



Trabalho, Educação e Saúde

Representações sociais de profissionais de emergência sobre prevenção de readmissões hospitalares por tentativa de suicídio

Social representations of emergency professionals on prevention of hospital readmissions through suicide attempt

Representaciones sociales de profesionales de emergencia sobre la prevención de las readmisiones hospitalarias por intento de suicidio

Saulo Sacramento Meira¹ Alba Benemerita Alves Vilela²
Claudia Ribeiro Santos Lopes² Hernane Borges de Barros Pereira³
Jeorgia Pereira Alves²

Resumo

A pesquisa que originou este artigo teve por objetivo analisar representações sociais de profissionais emergencistas sobre a prevenção das reincidências por tentativa de suicídio. Tratou-se de uma pesquisa com base na teoria das representações sociais na abordagem processual, com trinta emergencistas de um hospital público na Bahia, realizada em 2017. O questionamento fundamentou-se sobre o entendimento desses profissionais acerca da prevenção das reincidências de tentativa de suicídio, sendo a análise realizada pelo modelo de análise cognitiva de redes. A rede semântica compôs-se de 260 vértices e 431 arestas com grau médio igual a 2.61. Os principais termos que irradiaram sentido para o discurso do grupo social foram ‘acompanhamento’, ‘psicólogo’ e ‘paciente’, demonstrando uma percepção da prevenção para reincidências por tentativas de suicídio de modo positivamente complexo e pluridisciplinar. Os participantes compreendem que o fenômeno possui particularidades que exigem tanto transformações intra-hospitalares – pelo estímulo à desmistificação e combate ao preconceito do paciente com risco de morrer por suicídio, reestruturação do manejo, triagem e monitoramento durante a permanência da internação – quanto extra-hospitalares, evocando o trabalho entre os diferentes níveis de atenção e redes de apoio, além de dinamismo e integralidade da assistência como recurso para prevenir reincidências desses pacientes.

Palavras-chave tentativa de suicídio; acolhimento; representações sociais.

ARTIGO

DOI: 10.1590/1981-7746-sol00276

¹ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Departamento de Ciências da Saúde, Santo Antônio de Jesus, Brasil.
saulo_meira@hotmail.com

² Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de Saúde, Jequié, Brasil.
<albavilela@gmail.com>;
<clopesuesb@gmail.com>;
<jeuaquino@gmail.com>

³ Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação, Salvador, Brasil.
hernanebbpereira@gmail.com



Abstract

The research that originated this article aimed to analyze social representations of emergency professionals about the prevention of recurrences due to suicide attempt. It was a research based on the theory of social representations in the procedural approach, with thirty emergency workers from a public hospital in Bahia, Brazil, carried out in 2017. The question was based on the understanding of these professionals about the prevention of recurrence of suicide attempt, and the analysis was performed using the cognitive network analysis model. The semantic network was composed of 260 vertices and 431 edges with an average degree equal to 2.61. The main terms that radiated meaning to the discourse of the social group were 'monitoring', 'psychologist' and 'patient', demonstrating a perception of prevention for recurrences by suicide attempts in a positively complex and multidisciplinary way. Participants understand that the phenomenon has particularities that require both in-hospital transformations – by encouraging demystification and combating prejudice of patients at risk of dying from suicide, restructuring of management, screening and monitoring during the stay of hospitalization – as well as extra-hospital, evoking the work between the different levels of care and support networks, in addition to dynamism and comprehensive care as a resource to prevent recurrences of these patients.

Keywords suicide attempt; embracement; social representations.

Resumen

La investigación que originó este artículo tuvo como objetivo analizar representaciones sociales de los profesionales de emergencias sobre la prevención de las recurrencias por intento de suicidio. Fue una investigación basada en la teoría de las representaciones sociales en el enfoque procesal, con treinta trabajadores de emergencias de un hospital público en Bahía, Brasil, realizada en 2017. La propuesta se basó en la comprensión de estos profesionales sobre la prevención de la recurrencia de intento de suicidio, el análisis se realizó utilizando el modelo de análisis de redes cognitivas. La red semántica estaba compuesta por 260 vértices y 431 aristas con un grado promedio igual a 2.61. Los términos principales que irradian significado al discurso del grupo social fueron 'monitoreo', 'psicólogo' y 'paciente', lo que demuestra una percepción de la prevención de las recurrencias por intentos de suicidio de una manera positivamente compleja y multidisciplinaria. Los participantes entienden que el fenómeno tiene particularidades que requieren transformaciones intrahospitalarias, al alentar la desmitificación y combatir los prejuicios de los pacientes en riesgo de morir por suicidio, la reestructuración de la gestión, el cribado y la monitorización durante internación en el hospital, así como la extrahospitalaria, evocando el trabajo entre los diferentes niveles de atención y redes de apoyo, además del dinamismo y la atención integral como un recurso para prevenir las recurrencias de estos pacientes.

Palabras clave intento de suicidio; apoyo; representaciones sociales.

Introdução

O comportamento suicida é uma causa global de mortes e incapacidades individuais, bem como coletivas, ao considerarmos suas consequências, diretas e indiretas, nos sobreviventes. Em todo o mundo, o suicídio é a 15ª causa de morte, representando 1,4% do total e responsável por mais de 800 mil casos a cada ano (Organização Mundial da Saúde – OMS, 2014), configurando-se, assim, como um importante desafio para a saúde pública, por se tratar de um fenômeno complexo nos diferentes grupos populacionais e que pode ser prevenido.

Assim como o ato, a tentativa de suicídio merece igual ou maior atenção. É definida pelo Centro dos Estados Unidos da América para Controle e Prevenção de Doenças, o CDC (Centers for Disease Control and Prevention, 2015), como um comportamento não fatal, autodirigido e potencialmente prejudicial, na presença ou não de lesões e com intenção de morrer. É considerado importante preditor

para as mortes autoprovocadas voluntariamente, ou podendo resultar em consequências negativas graves, como lesões e hospitalizações – causando, além do ônus financeiro de bilhões de dólares na sociedade (CDC, 2010; OMS, 2014), modificações nas relações íntimas e coletivas.

No contexto mundial, o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio Português indica que as tentativas de suicídio representam a sexta causa de déficit funcional, estimada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) entre dez e vinte vezes mais frequentes que o suicídio em si. Estudos realizados como o multicêntrico de intervenção no comportamento suicida (Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours – SUPRE-MISS), da OMS (2002), demonstraram que o registro e o seguimento cuidadoso de casos de tentativas de suicídio podem diminuir o número de atos consumados. Entretanto, os desafios para prevenção são enormes, a exemplo do tabu em torno do tema, das subnotificações e da predominância das estratégias intervencionistas em detrimento do acolhimento integral ao paciente e à família.

