



PACIENTES COM RISCO DE SUICÍDIO: A COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPE, PACIENTES E FAMILIARES NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Ferreira CLB^{1*},
Gabarra LM².

Hospital Universitário Prof^o Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina – Campus Trindade, Telefone: +55 48 3721 9189, baenacamila@yahoo.com.br

RESUMO: O atendimento aos pacientes na unidade de Emergência do Hospital Universitário de Santa Catarina ocorre através do Acolhimento com Classificação de Risco, ou seja, a prioridade de atendimento é determinada através da avaliação de riscos e vulnerabilidades considerando tanto o grau de sofrimento físico quanto psíquico. Desse modo, os casos de tentativa de suicídio é uma das prioridades de atendimento da Equipe Multiprofissional na referida unidade, incluindo o Serviço de Psicologia. O elemento essencial do atendimento psicológico em todas as áreas de atuação deste profissional é a comunicação, já que o principal instrumento de trabalho do psicólogo é a fala e a escuta. A partir desses instrumentos, é possível delinear as intervenções necessárias a cada caso. O que se observa, é que no contexto hospitalar essa comunicação possui um tempo bastante limitado e não fica condicionada à procura do paciente ao Serviço de Psicologia - ou seja, o psicólogo pode e deve ir ao encontro do paciente, principalmente nos casos de tentativa de suicídio. A comunicação no ambiente hospitalar possui também como característica, a participação de diferentes sujeitos além do paciente; de forma a incluir seus familiares e a Equipe Multiprofissional.

Palavras-chave: Suicídio. Psicologia. Unidade de Emergência.

Área de concentração: Psicologia.

Opção de apresentação: Oral.

¹ ¹ Psicóloga, Mestranda pelo Programa de Mestrado Profissional associado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina.

² Doutora em Psicologia. Orientadora do Programa de Mestrado Profissional.



INTRODUÇÃO

A atuação do psicólogo na unidade de Emergência constitui-se um importante dispositivo para a prática do acolhimento e humanização, preconizada nas unidades de Emergência (VIEIRA, 2010). Os pacientes que procuram a unidade de Emergência são atendidos através do Acolhimento com Classificação de Risco. Desse modo, a prioridade de atendimento é determinada através da avaliação de riscos e vulnerabilidades considerando tanto o grau de sofrimento físico quanto psíquico (BRASIL, 2009).

Desse modo, o atendimento às tentativas de suicídio é uma das principais demandas do Serviço de Psicologia na unidade de Emergência do Hospital Universitário Prof^o Polydoro Ernani de São Thiago, pertencente à Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC).

O Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina (CIT / SC) está localizado no referido Hospital. Entre os anos de 1994 a 2006, o referido centro atendeu 75.755 casos de intoxicações e destes, 10.310 foram classificados como tentativas de suicídio. O número total de atendimentos prestados pelo CIT/SC apresentou aumento entre os anos analisados (1994 a 2006); bem como os atendimentos em decorrência das tentativas de suicídio. Entretanto, não foram encontradas bases estatísticas que comprove o aumento das taxas de tentativas de suicídio por agentes tóxicos no período estudado. Dessa forma, ao que tudo indica, o aumento dos atendimentos deve-se ao fato que um maior número de casos tem sido atendido nos serviços de saúde e se reportado ao CIT/SC; demonstrando assim que esse serviço tem conquistado espaço e importância na área da toxicologia (DAMAS; ZANNIN; ÍNDIO, 2009).

Pesquisas apontam que em cada três casos de tentativas de suicídio, apenas uma foi atendida, logo depois, em alguma unidade de pronto-socorro (BOTEGA; RAPELI; CAIS, 2012). Este fato é observado durante o atendimento às tentativas de suicídio na unidade de Emergência do HU/UFSC, pois alguns indivíduos relatam tentativas de suicídio prévias nas quais não foram atendidos em nenhuma unidade de saúde. Este dado tem se mostrado frequente nos casos em que o indivíduo que tentou suicídio não possui rede de apoio social/familiar, a qual exerce além de funções de apoio emocional, a função de vigilância e socorro. Entretanto, ocorrem também situações em que a família está ciente de que o



indivíduo tentou suicídio, mas não considera importante procurar atendimento à saúde, pois acredita que o método utilizado para o suicídio não é letal e não oferece riscos ao indivíduo já que este não apresenta sintomas físicos. Tal situação demonstra como muitas pessoas têm a visão centrada no modelo biomédico e, portanto, devem ser orientados sobre outros aspectos da saúde do indivíduo como a importância de se considerar também os aspectos emocionais e o acompanhamento por parte dos profissionais de saúde mental.

Bertolote, Mello-Santos & Botega (2010) referem que o ato suicida deve ser entendido como um pedido de ajuda, o qual pode ter um resultado positivo ao provocar um movimento de apoio e de reestruturação, ou pode ter um resultado negativo se provocar agressões vindas de pessoas próximas do indivíduo ou de uma equipe de saúde despreparada para atender tentativas de suicídio.

