uma emergência?

T: Na instabilidade do paciente, porque quando o paciente chega instável, ele nem tem condições de falar, a gente vê que ele realmente é, qual foi a angústia que levou ele a tomar essa decisão sabe? Nesse momento não dá, ele nem consegue, nesse momento você tira o paciente da instabilidade clínica, estabiliza tudo certinho e depois claro você precisa entender, senão ele vai fazer de novo. Você precisa entender e dar o tratamento. Vários pacientes evoluíram para internação psiquiátrica mesmo, porque realmente tinham o risco de tentativa, de nova tentativa de suicídio e tudo mais. E tem uma preocupação muito grande, vai internar, aonde vai internar.

G: E como que funciona isso?

T: Então, aí o psiquiatra avalia precisa de uma instituição especializada, tem algumas famílias que se recusam ou até o próprio paciente recusa, “Ah não, eu fico internado, mas eu fico internado no hospital normal”. Hospital normal, hospital comum. Se essa é uma maneira de começar a tratar o paciente já aconteceu.

G: Dele ficar internado no hospital geral, é isso?

T: Isso, mas aí tem a grande preocupação, “O que tem no quarto, tem alguma coisa que tem que tirar?”, senão o paciente pode tentar se matar. “As janelas estão travadas?”, porque hoje em dia os hospitais são todos verticais praticamente. “O paciente vai pular da janela?”, então você tem que trava a janela, sabe? Tem uma preocupação até com o manguito, o estetoscópio que está no quarto, pode se enforçar. Aí você tem essas outras preocupações, diferente de um hospital psiquiátrico que eles até evitam essas situações, mas é uma preocupação grande.

G: Por causa da internação?

T: É, porque... é a única forma que, às vezes, a família e o próprio paciente aderem ao tratamento, não indo para a internação. Os pacientes que já são psiquiátricos e que já é reincidente, sabe, não é a primeira vez já, aconteceu outra vez a tentativa de suicídio, eles aceitam melhor, “Olha vai ter que encaminhar mesmo, para um hospital psiquiátrico”. Mas, a primeira vez é difícil.

G: Aí então, tem algumas vezes que acabam ficando no hospital geral sem ter essa transferência?

T: Isso.

G: E normalmente sai do PS?

T: É, para as unidades de internação com esses cuidados. Não dá para ser um quarto com sacada, sabe?... Enfim.

G: E normalmente você tem contato com o paciente? Você sabe, por exemplo, aquele foi internado, aquele foi transferido? Como que funciona nessa sua rotina mesmo?

T: Não, a gente sabe se gerou uma internação ou não, se foi transferido ou não, se continua na unidade. Mas depois o que aconteceu, não sei. Ficou bem, quantos dias ficaram internados. O que é uma vantagem do PS, não é? Você trata, mas você não tem o vínculo, não é?

G: Você acha que é uma vantagem?

T: Eu acho, no meu ponto de vista é uma vantagem. Não ter o vínculo, é... duas semanas, o paciente já está internado, então você já conhece todo mundo, já conhece a família, já conhece toda a história e tudo mais. Eu acho que tem pessoas que tem o perfil disso, que não é o meu caso. Então vamos supor, você não tem esse vínculo e no caso de um paciente que tenha tentado se suicidar é a mesma coisa, não mantenho esse vínculo, por questão do PS mesmo, não sei... Para mim, é uma vantagem. Chega... (riso).

G: Chega?

T: É.

G: E até com os outros pacientes, como você mesmo disse, não necessariamente só com paciente que tentou suicídio, que são passagens e depois acabam sendo internados.

T: É, aí você não mantém o contato. É difícil ter instituição que você tem esse contato e tudo mais.

G: Mas você acha que seria difícil, por exemplo, ter um pouco mais de contato?

T: Não, até seria curioso. Por exemplo, tem alguns pacientes que voltam, falam assim: “Poxa, eu vim aqui, queria agradecer”. Quando a gente olha, aquele paciente bem, andando, fala assim: “Nossa, que legal, uma super satisfação, em vê-lo bem, em ver... puxa, valeu a pena esse atendimento que você deu” e agora você vê o paciente bem, isso é muito gratificante, sabe? Mas é diferente de conviver, de acompanhar. Mas não seria ruim não, seria bom saber, olha deu certo, foi legal, internou, teve alta.

G: Mas aí normalmente, como você disse, acaba esse vínculo?

T: Total, e não há um esforço em manter, não da minha parte. Eu acho que é isso...

G: Você acha que o quê?

T: Não, você cuidou no PS ótimo, internou, internou, então agora outro setor, outro setor cuida e assim vai, senão a gente... São quantos pacientes por dia no pronto-socorro, não tem como se envolver, senão você vai ficar maluco.

G: É muita gente? Muito paciente?

T: É muito paciente, é muita gente, cada dia são histórias diferentes, então assim, acho que é saudável isso, você vê, finalizou e aí segue em frente, senão não dá. É diferente de unidade de internação, “Ah... eu tenho 20 pacientes internados”, ok, amanhã são os mesmos 20? Mas são 20. Não são 200 pacientes...

G: É, bastante coisa...

T: É, então... mas é bom.

G: E em relação a tentativa de suicídio, você já teve alguma experiência próxima a você, fora do hospital?

T: Não. Fora do hospital?

G: Sem ser paciente mesmo.

T: A gente já teve um funcionário, mas que acabou conseguindo, se matou, tudo... enfim. Eu já tive outros dois funcionários que tentaram, mas foram encontrados por amigos a tempo, levados para o hospital. O que chama um pouco atenção, porque são profissionais da saúde. Então, mas até hoje em 11 anos, 1 que se suicidou e eu tive 2 que tentaram. Foram os mais próximos assim, família não. Família eu nunca tive, mesmo amigo próximo, também não.

G: E como foi para você essa questão de ter um colega, uma colega de trabalho próximo a você, ou que tentou ou que realmente se suicidou, como foi para você?

T: Ah... choca um pouco porque aí você pensa assim, “Ninguém nunca percebeu? Eu não percebi?”, “Ah, mas não era um amigo, não tinha como perceber, não convivia, era um funcionário”, “Mas será que a gente não, ele não deu nenhum sinal, sabe? Não fez um anúncio de que estava acontecendo”... Porque assim, na minha opinião, é um desespero absurdo imagino, porque a pessoa ela não encontra outra solução sem ser morrer, para o que ela está vivendo. Então assim, eu fico pensando: “Gente, que desespero, e foi de uma hora para outra? Ninguém percebeu nada mesmo sabe?”, então eu preocupo. Preocupo bastante, é esse sentimento que eu tenho “Gente, chegou até aqui, poxa vida, por que você não chegou, não conversou? Por que eu não percebi? Será que eu não poderia ter ajudado de alguma forma? Não poderia ter conversado, sabe?” Muitas vezes não, muitas vezes a gente sabe que não, sem indício algum, sem dica nenhuma. É uma decisão sua, mas, mesmo assim eu penso: “Gente, por mais que a gente saiba, não tem o que você possa fazer, se a pessoa decidiu”, é decisão dela, enfim, mas você pensa: “Poxa, alguma coisa eu poderia fazer?”

G: Se poderia ter sido diferente?

T: É. E diferente dos pacientes, os profissionais da saúde, eles sabem maneiras eficazes de fazer isso, da tentativa de se suicidar, diferente dos pacientes, eles não tem todos os conhecimentos, habilidades, assim sabe? Então, por isso que muitos conseguem.

G: Mas quando você fala de conhecimento... a respeito de medicação?

T: É, droga, forma que mata mesmo, autoagressão, é diferente. Por motivos chegam muitas vezes...ele achou que não deveria daquela for... sei lá, se cortando daquele jeito, sabe que não. Ou ele acha que tomando medicamento em grandes quantidades ele vai morrer... claro que não, mas o profissional da saúde sabe.

G: Tem até o acesso à medicação?

T: É, é complexo.

G: E você acha que mudou alguma coisa, não sei se você estava na equipe ou não, entre os profissionais mesmo, depois dessas tentativas que você disse, ou depois desse suicídio que aconteceu?

T: Ah... Eu acho que sim, primeiro abala, abala todo mundo, sabe? Eu acho que todo mundo pensa um pouco nisso: “Poxa, eu poderia ter cuidado”. Por um outro lado, eu já tive outros funcionários que vieram falar “Sério, eu também já pensei”, e aí você fala: “Meu Deus do céu, calma”, aconteceu um, agora vai acontecer um monte, não. As pessoas se sensibilizam, e aí tem a questão da empatia, se colocam naquela situação e falam: “Poxa, acho que eu também vou fazer isso”, ou “Ai, eu também já pensei”. As vezes que aconteceram, essas três vezes que aconteceram comigo, é, foi muita coincidência assim, outros funcionários virem, demonstrar a angústia mesmo: “Ah, eu também já pensei, se eu fizer isso um dia... eu tenho medo.”

G: E como você reagiu Thaís?

T: A gente tem que... a gente conversa, escuta, valoriza a força que a pessoa tem e procura ajuda Sempre, sempre, sempre.

G: Quando você fala procurar ajuda...

T: É um apoio psicológico mesmo, “Olha eu estou aqui, eu estou te ouvindo, você pode contar comigo, você não está sozinho, mas você precisa procurar ajuda, fazer um tratamento.”

G: Indica também uma...

T: Ah sim... Mas de uma forma sutil, sempre, sempre. Dependendo de como for, já desce imediatamente para o serviço de psicologia do hospital e pronto, sabe? Tem umas pessoas que se abalam mesmo e precisa. Mas é... é mais assim, vai conversando, vai lidando e vai tentando resolver, vai tentando amenizar mesmo, é um sofrimento para todo mundo.

G: É um sofrimento para os colegas também.

T: É.

G: E Thaís, dentro desses 11 anos teve algum caso que te marcou mais, de algum paciente, alguma situação relacionada à tentativa de suicídio ou ao suicídio mesmo?

T: Ah, eu acho que foi desse funcionário que acabou se suicidando assim. Eu acho que ele marcou não só a mim, mas muita gente, porque é difícil você conviver com a pessoa e em um belo dia simplesmente ela morrer. Aí você acha carta de despedida, tudo mais. Não a gente que... Mas pessoas mais próximas, aí você fala “Poxa vida, foi mesmo um suicídio sabe”. Eu acho que é o que mais me marcou. Tem alguns pacientes que acabam... a gente acaba lembrando e tudo, mas com maior intensidade foi esse mesmo.

G: Que estava ali próximo.

T: É, é complicado, dá dó. Não é dó, não sei se é dó, se é uma tentativa de compaixão, sabe? Não sei, porque... eu sempre penso nisso: “O que levou a pessoa a fazer isso?” E aí quando outros vêm falar: “Eu já pensei também”, aí você fala: “Não, para”. Porque muita gente me fala.

G: Muita gente?

T: Uma coisa é você fazer, ter a tentativa de suicídio, outra coisa é você pensar em, é bem diferente. Os pacientes que chegam, os pacientes com a idealização de, é uma coisa, pacientes que já tentaram é outra.

G: Mas chegam alguns pacientes no pronto-socorro falando que estão pensando em tentar?

T: Às vezes, os pacientes que, assim, por exemplo muito agitados, pacientes psiquiátricos, acontece às vezes, as emergências psiquiátricas e tudo mais com idealizações suicidas. Não houve tentativa direta mas com idealizações, então está em um surto psiquiátrico com idealização, isso já, já. De novo, trata a janela, tira tudo do quarto, sabe? Para não.

G: Entendi, ter esse outro cuidado.

T: É, imagina... em uma alucinação, sei lá, pula da janela.

G: E você já soube de algum caso que já aconteceu algum suicídio no hospital?

T: Já, já. Não foi comigo, mas eu já ouvi falar. Deixa o paciente, está bem, está estável e daqui a pouco você volta e “Cadê?”, está lá embaixo da janela, eu já ouvi vários. Eu nunca vi, onde eu trabalhei também nunca aconteceu nesse sentido, mas... várias pessoas contam essas histórias assim... e eu não quero pagar para ver não, eu falo: “Vamos travar tudo.”

G: Então você está me falando, igual você já disse antes, desse cuidado que tem que ter.

T: É. Com os pacientes, primeiro é tirar ele da emergência, depois... tratar, tratar, não tem como tratar sozinho. Precisa chamar alguém próximo, ou amigo, ou o responsável, familiar, não sei, e aí é onde entra toda a equipe multidisciplinar. É muito comum no PS o acionamento do psiquiatra direto, e aí durante a internação faz esse apoio com o psicólogo.

G: Se o paciente ficar internado?

T: Isso, mas no PS mesmo, direto, o acionamento é direto com a psiquiatria.

G: Não tem um psicólogo que fique no PS?

T: Para esses casos de tentativa o primeiro acionado é o psiquiatra e aí depois na continuidade do tratamento associa-se o tratamento com terapia, psicólogo, tudo mais. Mas, na emergência eu nunca vi psicólogo. Na emergência, emergência que eu falo, eu nunca vi.

G: E vocês, por exemplo, se observassem uma necessidade, você poderia chamar um psicólogo?

T: Não, a gente pode sim sugerir para a equipe médica. Tem alguns serviços que eu só vou conseguir acionar o outro profissional via médico. Sim, posso sugerir, isso é muito comum quando o psiquiatra chega, sabe? Ah... Vai ter uma continuidade, é que às vezes, a maior parte das vezes, na emergência não dá tempo disso. Já internou, entendeu? Você acaba não participando desse momento...

G: De sugerir outro profissional?

T: É, que já foi. Mas o psiquiatra tem que vir, muitas vezes tem que fazer, sei lá, uma contenção química, alguma coisa assim.

G: É Thaís, mas acho que era um pouco disso que eu queria saber, das suas experiências, vivências, você quer acrescentar alguma coisa? Teve alguma coisa que eu não te perguntei e você ficou com vontade de falar?

T: Não, não, eu achei que foi bem legal. Eu não sei... era isso mesmo?

G: Era para entender mesmo a sua experiência, igual eu estava comentando, não tem certo nem errado, é a sua experiência e o que você pensa.