Apesar de restritas informações atuais na literatura acerca das tentativas de suicídio, Bertolote e colaboradores (2005) destacam que o risco proveniente dessas ações aumenta na proporção do número de tentativas realizadas e também está associado aos intervalos de tempo menores entre essas recidivas. Dentre os pacientes atendidos em setores de emergência por tentativa de autoextermínio, os autores estimaram que de 30% a 60% realizaram tentativas prévias e que de 10% a 25% tentarão novamente no prazo de um ano, descrevendo uma taxa de prevalência para as tentativas de suicídio ao longo da vida variando de 0,4% a 4,2%.

Para a OMS, por meio do Plano de Ação para Saúde Mental (2013-2020), as tentativas de suicídio podem ser prevenidas, e de modo a superar esse desafio, a instituição propõe reduzir as taxas de suicídio nos países para 10% até 2020. Para alcançar esse objetivo, sinaliza para a prioridade do desenvolvimento de ações preventivas, articuladas com intervenções eficazes de caráter intersectorial (OMS, 2014).

Diante do aumento expressivo nas taxas de tentativas de suicídio nas últimas décadas, é crescente a demanda por atendimento desses casos no setor saúde, em particular no contexto das urgências e emergências do ambiente hospitalar, por ser o local de maior direcionamento para atendimento daqueles pacientes que tentaram suicídio quando algum socorro ainda fosse possível (Freitas e Borges, 2014). É importante considerar a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde para identificação e avaliação daqueles casos com risco de morte por suicídio, pois devido ao seu potencial de recidiva, a prevenção apenas se tornará eficiente à medida que se reconheça que o fenômeno do suicídio transpõe a abordagem estritamente hospitalar, e quando fragmentada favorece as chances de reincidências, causando novas internações, custos e, principalmente, novos sofrimentos para esses indivíduos.

Diante do impacto das tentativas de suicídio não apenas no setor de saúde, mas também nos mais diversos setores sociais, é urgente a necessidade do desenvolvimento de estratégias de acolhimento e prevenção do suicídio (Zadavec e Grad, 2013). Nesse contexto e diante do fato de que, segundo Bertolote e colaboradores (2005), a frequência de tentativas de suicídio aumenta proporcionalmente a chance de se consumir o ato, questiona-se: como os profissionais emergencistas entendem a prevenção de sua reincidência das tentativas de suicídio?

No presente estudo, objetivou-se analisar as representações sociais de profissionais emergencistas sobre a prevenção das reincidências por tentativa de suicídio, utilizando como recurso analítico o modelo AnCo-Redes (análise cognitiva de redes).

Estudo qualitativo sustentado pela teoria das representações sociais

Tratou-se de um estudo qualitativo, sustentado pela abordagem processual da teoria das representações sociais (TRS), definida por Jodelet (2001) como um conhecimento socialmente elaborado e partilhado com um objetivo prático e que contribui para a construção de uma realidade comum a determinado grupo social. Essa técnica se propõe captar as representações sociais no cotidiano que circulam nos

discursos por meio dos elementos informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores e imagens midiáticas, cristalizadas nas condutas e nos agenciamentos materiais ou espaciais.

Essa investigação foi realizada com trinta profissionais emergencistas de diferentes áreas de um hospital público de abrangência regional, localizado em Jequié, no estado da Bahia, Brasil. O critério de inclusão utilizado para a inserção dos profissionais na pesquisa foi atuar na equipe de emergência (independentemente do vínculo empregatício temporário ou efetivo) daquela unidade hospitalar. Foram excluídos deste estudo aqueles profissionais que estavam afastados de suas funções em razão de férias ou licença-maternidade e profissionais não encontrados após três tentativas ocorridas em dias alternados de acordo com a escala hospitalar.

Após leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos profissionais, as entrevistas foram realizadas individualmente e conduzidas por um único entrevistador, a fim de preservar ao máximo a homogeneidade do levantamento das informações. Essa etapa do estudo ocorreu no primeiro semestre de 2017 em sala reservada na unidade hospitalar, com duração aproximada de trinta minutos cada entrevista.

Os profissionais entrevistados responderam ao questionário contendo dados pessoais, profissionais e o seguinte questionamento: 'O que o(a) senhor(a) entende de prevenção para reincidências por tentativa de suicídio na unidade hospitalar?' Os produtos das entrevistas foram registrados em áudio, considerando-se o critério da saturação dos dados (Rhiry-Cherques, 2009). As informações coletadas foram transcritas e arquivadas por meio de um gravador de voz digital Sony ICD-PX 240-4GB e transcritas para o *software* Word 2010 por dupla de pesquisadores, sendo submetidas a posterior exame da coordenadora da investigação para preservação da fidedignidade e validade dos registros que compuseram o *corpus* de análises do estudo.

A análise foi realizada utilizando-se o modelo AnCo-Redes (Lopes, Vilela e Pereira, 2018), o qual baseia-se na teoria de redes com ênfase na análise de redes sociais e de redes semânticas, com o uso do *software* Gephi – versão 0.8.2, beta. As redes semânticas, usadas como um sistema de representação do conhecimento, são capazes de identificar as significações dos elementos de análise com base nas ligações estabelecidas entre eles, que são concebidos como vértices e arestas – os vértices representando as palavras, e as arestas, ligações entre essas palavras (Lopes, Vilela e Pereira, 2018).

Com o modelo AnCo-Redes, a ênfase é dada à análise de redes sociais com o uso de conceitos e métricas de redes simples e complexas, aplicadas à análise das redes semânticas, construídas mediante representações sociais de sujeitos que compõem um mesmo grupo social (Lopes, Vilela e Pereira, 2018). Dessa forma, foi possível alcançar os elementos de análise, com base nos termos que irradiam sentidos e nos termos complementares que identificam os conteúdos das representações.

Segundo Lopes, Vilela e Pereira (2018), os parâmetros para a análise foram observados com base em métricas gerais da teoria de redes – caracterizadas pelo número de vértices ($n=|V|$), número de arestas ($n=|E|$) e o grau médio da rede ($\langle k \rangle$), utilizado como ponto de corte para a análise – e da análise de redes sociais por meio das seguintes métricas: 'centralidade de grau' (C_g), que está relacionada ao número de ligações que um vértice (palavra) possui com outros vértices (outras palavras) na rede e indica a centralidade local do vértice; 'centralidade de autovetor' (E_c), que indica a importância/influência do vértice mais central da rede mediante as ligações que possuem com outros vértices que também se encontram em posição central na rede; e 'centralidade de intermediação' (C_i), que indica a importância de um vértice na produção de significações nos conjuntos das representações, de maneira que, quanto mais alto for o grau de intermediação, maior é a importância do vértice (elemento da representação social) na produção dos sentidos que circulam na rede.

