



Experiências de atendimento das tentativas de suicídio por profissionais de enfermagem: as (im)possibilidades do trabalho

Care of suicide attempts by nursing professionals: the (im)possibilities of work

Willian Dias do Rosario

Milena Regina da Silva

Resumo: Durante o ano de 2010 até 2019, ocorreram 112.230 mortes por suicídio no Brasil. É comum que quando há uma tentativa de suicídio, devido aos ferimentos, a pessoa seja levada até um hospital. Portanto, levando isso em consideração, há uma grande probabilidade de profissionais de enfermagem se depararem com uma demanda de tentativa de suicídio. O objetivo do artigo é conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem da urgência/emergência hospitalar para atendimento das tentativas de suicídio. A presente pesquisa é qualitativa e exploratória, que utilizou de entrevistas semiestruturadas realizadas de forma síncrona ou assíncrona com profissionais de enfermagem. Participaram da pesquisa 4 profissionais. Os participantes foram 2 mulheres entrevistadas assincronamente e 2 homens entrevistados sincronamente. Nas entrevistas foram encontrados alguns desafios como: comentários pejorativos que alguns enfermeiros (colegas dos entrevistados) possuem, dificuldades com a equipe médica no manejo e encaminhamentos, dificuldades subjetivas como não achar que tem o perfil para atender tal demanda, as questões de sobrecarga de trabalho e falta de outros profissionais na orientação e auxílio dos, como por exemplo o psicólogo. É importante entender que o suicídio é uma questão complexa e que não podemos simplesmente culpabilizar estes profissionais, que fazem o possível com as possibilidades que tem.

Palavras-chave: experiência; enfermagem; suicídio.

Abstract: From 2010 to 2019, there were 112,230 deaths by suicide in Brazil. It is common that when there is a suicide attempt, due to injuries, the person is taken to a hospital. Therefore, taking this into account, there is a high probability that nursing professionals will be faced with a request for a suicide attempt. The objective of the article is to know the perception of nursing professionals regarding hospital urgency/emergency care for suicide attempts. The present research is qualitative and exploratory, which used semi-structured interviews carried out synchronously or asynchronously with nursing professionals. Four professionals participated in the research. Participants were 2 women interviewed asynchronously and 2 men interviewed synchronously. Some challenges were found in the interviews, such as: pejorative comments that some nurses (colleagues of the interviewees) have, difficulties with the medical team in handling and referrals, subjective difficulties such as not thinking that they have the profile to meet such a demand, work overload issues and lack of other professionals to guide and help, such as the psychologist. It is important to understand that suicide is a complex issue and that we cannot simply blame these professionals, who do their best with the possibilities they have.

Keywords: experience; nursing; suicide.

INTRODUÇÃO

Na sociedade que vivemos, falar sobre a morte é um tabu, pois é entrar em contato com a própria finitude. Neste sentido, gera-se uma repulsa da ideia de morrer e desenvolve-se diversas tecnologias para manutenção e prolongamento da vida. Assim, o morrer de velhice passa a ser considerado “natural”, na medida em que toda outra morte pode ser evitada, sendo então taxada de “desnecessária” (SANTOS, 2007).

É neste contexto cultural que a tentativa e a morte voluntária se tornam antagônicas à ideia de prolongamento da vida, o que corrobora na constituição do tabu sobre o assunto. Neste sentido, seria impensável que um sujeito teria vontade de findar a própria vida, já que tantos esforços são empregados de forma contrária. Esta valoração da vida a todo custo acaba sendo um dos diversos motivos para a invisibilização das discussões sobre o morrer (sendo a morte voluntária ou não).

Quando falamos sobre suicídio, é importante historicizar este fenômeno, pois em diferentes épocas e culturas é tratado e compreendido de forma diversa (MINOIS, 2018). Portanto, não é um fenômeno “em si”, mas construído de forma social e história (NETTO, 2007), por isso se faz necessário delinear a palavra “suicídio” diferenciando-o do ato de se matar. Fairbairn (1999) entende

que o suicídio é a ação de tirar a própria vida de forma intencional, conforme vontade do sujeito, no entanto, se esta morte for alheia à vontade, pode ser caracterizada como um ato de se matar. Assim, diferencia-se o suicídio de outras mortes voluntárias como o suicídio assistido (médico) e da eutanásia (NETTO, 2013).

Ao analisar este fenômeno é importante compreendermos as significações destas tentativas e mortes intencionais, o que se faz necessário analisar o que elas dizem sobre nossa (des)organização social, que é marcada por exploração, individualismo, desigualdade e competitividade (NETTO, 2013). Este tipo específico de morte demonstra algo não só sobre os sujeitos, mas também sobre nossa sociedade e a forma que o constituem, na medida em que, reside nela (sociedade), diversos fatores para as mortes por suicídio.

Durante o ano de 2010 até 2019, ocorreram 112.230 mortes por suicídio no Brasil, sendo que a região Sul do país apresenta as maiores taxas. Há estimativas de que este número tenha crescido até o ano de 2020, chegando ao número de um suicídio a cada 20 segundos (OMS, 2012). Portanto, é caracterizado como um problema social e de saúde pública. No Brasil, cerca de dez mil pessoas morrem por suicídio por ano, sendo o público masculino acima de 70 anos o mais afetado (BRASIL, 2017).