T: E eu sempre tive muito assim, tranquilidade, no sentido, a equipe, eu sempre acho que o enfermeiro tem que entender primeiro o que está acontecendo e ele liderar o atendimento sabe? Vamos puncionar, vamos... Então eu acho que tem que ter isso, independente do que o nível técnico ache ou entenda do atendimento, você tem que direcionar. Então, graças a Deus eu estou hoje liderando.

G: Que bom.

T: É bom o que eu faço, mas nunca é bom para o paciente, coitado, mas tudo bem.

G: Você fala bom a questão da assistência mesmo?

T: Isso, de agir, melhorar aquilo, conseguir dar um apoio, mesmo que seja, chegou na emergência, falta a gente estabilizar, chegou o próximo. Mas você consegue melhorar esse paciente, melhorar esse atendimento, sabe? Que ele não se mate, que ele não morra. A gente

conseguir agir a tempo. Mas coitado, para ele não é bom. E vai tentar de novo. E é muito comum, chegar no hospital e falar “Já é a terceira vez.”

G: Ah... tem gente que chega...

T: Isso, não é a primeira, sabe?

G: Mas é um tema difícil...

T: Ah, eu acho que é um tema que deveria ser mais abordado, sabe?

G: Com certeza.

T: Porque as pessoas não valorizam, as pessoas subestimam, elas acham que é só ameaça, só ameaça, mas uma hora essa pessoa vai conseguir. Então assim, ela tentou e não deu certo uma vez, ela vai tentar a segunda de uma outra forma, então assim, tem que estabilizar, tem que dar continuidade, tem que ter essa preocupação, não banalizar sabe, só chamar a atenção como eu tinha falado, não, a pessoa se for chamar a atenção, “Por que ela está querendo chamar a atenção dessa forma?”. Eu acho super legal você estar trabalhando com isso, ouvindo diferentes profissionais porque tem que valorizar mais esse paciente, sabe? Nossa, eu acho super legal.

G: Que bom. E foi muito importante a sua colaboração. Muito obrigada Thaís, pelo seu tempo e sua disponibilidade.

T: Imagina, imagina, obrigada a você.

G: Obrigada.

Entrevista com Beatriz (Duração: 36 minutos)

- *Beatriz, 22 anos;*
- *Técnica em Enfermagem;*
- *Vivência em prontos-socorros: 1 ano e 7 meses;*
- *Atualmente trabalha em um pronto-socorro de um hospital público.*

Giovana: Entrevistadora**Beatriz: Técnica em enfermagem**

Giovana: Gostaria que você me falasse sobre a sua idade, a sua formação e sua experiência até agora.

Beatriz: Então, eu tenho 22 anos, eu me formei como técnica já tem um pouco mais de um ano, trabalho na instituição pública já tem um ano já e sete meses, só em setor de pronto-socorro. Então experiências assim, a gente tem experiências diversas, porque chega todo tipo de paciente para estar atendendo. Desde paciente psíquicos porque não tem ala psiquiátrica como nos outros hospitais, nós atendemos toda a demanda: clínico, psíquico, neurológico, então é uma rotina bem diversificada. O pronto-socorro é clínico, tem divisões no pronto-socorro, mas a gente atende a parte neurológica, clínica e psíquica, porque não tem setores separados para este tipo de atendimento, para este tipo de paciente. Então atendemos clínico, acabamos atendendo paciente que é da psiquiatria ou paciente neurológico, atendemos normal.

G: E seu curso foi durante 2 anos?

B: Um pouco mais de dois anos, primeiro faz o auxiliar, depois o técnico, a junção dos dois dá uns dois anos e cinco meses.

G: Foi esse que você fez, o técnico?

B: Isso.

G: A sua experiência é na instituição pública. Além dessa, você também trabalhou em outra? Fez estágio?

B: Não, essa mesma instituição foi a que eu estudei e eu fiz estágio nela mesmo e chegamos até ir para setores psiquiátricos dessa mesma instituição. Como nessa não tem, aí tem outras unidades que tem setor de psiquiatria, participamos de estágios lá. É uma coisa bem diferenciada, o estágio de psiquiatria acho que para nós, que somos alunos, o estágio é mais

difícil, porque é lidar com a mente humana, não é uma coisa clínica, que nós vamos conseguir tratar e ponto. Talvez resolve, talvez não resolve com a medicação. Paciente da psiquiatria é um pouco mais difícil de lidar, até mesmo na abordagem, na conversa, porque não sabemos a reação dele. Paciente clínico não, simplesmente se ele está... Ele só vai ser agressivo com você se ele estiver com muita dor, porque ele vai querer o tratamento imediato, mas o paciente psiquiatra não, é bem diferente.

G: Para você, como é atender um paciente que tentou suicídio?

B: Olha é, que a abordagem fica... Tem que ser um pouco diferente, tem que ser muito diferente do que quando tratamos um paciente clínico, porque o fator dele é psicológico, a gente nunca sabe a reação, então nunca pergunta o motivo pelo qual levou ele a isso, porque até mesmo eles não respondem. Teve um caso de um atendimento com um paciente, e, assim, temos um censo que olhamos e vemos mais ou menos porque o paciente foi internado, ou alguma coisa há esclarecer, ou alguma coisa já diagnosticada que ele veio para tratar, e esse dia estava muito movimentado, não teve como nenhum dos funcionários estar visualizando esse censo e eu atendi um paciente da psiquiatria e não sabia que era da psiquiatria. Muito jovem, 26 anos, era um rapaz e quando eu fui atendê-lo eu vi que ele estava cheio de feridas pelo corpo, pontos, estava cheio de enfaixamentos, e não é normal do pronto-socorro clínico atender um paciente desta forma. E eu perguntei para ele porque ele estava com tantos pontos e tantas faixas e ele mesmo falou, que ele tentou se suicidar. Ele, em um momento de agressividade na casa dele, ele quebrou uma garrafa e feriu todo o abdômen, braço, perna, não chegou a causar nenhuma lesão grave e ele ficou internado no pronto-socorro clínico, para poder passar o caso para a psiquiatria. E ele é um rapaz novo. Eu perguntei, eu acabei questionando o motivo pelo qual levou ele a isso. Ele mesmo não soube explicar. Paciente geralmente da psiquiatria, eles não sabem explicar porque eles chegam neste tipo de situação, para tomar algum medicamento ou até mesmo tentar se matar com algum objeto e ele mesmo falou que ele não sabia o porquê. Eu perguntei se ele não era feliz na família, e ele disse que pelo contrário, era muito feliz, tinha esposa, tinha uma enteada que ele gostava muito, que ele estava muito feliz e que ele até tinha desejo de ter um filho, mas a esposa dele ainda não tinha conseguido engravidar. E eu até questionei ele: “Mas você faz uma coisa dessas e já pensou se a sua esposa está grávida?”, e ela nem sabia que ele estava internado. Quando passou dois dias, ela chegou para visitá-lo, que ela não sabia que ele estava internado, que ele tinha um serviço esporádico, que às vezes, ele estava em casa e às vezes não. Quando ela chegou para visitá-lo, ela chegou com a notícia que ela estava gestante. Então, no ato assim, ele mesmo chorou, veio me chamar, falou: “Beatriz, vem

aqui, preciso te contar uma coisa, e ele contou que a esposa dele estava grávida, que ele estava muito feliz e que ele estava muito arrependido de ter quase tirado a vida dele, ter quase deixado um filho sem pai.” Então, para a família dele foi uma história assim, muito comovente, foi uma das mais comoventes que a gente teve no pronto-socorro. O restante dos casos, eles costumam não se arrepender, que às vezes tem uma família, uma vida muito infeliz. Teve um caso de uma tia, que tentou se matar com medicamento, e ela ficou internada, chegou a entubar, ela ficou em estado muito crítico e a gente achou que ia deprimir até padrões neurológicos dela, porque ela convulsionou, mas pelo contrário, ela saiu bem, ela saiu andando do pronto-socorro, coisa que nunca tínhamos visto, uma paciente entubada sair andando do pronto-socorro. Ela não chegou nem a ir para a ala de UTI, porque não teve ala de UTI para ela.

G: Ela era uma senhora?

B: Ela tinha cerca de 45 anos e vivia só ela e a sobrinha dela, porque os pais da sobrinha dela eram falecidos e ela criou essa sobrinha dela. Ela chegou no pronto-socorro porque ela tomou um monte de opióides, medicamentos que ela já toma assim, no dia-a-dia, tanto para dor quanto para a depressão, porque ela já tinha uma depressão e ela tomou todos esses medicamentos de uma só vez. Ela internou, ela chegou a ter um período de convulsões, ela teve que ser entubada, fizeram uma lavagem gástrica nela e ela demorou um pouquinho para retornar. Foi cerca de 15 dias assim. Para ela ter alta também, só que ela saiu andando, falando, tudo normal. E sempre vinha uma sobrinha dela e era o que chamava mais atenção, achava até que era filha, porque era muito parecida e chorava muito quando via ela naquela situação. Chorava muito assim, um quadro de tristeza mesmo. Depois descobrimos que moravam só as duas, conversando ali entre profissionais. Aí surgiu esse assunto que moravam só as duas, que a tia tinha um quadro de depressão, por conta da própria família, teve uma vida muito sofrida, passou muita fome, muita necessidade, e nisso, ela não tentou se matar nem por causa da fome, nem por causa da necessidade, porque até o momento, elas não estavam mais nessa situação. E ela foi embora, não deu dez dias e internou a sobrinha na mesma situação. A sobrinha acho que tinha uns 18, 19 anos e fez a mesma coisa que a tia, tomou um monte de medicamentos para se matar, internou também e ficou naquela situação. E quem vinha visitar era a tia chorando e aí achamos estranho, “O que essa mulher está fazendo aqui no horário de visita?”. Assim que chegamos para pegar o plantão, estava a tia do lado de fora, aí a gente pensou: “O que será que essa mulher está fazendo aqui no horário de visita?”, quando entramos era a sobrinha dela que estava internada. Daí mudou o quadro, era a tia chorando pela sobrinha. E elas viviam assim, um quadro de tristeza muito grande, já viviam em uma depressão profunda, não tinham famílias

mais próximas, o pai e a mãe da menina já eram falecidos, era praticamente só as duas. Só que elas também não se ajudavam, uma chorava pela outra e, infelizmente, elas caíram na mesma situação. A sobrinha, saiu bem também, teve sorte, que saiu bem, só que, daí em diante a gente não sabe se aconteceu de novo, se tentaram se matar de novo, porque não voltaram. Mas assim, são quadros de muita tristeza, que elas mesmas não sabem explicar porque que fez aquilo, o que se sucedeu no momento. São pessoas lúcidas, muito bem de mente, mas... conversam muito bem, mas não sabem explicar porque que chegaram a esse ponto, não sabem. Pessoas assim que não se arrependem, simplesmente saem do pronto-socorro, passa com a psiquiatria, fala que fez isso por um momento de stress, por um momento de fúria, por um momento de raiva e têm alta do pronto-socorro e saem como se nada tivesse acontecido. Isso é mais estranho assim, porque... clínico, a gente tratou, e se saiu, não saiu perfeito, mas sabemos porque está tendo alta. Mas o paciente da psiquiatria a gente nunca sabe, nunca sabe se é um paciente que vai precisar de uma internação, ou de um tratamento mais profundo, de... o próprio governo se mobilizar porque... a maioria dos casos desses pacientes suicidas, são pacientes que já têm depressão.

G: Você percebe isso no pronto-socorro?

B: A maioria dos casos são pacientes que têm depressão. São pacientes que têm depressão e ali vão para uma depressão profunda. A família não sabe e quando vê a pessoa já cometeu o ato, já tomou medicamento ou tentou se matar com algum tipo de objeto. Na maioria dos casos é medicamento, de objeto assim, difícil, só no caso desse rapaz que eu vi. Mas, na maioria das internações, cerca de 80% são mulheres. Não são nem homens, são mulheres. Homens é uma incidência bem menor.

G: Tem bastante caso que chega no pronto-socorro?

B: Olha, acho que se for contar por mês, acho que tem uns 4, 5 casos por mês. Tem mês que é mais, tem mês que é menos, mas por mês, acho que dá uma média de uns 5 pacientes.

G: Você tem bastante experiência, bastante contato com esses pacientes?

B: Muito, às vezes chega até ser rotineiro, às vezes chega, duas, três adolescentes, assim, 16, 18 anos. Moças muito novas, muito jovens. 16 anos tentando se matar, é de uma família boa, de uma índole boa, você vê que não é por conta de necessidade, é por conta de depressão mesmo. Até pacientes mesmo que estudam medicina na instituição. Já chegaram e achamos estranho porque os pacientes que estudam medicina no hospital, eles passam a ser estudantes,

não já formado residentes, mas estudantes. Teve um caso também de uma moça, achei estranho porque aquela moça que sempre estava ali eu vi ela internada, eu pensei será que ela está se internando para participar de alguma experiência. E não, ela tentou se matar e o motivo não se sabe o qual. Ela falou que ela tomou medicamento, tentou se suicidar dentro do banheiro e não deu certo, que ela não ia fazer aquilo de novo. E ela também não quis falar o real motivo, tinha um motivo, mas ela não quis falar. Talvez seja uma prova que não foi bem sucedida porque ela é de uma família boa, a família tem muito dinheiro, mandou ela do Ceará para cá para fazer medicina e ela pegou e fez isso. E ela mesmo triste, porque se a família ligasse perguntando, alguém ia ter que falar da situação dela. Isso seria pior, é o mais complicado para a gente. A maioria dos casos, não são pessoas de idade, são pessoas novas, é uma faixa, eu acho de 16 a 40 anos no máximo, são pessoas que tentam se suicidar, porque o restante que interna mesmo é paciente que está ruim mesmo, é paciente clínico. Agora, na maioria dos casos, são pacientes muito jovens que, na maioria dos casos não é de família miserável, não tentou se matar por causa da fome, porque não tem condições de pagar uma conta, não. São pacientes que têm condição, que a família tem condição, que não passam necessidade e é de uma família boa, por causa de um stress rotineiro e a pessoa já tem algum tipo de depressão. Você vê o paciente que tenta se matar com as próprias medicações que ele já toma em casa, tarja preta, são medicações que às vezes o psicólogo passa e aí eles tomam uma alta dosagem e às vezes o coração não aguenta ou a pessoa fica lá desmaiada e a família descobre e traz para o pronto-socorro e nem sabe que a pessoa tomou medicamento. Caso de chumbinho eu acho que diminuiu bastante, mas já tiveram alguns casos de chumbinho. Bem pouco.