Foram utilizados como medida de identificação dos termos que irradiam sentidos os vértices que apresentaram $C_g > \langle k \rangle$ e $E_c > 0,45$, considerando uma ordem crescente da 'centralidade de intermediação' (C_i). Dessa forma, os discursos do grupo social foram analisados com base na importância/influência das palavras que eles expressaram e também considerando-se o quanto essa palavra foi capaz de representar significados e suas relações no discurso.

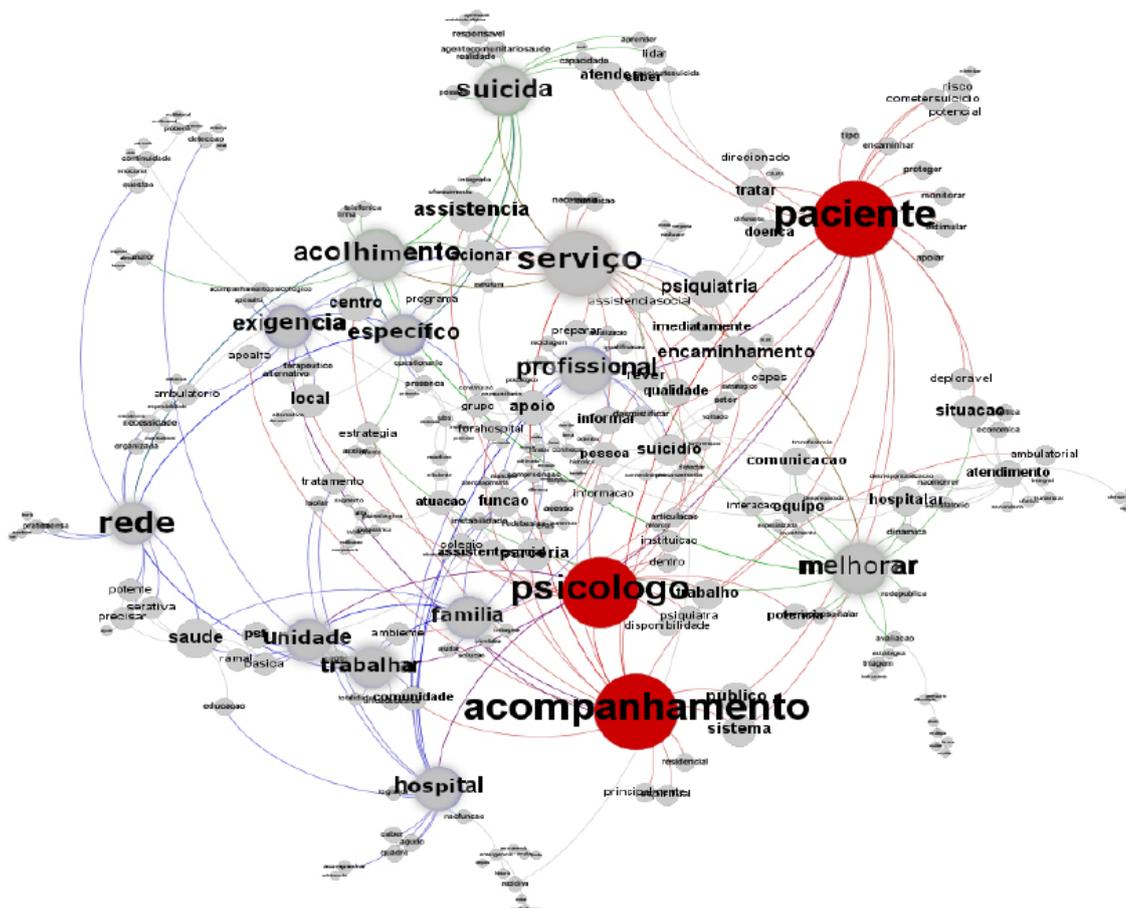
Ressaltamos que este estudo foi realizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (processo n. 2.620.152).

Rede semântica divide-se em redes e sub-redes para estudo da irradiação de sentidos

Dos trinta participantes da pesquisa, identificou-se uma população majoritariamente composta por mulheres, totalizando 63% (19). No que tange à atuação profissional, 42% (13) dos respondentes eram enfermeiros, 27% (8) médicos, 17% (5) técnicos de enfermagem, 7% (2) assistentes sociais e 7% (2) psicólogos; 87% (26) se autodeclararam religiosos, dos quais 47% (14) eram católicos, 18% (5) evangélicos, 13% (4) espíritas e 9% (3) agnósticos. Dos participantes entrevistados, 88% (26) afirmaram ter realizado assistência em ambiente hospitalar ao paciente após tentativa de suicídio (declarado).

A rede semântica do grupo social é apresentada na Figura 1, composta por um componente maior com 260 vértices e 431 arestas (conexões entre as palavras), e seu conteúdo representacional alusivo à prevenção das reincidências por tentativa de suicídio, contido na rede pelos elementos que obtiveram $C_g > 2,61$ ($\langle k \rangle = 2,61$) e $E_c > 0,45$. Os termos que irradiaram sentidos ao discurso do grupo social investigado foram os componentes: ‘acompanhamento’, ‘psicólogo’, ‘paciente’. Ressalta-se que os demais termos contidos na rede semântica apresentada são termos que não irradiam sentidos, porém seu emprego no discurso grupal sustenta as significações teóricas do grupo, por isso são considerados termos complementares da representação.

Figura 1 - Rede do componente maior, com destaque para os vértices com maior C_i (com rótulos – label) – Jequié, BA, Brasil, 2017



Fonte: Arquivos da pesquisa.

Na Tabela 1, estão apresentadas as métricas dos elementos de análise que compõem a representação dos profissionais da emergência hospitalar agrupadas com base nos termos que irradiam sentidos aos discursos dos sujeitos.