É comum que muitas pessoas tentem “naturalizar” o ato culpabilizando o sujeito. O suicídio não se trata de um ato isolado ou que ocorre com pouca frequência, ao contrário, é comum que os números reais sejam inacessíveis por conta de uma subnotificação, mascarada por diagnósticos como intoxicação endógena, acidente automobilístico, ferimento com arma de fogo, dentre outros (MARCOLAN, 2018). Neste sentido, é provável que o real número sobre os suicídios seja na realidade bem maior do que aqueles apurados nos dados oficiais, pois conforme aponta Marquetti (2012, p. 120) “a saúde pública, a epidemiologia, as estatísticas, os registros fornecem apenas mais uma leitura do suicídio e não uma descrição da realidade”.

Frequentemente podemos observar o suicídio sendo relacionado com a depressão, tendo uma ênfase no tratamento medicamentoso. Entende-se que há sim uma relação entre a depressão e o suicídio, porém, cabe citar que a

depressão também é caracterizada por múltiplos fatores biopsicossociais e de interações complexas (SÃO PEDRO, 2018; CARVALHO et al., 2018; NETTO, 2013).

Geralmente em uma tentativa de suicídio o sujeito fere-se de forma grave ou ingere uma quantidade exacerbada de substâncias tóxicas, o que o faz necessitar de cuidados hospitalares. Estas pessoas são atendidas nos serviços de urgência/emergência e recebem os primeiros cuidados dos profissionais de enfermagem, que visam preservar a vida do sujeito, considerando os aspectos físicos e psicológicos (REISDORFER et al., 2015).

Portanto, ao considerar a alta probabilidade dos profissionais de enfermagem se depararem com um atendimento à tentativa de suicídio, é importante que se sintam preparados para atender e lidar com esta demanda. Lopes e colaboradores (2019) salientam a importância deste primeiro contato, pois o estabelecimento de vínculo é muito importante para o sujeito dar continuidade e manter um compromisso com os tratamentos. Neste sentido, torna-se fundamental um investimento para a capacitação, não só dos profissionais de enfermagem, mas de tantos outros para comporem uma equipe multiprofissional.

Sobre a formação para atender a esta demanda, a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, diz que se deve promover “[...] a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas.” (BRASIL, 2019, p. 1). Para elucidar, no que tange esta política, os suicídios estão integrados às lesões autoprovocadas.

Esta pesquisa parte da seguinte problemática: levando em conta as altas chances de se depararem com pacientes com comportamento suicida durante sua prática profissional, os profissionais de enfermagem sentem-se preparados para atenderem a demanda destes sujeitos? Quanto ao objetivo da pesquisa, é conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem da urgência/emergência hospitalar para atendimento das tentativas de suicídio.

PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa utilizou abordagem qualitativa de caráter exploratória. Como instrumento para a coleta das informações, utilizou-se a entrevista semiestruturada. Para seleção dos participantes foi utilizado o método “Bola de Neve”. Este método consiste na utilização de uma rede de relações existentes entre os sujeitos de pesquisa. O processo inicia quando o pesquisador seleciona sujeitos pertencentes ao grupo a ser estudado, posteriormente, estes sujeitos devem indicar outros e assim sucessivamente. Este processo inicial é denominado de “semear” (DEWES, 2013).

Foram convidados 15 profissionais para a pesquisa, destes, quatro participaram e finalizaram as entrevistas, oito não deram resposta e três recusaram participar da pesquisa. Sobre estes últimos, foram enviadas pelo menos duas mensagens com intervalo de tempo de mais de dois dias. Elencamos aqui como possibilidade para a falta de resposta é a grande demanda de serviço dos profissionais de enfermagem durante a pandemia do Coronavírus, o que pode ter levado os mesmos a um esgotamento devido ao trabalho incessante nos serviços de saúde.

Como critérios de inclusão, consideramos os seguintes aspectos: sujeitos maiores de dezoito anos; atuantes no mínimo quatro meses no atendimento de urgência/emergência de algum hospital (para evitar entrevistas com pessoas que ainda não tem familiaridade com o ambiente de atendimento) e por fim, o aceite do TCLE (que foi enviado por e-mail). Em relação aos critérios de exclusão: profissionais com algum diagnóstico de transtorno de depressão ou ansiedade (sendo perguntado no contato inicial com o sujeito) estudo); profissionais afastados ou de licença; não possuir experiência com atendimentos a pessoas que tentaram suicídio.

Tendo em vista o público alvo desta pesquisa, o contexto brasileiro que enfrentava a pandemia de coronavírus e as medidas de contenção do contágio, para preservar a saúde de todos os envolvidos na pesquisa, as entrevistas foram realizadas de forma exclusivamente online com a possibilidade de serem realizadas nas modalidades síncrona e assíncrona.

As entrevistas assíncronas possibilitaram uma resposta no momento mais apropriado conforme a disponibilidade de tempo da(o) participante. Elas foram realizadas de forma virtual por meio de plataformas de mensagem instantânea com criptografia de ponta a ponta (WhatsApp) e de maneira individual. Neste caso, foi enviado a pergunta e aguardada a resposta do sujeito, resposta esta que poderia ser por áudio ou texto. Após o término da entrevista assíncrona, todos os áudios foram transcritos e as mensagens copiadas e apagadas para preservar o sigilo. No total, esta pesquisa teve 2 entrevistas assíncronas.