G: E normalmente, quais os profissionais envolvidos a esse paciente que tentou o suicídio?

B: Olha, esse paciente, ele passa desde a mão do médico clínico normal, depois ele fica aguardando a avaliação da psiquiatria e todos os dias a psicóloga vem conversar, na nossa unidade. E também passa pelo nosso atendimento, da enfermagem, tanto enfermeiro, como auxiliar, técnico e assim, o nosso tratamento é só dar a medicação para ele fica mais calmo, nada de sedativo. Não pode dar... eles não passam nada de sedativo, são medicações assim que eles costumam usar no dia-a-dia, mas nada, nada muito crítico.

G: E o psiquiatra e o psicólogo sempre vêm? Eles fazem um pedido de consulta? Como que funciona esse fluxo? Ou vocês que fazem? Como é?

B: São os próprios médicos. Quando entra um paciente assim, a assistente social já passa, já interage com a família para entender um pouco do que aconteceu e para poder investigar se

aquele motivo não foi a própria família que causou, a assistente social e ela... É a própria enfermagem que chama a assistente social. Agora já a psicóloga, como já é um caso notificado dentro do hospital, o que acontece, o fluxo segue, é passado... A assistente social às vezes passa para a psicóloga ou senão, os médicos passam para a psicóloga e todos os dias ela vem conversar, todos os dias ela vem conversar até um pouco antes da visita, para conversar com os familiares, para poder entender um pouco mais da história, para poder passar algum tipo de orientação. Agora, psiquiatra, eles vêm só para fazer uma avaliação para ver se precisa de internação ou não. Só para ver se eles precisam ficar internados mesmo em uma ala de psiquiatria ou podem ser dispensados da ala da psiquiatria e só o tratamento com o psicólogo pode resolver.

G: E se é detectada a necessidade de internação em ala de psiquiatria, você disse que aqui não tem, é isso?

B: Isso, aí é transferido para uma outra unidade desse próprio hospital. Aí ele é transferido, porque aqui não tem, não tem ala de psiquiatria, é transferido. Tem duas outras unidades deste próprio hospital que trata, só que como o familiar traz para o hospital mais próximo, muitos casos caem para nós. Quando é caso, mesmo se não for ou sendo ou não caso de internação o psiquiatra vem, ele avalia, se for caso de internação, já é transferido para outra unidade. Assim já é passado todo o caso para a família e a partir desse momento, ele já não é mais nosso. Aí já é o caso para outra unidade, que é tratamento psiquiátrico mesmo.

G: E se o psiquiatra detecta que não é necessário, o paciente fica na instituição até estabilizar? Como que funciona?

B: Se ele causou algum dano na parte clínica, por conta de medicamento, ele fica mais um tempo até recuperar, depois ele é dispensado, ele continua o tratamento em casa. Então ele é encaminhado e a família é obrigada a levar esse paciente para fazer algum tratamento ambulatorial.

G: Ele é encaminhado para o ambulatório da psiquiatria?

B: Isso. Aí ele é encaminhado. Agora no caso, se o paciente não tiver nenhum dano físico, se naquele mesmo momento o psiquiatra liberou ele, já pode dar alta para o paciente no mesmo momento. A medicina já dá alta e ele vai embora no mesmo momento com a família.

G: Então pelo o que você disse, é enfermagem, vocês, assistente social, o médico, o psiquiatra e o psicólogo, os profissionais envolvidos?

B: Isso.

G: O psicólogo está sempre envolvido?

B: O psicólogo é todos os dias até o paciente sair daqui, todos os dias. São visitas assim rotineiras, que percebemos porque eles vêm sempre uma meia hora antes da visita, fica ali conversando com o paciente e depois ainda no horário da visita, ainda conversa com os familiares para poder entender um pouco mais da situação e para saber se na própria família já não há indícios, sabe? Se dentro da própria família já não existe algum caso de depressão, algum caso que necessite de cuidados também. Que, às vezes, é um fato que gera de... como no caso dessa, dessas familiares que foi de tia para sobrinha. Pode acontecer até dentro da própria família, às vezes já tem alguém, a mãe, o pai, que já está nessa situação de depressão e acaba ficando pior por causa disso.

G: E pelo que você me disse você acaba tendo contato com esses pacientes, como é a sua relação com eles?

B: Então, assim, quando é esses pacientes, a abordagem tem que ser muito, muito diferente do paciente clínico.

G: Diferente como?

B: Até a forma da gente agir, porque um paciente que chega num nível de depressão, eles acham que a forma como falamos pode ser deboche, então temos que ser muito sérios ao falar com eles. Não interrogar, não procurar saber sobre o assunto, só se eles mesmo manifestam, mas a gente também não dá opiniões para favorecer esse tipo de ação. Dá mais uma opinião assim, para deixar eles entenderem que eles poderiam ter ficado pior. Teve uma moça mesmo de 19 anos e a mãe vinha para a visita e ela ficava revoltada, porque ela não acreditou que a filha tentou se matar. Não acreditou e ficou muito brava com a filha e diversas vezes que ela veio para a visita só faltou bater mesmo na filha por conta disso. Porque ela falou que ela tem tudo dentro de casa, não falta nada para ela, a gente não obriga ela a fazer nada e ela pode fazer o que ela quer e ela ainda tem coragem de fazer a gente passar uma vergonha dessas, ficar internada por besteira. E não era a primeira internação dela, não era a primeira internação dela por esse mesmo motivo, por tentar se suicidar e nesse momento teve uma necessidade, porque a gente como ser humano também avalia o ser próximo e tinham muitos pacientes entubados, muitos pacientes críticos e eu peguei e falei para ela: “Olha, está vendo a situação daquele paciente, paciente entubado, super grave...”, o paciente já estava... como ela ficou lá mais de

uma semana, ela viu o paciente se definhando mesmo, por conta da patologia dele. O paciente começou a inchar, paciente entubado, mas não por conta de tomar medicamento, mas tem paciente da psiquiatria que toma tanta dosagem de medicamento e fica tanto tempo entubado que chega a morrer por conta disso e eu falei para ela: “Se você quiser voltar para ficar naquela situação ali, porque você acha que tomar medicação você vai morrer, tem tipo de medicação que não vai te matar, que só vai te definhando e você vai ficar daquela forma ali. Imagina você ter que fazer xixi, você fazer as suas necessidades e alguém ter que te limpar, não é pior?”. Aí a menina: “Pelo amor de Deus, nunca mais eu volto para esse lugar, eu não vou tentar me matar mais não, porque já pensou se eu fico daquele jeito ali”. E eu falei: “Então, não é pior? Você está dando sorte que você está saindo e andando com as pernas, tem gente que sai daqui, mas não sai andando”. Aí ela já ficou meio assustada. Uma menina nova para caramba e mãe super revoltada com ela, por causa da situação porque realmente não faltava nada para a menina, nem amor e nem carinho dentro de casa não faltavam, porque a mãe era muito presente. E assim, passou pela psicóloga, com a psiquiatra, não teve necessidade de internação com a psiquiatria e ela foi embora, ela foi dispensada. Tem muitos paciente assim, que voltam atrás do erro, e tem paciente que não voltam, infelizmente. Fica reincidindo e volta para a gente, se não volta para a gente vai para um outro lugar.

G: Tem casos de pacientes que tentou mais de uma vez? E você acompanhou?

B: Com a gente não. Aqui não. Voltar de novo pelo mesmo motivo não, só esse caso mesmo da tia e da sobrinha que foi muito próximo, foi coisa de 10 dias. Foi a tia embora e 10 dias depois voltou a sobrinha. Esse foi um caso de retorno, que foi para o mais surpreendente. Para nós lidarmos com as duas era mais difícil.

G: Como que era? Lidar com elas?

B: Muito difícil, porque eram pessoas que você via o semblante de desespero, de angústia, a gente não sabia o motivo, porque elas mesmos não falavam, e aí nós da enfermagem não costuma ficar questionando o motivo pelo qual faz isso, porque o paciente se sente, às vezes, mais ofendido. E a gente não conversa muito sobre esse assunto, mas você via assim sabe... Que as duas mesmas se sentiam derrotada por ter feito aquilo, como se tivessem se sentido um lixo porque fez uma coisa que tentou amenizar a situação que vivia mas viu que não deu em nada, só piorou, na verdade, só causou vergonha, é bem complicado.

G: Nesse caso, como que foi? Vocês chegaram a conversar com elas?

B: Quando voltou, com menos de 10 dias, a mesma equipe médica que estava lá que tratou da tia e que foi tratar da sobrinha. Nós mesmos falamos, a própria equipe médica falou: “Mas de novo... agora é a sua sobrinha? O que está acontecendo?”. E assim, ela meio que sorriu, aquele sorriso meio frouxo, que não sabia nem explicar porque estava naquela situação. Até o médico brincou: “Mas que isso meu, toda semana agora a gente vai ter que atender uma de vocês? Uma tentou se matar com isso, a outra tentou se matar com o mesmo medicamento. Vocês têm que tomar cuidado para vocês não pararem em uma cadeira de rodas, uma ter que ficar trocando a fralda da outra.”

G: O médico acabou falando isso?

B: O médico acabou falando isso para ela. E ela assim, ela não se sentiu ofendida, ela até falou assim: “Não, para esse lugar eu não volto nunca mais, eu só estou vindo aqui para visitar a minha sobrinha, mas voltar na mesma situação que eu estava, eu não volto mais não.” Tem pacientes que não voltam, pode ter voltado para uma outra unidade, mas para a gente não voltou.

G: E Beatriz, anteriormente, você também me falou que a abordagem com o paciente que tentou o suicídio é diferente. E como você se sente quando você atende um paciente que chega por causa uma tentativa?

B: Olha para a gente, eu... Porque assim, como não tem essas divisões, a gente não é... não é para tratarmos da psiquiatria, tratamos porque aqui não tem setor de internação. E trata até descobrir se precisa ou não uma internação para esse paciente. A gente... não dá para dizer que é normal, que vamos tratar esse paciente como tratamos um paciente clínico. O paciente clínico temos mais preocupação, nós mantemos parâmetros desse paciente porque sabemos que esse paciente pode ficar mais grave a qualquer momento. Mas esse paciente de suicídio, quando é um caso assim, que ele já está falando, já fez a lavagem gástrica, já teve resultado, então a gente não... Vamos dizer, tratamos esse paciente, mas só dá mais ênfase para o momento dele de querer sair da cama, para ir no banheiro, a gente tem que estar meio que vigiando o paciente, porque ele pode tentar o suicídio a qualquer momento. Teve uma senhora que ela tentou suicídio em casa, não foi por medicamento, ela tentou se enforcar, não deu certo. Aí acho que a família encontrou ela desmaiada, trouxe ela para o hospital, foi estabilizada, quando foi no, quando ela ficou com a gente, passou dois dias ela falou que estava bem, que queria tomar um banho, e aquela paciente não voltava, não voltava. Quando fizemos nossa evolução meio dia, a paciente estava desmaiada dentro do banheiro, ela tentou se enforcar com a mangueirinha do chuveiro. Então... foi uma coisa que mudou até na instituição, não temos mais essas mangueirinhas, que

usava para dar banho no paciente, que a gente levava para dar banho na cadeira. Foi uma falta até de atenção, porque poxa, uma paciente que tentou se matar com um objeto dentro de casa, profissional deixou ela ir tomar banho sozinha, quando estamos na troca de plantão a gente entra em todos os lados do pronto-socorro para ver se tem algum paciente em algum lugar e a gente encontra e de repente, está a paciente lá. Ela só ficou com algumas marcas no pescoço, não aconteceu nada com ela, ela voltou a si de imediato, foi uma coisa muito rápida, foi um pouco de falta de atenção. Geralmente, esse tipo de paciente, se precisar, entramos junto dentro do banheiro, porque o banheiro não tem tranca, a gente entra até junto com esse paciente no banheiro. Se passa mais de 5 minutos já começamos a bater na porta: “Fulano, está tudo bem? Já terminou?”. Pode ser para eles um incômodo, mas a gente fala, é rotina, é o nosso trabalho e temos que fazer isso. Isso é um zelo nosso por você, porque, o que você fez na sua casa, infelizmente aqui, você não vai poder fazer.

G: Então quando você fala que tem menos preocupação com o paciente que tentou o suicídio, mas nessa parte você demonstra preocupação.

B: Não, menos preocupação assim na parte clínica. Na parte clínica, porque geralmente esses pacientes, como são pacientes novos, não tem problemas de pressão, não tem diabetes, são pacientes assim, que são saudáveis, saudáveis dentro do possível. Tem uma pressão boa, uma frequência cardíaca boa, respiratória também, não depende de máscara de oxigênio para poder respirar, quando não é o caso do paciente que chega a ir para uma intubação. Paciente que fez uma lavagem, resolveu na hora ali, fez a lavagem já fez o efeito de imediato, depois tira aquela sonda, passa algum tempo, ele volta a comer normal pela boca, já fez aquela lavagem mesmo. Então com a parte clínica não tem muito assim, o que fazer, não precisa mudar nada nesse paciente, não precisa colocar nem um tipo de medicação. Mas tem a preocupação por esse lado, é um tratamento diferenciado por conta disso, não vai se preocupar muito com a parte clínica, mas assim, com esse cuidado de estar sempre do lado do paciente, você tem que observar se ele vai... se ele levanta, com vontade de ir no banheiro, “Para onde você vai? Vai sozinho?”, nós temos que estar junto. Aí a gente gruda mesmo no paciente desse, gruda mesmo, não tem como.

G: E você também falou assim, que não tem como dizer que é normal a assistência a esse paciente, o que você está querendo dizer?