Werlang & Botega (2004) afirmam que qualquer ponto de vista utilizado para analisar o suicídio, considera que há uma dimensão central relacionada ao sofrimento. Normalmente observa-se uma tríade de sentimentos, os chamados 3 “D”: desesperança, desamparo e desespero (OMS, 2000). Wallauer & Maliska (2012, p. 5) demonstram tal questão ao citar a seguinte frase de Clifford Odets: “Se disserem que ela morreu de pílulas para dormir, você deve saber que ela morreu de um sofrimento devastador, um sangramento na alma”.

OBJETIVO

Este trabalho pretende abordar como ocorre a comunicação entre o psicólogo e os pacientes com risco de suicídio, familiares do paciente e a equipe da unidade de Emergência do Hospital Universitário de Santa Catarina (HU/UFSC).

Desse modo, o trabalho pretende demonstrar quais aspectos devem ser abordados durante o atendimento psicológico com os pacientes e familiares e como se deve conduzir a comunicação de forma a acolher os referidos sujeitos; assim como auxiliar a equipe na identificação das atitudes mais adequadas para o acolhimento e cuidado humanizado desses sujeitos.

METODOLOGIA

O serviço de psicologia da Unidade de Emergência Adulto do Hospital Universitário possui como rotina o atendimento aos pacientes com tentativa de suicídio com o objetivo de



avaliar risco de suicídio e realizar psicoterapia de apoio visando: restabelecer o equilíbrio homeostático, aliviar ansiedade e atenuar sintomas (FIORINI, 2004). A intervenção psicológica também tem o objetivo de reforçar defesas adaptativas, identificar/reforçar laços com rede de apoio e estimular tratamento psicoterápico e/ou psiquiátrico quando necessário.

Os atendimentos psicológicos acontecem geralmente no leito do paciente quando estes apresentam impossibilidade de locomoção devido à fragilidade física e sintomas adversos causados pela intoxicação. Quando o paciente demonstra disponibilidade de locomover-se, é convidado a ser atendido em consultório ou sala da unidade de Emergência, onde é possível se ter maior privacidade; entretanto, mesmo nesse ambiente ocorrem algumas interrupções no atendimento psicológico. Vieira (2010) alerta que é comum ocorrer interrupções no atendimento psicológico realizado no hospital; seja por parte dos profissionais ou de familiares.

O atendimento psicológico não se restringe ao paciente, envolve também os familiares. Consideramos essencial o atendimento aos familiares, principalmente nos casos de tentativa de suicídio. A literatura demonstra que a tentativa de suicídio é um dos principais fatores de risco para o suicídio. Desse modo, a família pode exercer a função de apoio emocional e de segurança ao paciente com risco de suicídio. O atendimento psicológico aos familiares visa oferecer apoio emocional e orientações aos familiares sobre manejo do paciente, suas necessidades de apoio, vigilância e restrição de acesso a medicamentos e/ou meios letais.

Por fim, o psicólogo atua também com a Equipe ao orientar sobre as atitudes desta com os pacientes e familiares. A Equipe, muitas vezes, possui atitudes hostis com esses pacientes considerando que o ato suicida configura-se simplesmente como um ato de “chamar a atenção”. Além do mais, devido à carga horária intensa de trabalho, e a grande demanda de pacientes para atender, podem apresentar atitudes hostis aos pacientes que ‘tentaram tirar suas próprias vidas, enquanto há tantos pacientes lutando para se manterem vivos’. Deste modo, o psicólogo deve auxiliar a Equipe na compreensão do ato suicida sem julgamentos, demonstrando que tal ato configura-se como um pedido de ajuda.

RESULTADOS E DISCUSSÃO



A inserção do psicólogo na unidade de Emergência do HU/UFSC é bastante recente (2009) e torna-se essencial devido às demandas de aspecto emocional atendidas na unidade, entre elas as tentativas de suicídio.

Ao se estabelecer contato com alguns membros da Equipe da unidade de Emergência do Hospital Universitário, os quais vivenciaram a unidade anteriormente à inserção do psicólogo e posteriormente, percebe-se que a inserção desse profissional proporcionou reflexões na Equipe sobre a temática do suicídio. Dessa forma, a Equipe tem demonstrado sentir-se mais preparada para o atendimento dos pacientes com risco de suicídio, oferecendo cuidado humanizado aos pacientes e evitando julgamentos sobre seu ato.

Outro dado que demonstra a preocupação da Equipe Multiprofissional com o atendimento ao paciente com risco de suicídio, é quando a Equipe procura o Serviço de Psicologia a fim de questionar sobre as atitudes mais adequadas em determinados casos; muitas vezes envolvendo o sigilo de informações e a pressão dos familiares para obter certas informações.