Também foi ofertado aos participantes as entrevistas síncronas por meio de plataformas de videoconferência. Utilizamos como plataforma prioritária para tal modalidade o Jitsi, devido a possibilidade de gravar as entrevistas e pela segurança da criptografia. Neste caso, após a permissão da(o) participante as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Após a transcrição o material original foi extinto. Esta pesquisa teve 2 entrevistas síncronas.

Para preservar o anonimato dos participantes desta pesquisa, durante o primeiro momento da entrevista foi solicitado que cada sujeito pensasse e selecionasse algum nome fictício diferente do seu nome de registro ou nome social. Assim preserva-se a identidade dos participantes, sem reduzi-los a dados, números e/ou letras.

Para as questões de segurança e ética, todo o material proveniente das entrevistas, foram salvos em um pen-drive para evitar acessos maliciosos aos dados da pesquisa. Além disso, o material oriundo permanecerá guardado em arquivo digital pelo período de 5 anos.

A análise dos resultados provenientes das entrevistas foi realizada por meio da Análise de Conteúdo (AC). Este método é um conjunto de técnicas que, em sua vertente qualitativa, tem como foco as vivências do sujeito e suas percepções sobre determinados fenômenos (CAVALCANTE, CALIXTO, PINHEIRO, 2014). Para tal, a AC utiliza-se de certas etapas/fases que são imprescindíveis para este tipo de análise. Segundo Silva e Fossa (2015) são

elas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na etapa de pré-análise, é selecionado o corpus, ou seja, aquilo que compõe o que será analisado. No caso das entrevistas, todas elas irão compor esse corpus da análise. Outro ponto que ainda faz parte da pré-análise é a leitura flutuante de todo o material. Essa leitura tem como objetivo ser um contato com o material que virá a ser analisado posteriormente, tentando compreender de forma geral os significados e as ideias principais. Essas diversas retomadas ao texto, permitem no pesquisador o fluir das impressões sobre o texto e passa-se a conhecer o contexto no qual este texto está inserido.

Na etapa de exploração do material, o texto transcrito das entrevistas é recortado em unidades de registro. Para esta pesquisa, será empregada uma análise temática, onde, a partir do resumo dos parágrafos e uma categorização primária serão agrupados os temas (SILVA, FOSSA, 2015).

Por fim, a etapa de tratamento dos resultados, inferência e interpretação consiste na captação dos conteúdos que são manifestos pelas falas, mas também aqueles latentes, apontando aquilo que aparece de semelhante ou diferente (SILVA, FOSSA, 2015). Assim, a AC é capaz de analisar aquilo que o conteúdo manifesta, mas além disso, como nos lembra Cavalcante, Calixto e Pinheiro (2014), ela também é capaz de apreender uma realidade nas entrelinhas do texto.

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética por meio do CAAE: 44394821.5.0000.5363 e Parecer: 4733491. O período de realização das entrevistas foi de junho a dezembro de 2021. As falas das(os) participantes da pesquisa estarão destacadas entre aspas e/ou com recuo.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para melhor visualização dos participantes da pesquisa, foram dispostos conforme tabela a seguir:

Tabela 1: Sujeitos participantes da pesquisa.

Nome	Idade	Tempo de trabalho em Urgência/Emergência	Horário de trabalho	Hospital	Tipo de entrevista
Jessie	29 anos	3 anos	Noturno	Publico	Assíncrona
Isadora	33 anos	10 anos	Noturno	Público	Assíncrona
Rafael	24 anos	1 ano	Noturno	Publico	Síncrona
Carlos	43 anos	9 anos	Noturno	Público	Síncrona

Fonte: elaborado pelos autores, 2022.

A seguir serão apresentadas as seguintes categorias: 1) O sentimento de preparo para o atendimento, onde são demonstradas, por meio das falas das participantes, como elas se sentem para atenderem esta demanda; 2) A equipe médica e de enfermagem: alguns tabus ainda persistem onde são discutidas sobre alguns estigmas sobre o assunto que ainda persistem e 3) Condições de trabalho e atendimento, onde é discutido sobre os desafios da equipe e das instituições hospitalares para atenderem a demanda de suicídio.

O sentimento de preparo para atendimento

Três dos entrevistados relatou que durante os seus cursos de graduação, tiveram pouco contato com o assunto de suicídio, apenas tiveram uma ou outra aula. A maioria relata que aprenderam como atender estas pessoas e essa demanda com os colegas ou na prática. Isto fica evidenciado na seguinte fala de Isadora:

De forma geral aprendemos vendo nossos colegas atendendo os pacientes...no mês de setembro fala-se bastante nas mídias sociais, mas no nosso meio, no dia a dia, muito pouco [...] aprendi o que sei na base do

susto, vendo outros colegas abordando o paciente (ISADORA, 2021)

Isso condiz com o que Soratto e colaboradores (2015) encontraram em sua pesquisa, dizendo que a capacitação e o preparo destes profissionais advêm, muitas vezes, dos próprios atendimentos cotidianos do contexto de emergência, das experiências adquiridas na prática e do histórico de atendimento de outros sujeitos decorrente de uma tentativa de suicídio. A enfermeira Jessie exemplifica este relato dizendo o seguinte “Na matéria de emergências psiquiátricas teve só manejo diante do surto psicótico” (JESSIE, 2021).