B: A gente não lida como normal, esse tipo de paciente, eles não... faz isso, não tem amor pela própria vida, então, não é um tratamento normal porque é uma pessoa... para a pessoa tentar fazer uma coisa contra a própria vida alguma coisa nela não está normal. Então ficamos com o

pé atrás... Então não é uma assistência normal porque o nosso normal, o nosso rotineiro é cuidar de pacientes clínicos. São só pacientes clínicos, ali a gente vai tratar aquele paciente, a gente sabe o motivo pelo qual ele foi internado, é uma doença grave ou meio grave, geralmente, é nesse nível, os pacientes do pronto-socorro. Então o nosso tratamento normal é isso, é um paciente que está com a pressão muito baixa, precisa subir a pressão do paciente, é um paciente que chegou enfartado, é um paciente que chegou com o abdômen agudo. Então são coisas da parte clínica que a gente já tem domínio sobre isso, porque é o nosso serviço. Agora, até mesmo quando a gente cursa, quando fazemos o curso, temos uma média de dois meses, de dois a três meses para entender um paciente psiquiátrico, que a gente tem noção, não é aprofundado, mas a temos noção sobre as profundidades da depressão, é... o que quê pode causar uma depressão, quais são os efeitos que pode causar em um paciente, o que ele pode sentir, o que ele pode dizer. Tem paciente que chega para e ele tem muita falta de ar, e você vai ver não é falta de ar, é síndrome mesmo que ele tem. Então, é um tratamento diferenciado porque a gente tem que tentar entender esse paciente, tentar entender ele, não tentar entender a doença dele, mas tentar entender ele e aquele momento que ele está vivendo. Por isso que para a gente é diferenciado, porque temos que trabalhar com a mente mesmo, para poder entender. Ou você entra no mundo dele para poder descobrir o que está acontecendo para você tratar esse paciente bem, para ele poder ir embora e para ele poder perceber que aquilo não mudou em nada, que aquilo ele poderia ter causado uma situação pior para o próprio corpo, que a mente dele está boa mas o corpo dele poderia estar bem debilitado.

G: Você acha que é importante mostrar isso?

B: Para pacientes assim... alguns resolve, você dizer para ele ou você mostrar para ele uma situação que ele poderia estar. Muito debilitado, tipo de precisar de cuidados mesmo, das pessoas precisarem trocar ele. Tem muitos pacientes que tomam medicações que convulsiona, que lesiona os neurônios, aí a pessoa não volta mais ao normal, não anda mais normal e tudo por conta de medicamento que tomou, uma dosagem muito alta para tentar se matar. Mas pacientes que tentam com golpes, como por exemplo, esse rapaz que estourou uma garrafa para perfurar o próprio corpo, ficou só a marca dos pontos, mas poderia ter acontecido alguma coisa mais grave com ele.

G: E você, pelo que eu entendi, você enquadra esse paciente que tentou um suicídio dentro da psiquiatria?

B: Não, a gente não... pode ser ou não da psiquiatria. Mas para chegar ao ponto de se matar, tem que ser um tratamento conjunto, psiquiatria e psicólogo, não dá para dizer que tem que ser separado. Tem que ser um tratamento junto, porque para chegar em um nível desse, talvez a pessoa estava em uma depressão muito aprofundada, porque não tem como, por mais que o ser humano fique nervoso, ele tentar se matar... É uma coisa que vai muito além, é uma depressão muito profunda mesmo, é o que a gente tenta encaixar, é o mais parecido que a gente encontra para poder definir esse paciente.

G: Talvez eu não tenha explicado melhor, no sentido de que todo paciente que tenta o suicídio, tem alguma alteração psicológica, psiquiátrica? Porque você falou bastante da depressão. Então, para você, para ele fazer isso tem uma causa psicológica, psiquiátrica por trás?

B: Olha, é o que a gente acha, não teria outro motivo, não teria outro motivo...

G: É porque você falou bastante da depressão e por isso estou te perguntando. Você acha que está bastante associada a isso?

B: Alteração psicológica é certeza, porque não tem como a pessoa em estado normal, simplesmente tomar medicação para se matar e, geralmente, paciente que tentou se matar são pacientes com depressão. Porque a maioria dos casos que vem é por medicação, e as medicações são medicações que eles tomam para a depressão, que eles tomam uma alta dosagem e são encontrados desmaiados, então, já é um paciente depressivo, a maioria dos casos. Agora esse que tentou se suicidar com algum tipo de objeto, que é um incidência bem menor,... cerca acho que de, 90% que vem no pronto-socorro, que a maioria dos casos tem que ser feita a lavagem gástrica, são pacientes que já têm depressão ou já tomam algum medicamento do tipo que, se tomar muito, deprime o sistema nervoso e a família vai encontrar desmaiado, vai desconfiar e levar para o hospital. Quando vê é uma cartela de medicamento que ele tomou, que é o que ele costuma tomar um comprimido por dia e ele tomou uma cartela inteira para tentar se matar, porque ele lê a bula, ele sabe que aquilo pode deprimir o sistema nervoso, que aquilo pode levar o paciente a óbito. Só que, geralmente, esses medicamentos controlados, tem uma bula, tem uma indicação do quanto de dosagem que pode ser tomado, então são pacientes que talvez eles até pesquisem antes de fazer. Eles pesquisam antes de fazer, para ver se vai ter efeito mesmo. Porque, em uma farmácia, em um posto de saúde, não tem como pegar um tipo de medicação como essa, sem receita. Então a maioria dos casos é mesmo por conta da depressão, já toma algum tipo de medicamento da depressão, para tratar a depressão, profunda ou não, e ele toma aqueles medicamentos de uma vez para tentar se matar e, na maioria dos casos, não dá certo. E

os outros com objeto, pode ser só um caso psicológico, não é caso psiquiátrico, pode ser ou pode não ser.

G: Queria agradecer, foi muito importante a sua contribuição, e deu para entender um pouco a sua rotina, como funciona e acho que você deu bastante exemplos. É isso, igual você disse, às vezes falta iniciativa do governo, tentar ir estudando mais para ver se ajuda também.

B: Se você for ver, tem muita gente fala que a doença do século é a depressão. Na maioria das famílias, se você for ver dentro da sua família, dentro de uma família próxima de amigos e tudo, tem depressão. Então, é uma coisa assim, virou que nem diabetes, pressão alta. Sempre tem alguém na família de alguém que tem depressão, sempre tem alguém que tem diabetes, que tem hipertensão. Então são fatores agravantes, que o governo não procura dar tanta ênfase para esse tipo de pessoa. Mas é uma doença da mente humana que tem que ser tratada, que tem que ser acompanhada mais de perto. Esses pacientes tem que ter um tratamento assim com, assistente social, com psicólogo e psiquiatra, assim, não só quando chega a esse ponto, de tentar se matar. Porque o rotineiro deles é tratar com psicólogo, fazer uma consulta uma vez, duas vezes ao mês, as vezes paciente, desse tipo mesmo que vai tratar, as vezes não tem, não tem psicólogo para atender, então tem que ser tratado pela parte clínica e o clínico não sabe dar tanta ênfase quanto o psicólogo, o psiquiatra, então são coisas que faltam mesmo no nosso governo, são coisas que vai levando para frente, mas tem muita gente se suicidando na linha de trem, quer dizer, não chega no pronto-socorro, já chega um óbito, chega se matando de ponte, não chega para gente procurar saber. O próprio hospital poder estudar porque o paciente chegou a tal ponto, não dá tempo.

G: Muito obrigada, Beatriz.

B: De nada.

Entrevista com Paula (Duração: 46 minutos e 11 segundos)

- *Paula, 27 anos;*
- *Técnica em enfermagem;*
- *Concluiu o Ensino Superior em Enfermagem em julho de 2015;*
- *Vivência em prontos-socorros: 7 anos;*
- *Atualmente trabalha em um pronto-socorro de um hospital privado.*

Giovana: Entrevistadora**Paula: Colaboradora**

Giovana: Gostaria que você falasse a sua idade e sua formação.

Paula: Meu nome é Paula, tenho 27 anos, já atuo na área tem sete anos e tudo em pronto-socorro, trabalho desde o começo da carreira em pronto-socorro, urgência e emergência, lidando com esses pacientes.

G: Você fez técnico em enfermagem?

P: Isso. Fiz em 2006 o auxiliar de enfermagem, depois logo comecei a fazer o técnico e comecei a trabalhar na área, então foi 2006, 2007. Em 2007 já estava formada como técnica em enfermagem.

G: E você já começou a atuar em pronto-socorro?

P: Exatamente, meu primeiro emprego foi em pronto-socorro mesmo.

G: E você também fez a formação em enfermagem?

P: Exato, eu conclui agora a graduação em julho de 2015 e estou iniciando a pós agora em urgência e emergência. O pronto-socorro é a minha área.

G: E Paula, como é, para você, atender um paciente que tentou suicídio?

P: A princípio, quem é da área, a gente não consegue entender. No começo, a gente tenta não entender o que está acontecendo com ele, a gente fica meio que pensando: “Poxa, por que ele tentou isso contra a própria vida dele? Por que ele fez isso, sendo que a vida é tão bonita, tão bela?”, mas a gente não sabe o que se passa na vida dele, no dia-a-dia dele para ele tentar fazer uma coisa dessas. Às vezes a pessoa tem um pé no suicídio e a gente desconfia. Então quando

a gente atende esse paciente, a princípio a gente não entende, mas depois no decorrer vamos procurando entender porque ele fez isso e tentando ajudar da melhor maneira possível, para que esse sofrimento seja minimizado, muitas vezes, é, e muitas vezes, não é.

G: E quando você fala tentar entender... como? Como você acha que acontece isso dentro do pronto-socorro?

P: Então, tentar procurar saber, a gente como técnico, é lógico que a gente não é da família, então ele não vai se abrir em um primeiro momento, a gente tem que tentar saber o porquê que ele fez isso, para tentar ajudar e dar o melhor tratamento, porque isso é um tratamento psiquiátrico que a pessoa tem que passar, então a gente tenta no começo, saber o porquê ele fez. Muitas vezes, eu já cheguei a me colocar no lugar, “Por que ele estava fazendo aquilo?”, já cheguei a perguntar diretamente para a pessoa: “Por que você fez isso?”. Muitos souberam me responder, outros no seu momento de loucura, falaram coisas com coisas e outros se calaram.

G: Você chegou a perguntar para alguns pacientes?

P: Cheguei, cheguei a perguntar, porque a gente já passou por isso. Em algum momento da nossa vida, da nossa família, algum amigo nosso já tentou fazer isso, então a gente tenta se colocar no lugar. Eu já cheguei a perguntar: “por que você fez isso com sua vida? Por que você tentou contra sua vida? A vida é tão bonita, tão maravilhosa, a gente tem várias alternativas de viver”. E muitos me responderam, muitos também não quiseram nem falar.

G: E você se lembra de alguma resposta? De alguma coisa que te marcou?

P: Olha, uma coisa que me marcou, foi um paciente que perdeu os pais e ele se viu completamente sozinho, ele não tinha parentes aqui, eram parentes distantes e os pais morreram, já eram de idade, e ele tentou contra a vida justamente por causa dos pais, porque ele estava sentindo muita falta e, na consciência, no subconsciente dele, ele achou que morrendo ele iria se encontrar com os pais. A pessoa estava tão transtornada, tão perturbada que ele saiu de si e ele achou que iria encontrar e ele só repetia isso: “Eu vou encontrar com meu pai e com a minha mãe”. Ele falava isso o tempo inteiro: “Eu vou encontrar com eles, me deixa morrer que eu preciso falar com eles”. E não é, a gente sabe muito bem que não é dessa maneira. E aí a gente conversou e ele precisou depois... A gente deu medicamentos e ele voltou a si e aí ele falou que queria ir embora por causa dos pais.

G: E nessa situação, como vocês reagiram? Diante dessa fala dele?

P: A princípio a gente assim, achamos que até ele tinha usado drogas, porque o paciente estava completamente transtornado. Mas depois, toda a equipe se mobilizou e falou: “Vamos ajudar. Vamos conversar com ele.”, porque todo mundo ficou emocionado porque ele não parava de chorar e querendo ver os pais. A gente se mobilizou, a enfermagem, os médicos, e no momento nenhum julgamos esse caso, falando: “Não, esse aí tem que morrer, porque não dá valor à vida”, não é bem assim, paciente suicida a gente tem que saber o que se passa na vida dele. Muitas vezes a gente julga e julga errado. E aí toda a equipe mobilizou, ele fez tratamento, está no hospital psiquiátrico e aí, graças a Deus, acho que agora ele tirou essa ideia da cabeça. Mas a saudades dos pais, isso vai permanecer pro resto da vida dele.

G: E quando você fala “muitas vezes a gente julga”. Como você acha que isso acontece no pronto-socorro?

P: Olha, eu já cheguei a julgar muitas vezes, eu fui uma pessoa um pouco injusta porque a gente fala “Poxa, a gente é da área da saúde, a gente tenta lutar para trazer a vida da pessoa, e a pessoa em um passe mágica, em um momento fora da razão, ele tira a própria vida”. Então, muitas vezes a gente acha assim que é meio que querer chamar atenção muitas vezes, e eu já julguei isso, várias vezes eu... E hoje, com meus anos de profissão, eu não faço mais isso, mas no começo eu não entendia, eu falava “Gente, o que quê isso? Para que a pessoa está fazendo isso? Qual o motivo? A gente tenta salvar a vida da pessoa e a pessoa vai e se mata, tenta suicídio?”, então eu não conseguia entender, eu tratava isso como uma certa indiferença, eu achava que era só mais um paciente que deveria ir para um centro psiquiátrico e pronto, acabou, resolver a vida dele. E não é bem assim.

G: E o que você acha que mudou na sua percepção? Você acha que, ao longo dos anos, tiveram algumas mudanças?

P: É, várias coisas que aconteceram pessoalmente e quando a gente se aprofunda mais na leitura, se aprofunda mais nos estudos, a gente vê que não é uma frescura, não é uma coisa para chamar atenção. E, isso ao longo dos anos, a gente vai amadurecendo as ideias, então isso para mim foi muito enriquecedor, porque eu comecei estudar profundamente o que o paciente suicida faz, o que o paciente tenta fazer e eu vi que não era só uma coisa para chamar atenção, é um estado totalmente de loucura que ele não tem mais o quê fazer, ele já recorreu a tudo e ele mesmo se enfrenta, é isso que acontece no paciente suicida. Então, para mim, quando eu estudei profundamente, eu pude entender melhor o que eles estavam querendo fazer e deixei essa parte

de não ser humano, de lado. Eu, hoje, eu olho totalmente diferente para o paciente que tentou suicídio. Eu sinto pena, mas eu tento ajudar para ele sair disso, porque eu sei o quanto é difícil.

