

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

RAISSA RIBEIRO SARAIVA DE CARVALHO

**VIVÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE AO
PACIENTE COM RISCO DE SUICÍDIO**

**Porto Alegre
2015**

RAISSA RIBEIRO SARAIVA DE CARVALHO

**VIVÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE AO
PACIENTE COM RISCO DE SUICÍDIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Saúde Mental e Enfermagem.

Eixo Temático: Cuidado em Saúde mental

Orientador: Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

**Porto Alegre
2015**

CIP - Catalogação na Publicação

Carvalho, Raissa Ribeiro Saraiva de
Vivências dos profissionais de enfermagem frente
ao paciente com risco de suicídio / Raissa Ribeiro
Saraiva de Carvalho. -- 2015.
63 f.

Orientador: Jacó Fernando Schneider.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Suicídio. 2. Tentativa de suicídio. 3.
Enfermagem. 4. Enfermagem psiquiátrica. 5. Cuidados
de enfermagem. I. Schneider, Jacó Fernando, orient.
II. Título.

RAISSA RIBEIRO SARAIVA DE CARVALHO

Vivências dos Profissionais de Enfermagem Frente ao Paciente com Risco de Suicídio.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 22 de abril de 2015.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

Presidente da Banca – Orientadora

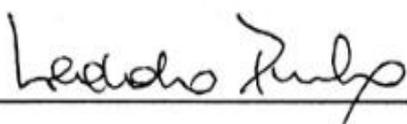
PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta

Membro da banca

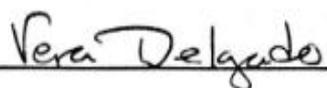
EENF/UFRGS



Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Vera Beatriz Delgado dos Santos

Membro da banca

HCPA/UFRGS

Dedico este trabalho à pessoa mais importante da minha vida: minha mãe, Márcia de Maria Ribeiro Saraiva, que confiou no meu potencial para mais esta conquista. Não conseguiria nada se não a tivesse ao meu lado. Obrigada, por estar sempre presente em todos os momentos, me dando carinho, apoio, incentivo, determinação e fé. Esta vitória também é tua.

“Teus braços sempre se abrem quando preciso um abraço. Teu coração sabe compreender quando preciso uma amiga. Teus olhos sensíveis se endurecem quando preciso uma lição. Tua força e teu amor me dirigiram pela vida e me deram as asas que precisava para voar”.

Samantha Bader

AGRADECIMENTOS

A Deus,

Por guiar o meu caminho, por me permitir ter saúde para continuar, por iluminar as minhas decisões e fortalecer a minha esperança e fé. Além disso, agradeço por ter me proporcionado a cura e reabilitação durante essa minha caminhada.

A minha mãe Márnia,

Por todo o amor dedicado, pelo apoio, compreensão, ajuda, e, em especial, por todo carinho ao longo deste percurso. Tuas palavras de incentivo e de encorajamento me fizeram seguir a diante, levantar a cabeça, me tornaram mais forte e me fizeram acreditar que tudo é possível quando se acredita.

Ao meu noivo Gustavo,

Pela grande ajuda, companheirismo e atenção dedicados ao longo desses oito anos de namoro. Pelas noites mal dormidas ao meu lado, pela força e coragem de passar, junto comigo, por todos os obstáculos desta caminhada.

Ao professor Jacó,

Pela orientação durante os três anos de faculdade em que fui sua bolsista e por mais esses dois anos no mestrado. Agradeço pela paciência, parceria e confiança dedicadas a mim. Continue sendo essa pessoa amada e competente.

A Escola de Enfermagem da UFRGS,

Pela qualidade de educação que me foi garantida desde o primeiro semestre da graduação até o último semestre do mestrado. Sempre ensinando com maestria e ajudando na formação de profissionais competentes.

Aos meus colegas de trabalho,

Que me ajudaram quando necessitava de trocas de plantão, que muitas vezes ouviram meus anseios e me deram forças para que eu pudesse continuar essa caminhada.

Aos **pacientes**,

Que mudaram a minha visão de cuidado e assistência, que despertaram em mim a vontade de continuar nesta minha carreira na área da saúde mental e que me proporcionaram as vivências necessárias para que cada vez mais qualificasse a minha atenção e escuta.

A **equipe** onde foi realizado o estudo,

Pela boa receptividade e acolhida. Além de compartilharem suas vivências e sentimentos nesta jornada.

“Quando uma pessoa pensa em suicídio, ela quer matar a dor, mas nunca a vida”

Augusto Cury

RESUMO

CARVALHO, Raissa Ribeiro Saraiva de. **Vivências dos profissionais de enfermagem frente ao paciente com risco de suicídio**. 2015. 63f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

O Brasil está na lista dos 10 países com o maior número de suicídios. Ao falar em tentativas de suicídio estima-se que a população em risco seja de 10 a 40 vezes maior se comparada com as que cometeram suicídio. Sabe-se que o destino dos pacientes que não tiveram êxito em suas tentativas é a internação psiquiatria. Frente a isto, este estudo teve por objetivo conhecer as vivências dos profissionais de enfermagem frente ao paciente com risco de suicídio. Trata-se de um estudo exploratório de caráter descritivo com referencial da pesquisa qualitativa. Foi realizada em uma Unidade de Internação Psiquiátrica em um Hospital Universitário do Sul do Brasil. A população do estudo foi composta por 20 profissionais de enfermagem e a coleta das informações ocorreu por meio de entrevista semi-estruturada com a seguinte questão norteadora: fale-me sobre suas vivências relacionadas à pacientes com risco de suicídio. A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo de Bardin (2011). A realização deste trabalho possibilitou uma reflexão à cerca das vivências dos profissionais frente ao paciente com risco de suicídio. Ele permitiu a compreensão da visão através do cuidado frente ao paciente com esse risco e revelou o impacto na vida profissional e o cuidado diferenciado prestado pela equipe para esses pacientes. Lidar com pacientes que possuem ideação suicida, tentativas de suicídio prévio, desejos de morte e pensamentos de morte torna-se ambíguo ao que foi apreendido e do que se é pretendido ao se falar em cuidado, mas ao perceberem a melhora do paciente o profissional percebe que o que ele realmente precisa é de cuidado até que o seu quadro estabilize. A qualificação técnica e humana destes profissionais aumenta as chances de um contato mais próximo e contínuo facilitando a adesão ao tratamento e proporcionando um cuidado mais humano. Considera-se importante também um suporte psicológico à equipe aliado a um treinamento específico que reverta em melhoria da qualidade do atendimento ao paciente suicida.

Palavras-chave: Suicídio. Tentativa de suicídio. Enfermagem. Enfermagem psiquiátrica. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

CARVALHO, Raissa Ribeiro Saraiva de. **Experiences of nursing staff with patients at risk of suicide**. 2015. 61f. Dissertation (Master in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Brazil is among the top of 10 countries with the highest number of suicides. Speaking at suicide is estimated that the population at risk is 10-40 times higher compared to those committed suicide. It is known that the patients who were unsuccessful in their attempts almost always go to a psychiatry hospital. Facing this, this study aimed to know the experiences of nursing staff with patients at risk of suicide. This is an exploratory study of descriptive character with qualitative research framework. Was performed in an Inpatient Psychiatric Unit of a University Hospital in southern Brazil. The study population was composed of 20 nursing professionals and the collection was through semi-structured interviews with the following guiding question: tell me about your experiences with patients at risk for suicide. Data analysis was performed using Bardin's content analysis (2011). This work enabled a reflection about the experiences of the professional in front of the patient at risk of suicide. He allowed the understanding the vision of care in front of the patient with that risk, the impact at work's life and the special care provided by the nursing team for these patients. Dealing with patients who have suicidal ideation, suicide attempts prior, death wishes and thoughts of death becomes ambiguous to what was seized and what it is intended when we speak about care but when the nursing team realize the improvement of the patient realizes those professional know that what they really needs is care until your case stabilizes. The technical and human skill of these professionals increases the chances of a close contact and continuous facilitating adherence to treatment and providing a more humane care. It is considered important also a psychological support team coupled with a specific training that accrues in improving the quality of care for suicidal patients.

Keywords: Suicide. Suicide, attempted. Nursing. Psychiatric nursing. Nursing care.

RESUMEN

CARVALHO, Raissa Ribeiro Saraiva de. **Las experiencias del personal de enfermería a pacientes con riesgo de suicidio**. 2015. 61f. Tesina (Maestría em Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

Brasil está entre los 10 países con el mayor número de suicidios. En su intervención en intentos de suicidio se estima que la población en riesgo es 10 a 40 veces mayor en comparación con las que se cometen suicidio. Es sabido que el destino de los pacientes que no tuvieron éxito en sus intentos es el hospital de psiquiatría. Frente a esto, este estudio tuvo el objetivo de conocer las experiencias del personal de enfermería a pacientes con riesgo de suicidio. Es un estudio exploratorio de carácter descriptivo con marco de investigación cualitativa. Se realizó en una unidad de hospitalización psiquiátrica en un Hospital Universitario del sur de Brasil. La población de estudio estuvo compuesta por 20 profesionales de enfermería y los datos se obtuvieron a través de entrevistas parcialmente estructuradas con la siguiente pregunta guía: hálbame de sus experiencias relacionadas con los pacientes en riesgo de suicidio. Los datos fueron analizados mediante análisis de contenido de Bardin (2011). Este trabajo permitió una reflexión sobre las experiencias de lo profesional en lo cuidado al paciente en riesgo de suicidio. Él permitió la comprensión de la visión a cerca del cuidado al paciente con riesgo, reveló el impacto en el trabajo y el cuidado especial que proporciona el personal para estos pacientes. Tratar con pacientes que tienen ideas suicidas, intentos de suicidio previos, deseos de muerte y pensamientos de muerte se vuelve ambiguo a lo que fue capturado en los cursos de enfermería y cuando el profesional darse cuenta de la mejoría del paciente el ve que realmente lo que ellos necesitan son cuidados hasta que su molestia se estabilice. Las habilidades técnicas y humanas de estos profesionales aumentan las posibilidades de un contacto cercano, la adherencia facilitada al tratamiento y proporcionar una atención más humana. Se considera importante también un equipo de apoyo psicológico junto con una formación específica que se acumula en la mejora de la calidad de la atención a los pacientes suicidas.