Carlos trouxe em sua fala que não se sente preparado para atender tal demanda, porém para ele, a questão não se trata de teoria, mas de manejo, como pode ser observado na seguinte fala:

Não. Não é o meu perfil eu tenho empatia óbvio né? Mas eu não tenho, acho, que o próprio tato e o manejo necessário pra falar a coisa certa na hora certa. Isso é o que eu acho, de repente não é o que acontece, né? Mas eu não me vejo como um bom orientador ali (CARLOS, 2021).

Algo similar aparece na pesquisa de Silva e colaboradores (2017), apresentando que muitos profissionais se sentem despreparados para este tipo de atendimento, mas acabam tentando agir da forma mais assertiva possível, porém, muitas vezes, não tendo um preparo e/ou uma habilidade para lidar emocionalmente com o assunto e as questões que a morte voluntária traz à tona.

Essa reflexão sobre as questões emocionais no envolvimento dos profissionais com o atendimento, aparece também em outra fala de Carlos, que diz:

É que são duas coisas né, o fato de saber que tu não é capaz é uma coisa mas o fato de saber que tu tem que fazer algo, isso pô, já fiz várias vezes. [...]. Mas cara, se tu não souber, tiver um jogo de cintura para lidar com a tentativa de suicídio alheia, cara, tu fica louco, [...]

tem que ser empático, mas se tu puder tirar uma "casquinha" do cara, a ponto positivo pra ele, tu tira, mas não para crucificar ele e sim para falar "Pô querido né. Sol nasce todo dia. Não tem porque fazer isso" e daí tu, conforta melhor e com um pouco de vivência tu às vezes consegue dar um restart naquele cara ali na hora da... na hora que ele vê a luz no fim do túnel (CARLOS, 2021).

Carlos levanta uma questão importante sobre a saúde mental destes profissionais nos atendimentos em geral e nos atendimentos sobre tentativas de suicídio. Nos faz refletir sobre os limites subjetivos destes profissionais. Será que todos que atendem esta demanda tem “perfil” como diz Carlos? Será que o fato de “saber que tu não é capaz” mas ao mesmo tempo “saber que tu tem que fazer algo” não negligência a subjetividade destes trabalhadores?

Seguindo com nossa discussão, Rafael traz em sua entrevista dificuldades a respeito do atendimento às pessoas com tentativa de suicídio que o acompanham desde sua graduação:

Cara, na verdade é assim, a saúde mental pra enfermagem é algo mais geralzão assim, sabe? E, tanto é que quando eu tava na graduação, fui estagiário de uma comunidade terapêutica lá na lá em [...], que é a cidade onde eu me formei. O responsável técnico lá dessa comunidade terapêutica tinha o hábito de falar que o pessoal da enfermagem aprende a infundar veia, fazer injeção, e não atender demanda de paciente com saúde mental, entende? E é isso que eu tenho pra falar da área da saúde mental durante a graduação, sabe? E tipo a gente fala da ideação suicida lá tudo né? Como que surge a intenção da pessoa de se suicidar mas não de como tratar a pessoa dentro de um de um hospital que digamos assim, não é especializado (RAFAEL, 2021).

Durante a entrevista, Rafael informou que, por se interessar pela área de saúde mental, buscou por conta própria a respeito do assunto. Portanto, devido a educação continuada por parte do profissional, diz sentir-se preparado para atender demandas de saúde mental. Ainda assim, ressalta que, no hospital:

A gente acaba atendendo por conta do trauma, né? Que ele é referência pra trauma, então às vezes chega paciente com tentativa de suicídio por enforcamento ou por intoxicação exógena. E a gente acaba atendendo. Mas a gente trata o trauma no caso, né? Não trata a ideação suicida dele (RAFAEL, 2021).

Algo similar aparece na pesquisa de Reisdorfer e colaboradores (2015), onde relatam que as(os) enfermeiras(os) realizam os cuidados clínicos decorrente do atendimento, pois muitas vezes o sujeito acaba não demonstrando o que realmente está sentindo, dificultando uma atenção da equipe sobre o suicídio. Outro ponto interessante aparece no artigo de Fontão e colaboradores (2018), onde as(os) enfermeiras(os) entrevistados relatam que os cuidados ficam focados na parte técnica e clínica devido à alta demanda da equipe, pois a parte psicológica fica a cargo de outros profissionais de saúde mental.

Uma exceção a isto, foi a graduação de Isadora, que em sua entrevista relatou que teve aulas com uma professora enfermeira e doutora em psiquiatria, sendo que o assunto foi abordado em diversas aulas. Mesmo assim, aparece em sua entrevista que o sentimento de despreparo ainda a acompanha “Olha nunca estamos... nos acostumamos e aprendemos a ter um olhar diferenciado com o passar dos anos” (ISADORA, 2021).

Outro ponto interessante aparece na entrevista de Jessie, que possui especialização em urgência/emergência, dizendo que durante a especialização teve alguns assuntos como:

Abordagem com escuta clínica, motivação da ideação suicida, avaliação dos planos do paciente, avaliação do ambiente (estrutura que possa causar o suicídio dentro da unidade de saúde ou agressão contra os profissionais), tentar instigar qual a pessoa de contato mais próximo que o paciente confia/sente mais segurança (JESSIE, 2021).