Tabela 1 – Classificação dos elementos de análise que compõem os conteúdos representacionais da prevenção das reincidências por tentativas de suicídio – Jequié, BA, Brasil, 2017

Elementos de análise	Vértice			
	Label	C_g	E_c	C_i
Termos que irradiam sentidos	Acompanhamento*	18	0.99	0.096
	Psicólogo*	18	0.91	0.090
	Paciente*	24	1.0	0.089
	Melhorar	15	0.62	0.083
	Serviço	15	0.82	0.067
	Hospital	14	0.52	0.065
	Rede	12	0.49	0.059
	Profissional	13	0.57	0.056
	Acolhimento	11	0.63	0.055
	Família	11	0.50	0.054
	Suicida	14	0.61	0.043
	Unidade	09	0.48	0.035
	Específico	09	0.48	0.031
	Trabalhar	09	0.47	0.028
	Existência	11	0.51	0.025

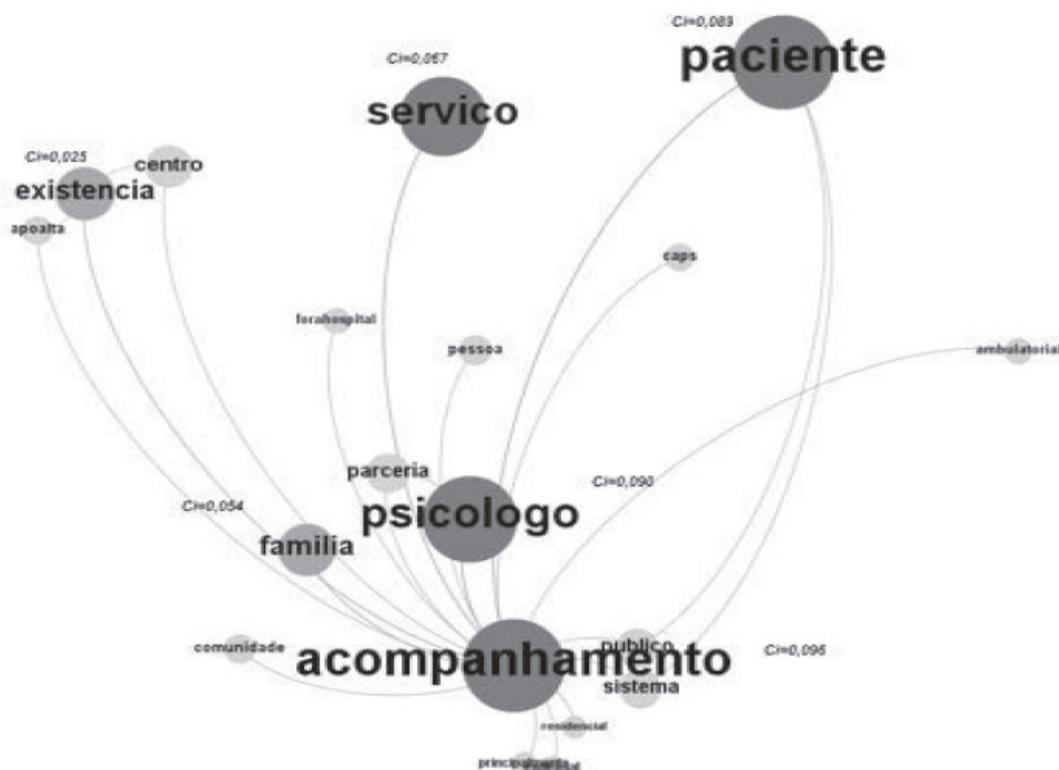
* Termos que irradiam sentidos com maior C_g , E_c e C_i .

Fonte: Arquivos da pesquisa.

Considerando-se os termos que irradiam sentido com maiores valores de métricas C_g , E_c e C_i , surgiram três categorias, com significado de ações em torno dos vértices ‘acompanhamento’, ‘psicólogo’ e ‘paciente’, apresentadas por suas respectivas sub-redes semânticas, capazes de expressar os conteúdos representacionais do objeto deste estudo.

A primeira sub-rede (Figura 2), constituída por 19 vértices e 25 arestas, foi denominada ‘acompanhamento’ porque esta palavra apresentou-se como um vértice que irradia sentidos e estabelece conexão com outros termos de importante significado, além de termos complementares do conteúdo representacional.

Figura 2 – Sub-rede do termo que irradia sentidos a partir de ‘acompanhamento’ – Jequié, BA, Brasil, 2017



Obs.: os demais termos apresentaram $C_i=0,00$, definidos como termos complementares devido ao baixo sentido.

Fonte: Arquivos da pesquisa.

Dos significados dispostos na sub-rede da Figura 2, foi possível identificar que a representação da prevenção pelo elemento de sentido ‘acompanhamento’ ($C_i=0,096$) está conectada ao vértice ‘psicólogo’ ($C_i=0,090$) e suas ações ao ‘paciente’ ($C_i=0,089$). Percebe-se, ainda, a presença do elemento de sentido ‘serviço’ ($C_i=0,067$), possivelmente de saúde, que apesar de presente na sub-rede, a exemplo do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e do elemento ‘ambulatório’, apresentou baixo valor de centralidade de intermediação e, portanto, um sentido vago, além de disperso para os profissionais entrevistados. O grupo evocou também a prevenção das reincidências por meio de um vínculo entre o ‘acompanhamento’ e a ‘família’ ($C_i=0,054$) e sua articulação com a ‘existência’ ($C_i=0,025$) de ‘centro’ de apoio, expressando um conceito de desdobramento ‘após a alta’, inferências que são reafirmadas por meio dos relatos dos entrevistados, como se pode ver a seguir, com a respectiva identificação das categorias profissionais que atuavam na emergência hospitalar.

Eu acho que devem ser ações diferenciadas, capazes de oferecer acompanhamento para esse paciente, assistir sua evolução, pra ver o que é que tá acontecendo. Mas não acho que seja função do hospital, nem da emergência, não (Enfermeiro 05).

Depois da emergência, algum atendimento secundário, uma continuidade do atendimento na rede básica. Assistindo o doente. Cabe ao hospital o quadro agudo, de instabilidade, entendendo como o surto. E cabe à rede básica prosseguir o acompanhamento ambulatorial. O atendimento do hospital não satisfaz, a contrarreferência poderia ser uma estratégia (Médico 09).

[...] e estou falando de um acompanhamento fora do hospital. Porque o suicida vai ter o primeiro atendimento aqui, mas a vida dele continua, lá

fora... os problemas continuam, a questão emocional continua, e é preciso encaminhar (Enfermeiro 17).

É necessário um suporte à família, as famílias sofrem e não sabem lidar com o paciente suicida. Não monitora, não sabe compreender, não acompanha e não sabe o que está acontecendo, e isso dificulta a detecção precoce do problema (Psicólogo 6).