Palabras clave: Suicidio. Intento de suicidio. Enfermería. Enfermería psiquiátrica. Atención de enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Relação proporcional entre pensamentos, planos e tentativas de suicídio... 26 | 26 |
| Figura 2 - Distribuição por diagnósticos em estudos com população em sofrimento psíquico internados 27 | 27 |
| Figura 3 - Distribuição por diagnósticos em estudos com população em geral..... 28 | 28 |
| Figura 4 - Histórico de suicídios no Brasil no ano de 2012 29 | 29 |
| Gráfico 1 - Proporção de gênero dos entrevistados..... 40 | 40 |
| Gráfico 2 - Divisão por faixa etária40 | 40 |
| Gráfico 3 - Divisão por tempo de serviço 41 | 41 |
| Quadro 1 – Categorização 43 | 43 |

LISTA DE SIGLAS

CNS - Conselho nacional de saúde

EENF - Escola de Enfermagem

GEPESM - Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IC - Iniciação Científica

MTSM - Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental

OMS - Organização Mundial da Saúde

PCA - Pesquisa convergente-assistencial

PET - Programa de Educação Tutorial/ Trabalho

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 16 |
| 2 | OBJETIVO | 22 |
| 3 | REVISÃO DE LITERATURA | 23 |
| 4 | METODOLOGIA | 32 |
| 4.1 | Tipo de Estudo | 32 |
| 4.2 | Campo de Estudo | 33 |
| 4.3 | População do Estudo | 35 |
| 4.4 | Coleta das Informações | 35 |
| 4.5 | Análise de Conteúdo | 36 |
| 4.6 | Considerações Bioéticas | 37 |
| 5 | ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 39 |
| 5.1 | Caracterização dos Participantes | 39 |
| 5.2 | Apresentação dos resultados da análise de conteúdo | 41 |
| 5.2.1 | <i>Visão à cerca do cuidado</i> | 43 |
| 5.2.1.1 | Imprevisibilidade | 43 |
| 5.2.1.2 | Experiência prévia como facilitadora do cuidado | 45 |
| 5.2.2 | <i>Impacto na vida profissional</i> | 46 |
| 5.2.2.1 | Trauma..... | 46 |
| 5.2.2.2 | Dificuldade no cuidado..... | 47 |
| 5.2.2.3 | Insegurança..... | 48 |
| 5.2.3 | <i>Cuidado diferenciado</i> | 49 |
| 5.2.3.1 | Diálogo | 49 |
| 5.2.3.2 | Vínculo | 50 |
| 5.2.3.3 | Vigilância/ Observação | 51 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO | 53 |
| | REFERÊNCIAS | 56 |
| | ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA | 60 |
| | APÊNDICE A – Roteiro Para Entrevista | 61 |
| | APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE | 62 |

1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem foi uma escolha que não soube justificar na época em que prestei vestibular. Sabia que gostava de lidar com as pessoas, de ouvir o que elas tinham a dizer e de alguma forma tentar ajudá-las. Contudo, hoje eu diria que a vontade de ajudar as pessoas e seus familiares, sempre pensando no contexto em que estão inseridas, me fez optar pela faculdade de enfermagem.

Ao ingressar, no ano de 2008, no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul não sabia que área eu teria maior afinidade, mas ao assistir as aulas ministradas pelos docentes o desejo de um dia estar ali, dando aula, começou a despertar dentro de mim. Frente a esse desejo me aproximei dos docentes e comecei a ser representante discente.

Passei a representar os alunos da enfermagem junto à comissão organizadora do, na época chamada, Programa de Educação Tutorial (PET-Saúde). Nas reuniões do PET convivi com docentes da enfermagem e de outros cursos (medicina, odontologia e farmácia), essa convivência me estimulava a pensar cada vez mais no que eu gostaria de fazer após a graduação.

Quando eu estava no terceiro semestre da graduação fiquei sabendo que abriria uma vaga para bolsista de iniciação científica (IC) com o Professor Jacó Fernando Schneider na área de Saúde Mental. Busquei informações sobre a bolsa e sobre a linha de pesquisa ao qual ela pertencia e fui como ouvinte, em algumas reuniões do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM) para ver o funcionamento. A partir disso, no quarto semestre, iniciei meus trabalhos como bolsista de IC na área de saúde mental.

Ao utilizar o termo saúde mental, segundo Oliveira, Vieira e Andrade (2006), estamos nos referindo a promoção de saúde, ao reconhecimento precoce de problemas biopsicossocial que determinam alterações mentais e comportamentais na população e ao seu tratamento social com uma visão de reabilitação e reintegração social das pessoas em sofrimento psíquico. Essa referencia foi tornando-se parte da minha caminhada.

Durante os três anos em que fui bolsista passei a desenvolver pesquisas junto a mestrandos, doutorandos e docentes. A área da psiquiatria e da saúde mental me despertava cada vez mais o interesse, frente a isso realizei estágios voluntários de férias

no centro de atenção psicossocial e na unidade de internação psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira foi um ponto que sempre me chamou atenção. Amarante (1995) traz que a Reforma Psiquiátrica Brasileira ocorreu em três momentos. O primeiro foi denominado "trajetória alternativa", com o fim da ditadura, falência do "milagre econômico", suspensão da censura, entre outros fatos ocorridos entre os anos de 1970 e 1980 tiveram forte influência no primeiro momento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O segundo momento trata-se de momento institucionalizante do processo, onde o movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica incorporou-se ao aparelho de Estado e trouxe a ideia de que uma nova administração estatal resolveria os problemas de saúde, não só saúde mental, da população. O terceiro momento é o da desinstitucionalização, que tem como lema: por uma sociedade sem manicômios.

O momento da desinstitucionalização resgata a crítica da institucionalização da medicina/psiquiatria e propõe mudanças no modelo de intervenção: o macro político cede espaço para a reinvenção do cotidiano e enfatizam-se experiências localizadas. Contudo, pude observar, durante minha passagem pelos serviços, que há um longo percurso para que os objetivos da reforma psiquiátrica sejam alcançados.

O movimento da reforma ainda está se desenvolvendo e acompanhar esse processo é muito gratificante. Ao mesmo tempo em que o movimento trata da desinstitucionalização ele também prevê a internação dos pacientes em crise.

Ela ainda é uma forma de ajudar os pacientes nos momentos agudos de crise. Pude perceber isto, durante meu estágio curricular junto a Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), onde desenvolvi atividades junto aos pacientes em crise e com risco de suicídio.

Atualmente, sou enfermeira em uma emergência psiquiátrica e no meu dia-a-dia trabalho com diversos pacientes e dentre eles os com risco de suicídio continuam despertando o meu interesse e exigindo um maior cuidado tanto pela minha parte quanto por parte de toda a equipe que de uma maneira geral se mobiliza na busca de estratégias de cuidado e de atenção específicas.

Ao vivenciar a primeira tentativa de suicídio de um paciente que estava sob meus cuidados fiquei muito chocada, era inexperiente e não sabia muito bem com agir e o que dizer para minha equipe naquele momento. Isso me instigou a ir além e desejar me aprofundar no assunto.

Hoje percebo que é de extrema importância, para um profissional que trabalha na saúde mental, ter conhecimento sobre os riscos de suicídio, fatores de risco, manejo verbal, cuidados dedicados a esses pacientes. Muitas vezes ao olharmos para um paciente com risco de suicídio podemos sentir sua angústia, sua aflição e seu desespero. Isso, enquanto profissional, faz com que eu fique alerta e busque me aproximar deste paciente e manter-lo próximo da equipe. Mas de onde vem esse conhecimento? Acredito, por experiência própria, que esse conhecimento vem com capacitações, especializações à cerca da temática, mas acima de tudo, esse conhecimento vem das nossas vivências frente a esses pacientes.

Face ao exposto, busquei o mestrado, com a finalidade de continuar meus estudos e desenvolver pesquisas nesta área de Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem, tendo em vista minha pretensão em seguir carreira acadêmica como pesquisadora na área de Enfermagem, especialmente, Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. A opção pela Escola de Enfermagem da UFRGS deu-se pelo reconhecimento e comprometimento com sua formação ao nível de *Stricto Sensu* e por ter sido o lugar onde realizei minha graduação.