G: E essa questão que você falou desse estudo mais aprofundando, aonde você teve acesso a mais informações?

P: Geralmente... foi na universidade mesmo, na enfermagem. Nós temos uma aula, um semestre inteiro, para falar de pacientes com distúrbios e a parte que mais se fala é paciente com tentativa de suicídio, porque é uma coisa que... muitas vezes, passa despercebido, as pessoas não percebem que a pessoa tem “um quê a mais” para o suicídio, se ele faz, ele faz totalmente escondido e quando faz, muitas vezes, já é tarde. Então na faculdade, nos estágios em institutos que tratam de pacientes com distúrbios... Então, o meu interesse aumentou por conta disso, de atentar ao paciente, de olhar o paciente com um olhar diferente.

G: E você falou que além dos estudos, tiveram algumas experiências, pessoais?

P: Tiveram, pessoais, pessoais. Já perdi amigos, amigos próximos e que... nosso olhar também aumentou porque a gente não percebeu que ele ia fazer isso. A gente, infelizmente, passou despercebido, porque ele poderia fazer... Não sabíamos, na verdade, se ele tinha um antecedente depressivo e se ele ia tentar um suicídio. Foi recentemente, foi no mês de abril desse ano. Estamos bem abalados ainda, porque foi uma surpresa, a gente jamais esperava que uma pessoa tivesse uma atitude dessa, e ele teve. Então... todo aquele meu estudo, todo aquele meu interesse, às vezes, deveria ter percebido mais, pelo fato de ter estudado um pouco mais sobre isso, mas infelizmente, a gente não percebeu e foi bem recente, esse suicídio que a gente passou entre os colegas.

G: Era um colega seu?

P: Era colega de trabalho, ele tinha uma vida normal. Não sei o porquê, não tinha antecedentes depressivos, e ele de um dia para o outro não foi trabalhar. Ficamos preocupados, ligamos, não atendia e ficamos sabendo que ele havia tentado o suicídio e conseguiu. Muitas vezes... tem uma pesquisa falando, no Instituto de Psiquiatria de São Paulo, que de 100% dos pacientes que tentam suicídio 80% conseguem, porque eles fazem de um jeito que o organismo não dá mais conta e os outros 20% tentam, conseguem mas vê que não está aguentando e chamam ajuda.

G: Foi um caso mais próximo?

P: Foi o caso mais próximo que já tive. Eu já tive parentes também, mas há muito tempo. Tinha acabado de iniciar a minha vida acadêmica, como técnica, auxiliar, então eu não tive muito

contato, não sabia muito bem o que era, quando a gente começa a gente não liga no assunto, mas quando a gente tem total conhecimento e acontece isso com uma pessoa que está próxima, que a gente convive, que era muito próximo a mim, a gente fica abalada e tenta se perguntar o porquê. Até hoje a gente não conseguiu entender. Muito complicado, até hoje é um choque para a gente, a gente não acredita.

G: E você acha que essa experiência contribuiu para você ter um novo olhar?

P: Contribuiu, contribuiu muito. A gente recebe pacientes totalmente depressivos, que tentam contra a vida e no dia-a-dia a gente olhava com um olhar, mas hoje, toda vez que entra eu lembro do que aconteceu com o nosso colega e a gente fica falando: “Vamos ajudar, porque isso não é frescura”. 90% dos colegas de trabalho acham que isso é uma frescura, mas não é. E a gente tenta ajudar da melhor maneira possível, muitas vezes até ficando calado ao lado dele, acho que isso colabora. Não adianta a gente falar: “Isso não é bom, não é legal”, que ele não vai ouvir, mas ficar calado e ele perceber que tem uma pessoa ao lado dele, que está ali para se ele quiser falar, ele vai falar. E isso, para a gente, já é uma ajuda. Para ele, ele pode não entender no instante, falar: “O que essa pessoa está fazendo parada do meu lado aqui”, mas estamos ali para isso, para qualquer coisa, tanto para conversar, quanto para falar: “Eu estou aqui para o que precisar, me chama”. E isso tudo para a gente é bem gratificante, eu gosto, quando o paciente vai embora e fala: “muito obrigada, você me ajudou muito”, isso para mim, não tem preço.

G: E você já ouviu algumas palavras desses pacientes que tentaram suicídio? Já teve algum feedback? Ou já teve algum contato depois?

P: Já, já tive, até mesmo no momento da alta. Muitas vezes eles são transferidos para hospitais que são especializados nesse tipo de tratamento, porque o nosso hospital a gente só atende o primeiro atendimento, porque a gente não tem um suporte maior para dar para esses pacientes, então eles vão para outros lugares. Mas quando eles voltam no momento, de si mesmo, eles agradecem e falam: “Muito obrigada por não ter deixado eu fazer alguma coisa”, porque mesmo dentro do ambiente hospitalar, ele pode tentar, igual já houve esse tipo de coisa, então ele pode tentar contra a vida dele a qualquer momento, se ele ver uma brecha, se ele ver uma coisa que ele acha que ele pode, ele vai tentar... Então a todo momento, a gente estava ali, constantemente, até ele ser medicado, até o medicamento fazer efeito. Quando ele vai embora, os familiares e até ele mesmo agradece, muitas vezes, com um olhar, não precisa nem falar

“obrigada”, mas com um olhar, “Poxa vida, você olhou para mim e não deixou eu fazer nada”, isso para a gente já é um valor muito grande.

G: E você comentou que normalmente tem uma transferência do paciente?

P: Isso.

G: E para eu entender essa dinâmica, esse fluxo, quais são os profissionais envolvidos, como funciona no pronto-socorro?

P: No pronto-socorro geralmente assim, tem alguns hospitais onde eu já passei no meu trabalho, existe uma ala somente para esses pacientes psiquiátricos, que recebem tratamento psiquiátrico. Geralmente hospitais públicos, eu já trabalhei em público. E geralmente tem um setor específico para esse paciente, para ele ficar, tem psiquiatras acompanhando no público. E no setor privado existem os psiquiatras, porém não temos um lugar para tratar desses pacientes, então eles precisam ser transferidos para algum lugar que tenha esse suporte, que tenha esse tratamento. Então ele chega, por exemplo, em surto, ou até mesmo grave, tem tentativa de suicídio, se recupera, mas o tratamento não para. Ele voltou à vida, ele está bem, mas ele precisa de um tratamento psiquiátrico, ele precisa ser transferido para um lugar aonde ele esteja totalmente seguro dele mesmo, então essa transferência, muitas vezes, é realizada, no setor privado. No setor público não, existe uma ala exatamente para isso, para eles poderem se tratar e só saírem no momento da alta, quando o psiquiatra falar: “Está bem pode ir embora”, caso contrário eles ficam lá até o final do tratamento.

G: E o psiquiatra, no hospital particular, ele vem também? Ele é chamado?

P: Vem, vem sim. Tem muitos pacientes que têm psiquiatra próprio então ele é chamado. O psiquiatra avalia e fala: “Ele tem condições de ir para outro lugar, a gente vai fazer tratamento em outro lugar”, senão fica aqui mesmo e próprio psiquiatra acompanha, com medicamento. E quando ele está recuperado, ele pode fazer tratamento em outro local.

G: E, normalmente, você acha que tem alguma diferença de tratamento entre o público e o privado para esse paciente?

P: Tem, o setor público que nem eu falei no começo, eles tratam algum paciente como “frescura”, falam: “Não, não é nada, sabe... tentou chamar atenção”. E não é assim, o paciente tem um distúrbio, tem um problema, ele precisa ser olhado por outros olhos. Devido ao grande movimento, à grande demanda dos pacientes no hospital público, muitas vezes, esse paciente passa despercebido por alguns, não por todos. Mas quando tem um distúrbio, quando tem essa

tentativa de suicídio, trata e depois vai para essa ala. Só que, no setor privado não, é visto com outros olhos já. Já é chamado o psiquiatra, o psiquiatra vem e conversa. Tem toda uma terapia com o paciente. Então há uma certa diferença entre o setor público e o privado, na minha opinião. No meu começo de carreira foi isso, eu sentia que “Só mais um, vamos atender, ele vai embora, é frescura, às vezes quer chamar a atenção de alguém”, e muitas vezes não é. Então essa diferença é muito grande no setor público e privado, é nítido na experiência que eu já passei. Eu mesma já fiz isso, eu mesma já tratei paciente suicida com indiferença, falava: “Ah... pelo amor de Deus, por que você tentou contra a sua vida? Pelo amor de Deus...”. Eu falava isso para o paciente. Jamais pensei que eu fosse reconhecer isso hoje em dia, mas hoje eu me arrependo. Que a gente não sabe o que se passa dentro da cabeça de uma pessoa para ela tentar contra a vida, entendeu? Então no setor privado, eles são bem diferentes, a gente trata o paciente com o maior amor do mundo, a gente tenta explicar. Já no setor público, acho que agora acredito que isso esteja mudando.

G: E além dessa questão de como o profissional vai tratar esse paciente, você acha que tem algum tipo de diferença? Dos profissionais envolvidos? Normalmente, é médico...

P: Médico, enfermeiros, dependendo do setor ser público, a assistente social também entra junto, porque precisa depois ser transferido para um CAPS, que é um centro de atendimento psicossocial, então eles entram todo mundo junto, assistente social, médico, uma equipe multiprofissional, no setor público. No setor privado também, mas é mais concentrado, por exemplo, é mais o médico, psiquiatra, à primeira instância quando chega um paciente suicida grave atende-se o clínico, mas depois é chamado automaticamente o psiquiatra, então é o psiquiatra, o enfermeiro, o técnico, é mais concentrado do que no setor público, mais amplo, porque ele precisa direcionar para onde esse paciente vai depois.

G: No setor público ou privado?

P: No público... Ele pode falar esse paciente vai ter que ir para o CAPS ou vai ter que ir para o Instituto de Psiquiatria dos Hospitais da Clínica, que é para aonde vai a maioria dos pacientes suicidas. No hospital onde trabalho (privado), o paciente pode escolher, não é proibido, o psiquiatra dele vai dizer se ele vai ficar no hospital, mas o ideal é que ele vá para outro local. Tem uns que ficam no hospital onde trabalho até o final do tratamento, outros que precisam dessa transferência.

G: No público tem a questão do serviço social e no privado não costuma ter?

P: Geralmente, a questão do serviço social no privado é quando tem algum problema com a transferência. Quando tem algum problema com a transferência, que está demorando muito, aí entra o serviço social, caso contrário não é necessário.

G: E serviço de psicologia? Nas suas experiências? Tinha também?

P: Serviço de psicologia tinha no público. No local aonde trabalho também tem psicólogo, mas assim, é paciente que tem um amigo, um médico de fora, que ele tem todo direito de vir aqui e fazer o tratamento. Para a gente não entra muito a questão do psicólogo, no serviço público tem. No serviço público depois, ele tem um acompanhamento psicológico também, no setor público. Aonde eu trabalho, só se tenha um familiar que queira pedir, mas é muito raro.

G: E no setor público você via que esse profissional estava presente?

P: Na maioria das vezes sim. Quando o paciente saía do surto, quando o paciente estabilizava, antes disso, a gente nem acionava.

G: E era médico que acionava ou vocês da enfermagem? Como funcionava essa rotina, no público?

P: Enfermeira que acionava, ela tinha um papel importante, pois ela fazia ponte entre o assistente social, o médico e psicólogo.

G: Ela que fazia pedidos de interconsulta?

P: Exatamente, ela quem fazia todo esse papel. Nós, técnicos de enfermagem, fazíamos trabalho que era somente cuidar do paciente, uma espécie de vigia, vigiar para que ele não tente novamente contra a vida, o técnico de enfermagem era mais ou menos isso. A enfermeira não, ela fazia ponte com todos os profissionais, inclusive externo.

G: Se fosse mandado para o CAPS ou para outra instituição?

P: Isso, exatamente. Muitas vezes, os pacientes que ficavam em surto, eles tinham que fazer um tratamento mais completo, então era transferido para o hospital das clínicas, para o instituto de psiquiatria, que ele é o mais moderno da América Latina, então ele tem suporte para cuidar desses pacientes que estão em surto. Então a gente tirava o paciente do surto, estabilizava ele e depois a gente trazia ele para o SUS.

G: Você via essa diferença?

P: Sempre via essa diferença, tratar uns melhor, com um olhar diferente e no público um pouco mais... por causa da demanda. Por ser uma demanda bem maior. A gente falar: “Poxa, a gente está atendendo tanta gente e esse paciente tentando contra a vida”, muitas vezes, a gente não entendia. Depois que a gente vai entender, depois que a gente vai estudando, vai tendo um pouco mais de conhecimento, que a gente fala: “Poxa, aquele ali não era frescura não”, ele estava querendo, muitas vezes, até chamar a atenção para ele mesmo, para ele não fazer isso contra a vida dele: “Olha gente, eu estou tentando, dá para vocês me ajudarem?”, às vezes até mais por isso. Sempre tinha alguma coisa por trás, ele sempre tem um pé de depressivo, eu aprendi isso, ele sempre tem um pé...

G: Quando você fala um pé, o que você quer dizer com isso?

P: Um passo para cometer um suicídio. É um termo bem da enfermagem mesmo que, quando um paciente depressivo, ele está naquela fase de... de “Poxa, nada está dando certo na minha vida, eu preciso dar um jeito”, esse jeito pode ser o suicídio. E a gente nunca sabe, a gente acha que depressão é somente coisa de gente da alta sociedade... Depressão é de qualquer classe social, eu posso estar depressiva porque eu não tenho como dar o que comer para os meus filhos e isso para mim... vai ficando na minha cabeça e eu vou tentar contra a minha vida. Eu posso ter descoberto uma doença incurável e isso me deixa para baixo e eu posso tentar contra a minha vida. Então há vários fatores, o depressivo ele tem que se atentar a isso.

G: E na sua experiência que você tem visto, tem alguma incidência maior de algum tipo de tentativa de suicídio que tem chegado no pronto-socorro?

P: Na instituição onde eu trabalho tem pacientes suicidas que ficaram depressivos depois de uso de drogas, usuário de drogas. A droga ela está dominando, e são drogas diferentes que sobem na cabeça da pessoa e transforma e isso faz com que o paciente tenha uma depressão e tente o suicídio, o que eu vejo muito. São jovens, muito jovens, jovens na faixa etária entre 20 a 35 anos.