O elemento de sentido, que se faz presente nas três sub-redes geradas e irradia sentidos apoiados na análise deste estudo, diz respeito ao termo 'acompanhamento', evocado positivamente pelos profissionais ao se discutir prevenção das reincidências de tentativas de suicídio no ambiente hospitalar. Sugere uma compreensão do cuidado ampliado em saúde, reafirmando um sentido de prevenção que transponha as medidas iatrogênicas voltadas para a estabilização das funções vitais, ou mesmo incluindo a internação compulsória.

O sentido do 'acompanhamento' sugere a presença do conceito de cuidado ampliado que, segundo Simões e Sapeta (2019), requer mais que a atenção aos sinais, sintomas e prescrição de tratamentos. Nessa perspectiva, os profissionais da atenção psicossocial (psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais, médicos) também precisam compreender no sujeito os aspectos do cotidiano, do tempo, do espaço, do trabalho, do lazer, do prazer e da organização de atividades coletivas, enfatizando as potencialidades do indivíduo. Essa forma de perceber o outro pode representar uma importante conquista dos esforços da reforma psiquiátrica que busca superar a herança asilar do antigo modelo que, segundo Vasconcelos e Mendonça Filho (2013), é iatrogênica, carcerária e separatista.

Acerca do elemento 'psicólogo', que irradia produção de sentidos sobre a prevenção, Fukumitsu (2014) considera que as potencialidades desse profissional são marcantes e estratégicas para a prevenção do comportamento suicida, por serem profissionais voltados não para evitar a morte, mas para oferecer significações nas quais o paciente possa se sentir vivo, dirigindo seu papel para um acolhimento e não para a cura – conduta essa que facilita a compreensão e, conseqüentemente, o enfrentamento do sofrimento experimentado pelo paciente. As habilidades do psicólogo tendem a estimular o desenvolvimento da intimidade terapêutica e aproximação interpessoal, o que fortalece o vínculo de confiança entre o paciente e o profissional, essencial para os pacientes suicidas, por se tratar de um comportamento carregado de representações negativas, imorais, pecaminosas e, portanto, desconfortáveis, tanto para as relações sociais quanto para a equipe de saúde e pelo próprio indivíduo que experimenta esse sofrimento.

Foi possível identificar ainda na sub-rede o elemento 'serviços', expressando sentidos que sugerem que a prevenção seja também compreendida pelo aparceiramento entre profissionais ou espaços terapêuticos. Nota-se, pelo conteúdo das falas, que apesar de os profissionais de saúde mencionarem a importância da articulação entre serviços extra-hospitalares para o acompanhamento dos pacientes que tentaram suicídio, eles acabam por reforçar a hierarquização dos serviços de saúde, desconsiderando, por exemplo, a corresponsabilidade hospitalar em relação às funções de ordem preventiva. Todavia, é oportuno salientar o que prevê o Ministério da Saúde na portaria n. 1.876/2006, a qual define, segundo as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, propostas para organizar linhas de cuidados integrais (promoção, 'prevenção', tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas (Brasil, 2015), bem como estratégias já em vigor, como a instituída pela portaria n. 3.088/2011, denominada de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), uma das estratégias da Política Nacional de Saúde Mental.

A RAPS propõe-se ao oferecimento de atendimento aos graus de complexidade para promoção de assistência integral para diferentes demandas, das simples às mais complexas/graves, por meio da criação, da ampliação e da articulação de pontos de atenção (serviços) para pacientes com sofrimento psíquico (Brasil, 2017). Essa rede é contida pela atenção básica, pelo Centro de Atenção Psicossocial

(CAPS) em suas diferentes modalidades: comunidades terapêuticas, ambulatório multiprofissional de saúde mental, serviço residencial terapêutico (SRT) e unidade de acolhimento (adulto e infantojuvenil), incluindo ainda as enfermarias especializadas em hospital geral, os hospitais psiquiátricos, o hospital-dia e a urgência e emergência. Assim, o conhecimento dessas estratégias pelos profissionais é imprescindível para seu fortalecimento e cuidado com o paciente que poderia ser estrategicamente encaminhado.

Outro resultado identificado na sub-rede gerada expressa o sentido da 'família' como elemento de sentido para a prevenção, possivelmente devido a sua função como ambiente de convivência e que dispõe de sistema de controle e vigilância que pode perceber motivações do sujeito que apresenta riscos para a tentativa de suicídio. Ressalta-se para a importância da existência e fortalecimento do vínculo entre as práticas no serviço ofertado pelo CAPS e as famílias, sugerindo, segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2014), um elo importante na rede de proteção ao usuário com risco de suicídio.

Ao se considerar ainda o sentido da 'família' como sentido da prevenção, é imperativo o trabalho articulado com a equipe de saúde para que o comportamento suicida seja mais bem compreendido no contexto intrafamiliar, possibilitando condições para que a família desenvolva e elabore estratégias de acompanhamento, especialmente o acolhimento ao membro familiar em sofrimento psíquico (Burgos et al., 2017). De acordo com a cartilha *Suicídio: informando para prevenir*, o contexto familiar diante desses casos é inevitavelmente abalado e necessita ser reestruturado para garantir a atenção necessária e se tornar capaz de promover extensão e completude das ações realizadas juntamente com outros serviços, a exemplo do CAPS (ABP, 2014).

A segunda sub-rede, denominada 'psicólogo' (Figura 3), constituída por 19 vértices e trinta arestas, apresentou o psicólogo como um vértice que irradia sentidos e estabelece conexão com o núcleo de sentido 'acompanhamento, hospital, unidade e assistência', além de novos termos complementares do conteúdo representacional.

Figura 3 – Sub-rede do termo que irradia sentidos para 'psicólogo' – Jequié, BA, Brasil, 2017



Obs.: os demais termos apresentaram $C_i=0,00$, definidos como termos complementares devido ao baixo sentido.

Fonte: Arquivos da pesquisa.

Na sub-rede anterior, percebe-se um sentido de prevenção com ênfase no papel do ‘psicólogo’ ($C_i=0,096$) e no ‘acompanhamento’ ($C_i=0,065$); diferentemente da primeira sub-rede, expressa maior sentido de ações realizadas também no contexto intra-hospitalar sugerido pelos elementos ‘unidade’ ($C_i=0,035$) e ‘hospital’ ($C_i=0,055$), ainda na prestação da ‘assistência’ ($C_i=0,021$), conforme presente nos relatos dos entrevistados:

[...] penso que cada vez que entrasse uma tentativa de suicídio, a gente deveria acionar o serviço intra-hospitalar como a psicologia, até a saída junto à assistência social em sua mudança de rede, empenhando em dar assistência a essa pessoa, para ela sentir-se fortalecida e não rejeitada como ela é [...] inclusive pelos profissionais do hospital, que negligenciam muitas vezes a forma de cuidar por se tratar de paciente suicida (Enfermeiro 07).