Outra questão que parece preocupar não só a Equipe, mas também familiares e amigos que realizam os cuidados aos pacientes com risco de suicídio, envolvem os mitos a respeito do suicídio. Na literatura, encontramos exatamente esse termo – mito - referindo-se a algo que as pessoas interpretam erroneamente como uma verdade. Como exemplo pode-se citar os seguintes mitos: “Quem quer se matar não avisa” e “Falar sobre suicídio com um paciente pode induzi-lo ao ato” (OMS, 2000). Quando o psicólogo se depara com tais questões, deve explicar à Equipe e familiares que confiar nesses mitos pode se configurar numa falta de cuidados ao paciente, pois toda ameaça deve ser levada à sério (contrapondo-se com o primeiro mito relatado). Referente ao segundo mito sabe-se que falar com o paciente sobre o suicídio - em geral - reduz a ansiedade; e se a comunicação for estabelecida de maneira adequada, o paciente se sentirá compreendido (BERTOLOTE, 2012). Este aspecto – se sentir compreendido - é essencial para que o paciente possa solicitar ajuda. Dessa forma, a comunicação com o indivíduo com risco de suicídio deve ser estimulada e não evitada conforme o mito estabelece.

Tal questão é bastante observada durante o atendimento psicológico aos pacientes com risco de suicídio na unidade de Emergência do HU/UFSC, no qual os pacientes, muitas vezes,



relatam um alívio ao estar conversando pela primeira vez sobre um assunto tão delicado como a tentativa de suicídio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento psicológico no Hospital possui algumas restrições, entre elas, o breve tempo para a intervenção. Na unidade de Emergência, esse fator fica ainda mais evidente já que é uma unidade com alta rotatividade de pacientes. O atendimento para a desintoxicação de substâncias ingeridas e a observação clínica dos casos de tentativas de suicídio são procedimentos relativamente rápidos e muitos pacientes recebem alta no dia seguinte ao de entrada na unidade de Emergência do HU/UFSC. Além da limitação do tempo no Hospital, o psicólogo que deseja realizar atendimentos nesse contexto deve estar disposto à lidar com imprevistos e interrupções em seus atendimentos. Sabe-se que o atendimento realizado no hospital difere do atendimento realizado em clínica e deste modo, não é possível adequar o atendimento no *setting* clínico dentro do hospital; devem-se respeitar as peculiaridades de cada ambiente.

Entretanto, o elemento essencial do atendimento psicológico se mantém em todas as áreas de atuação deste profissional: a comunicação, já que o principal instrumento de trabalho do psicólogo é a fala e a escuta. A partir desses instrumentos, será possível delinear as intervenções necessárias a cada caso. O que se observa, é que no contexto hospitalar essa comunicação possui um tempo bastante limitado e não fica condicionada à procura do paciente ao Serviço de Psicologia - ou seja, o psicólogo pode e deve ir ao encontro do paciente, principalmente nos casos de tentativa de suicídio. Tal ato, por si só, já indica que o paciente possui um grande sofrimento psíquico e necessita de ajuda. A comunicação no ambiente hospitalar possui também como característica, a participação de diferentes sujeitos além do paciente; de forma a incluir seus familiares e a Equipe Multiprofissional.

A comunicação entre a Equipe, muitas vezes, não é uma tarefa fácil já que a Equipe é formada por profissionais de diferentes áreas e que possuem opiniões divergentes sobre determinados assuntos. O suicídio é um desses assuntos que converge diferentes opiniões, inclusive opiniões permeadas de valores religiosos. É difícil para alguns profissionais de saúde que foram preparados para salvar vidas, se deparar com pacientes que estão tentando 'tirar' suas próprias vidas. Entretanto, ressalta-se aqui novamente, que a tentativa de suicídio



revela mais do que o desejo de morrer e sim um desejo de ajuda. O psicólogo deve auxiliar a Equipe à oferecer um cuidado integral e de qualidade ao paciente como é preconizado pelos princípios do Sistema Único de Saúde; independente do motivo de hospitalização do paciente.

REFERÊNCIAS

BERTOLETE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

BERTOLETE, J. M; MELLO-SANTOS, C; BOTEGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, supl II, São Paulo, 2010.

BOTEGA, N. J; RAPELI, C. B; CAIS, C. F. S. **Comportamento Suicida**. In: Botega (Org). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 3ª Ed, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, 2009.

DAMAS, F. B; ZANNIN, M; SERRANO, A. I. Tentativas de suicídio com agentes tóxicos: análise estatística dos dados do CIT / SC (1994 a 2006). **Revista Brasileira de Toxicologia**, v. 22, n. 1-2, p. 21-26, 2009.

FIORINI, H. J. **Teoria e técnica de psicoterapias**. Ed. ampl, São Paulo: Martins Fontes, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Geneva, 2000.

VIEIRA, M. C. A atuação da psicologia hospitalar na medicina de urgência e emergência. **Rev. Bras. Clin Med.** São Paulo, v. 08, n. 06, p. 513-519, 2010.

WALLAUER, A; MALISKA, M. E. **Suicídio: um desafio para os profissionais de saúde**. Florianópolis: Pandion, 2012.

WERLANG, B. G; BOTEGA, N. J. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.