Para desenvolver esse estudo, elaborei a seguinte questão norteadora: quais são as vivências dos profissionais de enfermagem frente ao paciente com risco de suicídio?

Busquei através desta pergunta entender o caminho pelo qual os profissionais da enfermagem trilham quando se fala do cuidado ao paciente com risco de suicídio e o que essas vivências representam no cotidiano de cada profissional.

Sendo o cotidiano da equipe de enfermagem rodeado por sentimentos e emoções, às vezes torna-se difícil classificá-los e identificá-los, pois esses sentimentos podem ter origem tanto na relação com o paciente assim como na própria formação do profissional (CARMONA-NAVARRO; PICHARDO-MARTINEZ, 2012). Por meio do conhecimento destes sentimentos e emoções pretendemos conhecer as vivências dos profissionais de enfermagem frente ao paciente com risco de suicídio.

O estudo se justifica, pois, nas pesquisas em saúde mental, especialmente nas que vão em direção ao fortalecimento do movimento da reforma psiquiátrica, se faz pertinente uma abordagem qualitativa, tendo em vista que tanto na saúde mental quanto na pesquisa qualitativa se quer dar voz aos sujeitos, considerando as suas singularidades, desejos e subjetividades.

Vale ressaltar que esta pesquisa é um subprojeto de um estudo maior e que também propiciará subsídios para o desenvolvimento das demais etapas da pesquisa de

desenvolvimento intitulada: Avaliação de risco de suicídio em pacientes da unidade de internação psiquiátrica do HCPA.

Este projeto maior tem como objetivo implantar a avaliação de risco de suicídio por meio de uma escala em pacientes da Unidade de Internação no HCPA e culminará na elaboração de um protocolo institucional focado na capacitação da equipe de enfermagem frente ao paciente com risco de suicídio, possibilitando melhorias na assistência por meio do conhecimento sobre a temática do suicídio.

Dentro deste projeto, esta pesquisa foi à primeira etapa. Dela foram retirados, como subsídios, dados brutos a cerca das vivências de profissionais de enfermagem em saúde mental frente ao paciente com risco de suicídio a fim de dar continuidade às demais etapas. Para que se possa ter uma visão geral do projeto maior e como estão transcorrendo as etapas, citarei a seguir cada uma delas:

A segunda etapa foi a Etapa de Sensibilização, onde se pretende sensibilizar a equipe de enfermagem sobre a importância da avaliação do risco de suicídio na unidade de internação psiquiátrica. Esta etapa ocorrerá em oito horas.

Será utilizada a pesquisa convergente-assistencial (PCA) denomina-se desta forma por estar relacionada ao contexto da prática (TRENTINI; PAIM, 2004). Dessa forma o foco da PCA está na síntese criativa de um processo associativo da abordagem de pesquisa e prática em caráter de simultaneidade (TRENTINI; Beltrame, 2006).

Para as referidas autoras, quando utilizada pela enfermagem, a PCA inclui atividades de cuidado e assistência, contudo não se consolida com o ato de cuidar ou de assistir, sendo apenas parte do processo de pesquisa. Essa modalidade de pesquisa procura descobrir realidades, resolver problemas ou introduzir inovações num determinado contexto da prática assistencial.

A partir desta etapa se dará a complementação de atividades como: elaboração de material explicativo, confecção de folder, atividades teatrais, entre outros. Para estimular reflexões sobre as questões subjetivas em relação ao risco de suicídio serão utilizados filmes e músicas que abordem o tema bem como técnicas grupais.

A utilização do método “roda de conversa” é uma aliada para que o grupo de trabalho tenha espaço para a construção de um ambiente propício à implantação de uma nova proposta de trabalho frente ao paciente em risco de suicídio.

Na terceira etapa, Etapa de Capacitação, os assuntos previstos para esta fase serão a revisão breve da epidemiologia do suicídio; manejo de situações de crise; emergências psiquiátricas; o suicídio como sinal; avaliação de risco de suicídio. O

processo de capacitação terá como referência o cuidado em saúde mental no contexto do modo psicossocial. A carga horária do curso de capacitação será de 4 horas sendo obrigatória à presença em 100% das aulas para que o profissional de enfermagem seja considerado capacitado.

Na quarta etapa, Etapa de implementação da avaliação do risco de suicídio, após a capacitação de 100% da equipe de enfermagem da Unidade de Internação Psiquiátrica, define-se a data em que será iniciado o processo de avaliação do risco de suicídio na totalidade dos pacientes internados. Nesse momento um dos instrumentos de avaliação será a escala de avaliação de risco de suicídio de Beck (BSI – Beck Scale for Suicide Ideation) (CUNHA, 2011).

Nesse processo, com a supervisão direta da coordenadora do projeto, inicia-se a fase de adequação da equipe a nova sistemática onde serão realizadas quinzenalmente rodadas de conversa, no turno de trabalho, para que as equipes possam colocar suas dificuldades e descobertas.

A avaliação do risco de suicídio por meio da utilização de escala colaborará para o cuidado de enfermagem, favorecendo a tomada de decisão do enfermeiro e da equipe de enfermagem quanto ao risco de suicídio. Será introduzido nos registros de enfermagem um local específico para anotação da intensidade do risco e a intervenção necessária.

Tais registros serão realizados pelo Enfermeiro sempre que o paciente for avaliado, após as intervenções realizadas. Na evolução diária o enfermeiro deverá registrar a presença de risco e as intervenções realizadas e os resultados obtidos.

Espera-se que haja mais benefícios do que riscos nesta etapa, principalmente aos pacientes. No entanto, acredita-se que a aplicação do instrumento possa, em algum momento, mobilizar sentimentos e emoções contraditórias ao paciente. Essas questões serão trabalhadas na etapa de capacitação da equipe. Se houver esse desconforto, a equipe será orientada a interromper a aplicação do instrumento e retomá-la no momento oportuno.

Na quinta etapa, de constituição de um protocolo assistencial de enfermagem, com base na análise dos dados oriundos das etapas anteriores será elaborado um protocolo assistencial de enfermagem para avaliação de risco de suicídio conforme as diretrizes do HCPA.

Na sexta e última etapa do projeto de desenvolvimento, de avaliação da implantação da escala de risco de suicídio, serão realizados acompanhamentos na

unidade para avaliar o impacto da intervenção da avaliação do risco de suicídio, com avaliação da qualidade dos registros realizados pela equipe de enfermagem. Pela técnica de Rodada de Conversa serão levantados os pontos de sucesso e de dificuldades sentidas pela equipe de enfermagem na implantação desta avaliação a partir de agosto de 2014.

2 OBJETIVO

Conhecer as vivências dos profissionais de enfermagem frente ao paciente com risco de suicídio.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A assistência ao portador de transtorno mental, no Brasil, era pautada no modelo hospitalocêntrico, o qual estava centrado no atendimento na instituição asilar, com tratamento controlador e repressor, em que os tratamentos de vigilância e punição eram praticados pela equipe de enfermagem (RODRIGUES; SCHNEIDER, 1999).

Em 1968 foi criado o Plano Nacional de Saúde procurando cumprir o Decreto-Lei nº 200, de 1967, primeira grande reforma que procurava organizar a assistência à saúde, porém os meios para isso não foram disponibilizados. No final da década de 70, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em época de grande efervescência política, na retomada da luta pelos direitos civis suprimidos pela ditadura militar (AMARANTE, 1997).

A Reforma Psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização começaram a ser discutidos a partir desse movimento, que tinha como bandeira principal a luta contra a privatização da saúde, dada as particularidades e deformações do sistema psiquiátrico brasileiro.

No Brasil, existe legislação que tem como finalidade a garantia de um atendimento em Saúde Mental qualificado. A Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental”. Esta lei assegura a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração e garante o tratamento adequado para pacientes psiquiátricos e da preferência para que esse tratamento ocorra em serviços comunitários.

Ao mesmo tempo em que prioriza este tipo de assistência com reinserção social, garante a internação, quando necessária, com assistência integral. No artigo 4º há explicitamente a garantia de internação quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes.

Esta pesquisa se propõe a trabalhar com uma temática que envolve pacientes que estão em risco de suicídio. A desesperança em estar no mundo sem conseguir viver, junto a uma vida de relações conturbadas tanto em nível social como no meio familiar, bem como na instituição em que realizam tratamento, influenciam no processo de risco de suicídio.

Na história podemos observar que Hipócrates (400 a.c) já tratava do tema suicídio e o atribuía à melancolia sendo uma consequência da depressão. Já para Santo Agostinho (354-430) o suicídio era algo relacionado ao pecado e se baseava no 5º mandamento: Não matar (nem causar outro dano, no corpo ou na alma, a si mesmo ou ao próximo). Com Esquirol em 1827, o fenômeno do suicídio adquire a conotação de um problema psiquiátrico. Em 1976, o suicídio passou a ser compreendido em uma abordagem mais biológica (CORRÊA; BARRETO, 2006).

A definição atual de suicídio foi inicialmente proposta pelo sociólogo Durkheim (1996) baseada na intenção do indivíduo em cometer ou não a auto-agressão. Ele inicialmente o definiu como “toda a morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima” contra si mesmo, embora este ato possa ou não apresentar a intenção de morrer. Além disso, ele considera uma manifestação de um ato individual que, sua essência, seria social e refere que cada sociedade, em cada momento de sua história, tem uma aptidão definida para o suicídio (VALLE, 1984).