A unidade precisa investir mais em instrumentos na triagem no serviço, na avaliação. O paciente que tentou suicídio não declara por vergonha, e a equipe não está pronta para atender esse paciente (Enfermeiro 08).

O serviço deveria ter eu não sei se é um protocolo, um questionário específico com as informações que ele trouxe, naquele momento da avaliação (Médico 06).

O contexto hospitalar é representado de maneira potencial para ampliar as possibilidades preventivas do suicídio no mínimo sinérgicas, seja pela avaliação de risco daqueles pacientes admitidos, seja por meio de estratégias como aconselhamentos durante sua permanência que previnam a continuidade de novas tentativas. Shneidman (1999, p. 27), renomado estudioso da suicidologia, afirma que “os psicoterapeutas podem prestar atenção aos sentimentos, especialmente aos mais estressantes, tais como culpa, vergonha, medo, raiva, frustrações, desesperança, sensação de desamparo, solidão”.

No atendimento à pessoa que tentou suicídio no contexto da emergência, cabe ao profissional psicólogo, segundo Macchiaverni (2012), avaliar o risco para o suicídio, realizar psicoterapia, prover apoio aos pacientes, orientar membros familiares e encaminhar os pacientes a outros serviços de saúde de acordo com as necessidades. O acolhimento e a informação se constituem como intervenções que podem auxiliar na reorganização do sistema e no restabelecimento de mecanismos preventivos para novas tentativas de suicídio, além da promoção da saúde mental (Garbin et al., 2019).

Assim, ‘encaminhar’ tem um significado de envolvimento, orientação e direcionamento do cliente, da família e de outros profissionais que poderão contribuir para o acolhimento e a minimização dos riscos de consumação da morte por suicídio. A interdisciplinaridade, somada à articulação com a rede de serviços disponíveis no território, traz bons indicativos para a oferta de um cuidado integral às pessoas que tentaram suicídio (Gutierrez, 2014; Garbin et al., 2019).

Para Leavell e Clark (1976), o significado de prevenção em saúde é realizar ações antecipadas apoiadas no conhecimento da história natural, com o objetivo de tornar improvável o progresso posterior de determinada doença ou quadro clínico. As ações preventivas são compreendidas, portanto, como intervenções orientadas para evitar o surgimento de eventos específicos, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Mezzomo (2003) lembra que, segundo a OMS, o hospital é parte integrante desse sistema de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência médica preventiva e curativa.

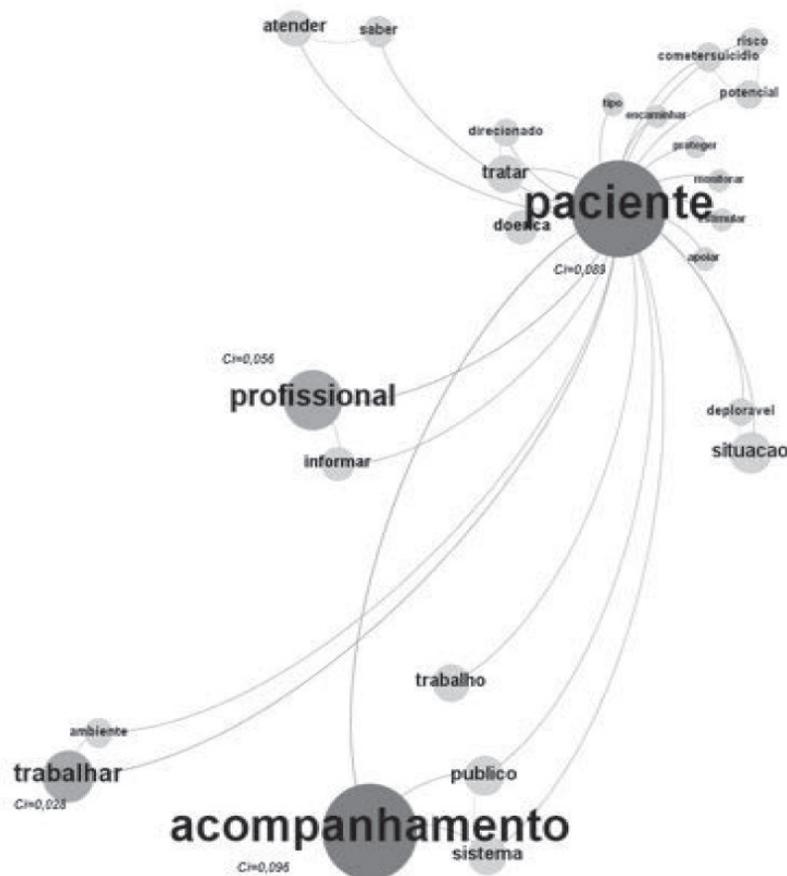
Nesse contexto, os profissionais apresentam ainda uma representação de prevenção intra-hospitalar nos termos que irradiam sentidos para ‘unidade’ e ‘hospitalar’, sugerindo possivelmente estratégias de avaliação do risco para novas tentativas de suicídio na rotina dos serviços de urgência e emergência antes da alta médica, o que requer da equipe competência técnica e manejo de instrumentos adequados para avaliação de riscos do paciente enquanto ainda estiver no ambiente hospitalar. Todavia, sem a triagem

específica, o trabalho em rede é, conseqüentemente, enfraquecido, já que especialidades importantes, como a psicologia, podem não ser acionadas, impedindo sua atuação. Segundo Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010), não é garantido prever se o paciente tentará suicídio novamente; contudo, com base nos conhecimentos dos fatores de risco e de proteção avaliados durante a entrevista clínica, é possível aferir o risco individual que o paciente apresenta naquele momento.

Van der Linden e colaboradores (2012) informam que, nas últimas décadas, os hospitais passaram a adotar nos sistemas de triagem, com o objetivo de identificar os pacientes com condições mais urgentes e maior risco de morte, oferecimento de atendimento rápido e menor tempo de espera. Existem protocolos ou escalas para avaliar risco de suicídio, a exemplo da escala de desesperança (BHS), escala de ideação suicida de Beck (BSI), entre outras ferramentas pertinentes (razões para viver) com diferentes níveis de complexidade (Beck, 2011). Entretanto, há uma lacuna diante do paciente suicida que, consciente do seu interesse em tirar a própria vida, o conduz a omissão ou negação do ato, o que, somado a uma triagem padronizada, sem os instrumentos específicos de detecção, impede mecanismos de alerta para outros profissionais e serviços importantes para acompanhamento desse paciente.