No geral, de acordo com as entrevistas, a maioria dos profissionais não se consideram preparados teórica e/ou tecnicamente para atender a demanda de tentativa de suicídio. Apesar disso, é possível observar que tentam atender estes sujeitos da melhor maneira possível, de acordo com suas habilidades e recursos disponíveis. Ainda, considerando que não depende de somente um profissional o atendimento destes sujeitos, nas demais categorias serão exploradas as falas sobre outros profissionais e as condições de trabalho.

A equipe médica e de enfermagem: alguns tabus ainda persistem

Antes de iniciarmos a discussão desta categoria, faz-se importante nomear os tabus que ainda podem ser encontrados sobre a temática. Elencamos aqui em especial a compreensão comum de que muitas vezes o suicídio ainda é visto como loucura, doença e/ou crime.

A ideia do suicídio associada a um quadro anormal ainda pode ser vista conforme demonstra o trabalho de Marquetti (2012), que durante sua pesquisa sobre o suicídio na metrópole de São Paulo/SP, conversou com alguns médicos de um hospital. Nestas conversas, observou que estes profissionais entrevistados pensam que as pessoas que tomam grandes quantidades de medicamentos não querem morrer, querem apenas chamar atenção, pois para eles, quem “[...] realmente quer se suicidar pula de um prédio ou dá um tiro na cabeça.” (ibid., p. 82). Assim, observa-se que além do estigma do suicídio, este tipo de fala traz uma invalidação do sofrimento do sujeito

Durante as entrevistas com os profissionais, muitos relataram que não identificam nas suas práticas comportamentos ou falas que carreguem algum tipo de preconceito, pelo contrário, tentam sempre, na medida do possível, acolher. Por outro lado, em alguns colegas da equipe médica e de enfermagem, encontram algumas dificuldades, conforme os relatos:

O atendimento do enfermeiro é bem complicado. Tem várias pessoas que trabalham ali dentro que tem vários estigmas, preconceito e tudo mais no tratamento de pacientes com ideação suicida. O que acontece cara, na

minha visão, quando a pessoa tem algum determinado preconceito, seja usuário de droga ou uma pessoa que tenta um suicídio, a gente acaba não olhando o paciente como um todo. Independente do problema dele, ele tá lá dentro, a gente tem necessidade de olhar o paciente como um todo e enxergar todo o contexto que fez com que ele chegasse até o atendimento hospitalar (RAFAEL, 2021)

Percebo que na questão das dificuldades nós temos o preconceito por parte dos profissionais mesmo. Então até já ouvi durante a triagem do acolhimento [...]. "Ah tentou o suicídio porque brigou com o namorado" enfim eles vão contando os motivos e isso faz com que a pessoa fique constrangida e agrave um pouco mais o quadro dela que já está com uma instabilidade emocional e clínica. Tem essa questão do preconceito e despreparo dos profissionais (JESSIE, 2021).

Outro exemplo vem de Carlos, que quando indagado a respeito de piadas ou comentários pejorativos nos atendimentos, diz que não observa isto pois:

[...] a empatia domina o profissional. O cara tira uma as vezes, mas é mais da boca pra fora. É tipo "porra isso é hora de se matar, três da manhã". Entendeu. "Agora que o plantão tava tranquilo o cara veio". Mas é que assim, não é um... Não é um desrespeito é só um desabafo de repente... com o teu colega não com o paciente. E assim tipo: vamos lá atender. [...] É, meu, estava tranquilo aí agora vou ter que ir lá ver só porque... Mas assim eu vou ter que ir lá. Independente se é o cara que tentou se matar ou se alguém que dê uma "toupada" na parede. Eu ia reclamar de qualquer jeito esse que é o negócio. A reclamação era inerente à situação (CARLOS, 2021)

Neste sentido, podemos ver que as(os) entrevistados Rafael, Jessie e Carlos observam em seus colegas alguns comentários que demonstram muitas vezes uma invalidação do sofrimento do sujeito que tentou suicídio. Especificamente sobre a fala de Carlos, é possível observar que os colegas "reclamam" da situação entre eles mesmos, o que pode também, desdobrar-se

em um descrédito do sofrimento do sujeito atendido, não de forma verbal, mas na ação do profissional.

Especificamente, aparecem nas falas dos entrevistados, algumas pontuações referentes à conduta médica no atendimento dos sujeitos que tentaram suicídio “vejo também despreparo no manejo por parte médica, homem não tem paciência, mulher já é mais sensível” (ISADORA, 2021). Rafael e Jessie trazem mais relatos:

[...] geralmente quando chega o paciente por suicídio o certo seria encaminhar pra um CAPS ou até mesmo fazer o primeiro atendimento ali do trauma né, ou tudo mais, ou encaminhar pro hospital psiquiátrico né, pro Regional pra fazer um atendimento especializado, mas na maioria das vezes não é isso que acontece. Aí pra que isso seja feito a gente fica muito dependente dos médicos. Médico que faz encaminhamento essas coisas do tipo e boa parte deles não tem esse tato sabe de conhecer muito a rede de atenção psicossocial que existe e acaba não fazendo encaminhamento entende? Só atende o trauma ali do paciente, da alta e vai pra casa (RAFAEL, 2021).

[...] percebo que os profissionais enfermeiros e médicos não dispõem muito tempo para dar atenção aos familiares e pacientes na escuta, só prestam a assistência durante o atendimento agudo/emergências (JESSIE, 2021).