Segundo Werlang e Botega (2004) a palavra suicídio é conhecida desde o século XVI, ligada ao “ato de terminar com a própria vida”. Para os referidos autores, uma ideia abrangente de comportamento suicida nos permite avaliar vários fatores que influenciam nos pensamentos, nas ameaças, nos planos, nos gestos e nas tentativas de suicídio, determinando os condicionantes que levam, ou não, a uma progressão do risco até a consumação do ato.

O fenômeno do suicídio, por ser multicausal, em que vários fatores contribuem para tal, deva ser considerado de modo abrangente e não de maneira unifatorial. Além disso, vale pontuar que, mesmo que o comportamento suicida seja apontado como um ato consciente que visa dar cabo à própria vida, nem sempre este é o propósito subjacente que motiva estes comportamentos (SCHLOSSER; ROSA; MORE, 2014).

Entretanto, mesmo sendo estudado em quase todas as partes do mundo, permanece ainda um grande enigma para as ciências do comportamento a relação do homem com sua vida e, por conseguinte, com sua morte.

O suicídio é, conforme descrição anterior, um ato e como tal pode ser antecedido por diversos fatores que levam a pessoa a cometer este ato. Dentre esses fatores encontramos os pensamentos de morte, a ideação suicida e as tentativas de suicídio.

A tentativa de suicídio tem as mesmas características fenomenológicas do suicídio, diferindo deste apenas quanto ao desfecho, que não é fatal; neste sentido, deve-

se diferenciá-la de outros comportamentos autodestrutivos, nos quais não existe uma intenção de pôr fim à vida, embora elementos exteriores possam ser comuns a ambos (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA, 2010).

Para a psicanálise, o suicídio é uma situação psicótica que no momento do ato se ativam núcleos e componentes psicóticos da personalidade que permaneciam inativos e neutralizados pelas partes não psicóticas da personalidade e que acabam por se manifestar em dado momento da crise. A tentativa geralmente está associada às fantasias que cada pessoa tem com relação à morte: busca de outra vida, desejo de ressurreição, reencontro com mortos, volta ao seio materno e retorno à vida intra-uterina, agressão e punição ao ambiente (CASSOLAR, 1991).

Kohlrausch (2012) chama a atenção para o aumento dos índices de suicídio, tendo o entendimento que isso vem acontecendo não só pelas predisposições individuais e familiares, mas também pelas condições de vida, pressão social, dificuldade de empregabilidade, falta de reconhecimento social, dentre outros.

De acordo com as estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), a mortalidade por suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos, sendo que na maioria dos países o suicídio situa-se entre as duas ou três causas mais frequentes de morte em adolescentes e adultos jovens. No Brasil, embora o coeficiente de mortalidade por suicídio seja relativamente baixo (em torno de 4,5 mortes por 100 mil habitantes), o número de mortes por suicídio chegou a 8.550 em 2005, nos colocando entre os dez países com o maior número de suicídios (BOTEGA et al., 2009).

Segundo Vidal, Gontijo e Lima (2013), os dados sobre as tentativas de suicídio são inconsistentes, no entanto, estima-se que sejam de 10 a 40 vezes maiores que as mortes por suicídio. Os resultados do estudo dos autores mostram que a taxa de mortalidade entre pacientes que tentam suicídio foi superior à esperada na população geral.

Segundo Botega et al. (2005) foi realizado no Brasil o primeiro estudo de base populacional sobre o comportamento suicida. Nele se observou que a cada 17 pessoas que pensaram em atentar contra a sua vida, cinco realmente planejaram, três efetivamente tentaram suicídio e, destes três, apenas um recebeu mais tarde atendimento médico.

Ainda segundo esse estudo, as taxas de prevalência de 17,1 % e 2,7% para ideação suicida e tentativas de suicídio, respectivamente, são semelhantes às encontradas em outros estudos (Europa, EUA e Austrália), em que as taxas de

prevalência para ideação suicida ficam entre 10 e 28 % e as de tentativas de suicídio entre 3 % e 5 % (BOTEGA et al., 2005).

A partir desses dados, elaborou-se a seguinte figura (Figura 1). Nela pode-se observar a diferença entre o pensamento de morte e a tentativa de suicídio em sí. Podemos através de essa figura perceber o quanto fica difícil para se obter dados fidedignos a cerca da população que apresenta pensamentos de morte, plano de suicídio e tentativas de suicídio uma vez que apenas 1 a cada 17 pessoas acessa o serviço de saúde, neste caso, o pronto-atendimento. Faz-se necessário a realização de coletas informações sobre o comportamento suicida diretamente na comunidade para se ter dados mais precisos uma vez que no Brasil os óbitos associados ao suicídio constam nos bancos de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), mas no que se refere às informações sobre as tentativas de suicídio não há registro ou notificação sistemática nos serviços de saúde.

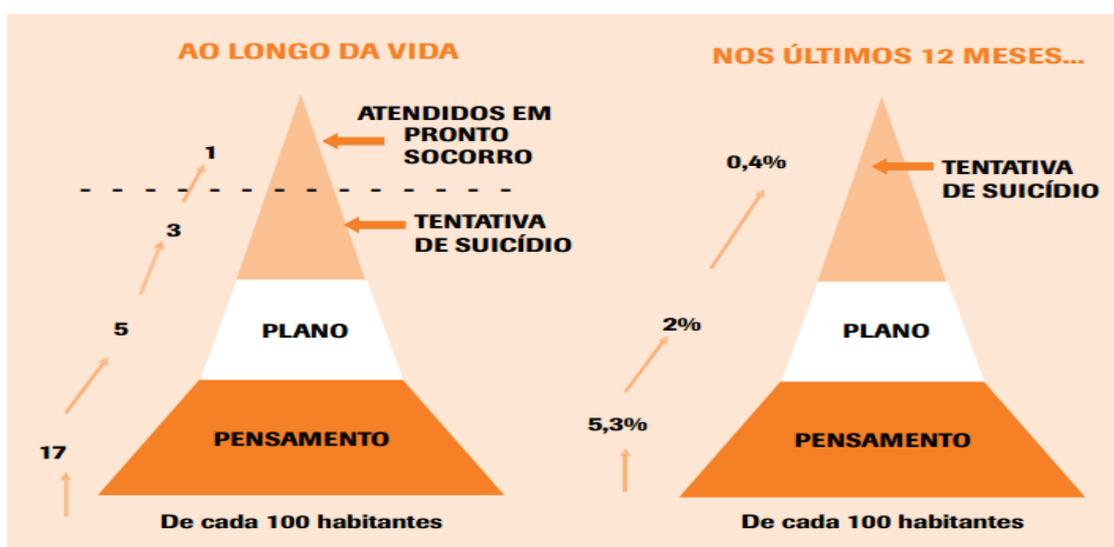


Figura 1- Relação proporcional entre pensamentos, planos e tentativas de suicídio.

Fonte: Brasil (2006).

Um estudo de Coelho et al.(2009), realizado em um hospital de custódia, com pacientes que tentaram suicídio aponta que, dos 20 casos analisados, 45% não constavam dados sobre ocorrência ou não de tentativas anteriores de suicídio, no entanto, no restante, em 50% houve a ocorrência de tentativas anteriores de suicídio e em 5% os sujeitos não haviam tentado suicídio. Quanto ao número de tentativas anteriores, metade (50%) havia tentado uma vez; 30%, duas vezes; 10%, três vezes;

10% tinham mais de três tentativas anteriores ao suicídio. Os meios empregados, segundo os autores, foram em 75% dos casos a morte por enforcamento; em 10% jogaram-se de altura e; os casos de afogamento, automutilação e ingestão de medicamentos representou 5% do total de suicídios.

A procura por um serviço médico, após tentativa de suicídio, depende de vários fatores, entre os quais o grau de gravidade (ou o potencial de risco de morte) da auto-agressão, o acesso e a confiança no sistema de saúde, o estigma da população em relação ao comportamento suicida e o medo da criminalização do ato (BOTEGA et al., 2009).

Em um estudo de Bertolote e Fleischmann (2002) foi observado que quase 98% dos pacientes que cometeram suicídio tinham alguma doença psiquiátrica associada. Além disso, foi comparada a porcentagem de diagnósticos psiquiátricos em pacientes em sofrimento psíquico internado que cometeram suicídio (Figura 2) com a porcentagem de diagnósticos psiquiátricos na população geral e que também cometeu suicídio (Figura 3).