Os significados expressos pela última sub-rede denominada ‘paciente’ (Figura 4) evidenciam uma estrutura constituída por 25 vértices e 36 arestas que irradia maior sentido de prevenção em torno de ‘acompanhamento’, ‘profissional’ e irradiação para o vértice ‘trabalhar’. Destaca-se nessa rede a menor centralidade de intermediação (C_i) das estratégias preventivas em torno do paciente, com ‘apoio’, ‘monitorar’, ‘estimar’, ‘proteger’, ‘entender’ e ‘risco de suicídio’ sendo definidos como termos complementares, portanto, caracterizando o sentido no discurso dos profissionais.

Figura 4 – Sub-rede do termo que irradia sentidos para ‘paciente’ – Jequié, BA, Brasil, 2017



Obs.: os demais termos apresentaram $C_i=0,00$, definidos como termos complementares devido ao baixo sentido.

Fonte: Arquivos da pesquisa.

A prevenção na sub-rede da Figura 4 faz referência direta aos elementos 'acompanhamento' ($C_i=0,096$) e 'profissional' ($C_i=0,056$), o que permite pressupor uma relação direta entre assistência e o 'paciente' ($C_i=0,089$), com destaque para o vértice 'informar' (elemento complementar) na prevenção de novos eventos autolesivos. Nota-se, ainda, que os sentidos dos elementos 'trabalhar' ($C_i=0,028$) e 'ambiente' fazem irradiar sentidos na rede e sugerem demandas diante das particularidades do paciente suicida naquele contexto. Essas possibilidades podem ser verificadas nas falas dos entrevistados seguintes:

[...] os profissionais não sabem lidar com esse problema, têm medo, têm vergonha, não sei (Enfermeiro 14).

É urgente possuir um acolhimento maior, pois muitas vezes é bonito na teoria, mas na prática o cara chega lá, declara que vai se matar, liga para o serviço e ninguém dá atenção (Médico 25).

O suicídio é muito mistificado, ninguém quer falar, aí ninguém reconhece quando aparece (*sic*) os casos. Ninguém sabe avaliar direito porque sempre acha que é outra doença, menos o suicídio. Então fica difícil de agir nesses casos. Há muito desconhecimento sobre o suicídio (Enfermeiro 20).

Aqui a gente não tem meios pra libertar totalmente o cara, infelizmente, aqui não tem. Acho que deveria ser tomadas medidas para o paciente se sinta mais acolhido (*sic*) (Médico 08).

Percebe-se, pelo relato dos entrevistados, a necessidade de superar dificuldades presentes nos profissionais em relação aos pacientes admitidos por tentativa de suicídio. Nota-se no grupo entrevistado o predomínio de conhecimentos ainda estigmatizados e, por vezes, preconceituosos que reproduzem em suas práticas – de acordo com Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010), estigmas clínicos limitados e também do senso comum, provocando consequências em diferentes âmbitos da vida do paciente, mantendo-o na condição de marginalizado. Para Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) e Crepaldi (2012), os membros da equipe acabam por adotar também sentimentos ambivalentes entre o dever de tomar as medidas necessárias de prevenção da morte e se deparar com a demanda do paciente, que nem sempre corresponde ao desejo de permanecer vivo, percebendo-se em uma situação impossibilitada de realizar seu trabalho. Desse modo, a assistência se torna uma intervenção frustrada e impotente, provocando rejeição do usuário, o que torna o atendimento uma atividade complexa.

Rever as atitudes do profissional de saúde se faz algo tão necessário diante do desencadeamento de novas tentativas ou do ato consumado que o Ministério da Saúde, por meio das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (Brasil, 2015), estabeleceu a promoção de educação permanente dos profissionais de saúde incluindo os das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização como recurso estratégico que, se não realizado, influencia direta ou indiretamente a adesão do paciente ao tratamento. A necessidade de instrumentalização, bem como a ausência de capacitação institucional para lidar com as tentativas de suicídio do cotidiano das urgências e emergências hospitalares, já foi identificada por outros estudos dessa natureza (Gutierrez, 2014; Ferreira et al., 2019)

Para Gutierrez (2014), o sucesso do tratamento do paciente tem importante relação com estratégias de acolhimento de qualidade realizado no serviço de saúde, na medida em que oferece cuidados resolutivos às necessidades do indivíduo e mantém um trabalho articulado com outros serviços. Somando-se ao atendimento e aos encaminhamentos, esses três momentos constituem um fluxo de trabalho cuja tarefa é dar conta das diferentes necessidades de saúde/doença trazidas pelo paciente.

Outro sentido presente na sub-rede acerca da prevenção se refere a 'trabalhar o ambiente' hospitalar reafirmando as exigências das particularidades do paciente que tenta suicídio. Segundo Fukumitsu (2014), na presença de potencial de suicídio é importante não deixar o paciente sozinho, tornando-se

necessário o acompanhamento durante seu período de permanência. O trabalho de acompanhantes terapêuticos ou internação em instituições especializadas pode ser necessário. Essas precauções incluem: revistar o paciente e recolher possíveis instrumentos que possam ser utilizados como armas, comprimidos e outros recursos potencialmente perigosos da área próxima ao paciente (agulhas, lâminas, vidro); não deixar o paciente ir a qualquer lugar (por exemplo: o banheiro) desacompanhado, buscando manter esse paciente sob uma observação cuidadosa.

Considerações finais

As tentativas de suicídio, além de importantes preditores para o ato consumado, apresentam consequências graves provenientes das incapacidades individuais, bem como coletivas. O potencial das recidivas deve ser motivo de preocupação entre os profissionais da emergência hospitalar, uma vez que reincidências aumentam o sofrimento do indivíduo que as experimenta, gerando ainda custos decorrentes das reinternações. A multidimensionalidade que rege o comportamento suicida é a mesma afetada pelas consequências de tentativas de suicídio, sendo imperativo garantir, além de acolhimento adequado, medidas preventivas eficazes que transponham as práticas iatrogênicas e ultrapassadas, ainda presentes nas experiências profissionais.