Com isso, compreendemos que o atendimento destes sujeitos passa pelas decisões de diferentes profissionais que, muitas vezes, podem não estar orientados com as condutas e encaminhamentos necessários, o que pode prejudicar nos fluxos de atendimento em rede. Além disso pode dificultar o estabelecimento de vínculos, e fazer com que os sujeitos que tentaram suicídio, não mantenham um compromisso e nem continuidade ao tratamento (LOPES et al., 2019).

Algo diferente apareceu na fala de Carlos, sobre os profissionais de medicina enfrentarem dificuldades similares no atendimento:

Cara, acho que se bobear da mesma forma, existe uma empatia né, mas dentro dessa empatia o ceticismo ele é o carro chefe. Ele é o carro chefe né, tu tem que fazer, tem que ajudar o cara independente se ele vai gostar ou não, se tu está preparado ou não entendeu (CARLOS, 2021)

Carlos ainda comenta sobre os encaminhamentos que observa serem realizados no hospital:

[...] estes encaminhamentos eles vêm tudo via assistência social. É mais do que o serviço de psicologia. Digamos que assistente social nesse papel dê encaminhamento, eu acredito que ela tenha um papel mais importante que o do próprio psicólogo. De repente porque o serviço é melhor estruturado. Pode ser isso também. Não por má vontade do colega, óbvio que não, mas por estrutura eu acredito que sim. Posso estar equivocado (CARLOS, 2021).

Ainda, importante comentar que um dos entrevistados chegou a comentar que atualmente, com facilidades tecnológicas, muitas pessoas se abalam facilmente e tem uma certa “fragilidade”. Isto demonstra também como as subjetividades destes profissionais e sua maneira de ler o mundo estão em dialogia sobre como também veem estas pessoas que tentaram suicídio.

Ao final desta categoria podemos observar por meio das falas dos entrevistados que ainda existem desafios no campo de atuação da equipe que atende a pessoa que tentou suicídio. Alguns comentários ainda são feitos, de forma direta para quem está sendo atendido ou então para os colegas de equipe como um “desabafo”, o que pode gerar outros desafios para o atendimento e estabelecimento de vínculo usuário-profissional.

Cabe ainda ressaltar que tecemos tais observações sem perder do enfoque que estes profissionais também são pessoas que constituíram uma subjetividade em uma cultura. Portanto, tais ações e falas observadas pelos entrevistados nas condutas da equipe não devem ser lidas como uma culpabilização destes profissionais. Ainda, é necessário considerar que as(os)

enfermeiras(os) cotidianamente enfrentam a precarização do serviço público e uma alta demanda de trabalho. Sobre isto, discutimos na categoria a seguir.

Condições de trabalho e atendimento

Nesta categoria de análise, encontramos diversos relatos dos entrevistados sobre as dificuldades para atendimento dos sujeitos que tentaram suicídio, mas também sobre as próprias condições cotidianas de trabalho.

O que tem no hospital, a gente tem a síndrome de burnout que hoje acomete Sei Lá 90% dos funcionários do hospital. Se tu perguntar pra 10 funcionários do Hospital, 11 querem largar o hospital. [...]. A carga emocional e a carga trabalhista em cima do profissional ela é dura né, então ela massacra. Ela massacra demais o profissional. E a galera não aguenta mais entendeu, a galera quer ... é por isso que a "turma" quer sumir. Se tu tivesse uma carga um pouco mais leve como tem que ser, tipo, se a carga da enfermagem fosse igual a carga do psicólogo, seria muito mais fácil de se trabalhar e lidar com determinadas situações. Mas como não é, ela fica pesada e acaba deixando a engrenagem um pouco mais rígida (CARLOS, 2021).

Falta preparo adequado dos profissionais no ambiente hospitalar tratamos apenas quadro já instalado, não conseguimos abordar o processo prejudicial que levou a fazer esse ato (ISADORA, 2021).

Durante a entrevista, Carlos enfatiza em diversos momentos as dificuldades referentes à carga horária:

Na verdade, eu trabalho todo dia, 6 horas, todo dia de segunda a segunda. Não tem folga. Tu tem é um intervalo. Tu faz um intervalo de 36 horas. Mas eu tipo ó, hoje eu trabalho da meia noite às seis dai amanhã eu trabalho das 18 à meia noite. Eu trabalho todo dia não tem essa. [...] é uma noite em casa uma noite no trampo

e é isso aí. E no final tu acaba trabalhando todo dia porque o dia tem 24 horas. Mesmo tendo um intervalo mas dentro daquele dia eu trabalhei independente das 18:30 à meia noite ou da meia noite às 6h30. [...] quando eu vejo já tem que voltar né (CARLOS, 2021).

A mesma dificuldade também se encontra na fala de Isadora [...] ainda sem falar da nossa rotina exaustiva, falta de recursos, falta de pessoal, temos inúmeras dificuldades (ISADORA, 2021). Isso condiz com algumas das dificuldades encontradas pelos profissionais no artigo produzido pela Fontão e colaboradores (2018) a respeito da sobrecarga de trabalho, além de que o psicólogo e psiquiatra da instituição não trabalham todos os dias da semana e em todos os turnos.

Assim, os profissionais de enfermagem não podem contar com esta assistência em todos os momentos. Os entrevistados do estudo de Fontão e colaboradores (2018) entendem a importância de ser abordado pela equipe de enfermagem os aspectos da saúde mental, porém identificam a equipe multiprofissional como necessária para este cuidado ocorrer.