G: E tem algum método que você tem visto mais? Tem algum tipo que está sendo mais frequente?

P: Tipo... medicamentos. A pessoa ingere uma dose... Porque a pessoa já tem depressão, então se ela já tem depressão ela tem muito medicamento em casa... Então se ela tem muito medicamento em casa, ela fala: “Opa, tive uma ideia, vou tomar essa medicação” e, muitas vezes, não dá tempo de socorrer, porque para todo o organismo, a gente chama de intoxicação

exógena, que nada mais é do que você se entupir de medicamento. Então a pessoa ela toma muitos tarjas pretas que a gente fala, são inúmeros, então ela ingere isso em uma grande quantidade, o que era para ser meio comprimido para curar uma depressão, ela ingere uma caixa, então a gente vê muito isso.

G: Pelo que você está me dizendo, o paciente faz uso do próprio medicamento já prescrito, só que em uma dose...

P: Exato. Porque o paciente depressivo, se ele é diagnosticado, ele faz tratamento com o medicamento e resolve, não é?... Essa depressão depois, não é que é curada, ela é estabilizada e aí acontece alguma coisa na vida dele, ele perde alguém, durante essa depressão, ou ele tem um dia mais cabisbaixo, ele se encontra totalmente... “E agora? O que eu vou fazer? Minha vida está uma porcaria”, e ele vai e toma medicamento. Então a gente vê muita ingestão de medicamentos, que muitas vezes não dá tempo. Às vezes quando o paciente é encontrado, não dá mais tempo. Trazem para o hospital, trazem as cartelas de remédio para a gente analisar, mas infelizmente, a medicação já tomou conta do organismo e não tem mais jeito. Quando há jeito, a gente faz vários métodos, mas quando não tem, não adianta, a medicação é muito forte.

G: E durante essa sua experiência que você me falou de sete anos, tanto em outros hospitais, como no hospital em que você trabalha agora, você chegou a atender bastante paciente com tentativa de suicídio?

P: Muitas, muitas, olha... foram assim... No começo, quando eu vi meu primeiro suicida, eu me assustei, porque eu falava: “Gente, o que aconteceu? Por que ele fez isso com a vida dele?”, porque eu não entendia... Era um pai, que não tinha o que dar de comer para os filhos, estava desempregado e simplesmente resolveu tomar o que a gente chama de veneno de rato, chumbinho. Ingeriu em alta dose, infelizmente, não tivemos como salvá-lo, foi a minha primeira exposição com paciente suicida e aí desse decorrer para cá eu fiquei trabalhando no público e estou há três anos no privado, e no privado eu já vi muitos, muitos. Gente bem sucedida, gente que perdeu tudo que era bem sucedida e não conseguia viver numa classe média. E no público a mesma coisa assim, no público era o contrário, “Eu preciso de dinheiro para poder comprar algo pros meus filhos”, “Eu tive uma decepção amorosa”, uma coisa que a gente acha que é banal, que acontece, que a vida ensina, não... “Não consigo mais viver, então eu vou me matar”, então nesses anos assim, era muita gente suicida, muita gente mesmo, por motivos bobos, muita gente que era depressiva e em um belo dia tentou se matar, então essa... eu falo que pelo menos umas duas, três vezes no ano eu preciso ver algum suicida... porque olha... e a tendência à

depressão está aumentando cada vez mais, dizem que vai ser a doença do século, não sei... Então essa experiência para mim, desde o primeiro dia que eu entrei no hospital até agora eu vi milhares de gente tentando se matar, tentando contra a vida... uns que tiveram sucesso, infelizmente, que tentou e conseguiu e outros que a gente tentou e conseguiu salvar, tirar dessa vida.

G: E você falou dessa questão da depressão, que muitos falam que pode ser uma doença do século, você associa a tentativa de suicídio à uma depressão?

P: Muitas vezes, não todos... Porque muitas vezes, uma pequena depressão pode ser curada com medicamento e a pessoa nunca mais tem, não que ela... a depressão é uma doença que ela não é curável, ela é controlada. Então se eu estou bem, se estou tranquila, minha vida está bem, ótimo. Mas qualquer desvio que tenha na minha vida, por exemplo, eu perco uma pessoa, eu perco alguma coisa, eu precisava de um emprego importante e não tenho, então a pessoa fica depressiva. Muitas vezes a depressão está associada ao suicídio, mas nem sempre. Eu falo que... tem uma pesquisa que fala que é 80%, a gente tenta olhar para o paciente depressivo com outro olhar porque ele pode tentar, ele pode tentar e paciente depressivo ele não pode ficar sozinho, ele não pode viver sozinho, porque são nessas horas que ele tem essas grandes e más ideias de falar: “Não, eu vou fazer alguma coisa, eu vou tentar alguma coisa contra a minha vida, nada mais faz sentido”. Principalmente, a gente tem que olhar no começo do tratamento, a gente não pode... Paciente, no começo do tratamento, ele tem uma melhora absurda, então a gente acha que ele está curado, “Olha, ele está ótimo”, mas ele não está e ele pode ter a qualquer momento uma recaída... Os psiquiatras que a gente conversa aqui no hospital, fala que a qualquer momento pode ter uma recaída e ele pode se matar.

G: Então você acha que tem que ter uma atenção maior a esse paciente que tem histórico de depressão?

P: É sempre olhar com os olhos, está depressivo, tudo bem... Vai tomar medicamento, tudo bem... Mas vamos olhar, vamos prestar atenção, porque a grande maioria, dependendo do que for tem aquela... “Eu estou bem, não estou bem, estou bem, não estou bem”, então é como um sobe e desce de montanha russa, até acertar, até a medicação acertar, demora um tempo.

G: E Paula, você me falou dos profissionais envolvidos na assistência a esse paciente, e à família? Porque muitas vezes esse paciente é trazido pela família, como que funciona? Tem algum tipo de assistência à família?

P: Geralmente, na instituição privada em que trabalho, tem a assistência do psiquiatra mesmo, que conversa com a família, geralmente são pessoas aflitas que não sabem mais o que fazer com esse paciente, então o psiquiatra conversa, dá um suporte encaminha também para o psicólogo, juntamente, todo mundo, para poder conversar, para saber... Porque eles ficam com muito... “Aonde foi que eu errei para ele ter essa recaída? Aonde foi que eu errei para ele ter feito isso?”, e muitas vezes não é por conta deles, eles estão lá, são familiares, mas não quer dizer que é culpa deles. E no setor público também, são pessoas assim, muito carentes, carentes que eu falo de conhecimento, carentes de tudo. E aí entra o serviço social, para indicar também para o psicólogo, juntamente... Existem grupos de psicólogos nos CAPS e ele é encaminhado para a família, não que eles estejam doentes, mas para dar um suporte do que fazer, de como orientar nessa questão, nesse momento difícil. Então no setor público tem a assistente social, que encaminha para o psicólogo, para o CAPS e eles vão conversando até o final do tratamento. Na instituição onde eu trabalho também, mas é mais com o psicólogo da família, a família já tem uma pessoa, eles conversam.

G: E vocês tem algum psicólogo disponível para a família na instituição?

P: Se precisar, nós temos, a gente aciona, mas olha... eu vou ser bem sincera, psicólogo é muito raro ser acionado, é mais assim... a família confia muito no psiquiatra então eles preferem até mesmo conversar com o próprio psiquiatra da pessoa que está fazendo o tratamento. Então, é muito raro, eu vi isso, uma ou duas vezes.

G: Você chegou a ver?

P: Já cheguei a ver, mas foi muito rápido porque eles... juntamente com o psiquiatra eles têm que conversar. Porque ela fala: “Pergunta pro psiquiatra, pergunta pro psiquiatra”, então ele acaba sendo envolvido em todos os momentos, já no setor público não. No setor público tem psiquiatra, mas ele já encaminha, ele fala: “Olha, a gente está encaminhando você para o psicólogo, para vocês conversarem, saber o que está acontecendo”. Por causa da demanda também, a demanda no setor público é maior, então o que eles puderem transferir para outro local de responsabilidade, para eles é melhor. É uma maneira de dimensionar cada um com seu serviço, não aglomerar tanto e atrapalhar muitas vezes o tratamento do paciente.

G: Encaminhar para um lugar especializado?

P: É, geralmente CAPS, porque é mais especializado e tem uma equipe enorme de psicólogos, psiquiatras, equipe de enfermagem, enfermeiros com pós-graduação em psiquiatria, que é

fundamental, porque para trabalhar com pacientes psiquiátricos você tem que entender um pouco do mundo deles, e aí eles são pós-graduados e os técnicos também, então uma equipe muito especializada, bem direcionada mesmo.

G: Quando você fala que para trabalhar com paciente psiquiátrico você tem que entender o mundo deles, o que você quer dizer com isso?

P: Olha, porque muitas vezes... eu quando eu comecei nessa área, eu não entendia nada, eu achava... Eu vou até ser um pouco rude no que eu vou falar, mas eu achava que todo mundo era louco, pronto e acabou. Mas o que é ser louco? Ninguém sabe, louco é o quê? É pessoa que está em surto? Não, não é. Então, eu não entendia, eu acho que quando eu comecei a graduação de enfermagem eu pude entender melhor o que eles sentiam, cada patologia, que são doenças. Então, eu pude falar: “Não, esse daqui não é suicídio, esse daqui é esquizofrênico”, a partir do momento que a gente estuda, a gente consegue entender melhor o que eles são e porque eles estão sentindo isso, e porque que acontece isso, então tem todo um porquê, por isso que eu falo que a gente tem que entender bem. Uma pessoa que nunca estudou, que não sabe o que é um paciente em surto, não vai entender nada o que deve ser feito com o paciente, ele vai tratar como eu tratei a primeira vez, com indiferença. Eu achei que era uma frescura e muitas vezes, que nem eu falei na entrevista, não é. Então eu acho que a pessoa tem que se aprofundar, os enfermeiros, eles fazem pós graduação em psiquiatria, eles entendem profundamente o que é um paciente psiquiátrico. Muitas vezes, as pessoas têm medo de lidar com esses pacientes, não tem que ter medo, tem que ter paciência, carinho, amor, porque ele é uma pessoa que nem eu e você, mas infelizmente, ele não está conseguindo encontrar as ideias.

G: E como você acha, Paula, que seria uma forma de tratar, que seria ideal para esse paciente que tentou o suicídio? Como você acha que seria um tratamento ideal, adequado?

P: A primeira coisa é que quando um paciente suicida vem, ele vem muito grave, ou ele tenta cortar os pulsos, ou ele tenta tomar remédios, então a gente tem que estabilizá-lo, tirá-lo da emergência, e a partir daí a gente entra com a parte psicológica de dar um suporte para ele, falar: “Não, vamos conversar... não é assim, existem medicamentos que são antidepressivos que ajudam nisso”. Então a nossa parte como técnico de enfermagem no hospital, a primeira instância é tirá-lo da emergência, ele estabilizou, ele está bem, a gente conseguiu remover a medicação do organismo dele? Ótimo. Então agora vamos falar com o psiquiatra, vamos conversar para a equipe acolhê-lo bem, se a gente acolher bem o paciente, ele já se sente melhor. Eu falo isso porque eu já tive experiências de paciente que preferia estar no hospital do que

estar em casa, é meio complicado, mas tem pacientes que preferem, então para ele é... se a gente acolher bem, como amigo, até mesmo como amigo, não sendo profissional, olha eu sou técnico de enfermagem e eu estou aqui para medicar você e pronto acabou, não... conversa. Às vezes eles só querem conversar e ninguém dá atenção, então eu acho que uma boa conversa, distrair o paciente, eu acho que é um ótimo tratamento para ele, eu acredito... pelas minhas experiências.

G: E essa questão da conversa, existe na sua atuação?

P: Na minha atuação, depois de um tempo, depois que eu comecei a graduação começou a existir, conversar mesmo sabe... Falar: “Não, tudo bem, como você está?” e eu já cheguei a questionar: “Por que você fez isso?”, uns não me responderam porque eu não sou nada deles, não sou parente, nada, mas muitos me falaram que a vida estava demais, “Eu não quero mais viver”. Mas... pacientes que chegaram aqui praticamente desmaiados, sem vida, conseguimos recuperar, graças a Deus, voltaram à vida, e depois de um tempo a gente fala para eles o que aconteceu, ninguém esconde, ninguém pode esconder isso, falar: “Olha, você tentou contra a sua vida, você fez isso, isso e isso....”. Muitas vezes eles ficam chocados e muitas vezes ficam revoltado, “Por que quê a gente tirou ele dali?”

G: E nessa conversa Paula, quando o paciente fala que estava muito difícil, como você reage? Como é sua resposta diante disso?

P: Ah... eu tento na verdade dar o melhor, eu não... ninguém é bom para dar conselho, se conselho fosse bom não dava. Então assim, eu não sou de aconselhar, eu sou de conversar. A primeira coisa, a primeira palavra que eu falo, dependendo da religião e até mesmo se ele for ateu, igual tem muitos no hospital privado, eu falo de Deus. Ele não acredita? Aí é uma consciência dele, mas eu falo que ele tem que colocar Deus em tudo. Muitos choram, outros se emocionam, mas eu acho que... Deus tem que estar em primeiro lugar na vida deles. Muitos não entendem, mas a gente fala, eu falo primeiro, olha independente da religião do senhor, o senhor tem que colocar Deus em primeiro lugar. Se o senhor colocar Deus em primeiro lugar, eu acho que ele vai dar o suporte para você se guiar. E aí muitos ficam calados, outros conversam, desabafam, falam que essa vida está difícil, então eu gosto muito de conversar com eles depois. Até mesmo eu já cheguei ir no quarto de alguns pacientes porque eu fiquei comovida com a história. Depois que já tinha estabilizado, eu subi, fui para o andar e conversei, não muito também, porque a gente não é da família, a gente não vai ficar lá conversando, mas dar uma palavra de apoio para a família, falar que a gente está aqui, que a gente está próximo

dele. Principalmente, depois do que aconteceu com meu amigo, a gente ficou mais mobilizado, então a gente... algumas pessoas tratam o paciente como se fosse mesmo parente.