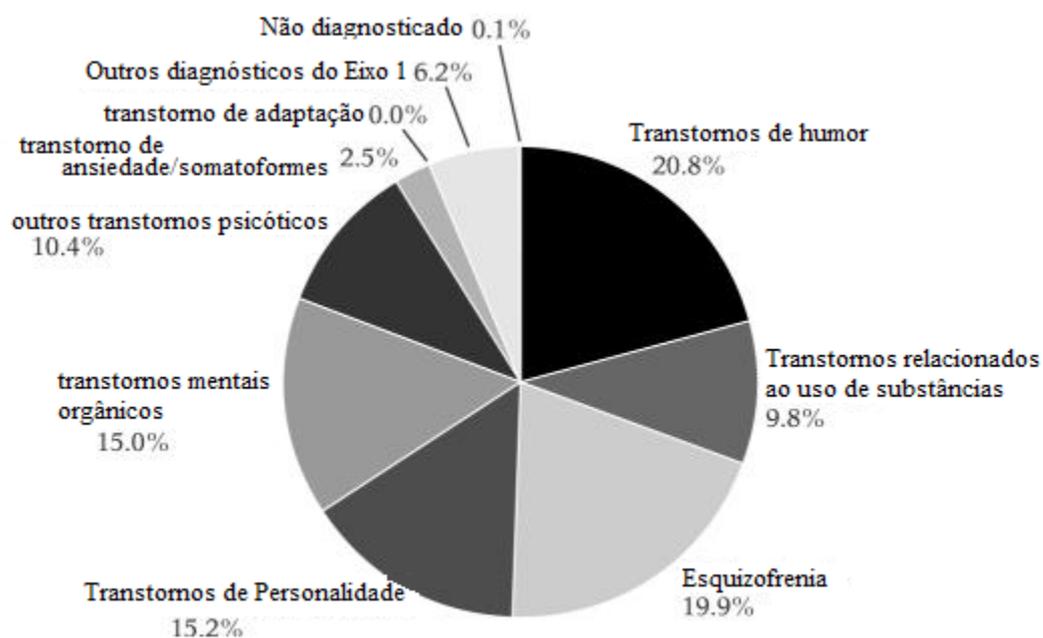


Figura 2 - Distribuição por diagnósticos em estudos com população em sofrimento psíquico internados.

Fonte: BERTOLOTE; FLEISCHMANN (2002).

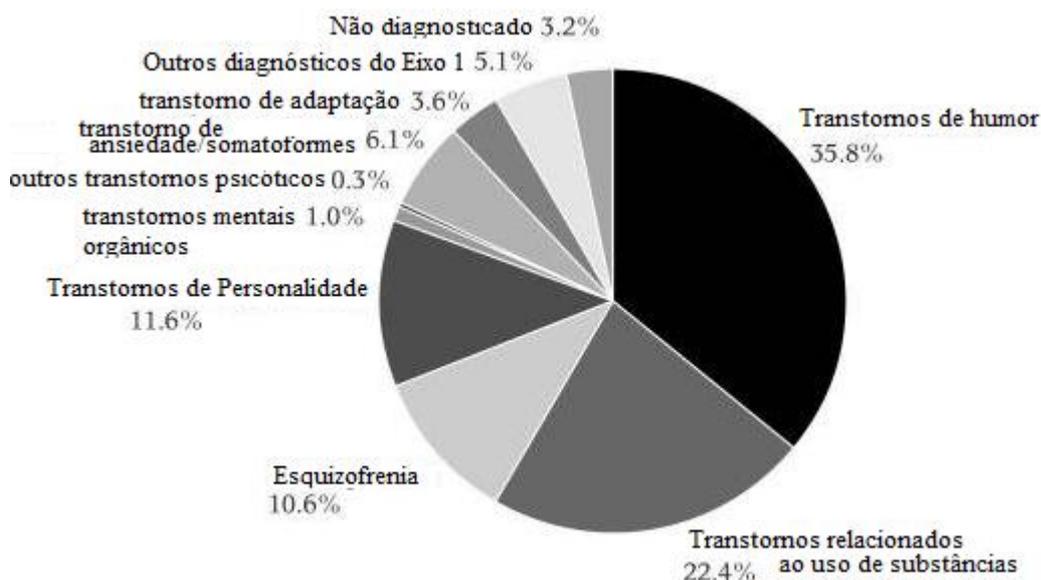


Figura 3 - Distribuição por diagnósticos em estudos com população em geral
 Fonte: BERTOLOTE; FLEISCHMANN (2002).

Os dados apresentados nas figuras acima e descrito na pesquisa apontam para a adequação do tratamento de transtornos mentais como um componente importante dos programas de prevenção do suicídio. Pode se perceber também que o suicídio é encontrado associado com uma variedade de transtornos psiquiátricos e cada um deles possui uma abordagem terapêutica diferente, tornando assim necessária uma abordagem específica para cada paciente e para cada doença psiquiátrica associada (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002).

O Brasil tem buscado ações de proteção à vida por meio de Diretrizes, Manuais e Guias de Prevenção ao Suicídio. Para a atenção ao suicídio, acreditamos na necessidade de uma rede articulada entre os Serviços de Urgência e Emergência, que tem sido a porta de entrada para as tentativas de suicídio, os Serviços de Saúde Mental que apresentam um aporte profissional qualificado para atender comportamentos suicidas, e a Estratégia de Saúde da Família, com atenção junto à família e ao indivíduo com comportamentos de autodestruição (RIBEIRO, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (2014) divulgou o relatório sobre prevenção de suicido mundial. Segundo esse relatório, mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos e a cada 40 segundos uma pessoa se suicida no mundo. Cerca de 75% dos suicídios ocorre em países de baixa e média renda. O Brasil é o oitavo país do mundo com maior número de casos de suicídio, mais de 11,8 mil em 2012 conforme a figura abaixo (Figura 4).

| Country (quality of mortality data**) | Sex | Number of suicides (all ages), 2012 | Crude all ages and age-specific suicide rates (per 100 000), 2012 | | | | | | Age- standardized suicide rates*** (per 100 000), 2012 | Age- standardized suicide rates*** (per 100 000), 2000 | % change in age- standardized suicide rates, 2000-2012 |
|---|------------|--|--|---------------|----------------|----------------|----------------|--------------|---|---|--|
| | | | All ages | 5-14 years | 15-29 years | 30-49 years | 50-69 years | 70+ years | | | |
| Botswana (4) | both sexes | 64 | 3.2 | 0.6 | 4.5 | 3.8 | 5.2 | 12.6 | 3.8 | 4.1 | -7.8% |
| | females | 17 | 1.7 | 0.3 | 2.2 | 1.4 | 3.4 | 8.7 | 2.0 | 2.3 | -11.8% |
| | males | 48 | 4.7 | 0.8 | 6.9 | 5.9 | 7.4 | 19.4 | 5.7 | 6.2 | -7.0% |
| Brazil (1) | both sexes | 11 821 | 6.0 | 0.4 | 6.7 | 8.4 | 8.0 | 9.8 | 5.8 | 5.3 | 10.4% |
| | females | 2623 | 2.6 | 0.3 | 2.6 | 3.7 | 3.8 | 3.3 | 2.5 | 2.1 | 17.8% |
| | males | 9198 | 9.4 | 0.4 | 10.7 | 13.3 | 12.7 | 18.5 | 9.4 | 8.7 | 8.2% |
| Brunei Darussalam (2) | both sexes | 25 | 6.2 | 0.2 | 6.0 | 8.0 | 11.2 | 15.1 | 6.4 | 5.5 | 16.9% |
| | females | 10 | 4.9 | 0.2 | 4.5 | 6.1 | 9.3 | 13.7 | 5.2 | 4.2 | 24.2% |
| | males | 15 | 7.4 | 0.2 | 7.5 | 10.0 | 13.0 | 16.7 | 7.7 | 6.8 | 12.6% |

Figura 4 - Histórico de suicídios no Brasil no ano de 2012

Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2014).

Para o Ministério da Saúde, uma estratégia nacional de prevenção, envolve uma série de atividades, em diferentes níveis, e uma delas é a qualificação permanente das equipes de saúde. Uma vez que várias doenças mentais, como transtorno do humor, transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas, transtorno de personalidade, esquizofrenia e transtornos de ansiedade, se associam ao suicídio. A detecção precoce de fatores de risco para o suicídio, como transtornos mentais, sócio-demográficos, psicológicos e condições clínicas incapacitantes juntamente com o tratamento apropriado dessas condições são importantes na sua prevenção (BRASIL, 2006).

Apesar dos dados brasileiros serem alarmantes existe regiões que destoam ainda mais e os índices de suicídio são ainda maiores. Segundo o estudo de Ferreira e Trichês (2014) o município onde realizaram suas coletas apresentou uma taxa de suicídios de 21,42 para cada 100.000. Este município fica localizado no sul do Brasil e entre as regiões brasileiras, a região Sudeste concentra 50% dos registros de suicídio; a região Sul possui os maiores coeficientes de suicídio; e as regiões Norte e Nordeste apresentam os menores índices. Os estados brasileiros com maiores taxas de suicídio são o Rio Grande do Sul (entre 8 e 10 para cada 100.000 habitantes), Santa Catarina (7 a 8,5 para cada 100.000 habitantes), Paraná (7,1 suicídios por 100.000 habitantes), seguidos de São Paulo e Goiás (SOUZA, et al., 2011).

Nos serviços de saúde, dentre eles nas Unidades de Internação Psiquiátrica, os profissionais da equipe de enfermagem, têm papel importante neste processo, pois estes estão diretamente em contato com indivíduos, podendo observar riscos e atitudes que poderão levar ao suicídio do paciente que está sendo assistido durante o processo de cuidar. Além disso, o enfermeiro poderá estimular o indivíduo a verbalizar o que o motiva a pensar a dar fim a sua vida, exercitando por meio de uma escuta qualificada o cuidado, buscando assim, subsídios para a atuação preventiva (RIBEIRO, 2012).