Os principais termos que irradiaram sentido para o discurso do grupo social acerca do suicídio investigados na unidade hospitalar selecionada demonstraram uma percepção da prevenção para reincidências por tentativas de suicídio de modo positivamente complexo e pluridisciplinar, entendendo-o como um fenômeno que possui demandas particulares e exige modificações intra-hospitalares, com a desmistificação e o combate ao preconceito do paciente com risco de morrer por suicídio, reestruturação das formas de manejo, cuidados na triagem e monitoramento durante a permanência da internação. Essa compreensão de prevenção também se estende aos mecanismos extra-hospitalares, evocando o trabalho entre os diferentes níveis de atenção e fortalecimento com as redes de apoio e priorizando a integralidade do acompanhamento como recurso estratégico para prevenir reincidências de tentativas de suicídio. Nota-se, por meio dessas reflexões, representações que reforçam a transição da lógica hospitalocêntrica para uma estrutura de serviços de base territorial, apesar das reconhecidas dificuldades ainda presentes nesse processo.

Como limites da pesquisa, considera-se a restrição do campo de estudo, que pode não refletir uma compreensão universal do suicídio. No que tange às implicações para a prática em saúde, avalia-se que os profissionais de saúde, com suas ideias, convicções e pensamentos analisados, podem potencializar o manejo estratégico para o acolhimento e a assistência do paciente suicida.

Informações do artigo

Contribuição dos autores

Concepção, do planejamento, análise, interpretação dos dados e dos resultados, redação do artigo: SSM, ABAV, CRSL, HBBP, JPA

Aprovação da versão final do artigo: SSM, ABAV, CRSL, HBBP

Financiamento

Não há.

Conflito de interesses

Não há.

Referências

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). Comissão de Estudos e Prevenção do Suicídio. *Suicídio: informando para prevenir*. Brasília: CBM/ABP, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/gLboU2>>. Acesso em: 11 out. 2018.
- BECK, Aaron T. et al. *Escala Beck – BSI: inventário Beck de ideação suicida*. Adaptação brasileira Jurema Alcides Cunha. Porto Alegre: Sinopsys, 2001.
- BERTOLOTE, José M. et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: The WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological Medicine*, Geneva, v. 35, p. 1.457-1.465, 2005.
- BERTOLOTE, José M.; MELLO-SANTOS, Carolina de; BOTEGA, Neury J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 32, p. 87-95, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600005>. Acesso em: 10 fev. 2020.
- BOTEGA, Neury J. Comportamento suicida em números. *Debates: Psiquiatria Hoje*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 11-15, 2010.
- BRASIL. Portaria n. 2.542, de 22 de dezembro de 2005. Aprova as diretrizes sobre a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2542_22_12_2005.html>. Acesso em: 10 fev. 2020.
- BRASIL. Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2020.
- BURGOS, Graciela V. et al. Funcionamiento familiar e intentos de suicidio en un hospital público de Argentina: family functioning and suicide attempts at a public hospital of Argentina. *Acta de Investigación Psicológica*, Buenos Aires, v. 7, n. 3, p. 2.802-2.810, 2017.
- CENTRO DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS/CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Nonfatal hospitalized injuries, both sexes, all ages, United States, 2010. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/injury/wisqars/LeadingCauses.html>>. Acesso em: 11 out. 2018.
- CENTRO DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS/CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *Self-directed violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements*. Atlanta, GA: CDC, 2015. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/Self-Directed-Violence-a.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2018.
- FERREIRA, Thatiana D. G. et al. Assistance related to suicidal behavior at a mobile emergency service: sociodemographic and clinical associated factors. *Archives of Psychiatric Nursing*, London, v. 33, n. 2, p. 136-142, 2019.
- FREITAS, Ana P. A.; BORGES, Lucienne M. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 560-577, 2014. Disponível em: <http://pepsic.vvvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000200010>. Acesso em: 10 fev. 2020.
- FUKUMITSU, Karina O. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 270-275, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/7eGV7t>>. Acesso em: 11 out. 2018.
- GARBIN, Clea A. S. et al. A operacionalização do SUS na prevenção e condução de casos de suicídios: análise documental. *Revista Ciência Plural*, Natal, v. 5, n. 2, p. 129-142, 2019.
- GUTIERREZ, Beatriz A. O. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 262-269, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/u1Zb6y>>. Acesso em: 11 out. 2018.
- JODELET, Denise. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

- LEAVELL, Hugh R.; CLARK, Edwin G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- LOPES, Cláudia R. S.; VILELA, Alba B. A. V.; PEREIRA, Hernane B. B. *AnCo-Redes: modelo para análise cognitiva de representações sociais*. Curitiba: Apris Editora, 2018.
- MACCHIAVERNI, Juliana. *Elaboração de um instrumento para registro de atendimento psicológico a tentativas de suicídio*. 141fls. Monografia (Residência Integrada Multiprofissional em Saúde) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.
- MEZZOMO, Augusto A. *Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional*. São Paulo: Local, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Estudo de intervenção multisite sobre comportamentos suicidas SUPRE-MISS: Protocolo de SUPRE-MISS*. Geneva: OMS, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Prevenção do suicídio: um imperativo global*. Geneva: OMS, 2014. Disponível em: <<https://gool.gl/obNf1y>>. Acesso em: 11 out. 2018.
- RHIRY-CHERQUES, Hermano R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. *PMKT: Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia*, São Paulo, v. 4, n. 8, p. 20-27, 2009.
- SIMÕES, Ângela; SAPETA, Paula. Conceito de dignidade na enfermagem: análise teórica da ética do cuidado. *Revista Bioética*, Brasília, v. 27, n. 2, p. 244-252, 2019.
- SHNEIDMAN, Edwin S. Lives and deaths: selections from the works. In: SHNEIDMAN, Edwin S. *Psychology press*. London: Routledge, 1999. P. 17-38.
- VAN DER LINDEN, Christien et al. Managing patient flow with triage streaming to identify patients for Dutch emergency nurse practitioners. *International Emergency Nursing*, London, v. 20, n. 2, p. 52-57, 2012. Disponível em: DOI: 10.1016/j.ienj.2011.06.001.. Acesso em: 10 fev. 2020.
- VASCONCELOS, Michele F. F.; MACHADO, Dagoberto O.; MENDONÇA FILHO, Manoel Acompanhamento terapêutico e reforma psiquiátrica: questões, tensões e experimentações de uma clínica antimanicomial. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 25 (n. spe. 2), p. 95-107, 2013.
- ZADRAVEC, Tina; GRAD, Onja. Origins of suicidality: compatibility of lay and expert beliefs – qualitative study. *Psychiatria Danubina*, Zagreb, v. 25, n. 2, p. 149-157, 2013. Disponível em: <<https://gool.gl/8PqcPL>>. Acesso em: 11 out. 2018.