G: Então tem alguns pacientes que você tem o contato depois de ter saído do pronto-socorro?

P: É, eu peço permissão, eu ligo no quarto, vejo como que o paciente está, se eu posso subir para conversar. Muitos lembram de mim e eu vou até lá e converso, poucas palavras, não vou ficar também falando, falando,... porque, muitas vezes, eles não querem ouvir. Só falar assim, “Eu estava com o senhor, o senhor fique bem, que Deus te guie”. Até mesmo quem é ateu, você fala a palavra de Deus e eles ficam calados, não se revoltam de jeito nenhum. Mas é uma palavra, “Poxa, tem alguém falando comigo, tem alguém olhando para mim”, um apoio.

G: Era um pouco disso que eu queria entender, quais são suas vivências, suas experiências. Tem mais alguma coisa que você queira dizer a respeito desse tema, que eu não tenha te perguntado e você tenha vontade de falar?

P: Eu acho que assim profissional que cuida com paciente nessa área, cuida desses pacientes, tem que ter bons olhos, à princípio a gente fica meio revoltado, principalmente, quem estudou para salvar vidas, quem estudou para entender as pessoas, a gente fica: “Meu Deus, como um paciente consegue fazer isso, sendo que tem tanta gente querendo viver, querendo um coração, querendo um rim para viver e a pessoa simplesmente do nada...”, mas tem toda uma parte por trás, então falta as pessoas entenderem o porquê o paciente está fazendo isso e não um primeiro julgamento: “Poxa, que porcaria, o cara está tentando isso de novo”, porque têm pacientes que têm recidivas e fazem novamente, então é só um olhar a mais, é só um olhar mais carinhoso para esse paciente. E às vezes ele só quer que alguém olhe para ele diferente. É um chamar atenção? “É”, mas é um olhar diferente que ele quer, que ninguém mais quer fazer isso por ele, então é só isso que está faltando. Na minha graduação eu pude entender isso agora e daqui para frente as coisas assim, tendem a ser mais diferentes, cada caso é um caso, então a gente trata de acordo com aquele caso, “Vamos fazer isso pelo paciente”, falar: “Por que que você fez isso?”, ele não vai querer saber, não vai nem querer te escutar.

G: Agradeço a sua contribuição e depois vou te enviar o e-mail para você olhar a transcrição.

Entrevista com Olívia (Duração: 43 minutos e 14 segundos)

- *Olívia, 38 anos;*
- *Médica;*
- *Especialista em Psiquiatria;*
- *Vivência em prontos-socorros: 11 anos;*
- *Atualmente trabalha em um pronto-socorro de um hospital público.*

Giovana: Entrevistadora

Olívia: Colaboradora

Giovana: Gostaria que você me falasse um pouco sobre a sua formação e sua experiência até o momento.

Olívia: Formação médica?

G: Isso.

O: Eu fiz faculdade na Universidade Estadual de Londrina. Sou formada em Medicina há 11 anos. Fiz residência em psiquiatria na Faculdade de Medicina do ABC durante 3 anos e depois eu fiz mais um ano de residência no Instituto de Psiquiatria da USP na parte de Psiquiatria Geriátrica. E atualmente eu trabalho com interconsulta em um hospital geral, em um consultório, além de trabalhar em um pronto-socorro público onde eu atendo urgência e emergência.

G: Então já tem 11 anos que você é formada em medicina...

O: Isso.

G: E desde que você se formou em Psiquiatria, você sempre trabalhou em pronto-socorro também?

O: Desde a faculdade eu trabalhei no pronto-socorro clínico, no final da faculdade comecei a trabalhar na parte de pronto-socorro clínico e depois que eu fiz a residência, em urgência e emergência psiquiátrica.

G: E Olívia, para você, como é atender um paciente que tentou o suicídio?

O: É... existem algumas dificuldades e algumas facilidades. Como eu tenho experiência na parte de pronto-socorro urgência e emergência isso é um atendimento muito comum na parte

de psiquiatria, atender tentativas de suicídio. As dificuldades são por um lado pessoais, de... inicialmente de escuta e entendimento, mas à medida que eu fui estudando e me aprofundando no assunto isso se tornou cada vez mais tranquilo. Hoje, na interconsulta do hospital geral, eu atendo muita tentativa de suicídio, é no mínimo umas 3, 4 por semana, então, eu lido bastante com casos agudos e, no consultório, eu acompanho os pacientes após essas tentativas. Então, para mim, atender na fase aguda e depois no seguimento é uma coisa bastante frequente. E as dificuldades de lidar com outros profissionais da área da saúde, que tem uma dificuldade de entendimento do sofrimento desses pacientes e da importância e gravidade desses casos.

G: Dificuldade de lidar com eles em qual sentido?

O: De que eles entendam que esses pacientes passam por um sofrimento, de que precisam de ajuda, de que não é para chamar atenção, é um pedido de ajuda, de alguma coisa mais grave, uma angústia mais grave, do que um simplesmente chamar atenção.

G: Você acha que por alguns profissionais, é encarado dessa forma?

O: Ainda sim, bastante. Tanto entre os médicos, quanto equipe de enfermagem, quanto alguns psicólogos inclusive. Então é um trabalho de formiguinha, você vai juntando todas as partes do serviço e você vai tentando sensibilizar esses profissionais da importância e gravidade desses casos.

G: E esse hospital que você atende no pronto-socorro é público?

O: Isso, público.

G: E como funciona a rotina, o fluxo? Você fica de retaguarda?

O: É um pronto-socorro público, de urgência e emergência psiquiátrica, de referência para uma região, à princípio oeste, da cidade de São Paulo, porém chegam pacientes de todas as regiões. É... ele pode abrir ficha a hora que quiser, pode ser uma procura espontânea, encaminhamento por profissionais de referência da região, de UBS (Unidade Básica de Saúde), ou mesmo de consultórios particulares, encaminhando para o atendimento de casos agudos, como esse.

G: E você fica de plantão, como funciona?

O: Esse plantão é presencial, uma vez por semana, 12 horas por dia. Tem plantonista 24 horas, de segunda à segunda, para urgência e emergência psiquiátrica, exclusivamente.

G: Sempre tem um psiquiatra?

O: Sempre tem, além dos plantonistas, tem dois diaristas psiquiatras que fazem... que cuidam dos pacientes que estão em observação curta, que tem 8 leitos de observação, 4 masculinos e 4 femininos.

G: E normalmente quais são os profissionais de saúde envolvidos à esse paciente?

O: São os psiquiatras, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo e equipe de enfermagem.

G: Tem toda essa equipe multi.

O: Atualmente, nós estamos com a equipe desfalcada e não tem psicólogo. Tem um terapeuta ocupacional, psiquiatras e equipe de enfermagem.

G: Normalmente tem essa assistência de outros profissionais, trabalhando em conjunto?

O: Sim. E ali também é um hospital... Tem um pronto-socorro de pediatria, ortopedia, cirurgia e clínica médica. Então também recebo encaminhamento desses profissionais que estão no mesmo local de trabalho. Tem uma sala aonde os pacientes intoxicados chegam, na sala de emergência, então o primeiro atendimento é clínico e depois eles passam por uma avaliação psiquiátrica. Ou, ao contrário, o psiquiatra detecta uma tentativa de suicídio e encaminha para a sala de emergência para atendimento clínico.

G: E sempre envolve a psiquiatria nesse hospital em que você trabalha atualmente?

O: Esses casos de tentativa de suicídio, sim. Sempre.

G: Você me falou que tem uma demanda grande, de pacientes que chegam por tentativa de suicídio...

O: Eu considero como grande, isso é... não vou dizer que é diário porque... acho que tem vários casos que são subdiagnosticados e não chegam para atendimento psiquiátrico, especificamente. Mas é semanal, para a equipe atender, toda semana tem.

G: Na sua experiência, na sua vivência, o que você tem observado? Tem alguma prevalência de algum tipo de tentativa de suicídio? A questão de ser homem, mulher, faixa etária?

O: Eu creio que as estatísticas assim, sejam diferentes dos casos que chegam para o psiquiatra. O que a gente atende mais no pronto-socorro são casos de mulheres, principalmente, porque as mulheres tentam mais vezes, com maior frequência, maior recorrência e... Maior parte é por medicação, intoxicação por medicação.

G: E tem alguma faixa etária que você observa?

O: É que ali, como a gente atende mais adultos, então o foco de atendimento seria esse, então... pacientes adultos jovens. Lá, eu não recebo tanto idosos com tentativa de suicídio, mais adultos jovem, mulher. Não sei te dizer especificamente uma faixa etária, por volta dos 20 a 30 anos, 30 e poucos anos, jovens.

G: E essa questão... por exemplo, como que ocorre o seu atendimento? Se chegou por uma questão de intoxicação, primeiro vai para a área clínica e depois eles te chamam?

O: Isso. Muitas vezes, os pacientes com intoxicação eles necessitam de atendimento clínico, ou porque já vem sonolento e precisam de um esclarecimento diagnóstico ou porque eles ingeriram medicação e precisa ser feita uma lavagem gástrica, medicação antídotos, contra essas medicações para evitar que o paciente tenha uma medicação clínica. E quando o paciente se encontra acordado, eles chamam a psiquiatria, depois dos procedimentos clínicos.

G: E você faz uma avaliação? Tem alguns casos que precisam de internação?

O: A gente faz uma avaliação, vê se o paciente precisa, naquele momento, de uma avaliação clínica ou psiquiátrica. Se ele ficar internado pela clínica, a psiquiatria acompanha o caso e se ele tiver condições de alta da clínica, ele fica no setor de psiquiatria. A gente convoca a família para avaliar se a situação é uma coisa pontual, se tem suporte familiar. A assistente social faz um contato com a família, se informa sobre os serviços de saúde aonde o paciente faz o tratamento ou que é de referência da região aonde o paciente mora, para dar um procedimento após a alta. Eu não sei te dizer especificamente... mas a maioria fica um período, pelo menos curto, no máximo 72 horas de observação, e... a maioria acho que retorna para a sua residência. Alguns casos, tem internação prolongada em hospital psiquiátrico mesmo.

G: Mas aí transfere para outro lugar? Porque lá você falou que tem uma ala de psiquiatria, isso?

O: Isso. Para observação curta, até 72 horas.

G: Até 72 horas o paciente fica lá?

O: Isso.

G: E se você observa que tem uma demanda, uma necessidade de internação. Como é o fluxo?

O: Daí ele pede... os médicos que cuidam da parte da internação pedem vaga em um hospital psiquiátrico para internação prolongada. Se você tem previsão de que em 72 horas o paciente

não vai conseguir ir para casa, precisa de uma internação prolongada, é pedido uma vaga para internação.

G: E como funciona essa questão de pedir essa vaga?

O: Existe uma central de vagas de psiquiatria no estado de São Paulo, que é chamado CROSS (Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde), que é uma unidade de referência, aonde é feito um pedido de vaga para esta central e essa central tem contato com os hospitais psiquiátricos e cede a vaga de acordo com o que tem disponível naquele momento. E aí o paciente sai de ambulância do pronto-socorro para ir para o hospital psiquiátrico.

G: E normalmente, tem alguma dificuldade para conseguir essa vaga?

O: As dificuldades maiores são acerca de ter vaga em hospital psiquiátrico. E, às vezes, alguma falha de comunicação, porque para ir para um hospital psiquiátrico, o paciente não pode ter nenhuma doença clínica que precise de um atendimento clínico, só exclusivamente psiquiátrico. São poucos os hospitais que têm clínico junto, então dependendo do paciente, são destinados a alguns hospitais específicos aonde tem clínico geral junto. A maioria dos hospitais psiquiátricos não tem, só o psiquiatra.

G: Se o paciente já estiver bem clinicamente que ele pode ir para...

O: Um hospital psiquiátrico.

G: E se ele recebe alta, se ele ficou nessa observação de 72 horas e vocês avaliam que é um paciente que pode ir para casa. Como que funciona essa alta? Vai com algum tipo de encaminhamento?

O: Esse paciente geralmente é... a gente começa já a medicação durante o período de observação. No momento da alta, ele recebe um encaminhamento para o serviço psiquiátrico e psicológico de referência da região aonde ele mora.

G: Já vai com algum tipo de encaminhamento.

O: De encaminhamento, receita e orientações para o acompanhamento.

G: Mas lá não tem esse serviço aonde você trabalha, ambulatorial? Por exemplo, o paciente voltar com vocês...

O: Não, não. Só pronto-socorro mesmo.

G: E como é? Você acaba tendo contato com esses pacientes após a alta? Como é, na sua experiência?

O: Na realidade... Ali como o serviço é de urgência e emergência, nós não temos o acompanhamento desses pacientes. Esses pacientes são seguidos pelos postos, pelos serviços de psiquiatria de referência ambulatorial, ou seja, em um posto de saúde, em um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), ou algum outro ambulatório de referência da região aonde esse paciente mora.

G: O contato é mais nesse tempo que ele está lá, nessas 72 horas.

O: Isso.

G: E tem também avaliação com a família?

O: Não existe tratamento psiquiátrico sem presença de família. Até porque assim, para eu internar um paciente em um hospital psiquiátrico, seja ele público ou particular, é exigido a presença de um familiar. Em raros casos, em que o paciente não tem mesmo família, não tem ninguém que possa se disponibilizar a acompanhar o paciente durante a internação, é feita uma carta social, e o serviço social lá se responsabiliza pelo paciente durante a internação em outro hospital e depois ele volta para a assistente social, para dar andamento para o caso social.

G: Então tem algum tipo de intervenção com a família também.

O: Sempre, sempre. O paciente com tentativa de suicídio ele não tem alta, sem presença de família. Porque, muitas vezes, é o suporte intermediário que o paciente tem entre uma internação e ficar sozinho, é o suporte da família que ele tem em casa, então é importante que ele sempre tenha.

G: E você observa nesses pacientes que chegam, se já existia algum histórico prévio de tratamento psiquiátrico?

O: No geral, os pacientes já têm antecedente de vivência psiquiátrica. Calculo, mais ou menos, que a maioria deles já tenham feito algum tipo de tratamento alguma vez na vida.

G: E tem algum transtorno específico que você consegue relacionar à tentativa de suicídio?