O estudo de Carmona-Navarro e Pichardo-Martinez (2012) aponta que os profissionais de enfermagem em geral mostram atitude desfavorável perante o comportamento suicida ($M=65,31$), no entanto, parte dos profissionais ($M=21,89$) de enfermagem rejeita o conceito de imoralidade do suicídio. O profissional de enfermagem que tem uma melhor aceitação do comportamento suicida tem maior condição de prestar melhor assistência ao paciente suicida.

Segundo as referidas autoras, a maior efetividade no manejo do paciente suicida levaria à diminuição das taxas de morbidade e mortalidade devidas ao suicídio, conseguido por meio de capacitações sobre comportamento suicida.

A maioria das pessoas com ideação suicida envia sinais diretos ou indiretos a outras pessoas a respeito da intenção de se machucar, buscando ajuda. Por isso, o enfermeiro não deve ignorar indicações de ideação suicida, ainda que pareçam triviais ou sutis, nem a condição emocional ou o intento do paciente (VIDEBECK, 2012).

A justificativa desta proposta reside em conhecer as vivências dos profissionais que cuidam dos pacientes com risco de suicídio para que se possa olhar para esse profissional e ver quais são os seus anseios e suas necessidades para que continuem realizando o seu cuidado de forma plena e saudável.

Essa pesquisa se torna relevante, pois durante pesquisas em bases de dados nacionais e internacionais há pouco material a respeito desta temática. A maior parte dos trabalhos publicados traz as vivências dos profissionais nas áreas clínicas e de tratamento intensivo, mas não tratam da vivência com o paciente com risco de suicídio. Além disso, possibilitará o desenvolvimento de demais estudos à cerca desta temática.

Lidar com a morte de um paciente gera muitas vezes uma sensação de sofrimento por parte da equipe de enfermagem, pois, o profissional tem sido preparado, nos cursos de graduação, para salvar vidas e não para perdê-las (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010). Ainda segundo as autoras o trabalho de enfermagem é um gerador

de sentimentos ambíguos que ora pode colaborar para as vivências de prazer e ora para as vivências de sofrimento.

Em outra pesquisa também se comenta que discutir a morte desde o processo de formação pode não isentar o profissional do sofrimento, porém, pode prepará-lo a suportar melhor o processo (JASKOWIAK; ZAMBERLAN; FONTANA, 2013). Neste estudo a maioria dos técnicos de enfermagem relatou dificuldades para lidar com a morte de paciente que estavam sob os seus cuidados e a grande maioria não se sente preparado para enfrentar essas situações.

Para Kuhn, Lazzari e Jung (2011) a idade, sexo, tempo de profissão, experiência, religião e turno de trabalho não são elementos significativos nas percepções manifestadas pelos profissionais de enfermagem frente ao paciente sem vida e que os sentimentos e vivências foram comuns a todos os participantes do estudo.

Para Dattilio; Freeman (2004), avaliar o risco de suicídio é uma tarefa complexa, no entanto, as escalas de avaliação podem ser úteis e constituem um adjunto importante para a avaliação clínica. As escalas, além de proporcionar um índice quantitativo do humor e da tendência suicida do paciente, podem dar subsídios para detectar quais os pacientes que apresentam risco.

Além disso, esse estudo poderá mostrar como acolher melhor os profissionais que passam por essa situação aonde vem um paciente que está ao seu cuidado tentando suicídio. Pois essas vivências podem deixar marcas na vida dos profissionais envolvidos (KUHN; LAZZARI; JUNG, 2011).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, que se caracteriza pelo caráter flexível, capaz de se ajustar ao que está sendo apreendido durante a coleta de dados. Busca uma visão holística, por isso o pesquisador deve se envolver intensamente, tornando-se instrumento da pesquisa. Também exige uma análise contínua dos dados coletados, à medida que pode formular estratégias subsequentes e determinar o momento em que o trabalho de campo pode ser encerrado.

A pesquisa qualitativa tem por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social, neste caso, trabalhar com o universo de significados, atitudes, crenças, valores e aspirações de trabalhadores em saúde mental relacionados às suas vivências frente ao risco de suicídio. A pesquisa qualitativa visa a desenvolver uma nova maneira de interpretar o mundo, considerando suas transformações, particularidades e a interação dos sujeitos com a sua própria natureza (MINAYO, 2006).

Entende-se que a pesquisa qualitativa também compreende uma ligação pesquisador/pesquisado em que o processo se torna intersubjetivo, havendo contato com o outro, uma vez que o pesquisador interage com o ambiente e com as pessoas durante o período de investigação, podendo modificar este ambiente e, ao mesmo tempo, ser modificado pela aquisição de novas experiências e visões de mundo (POLIT; HUNGLER, 2004).

Assim, podemos definir este estudo como exploratório, de caráter descritivo, que teve como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, proporcionando uma visão geral acerca de um fato. Este tipo de pesquisa foi escolhido pois este assunto é pouco explorado na literatura e a pesquisa exploratória permite a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Além disso, foi utilizado o caráter descritivo pois este tem como finalidade estudar as características de determinada população ou fenômeno, levantando opiniões, atitudes e crenças de uma população (GIL, 2007).

O método utilizado foi o Estudo de Caso, pois este método permite uma investigação que preserva as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real (YIN, 2010).

Para o referido autor, a preferência pelo uso do Estudo de Caso deve ser dada quando do estudo de eventos contemporâneos, em situações onde os comportamentos relevantes não podem ser manipulados, mas onde é possível se fazer observações diretas e entrevistas sistemáticas.

Ao se decidir pela execução de um Estudo de Caso, deve-se considerar as habilidades na condução de um estudo qualitativo dessa natureza. Segundo Yin (2010), estas habilidades mais comumente encontradas são: habilidade para fazer perguntas e interpretar os resultados; habilidade para ouvir e não se deixar prender pelas suas próprias ideologias e percepções; habilidade para adaptar-se e ser flexível para que possa ver as novas situações encontradas como oportunidades e não ameaças e firme domínio das questões em estudo.

Nesse sentido, considerando a relevância da estratégia do método do Estudo de Casos procurei saber as vivências dos profissionais de enfermagem frente ao paciente com risco de suicídio.

4.2 Campo de Estudo

O estudo foi realizado em uma Unidade de Internação Psiquiátrica caracterizada como uma unidade que interna pacientes em quadros agudos de sofrimento psíquico, pertencente ao do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é uma empresa pública de direito privado, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) localizado no bairro Bom Fim, na cidade de Porto Alegre.

A partir de 1962 se deu início a substituição gradual de grandes hospitais psiquiátricos para unidades de internação pequenas com em média 30 leitos. Essas unidades que são alocadas em Hospitais Gerais reaproximam os psiquiatras e equipe de saúde das escolas e da medicina geral. Além disso, elas permitem, aos paciente, a preda do estigma de terem sido internados em hospitais psiquiátricos. Essas unidades tem como um dos objetivos desencorajar a institucionalização promovendo apoio, tratamento moderno, evitar a progressão de crise para a cronicidade, realizar encaminhamentos e dar continuidade de tratamento médico e de saúde mental.

A unidade onde ocorreu esta pesquisa possuiu, para iadelização de sua planta física, a participação de arquitetos, psiquiatras, enfermeiros e administradores trocando

ideias para o bom funcionamento. Ela foi inaugurada em abril de 1984 e atualmente possui 36 leitos de internação, dentre eles 26 voltados para o Sistema Único de Saúde (SUS) e 10 voltados ao atendimento de pacientes com convênios privados ou particulares. Os leitos SUS possuem 5 enfermarias, 4 com 6 leitos, sendo 2 enfermarias masculinas e 2 femininas e 1 enfermaria com 2 leitos ou masculinos ou femininos conforme a demanda.

As internações ocorrem através da central de leitos onde a Unidade Hospitalar ou o Serviço de Saúde acionam a central telefônica; essa por sua vez repassa as informações na busca do leito. Baseado nas informações fornecidas pelo “mapa de leitos disponíveis” e do contato telefônico para passar o caso da unidade de onde o paciente é oriundo, o hospital autoriza a transferência do paciente. No caso da internação psiquiátrica os pacientes vem encaminhados por dois serviços de referência: Unidade Básica de Saúde Vila Cruzeiro FEBEM e Emergência Psiquiátrica do IAPI.

A unidade de internação psiquiátrica onde ocorreu a pesquisa é composta por uma equipe multidisciplinar. A equipe fixa de enfermagem é distribuída em 6 turnos de trabalho, com 34 funcionários:

1. Manhã: 2 enfermeiros e 6 técnicos de enfermagem
2. Intermediário(10h às 16h): 1 técnico de enfermagem
3. Tarde: 2 enfermeiros e 6 técnicos de enfermagem
4. Noite (3 turnos): 1 enfermeiro e 4 técnicos de enfermagem
5. Finais de semana/feriados: 2 enfermeiros plantonistas

Os turnos de trabalho para os profissionais de nível técnico se dividem em: manhã, intermediário, tarde, noite I, noite II e noite III. Nos turnos da manhã e da tarde a unidade possui seis técnicos e nos turnos da noite quatro. Para os profissionais de nível superior existe a seguinte divisão: manhã, tarde, noite I, noite II, noite III e sexto turno.