No mesmo sentido, durante as entrevistas, muitos mencionaram sobre a falta que sentem de um profissional de saúde mental para auxiliar ou acompanhar eles ou alguns casos:

Infelizmente onde trabalho não temos o especialista em psiquiatra, e quem acaba atendendo é o clínico geral. E isso dificulta a intervenção adequada, por muitas vezes os profissionais estarem despreparado para esse atendimento [...] Falta suporte psicólogo também para nós, acabamos nos envolvendo psicologicamente com o caso e isso nos afeta, fazemos o que é preciso no momento (ISADORA, 2021).

[...] onde trabalho os psicólogos prestam atendimento nas UTIs e sempre são acionados em outros setores. Porém, existe um déficit na quantidade destes profissionais. Exercem o trabalho apenas no período diurno, durante os outros horários e finais de semana não temos disponível. Outro fator é a falta de dimensionamento correto. Muita demanda para poucos

profissionais. Acabam ficando sobrecarregados. (JESSIE, 2021).

[...] de noite é o seguinte: de noite sou eu os meus funcionários ali e a porrada começou. E é isso aí. Tem muito o que fazer né. Dai de dia é outro mundo de dia se cair uma gota de água no chão brota gente dali. [...] no horário comercial tu pode ficar ruim, depois tem que esperar, e às vezes esse tipo de enfermidade, que mesmo sendo psicológica é uma enfermidade, ela não consegue esperar 12 horas entendeu?(CARLOS, 2021).

O pessoal da psicologia dentro do hospital só funciona durante o dia e como eu trabalho a noite às vezes a gente fica meio sem ter apoio desses profissionais. Daí a gente acaba sendo psicólogo também. Eu acabo brincando que às vezes é enfermeiro além de ser enfermeiro tem que ser um pouco psicólogo também. Claro, mas nada como o profissional formado para essa área né (RAFAEL, 2021).

Assim como Fontão e colaboradores, também salientamos que não se trata de atividade privativa do psicólogo o acolhimento ou as questões ligadas a saúde mental. O psicólogo e outros profissionais são importantes para compor a equipe multidisciplinar e prestar assistência aos sujeitos e aos profissionais, atendendo em conjunto ou auxiliando os mesmos com orientações e informações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se aqui que certos empecilhos foram encontrados no percurso de pesquisa e que são importantes serem esclarecidos. Em primeiro lugar o número de entrevistas realizadas que, apesar de poucas, não deixam de serem significativas. Reiteramos uma das hipóteses já levantadas para esta dificuldade, sendo: a pandemia, as rotinas de trabalho e um esgotamento devido a estas condições. Além disso, outra hipótese é que, durante o envio das

mensagens de convite, as(os) convidadas tenham sentido um desconforto de falar sobre suicídio, levando-os a ignorarem as mensagens.

Salienta-se que a pesquisa abre possibilidades para novas investigações, não só sobre o preparo e o manejo das(os) enfermeiras(os), mas também sobre educação permanente. Ainda, como observado nas falas, há relatos sobre médicos e outros profissionais que apresentam desafios no manejo com estes sujeitos que tentaram suicídio, o que constitui outra possibilidade de pesquisa, bem como sobre o acompanhamento em rede do sujeito que tentou suicídio.

Nas entrevistas realizadas foi possível observar que os profissionais de enfermagem enfrentam muitos desafios no atendimento das tentativas de suicídio, como o déficit de profissionais e de educação permanente, bem como a precarização do trabalho e a falta de melhores rotinas de trabalho. Porém, mesmo com essas dificuldades, tentam manter a assistência e o cuidado da melhor maneira que podem, dentro dos limites possíveis. Reforçando assim seu compromisso ético no cuidado com o outro.

Os aspectos de saúde mental, muitas vezes, não são abordados de maneira ideal. Algumas falas dos entrevistados demonstraram que alguns colegas têm algumas atitudes e comentários desagradáveis com estes sujeitos que tentaram suicídio. Porém, reforçamos aqui que não se trata de um problema no âmbito individual, mas sim coletivo, pois compreendemos que como sujeitos que constroem sua subjetividade por meio da cultura e da sociedade, (re)produzem falas e ações que também são “comuns”.

O estabelecimento de vínculo e o primeiro atendimento é relevante para que o sujeito atendido dê continuidade e mantenha um compromisso com o atendimento (LOPES, et al. 2019). Neste sentido, faz-se importante que os profissionais de enfermagem se sintam preparados para atender e lidar com este tipo de demanda. Outrossim, como aponta Reisdoffer e colaboradores (2015), não podemos tecer uma relação causal e única entre a qualificação dos profissionais de enfermagem e a qualidade dos atendimentos, pois mesmo com os cuidados prestados, as tentativas de suicídio podem persistir. Devemos lembrar dos diversos fatores biopsicossociais que constituem este fenômeno

(suicídio), evitando assim uma “culpabilização” destes profissionais que dedicam o seu melhor com base no que é possível.

Ainda, como apontamos na introdução, a Política Nacional de Prevenção ao Suicídio (BRASIL, 2019) coloca como um de seus objetivos a promoção da educação permanente para atendimento desta demanda. Por se tratar de uma política relativamente nova, não observamos nas entrevistas esta educação permanente sobre a temática, abrindo a possibilidade de outras pesquisas futuras sobre a efetivação desta política.