O: Os transtornos mais relacionados à tentativa de suicídio acho que são: uso de substância psicoativas, os quadros depressivos e alguns transtornos de personalidade, que muitas vezes estão associados a outras doenças psiquiátricas, como depressão ou o uso e abuso de substância.

G: E na sua experiência teve algum paciente, algum caso que te marcou mais Olívia?

O: Acho que os casos que acabam marcando mais... são os pacientes que conseguiram efetivar o suicídio. Então tem casos de pacientes que eu já atendi em urgência e emergência, que eu já acompanhei no consultório e que já suicidou-se. Então, eu acho que realmente esses casos são mais marcantes, até porque você conhece melhor o paciente e acompanha o paciente em todas as fases.

G: Tem um acompanhamento maior?

O: Isso. Mais próximo, mais de perto e por um tempo maior.

G: Tem alguma coisa que te desperta? Nesses casos que você acompanhou por mais tempo?

O: Eu tenho dó desses pacientes, porque são pacientes que vivem um sofrimento muito intenso e um limiar muito tênue entre a vida e a morte. E... esses pacientes tem uma instabilidade muito grande, então uma hora eles estão bem, subitamente eles ficam mal, e quando eles ficam mal, eles tentam o suicídio, com maior frequência. Então esses casos, eu tenho dó pelo sofrimento que eles vivem, pela qualidade de vida ruim que eles têm, um prejuízo funcional grande na vida deles e dos familiares que estão ao redor. É sempre muito sofrimento.

G: Pelo que você disse, oscila essa questão do humor também?

O: Bastante, os pacientes são mais sensíveis a qualquer mudança na rotina, tem mais dificuldades para enfrentar as frustrações, as novidades. Muitas vezes, tem dificuldade para enfrentar até as coisas boas. Então esses pacientes ficam instáveis a qualquer momento por situações, às vezes, consideradas banais para uma pessoa que não tem um quadro psiquiátrico, eles enfrentam muito mal.

G: É... bem complicado.

O: Bastante, é bem complexo. O atendimento de todas as tentativas de suicídio é sempre muito complexo porque envolve múltiplos profissionais, muitas pessoas, familiares, amigos, filhos, então é sempre bastante complexo. E muitas vezes, as pessoas envolvidas, não entendem a situação, o quanto que eles sofrem, o quanto que isso é grave. Então sempre... eu acho que minimizam os problemas.

G: E até pensando no que você falou, e tinha comentado anteriormente, da concepção dos profissionais, como você falou, de minimizar... O que você acha que poderia ser feito para

mudar essa concepção? Na sua experiência, não sei se você também trabalhou em outros hospitais, mas você viu alguma diferença entre os profissionais?

O: Acho que existem questões gerais, de instituições. Os profissionais da área da saúde não são preparados para lidar com a morte, de uma forma geral, muito menos com as tentativas de suicídio, que são tida por eles como algo... como uma escolha simples, quando na realidade, é uma escolha muito complexa para o paciente. Então eu acho que falta treinamento, falta conhecimento para os profissionais, falta preocupação, empenho em mudar isso da parte da administração das instituições assim como para os administradores públicos de saúde, que sempre olham para essa situação com descaso.

G: Durante esse tempo que você passou, você viu alguma diferença entre as instituições que você já passou?

O: Eu acho que as preocupações mais significativas são... ações individuais de profissionais, de alguns profissionais que se preocupam mais com esse tipo de problema, mas de um conjunto geral, eu não vejo diferença entre sistema público e privado.

G: Você acha que alguns profissionais demonstraram maior envolvimento, maior dedicação, nesse sentido?

O: Maior sensibilidade, nesse sentido. Mas são coisas pontuais, eu já fico satisfeita quando o profissional que atende um paciente desse, não atua em uma contra transferência negativa, piorando a situação. Então, acho que muitos deles, tomam atitudes que pioram a situação.

G: Qual tipo de atitude?

O: Descaso, maltratar o paciente, achar que é uma escolha simples, viver ou não viver, quando é muito complexa. Por mais que se tenha o livre arbítrio, é muito complexo para o paciente tomar uma decisão dessa. Então, realmente, preocupa, mas em termos de atendimento profissional ainda há bastante falha.

G: E você acha que alguns profissionais chegam a maltratar o paciente que está ali?

O: Sempre com piadinha, com... comentário pejorativos que acabam denegrindo a sua própria imagem perante o paciente, perante a instituição. Eu acho que são atitudes individuais que tocam esses profissionais em alguma coisa realmente pessoal, ou realmente uma forma deles tratarem um problema com o qual eles não sabem lidar.

G: Não saber como agir?

O: Como fazer.

G: E se você está presente em uma situação assim, como você acaba reagindo com o outro profissional?

O: Eu sempre procuro entender que se aquele profissional agiu dessa forma com esse paciente é porque alguma ajuda, alguma orientação ele precisa, diferente daquilo que ele faz, daquilo que ele conhece. Então, eu costumo orientar, sensibilizar, estimular o profissional a ler, a entender, a compreender ou a simplesmente escutar o paciente. Acho que é muito mais importante para o paciente ser ouvido do que ele ouvir alguma coisa que o prejudique.

G: Então você consegue ter essa conversa, esse acesso a outros profissionais nessa situação?

O: Eu sempre tento, mas confesso para você que como são muitos profissionais... Às vezes assim, eu trabalho em hospital... são três turnos de trabalho, então às vezes para falar sobre o mesmo caso, nos diversos dias de internação, eu tenho que conversar com umas 10 pessoas sobre o paciente. Então é bastante desgastante o trabalho, cansativo, então é uma coisa que tem que respirar fundo e falar: “Vou tentar de novo”. A gente consegue várias mudanças, modificações de atitudes, mas é sempre é... todo dia tem que ser repetido as mesmas coisas, para os mesmos profissionais e às vezes para outros também. Eu nunca perco a esperança, mas é um trabalho bem árduo, difícil.

G: Você atua como psiquiatra e tem uma equipe também de psiquiatras?

O: No pronto-socorro público onde eu trabalho é uma equipe de psiquiatras, no hospital onde eu faço interconsulta somos também uma equipe de psiquiatras e psicólogos, é um equipe menor...

G: E os dois são públicos?

O: O pronto-socorro é público e o hospital é privado, convênio e particulares. Nesse hospital público tem uma equipe grande, que cada dia é um profissional que dá plantão. E no hospital na interconsulta, eu trabalho... eu, uma psicóloga e uma outra psiquiatra, que a gente cuida de uma outra unidade também.

G: E nesse caso, é quando a equipe de lá solicita?

O: Na verdade, tem uma psiquiatra que fica na unidade X, que é minha chefe e lá tem duas psicólogas, então é ela e duas psicólogas, e na outra unidade Y sou eu e, até hoje, eu tinha uma psicóloga. E no fim de semana, a gente reveza, a equipe tem uma escala. Lá nós não estamos

presentes 24 horas, somos chamados para fazer as avaliações. Então não tem ala específica de psiquiatria lá, mas eu peço vaga e interno os pacientes psiquiátricos através do convênio no particular.

G: No hospital particular?

O: Isso.

G: E no hospital público, você tinha comentado, que é através do CROSS?

O: Isso.

G: E nos dois, tem bastante casos, tanto no particular quanto no público?

O: Às vezes, eu já cheguei assim... de... sábado para domingo internar 4 tentativas de suicídio em um mesmo hospital. Por exemplo, essa semana, eu comecei a semana com 3 tentativas, uma foi para a casa hoje, uma está sendo internada agora a tarde e a outra eu pedi vaga também no hospital psiquiátrico. Então, para o trabalho, você tem que estar sempre, constantemente, reavaliando os pacientes. Às vezes, por exemplo, uma que eu pedi vaga para internar, que eu pedi vaga hoje, é uma paciente que internou por tentativa de suicídio, estava bem à princípio e começou a instabilizar, aí em vez de mandar para casa, eu vou mandar para o hospital psiquiátrico. Só essa semana foram três, por enquanto...

G: Bastante coisa... Até quarta...

O: É, até 3 horas da tarde. Mas geralmente fim de semana tem mais tentativas, de sexta para sábado, de sábado para domingo, de domingo para segunda.

G: São os dias que tem mais?

O: É, fim de semana, geralmente tem mais. Não sei especificamente te dizer quais os motivos que são mais frequentes, geralmente o pessoal bebe mais, está em casa, de folga, e essas 3 tentativas, uma tentou entre a casa e o trabalho e as outras 2 tentativas foram em casa. E tentativas muito graves, os pacientes estão, cada vez sendo mais assertivos e usando métodos mais lesivos. O que eu acho que agora eles têm é mais socorro.

G: Você acha que tem essa diferença?

O: Acho que hoje em dia eles têm melhores serviços, mais atendimento, mais atenção para isso.

G: E essas tentativas que você falou, como ocorreram?

O: É... todas as três com medicações. É o método mais frequentemente usado como tentativa, agora o método mais efetivo ainda vai ser enforcamento, ferimento por arma de fogo, que são mais os homens e esses casos acabam não chegando para mim. Mas essa semana, tem até uma psicóloga que ela ia me encaminhar... ela me indicou para atender um senhor de 75 anos. Isso ela falou comigo tem umas 2, ou 3 semanas. E duas semanas depois que ela falou comigo ele suicidou-se.

G: Não deu tempo dele ir fazer a consulta...

O: Não, se enforcou. Então, eu tenho um paciente de 73 anos que pulou da sacada, não sobreviveu, esse enforcamento também não sobreviveu. Essa tentativa que eu tive, que eu perdi esse paciente, foi 30 de dezembro do ano passado. Já tinha tentado suicídio outras vezes, mas agora ele conseguiu, enforcamento, medicação e enforcamento. Então esses casos efetivados, eu não chego, muitas vezes, a ficar sabendo. Já sai de casa para o serviço funerário, ou serviço de verificação de óbito.

G: Não chega até vocês... E o que chega mais então é pela ingestão de medicação...

O: De medicação.

G: E tem algum tipo de medicamento específico?

O: Não existe uma especificidade em termos de medicação. Hoje em dia está cada vez mais variável, porque eu acho que eles estudam os métodos para usar. Eles muitas vezes planejam, quais são os efeitos de medicação. E eu acho que tem mais medicações... os psicotrópicos, mais medicações controlada, porque esses pacientes, muitas vezes, estão em tratamento já. A maioria deles estão em tratamento com algum tipo de medicação.

G: E como que... eu fico até curiosa com isso que você está me falando e outras pessoas já me falaram. Como que é isso, assim, o paciente fazer uma tentativa de suicídio com algumas medicações que ele até já toma, foi isso que você quis dizer?

O: Exatamente, exatamente. É... esse é o limite tênue entre usar adequadamente a medicação ou não. Então, por um lado, vem uma certa culpa do psiquiatra, porém eu não sou responsável... eu sou responsável pela prescrição, eu não sou responsável pela administração das medicações quando esses pacientes estão em casa. Então são etapas do tratamento que eu não consigo cuidar, muitas vezes. Eu oriento família, etc... cuidar das medicações, vigiar, mas eu não sou responsável por essa parte.

G: Tem toda essa orientação para a família...

O: Sim, sim.

G: Porque é uma questão complicada...

O: Bastante...

G: A própria medicação que pode ajudar, pode também...

O: Prejudicar. A gente tenta controlar as medicações em termos de quantidade de medicação prescrita. Vou dar uma receita suficiente só até a data em que ele irá voltar, do retorno. Mas a forma que esses pacientes obtém essas medicações controladas de uma forma ilícita, eles obtém...

G: Você observa que tem alguns pacientes que vão atrás?

O: Ou eles deixam de tomar por um período, acumulam medicação. Ou de repente, se eles têm três receitas sem data, eles compram as três uma em cada farmácia. Então a gente tenta restringir, ao máximo, o acesso do paciente a essas medicações.

G: Entendi, através da receita, ficar atento...

O: Exatamente, tentar... olha a quantidade, não vou fornecer mais receita porque esse paciente eu já dei para tanto tempo e se está pedindo receita é porque usou a mais ou porque ele está acumulando.

G: Tem que pensar em tudo isso...

O: Tudo isso. Apesar que esses pacientes são bastante articulados e eles... não vou dizer que sempre, mas eles tentam de todas as formas, burlar o tratamento para obter mais medicações. Eu já vejo muitas tentativas com medicações de uso habitual, porque aí os paciente usam alta dose. Então, tem várias medicações que não são psicotrópicas que tem uma série de efeitos colaterais que também são utilizadas, que também pode matar.

G: Complicada essa questão, eu estou te perguntando, porque eu justamente ouvi de outros profissionais isso também. E o quanto é... igual você falou, uma linha tênue, o quanto é complexo.

O: Bastante.

G: E Olívia, é... fora até do ambiente do trabalho, você já teve alguma experiência pessoal relacionada à tentativa de suicídio?

O: Não. Quer dizer, eu já tive sim, agora eu lembrei. Na verdade, tenho um colega de residência que a gente acha que foi uma tentativa de suicídio, mas também não temos certeza se foi uma tentativa de suicídio ou de homicídio. Já tive colegas de profissão que eu fiquei sabendo, já vi no hospital médicos internados por tentativa de suicídio, então... na época da faculdade eu vi uns dois.

G: E como é isso, para você?

O: É... uma coisa difícil de entender... mas por outro lado, os profissionais de saúde têm mais acesso, conhecem melhor as formas de se matar e mais efetivas. Então isso facilita as tentativas de suicídio. Mas já vi de outros profissionais que não eram da área da saúde também. Esses foram os mais próximos...

G: Era um pouco disso mesmo Olívia, de saber suas experiências, suas vivências. Você tem alguma coisa que você queira acrescentar, que eu não tenha te perguntando? Alguma coisa que você queira falar?

O: Eu acho que... assim, eu tenho experiência de serviço público, privado, urgência, emergência, interconsulta, consultório, então eu tenho essa noção boa de todos os processos, de como isso se desenrola, tanto da parte profissional, como da parte do paciente. É conhecer uma realidade triste, mas ao mesmo tempo importante para aprender a lidar com isso.

G: Sim, e aprender a lidar porque acontece bastante então precisa de uma ajuda, de um atendimento...

O: Que seja diferente. É bastante... eu acho que é bem específico a demanda. Certo?

G: Certo. Então é isso, muito obrigada.

O: Imagina.