O Sexto Turno é específico para categoria profissional dos enfermeiros e abrange cobertura de sábados, domingos e feriados em plantões de 12 horas não influenciando na escala da equipe técnica. Nos turnos da manhã, tarde e sexto turno estão alocados dois enfermeiros, em cada noite fica um enfermeiro.

4.3 População do Estudo

Por este ser um estudo de natureza qualitativa é essencial buscar indivíduos que além de serem profissionais de enfermagem em saúde mental tenham relação interpessoal com os pacientes, para que possam contribuir com o relato de suas vivências sobre o fenômeno a ser investigado. Assim, daremos voz a estas pessoas, propiciando a imersão nas vivências destes profissionais referentes ao suicídio.

Para tanto, os participantes do estudo foram profissionais do Serviço de Enfermagem Psiquiátrica do HCPA que atuam junto a Unidade de Internação Psiquiátrica desta Instituição.

De acordo com Gaskell (2003), há um limite máximo ao número de entrevistas que é necessário fazer e possível de analisar nas investigações qualitativas, sendo que para cada pesquisador, este limite é algo entre 15 e 25 entrevistas.

Assim, esta pesquisa foi composta por 20 profissionais, sendo oito enfermeiros e 12 técnicos de enfermagem, tendo em vista a proporcionalidade dos mesmos na composição da equipe.

O critério de inclusão para participação na pesquisa foi: ser profissional da equipe de enfermagem da Unidade de Internação Psiquiátrica (enfermeiros e técnicos de enfermagem) a mais de um ano.

Foram excluídos da participação no estudo profissionais da equipe de enfermagem da Unidade de Internação Psiquiátrica que se encontram de atestado por mais de 15 dias e que estivessem trabalhando a menos de um ano no serviço.

4.4 Coleta das Informações

A coleta das informações ocorreu por meio de entrevista semi-estruturada por esta possibilitar uma maior flexibilidade, profundidade e reflexão permitindo o alcance dos objetivos deste estudo. Uma das características da entrevista semi-estruturada é a utilização de um roteiro previamente elaborado.

A coleta foi realizada com os participantes do estudo, e portanto, de acordo com um modelo previamente elaborado (APÊNDICE A) e com a seguinte questão norteadora: Fale-me sobre suas vivências relacionadas a pacientes com risco de suicídio.

Gil (2007) explica que o entrevistador deve permitir que o entrevistado possa falar livremente sobre o assunto, mas, quando este se desvia do tema original é papel do entrevistador esforçar-se para a sua retomada.

As entrevistas foram previamente marcadas e ocorreram no próprio local de trabalho dos funcionários e no horário de sua jornada de trabalho. Elas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Tive o cuidado em conduzir a entrevista ouvindo os sujeitos sem senso crítico de julgamento, buscando interagir numa abordagem compreensiva.

A compreensão das vivências dos profissionais poderá servir de subsídio para o cuidado, favorecendo a tomada de decisão da equipe de enfermagem quanto ao risco de suicídio.

4.5 Análise de Conteúdo

Para a análise das informações coletadas utilizei a análise por categorias, enquanto uma das técnicas da análise de conteúdo, que funciona por operações de desmembramento do texto em unidades (BARDIN, 2011), bem como por meio da literatura disponível de pesquisas sobre suicídio.

Esse tipo de análise divide-se em três passos, que destaco a seguir:

1. A pré-análise; a transcrição e a leitura integral de cada entrevista. Nessa etapa organiza-se o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional e sistematizar as ideias iniciais. Fazem parte dessa etapa: a análise flutuante, a escolha dos documentos, a preparação do material e a referenciação de índices e a elaboração de indicadores.

São empreendidas várias leituras de todo o material coletado, a princípio sem compromisso objetivo de sistematização, mas sim se tentando apreender de uma forma global as ideias principais e os seus significados gerais.

Nesta fase da pré-análise existe uma interação significativa do pesquisador com o material de análise, pois como um contato totalizante, muitas das impressões trabalhadas no contato direto com o sujeito afloram na lembrança e auxiliam na condução deste procedimento.

2. A exploração do material: nessa etapa se faz a efetivação das decisões tomadas na pré-análise. É o momento em que os dados brutos são transformados de

forma organizada e agregadas em unidades de informação, que permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo.

O evidenciamento das unidades de análise temáticas, que são recortes do texto, consegue-se segundo um processo dinâmico e indutivo de atenção ora concreta a mensagem explícita, ora as significações não aparentes do contexto.

Difícil neste momento é delinear com absoluta transparência os motivos da escolha deste ou daquele fragmento, sem levar em consideração que a relação que se processa entre o pesquisador e o material pesquisado é de intensa interdependência. Para tal são utilizados os objetivos do trabalho e algumas teorias como primeiros norteadores, porém, não se pode na análise dissociar-se, nem em última instância abster-se do uso de recursos mentais e intuitivos que muitas vezes transcendem as questões postuladas e são definitivamente necessários a uma análise deste porte. Essas unidades de informação são agrupadas em categorias (eixos temáticos) devido ao fato de terem características comuns.

3. Tratamento dos resultados, inferência e interpretação das informações: nessa etapa os resultados são separados de modo a serem significativos e válidos, reagrupando as categorias em marcadores.

As categorias são como grandes enunciados que abarcam um número variável de temas, segundo seu grau de intimidade ou proximidade, e que possam através de sua análise, exprimirem significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos de estudo e criem novos conhecimentos, proporcionando uma visão diferenciada sobre os temas propostos. Após, realiza-se a síntese e a seleção dos resultados, a inferência e a interpretação com as contraposições da literatura.

4.6 Considerações Bioéticas

Neste estudo foram observados os aspectos éticos em relação à pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução CNS N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Após o processo de qualificação do projeto ele foi enviado à Comissão de Pesquisa da EENF-UFRGS, para ciência do Programa, para a Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, para parecer (ANEXO).

O sigilo e o anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa foram garantidos por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este

foi entregue aos sujeitos participantes do estudo, que também terão assegurados o direito de serem esclarecidos ou de abandonarem o estudo em qualquer etapa do processo, sem quaisquer danos para os mesmos (APÊNDICE B).

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação e a discussão dos resultados coletados neste trabalho serão apresentadas em dois momentos distintos. O primeiro momento será detalhado a caracterização dos participantes do estudo e no segundo momento será realizada a descrição e análise do material coletado.

5.1. Caracterização dos Participantes

A coleta de dados aconteceu no próprio local de trabalho e no horário de trabalho dos participantes. Foi realizado um combinado prévio com a chefia do serviço a fim de escolher um melhor horário em cada turno para que não se alterassem as rotinas ou houvesse implicações para a assistência aos pacientes.

Os participantes da pesquisa formam eleitos de forma aleatória e representativa, integrantes de todos os turnos e nível de assistência de enfermagem. A amostra foi constituída por 20 profissionais da enfermagem que aceitaram participar da pesquisa, que atendiam ao critério de inclusão e que assinaram o termo de consentimento livre esclarecido.

Destes 20 profissionais, 12 eram de nível técnico em enfermagem e oito eram de nível superior em enfermagem. Com relação ao sexo, destes 12 eram do sexo feminino e 8 do sexo masculino.

Conforme o gráfico abaixo se observa uma predominância de funcionários do sexo feminino por ser , ainda, uma característica da enfermagem. Contudo observa-se também que o número de homens destoa das unidades de internação do mesmo hospital (Gráfico 1).

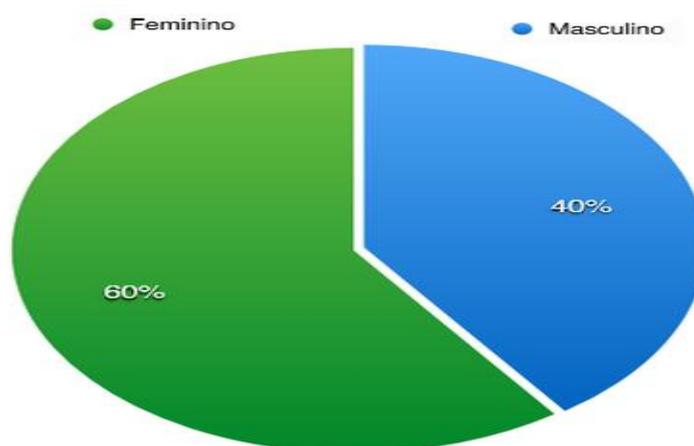


Gráfico 1- Proporção de gênero dos entrevistados

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Com relação à faixa etária dos participantes do estudo podemos observar que variou entre 26 e 67 anos. Para ilustrar foi elaborado um gráfico com todos os participantes do estudo dentro de faixas etárias com intervalo de 5 anos entre cada uma (Gráfico 2).