Outro ponto importante é reconhecer que há certos profissionais que possuem questões subjetivas no atendimento desta demanda, o que pode dificultar o atendimento e causar sofrimento ou desconforto para a(o) enfermeira(o). Lidar com os diversos aspectos do processo de morte e morrer diariamente, podem produzir diversas transformações subjetivas.

Diante do exposto reiteramos que não podemos perder de perspectiva a complexidade sobre o atendimento dos profissionais de enfermagem nas tentativas de suicídio e que são pessoas que cuidam de pessoas. Queremos, ainda, destacar a fala da participante Isadora que diz:

Creio que um dia ainda teremos um atendimento humanizado e digno, com mais empatia, com respeito, mostrando preocupação e foco nos sentimentos daquele paciente, porém enquanto não tivermos uma preparação na formação inicial dos profissionais e permanente, isso será quase impossível, creio em dias melhores mas no momento é o que temos (ISADORA, 2021).

Se falamos sobre valorização da vida e condições de vida minimamente vivíveis para a prevenção do suicídio, não podemos esquecer que o trabalho constitui uma destas condições. Portanto, não há como falar sobre valorização da vida em um contexto de trabalho com rotinas exaustivas, falta de profissionais, déficit na rede de apoio e orientação, bem como tantos outros desafios. Por fim, reside a questão: quem cuida daqueles que cuidam?.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda estratégica de prevenção do suicídio**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf

_____; Presidência Da República. **Lei nº 13.819, de 26 de Abril de 2019**. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de Junho de 1998. Diário Oficial da União, 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796>

CARVALHO, Karla et al. **Suicídio: o último estágio da dor humana**. TCC-Psicologia, 2018. Disponível em: <http://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/view/93/92>

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. **Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método**. Informação & Sociedade: Estudos, v. 24, n. 1, p. 13-18, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/10000>

DEWES, João Osvaldo. **Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling**: uma descrição dos métodos. (Trabalho de Conclusão de Curso). Rio Grande do Sul, UFRGS, 2013. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/93246>

FONTÃO, Mayara Cristine et al. **Cuidado de enfermagem às pessoas atendidas na emergência por tentativa de suicídio**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, p. 2199-2205, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/pt_0034-7167-reben-71-s5-2199.pdf

LOPES, Crislaine Evangelista et al. **A importância da capacitação do enfermeiro frente ao paciente com risco de suicídio**. ReBIS-Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde, v. 1, n. 2, 2019. Disponível em: <https://revista.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/138/62>

MARCOLAN, João Fernando. **Pela política pública de atenção ao comportamento suicida**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, p. 2343-2347, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/33QwKvHTdQMFTNYXKdKJ9cz/abstract/?lang=pt>

MARQUETTI, Fernanda Cristina. **O suicídio como espetáculo na metrópole: cenas, cenários e espectadores**. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2012.

MINOIS, Georges. **História do suicídio**: a sociedade ocidental diante da morte voluntária. 1ª ed. Editora UNESP. São Paulo, 2018.

NETTO, Nilson Berenchtein et al. **Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético**. 2007. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17213/1/Nilson%20Berenchtein%20Netto.pdf>

_____. **Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica: Parte I**. In: CFP. Conselho Federal de Psicologia. O suicídio e os desafios para a psicologia. Brasília: CFP. p. 15-24. 2013. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Saúde pública ação para a prevenção de suicídio: uma estrutura**. Geneva; 2012. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suic%C3%ADio-traduzido.pdf>

REISDORFER, Nara et al. **Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida**. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 5, n. 2, p. 295-304, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16790/pdf>

SANTOS, Franklin Santana. **Perspectivas histórico-culturais da morte**. In: A arte de morrer: visões plurais. Bragança Paulista: Comenius, p. 13-25, 2007. Disponível em: http://www.pampedia.com.br/abpe/Artigos%20site/ABPE_siteArtigos%20perspectivas%20morte.pdf

SÃO PEDRO, Jullyanne Rocha. **O suicídio enquanto um fenômeno sócio-histórico: possíveis atuações e desafios da Psicologia**. 2018. Disponível em: <https://docplayer.com.br/56340368-O-suicidio-enquanto-um-fenomeno-socio-historico-possiveis-atuacoes-e-desafios-da-psicologia.html>

SILVA, Andressa Hennig; FOSSA, Maria Ivete Trevisan. **Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos**. Qualitas Revista Eletrônica, v. 16, n. 1, 2015. Disponível em: <http://www.fei.am.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/2113-7552-1-PB.pdf>.

SORATTO, Maria Tereza; DE AGUIAR, Elaine Bortolin Pereira; CERETTA, Luciane Bisognin. **Os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem no atendimento ao paciente com tentativa de suicídio**. Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde, v. 4, n. 1, p. 68-82, 2015. Disponível em: <http://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/342/323>

Willian Dias do Rosario

Acadêmico do Curso de Psicologia pela Faculdade Guilherme Guimbala – Associação Catarinense de Ensino (ACE). Joinville, SC, Brasil. E-mail: willian.rosario@outlook.com

Milena Regina da Silva

Bacharel em Psicologia pela Associação Catarinense de Ensino/Faculdade Guilherme Guimbala (ACE/FGG) e mestranda em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: milena.silva@fgg.edu.br

Recebido em 21 de novembro de 2022.

Aceito em 21 de dezembro de 2022.