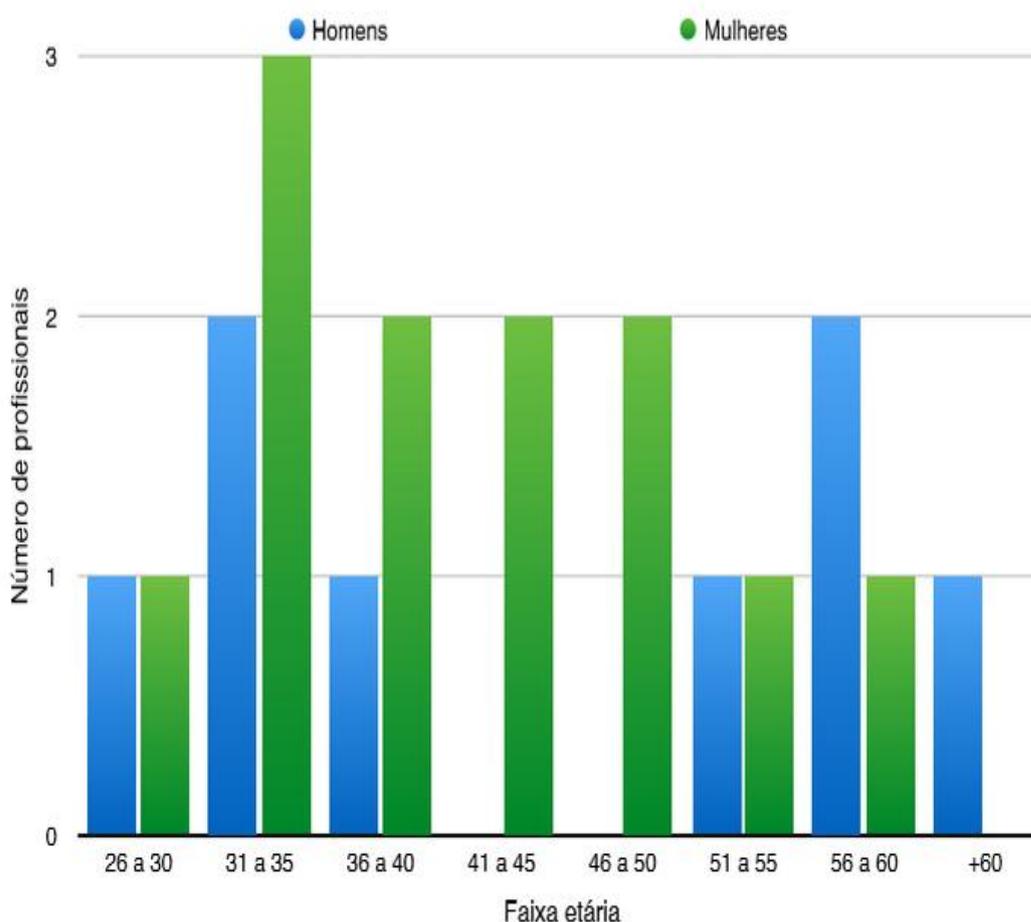


Gráfico 2 - Divisão por faixa etária

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Analisando o tempo de serviço dos profissionais entrevistados observamos que todos possuíam mais de um ano de experiência profissional trabalhando na unidade de internação psiquiátrica onde foi realizado o estudo e o que estava a mais tempo possui 35 anos de trabalho no mesmo serviço. Elaborei o seguinte gráfico com o tempo de serviço dos entrevistados (Gráfico 3):

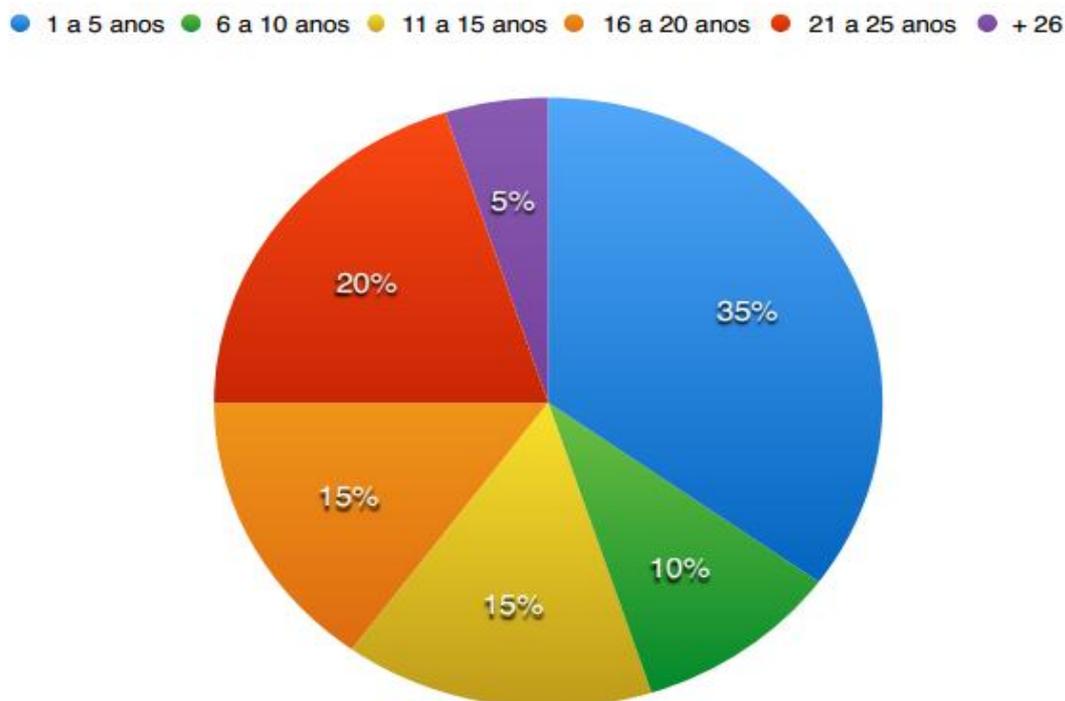


Gráfico 3 - Divisão por tempo de serviço
Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

5.2 Apresentação dos resultados da análise de conteúdo

Segundo a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011), realizei a sistematização e a análise dos dados coletados.

Inicialmente foi realizada a pré-análise, onde todas as entrevistas foram codificadas e lidas na íntegra. Durante o processo de transformação dos dados brutos em unidades de informação foi levado em consideração o fato de que estas devem representar conjuntos de informações que tenham um significado completo em si mesmo, ou seja, elas poderão ser interpretadas sem a necessidade de informação adicional.

O processo de transformação dos dados brutos em unidades de informação se fez importante uma vez que após essa etapa as unidades de informação serão tratadas fora do contexto da mensagem original.

Com as unidades de informação selecionadas foi iniciada a segunda etapa da análise dos dados. Essa segunda etapa é uma prática da análise de conteúdo que visa a união entre as unidades de informação com características comuns em um eixo temático.

O eixo temático, de modo geral é mais amplo do que as unidades de informação, mas tem a finalidade de fixando limites contextuais para interpretá-la. O tema pode ser compreendido como uma escolha própria do pesquisador, escolhidos através dos objetivos de sua pesquisa e indícios levantados do seu contato com o material estudado, tendo comprimento variável e podendo abranger ou aludir a vários outros temas.

Na etapa final de tratamento das informações coletadas vem a categorização. Este é um procedimento no qual se unificam eixos temáticos que tem significados em comum existente entre eles.

Nesta etapa as categorias foram classificadas por semelhança entre si. Segundo Moraes (1999), estes critérios podem ser semânticos, originando categorias temáticas, podem ser sintáticos definindo-se categorias a partir de verbos, adjetivos e substantivos, ou podem ser constituídas a partir de critérios léxicos, com ênfase nas palavras e seus sentidos.

Vale ressaltar que o importante é que cada categorias seja fundamentada em apenas um destes processos. A categorização deste estudo foi escolhida a utilização de critérios léxicos.

Além disso, as categorias devem obedecer aos cinco principais critérios para a sua constituição, que são: devem ser válidas, pertinentes ou adequadas; devem obedecer ao critério da exaustividade, da homogeneidade, de exclusividade e de objetividade, consistência ou fidedignidade.

Na análise deste estudo emergiram três categorias, são elas: a visão à cerca do cuidado, o impacto na vida profissional e o cuidado diferenciado. Cada uma dessas categorias possui dois ou três eixos temáticos como base.

As unidades de informação de cada eixo temático serão trazidas ao longo da análise dos dados e à medida que forem pertinentes para o estudo. Vale ressaltar que a análise do material se processa de forma cíclica e não linear uma vez que os dados não falam por si sendo necessário extrair deles o significado. Isto em geral não é atingido

num único esforço e o retorno é periódico aos dados, com a finalidade de procurar significados mais explicados (MORAES, 1999).

Com a finalidade de tornar mais visual a divisão dos eixos temática em categorias elaborou um quadro onde se observa as categorias e seus respectivos eixos temático:

| CATEGORIAS | EIXOS TEMÁTICO |
|------------------------------|---|
| Visão à cerca do cuidado | Imprevisibilidade |
| | Experiência prévia como facilitadora do cuidado |
| Impacto na vida profissional | Trauma |
| | Dificuldade no cuidado |
| | Insegurança |
| Cuidado diferenciado | Diálogo |
| | Vínculo |
| | Vigilância/ observação |

Quadro 1 - Categorização

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

5.2.1 Visão à cerca do cuidado

A categoria de visão à cerca do cuidado possui dois eixos temáticos que foram unidos por apresentarem sentidos parecidos e unidades de informações inter-agrupadas. Os eixos temáticos destas categorias foram: imprevisibilidade e experiência prévia como facilitadora do cuidado.

5.2.1.1 Imprevisibilidade

Segundo as vivências, descritas pelos profissionais entrevistados, os pacientes com risco de suicídio apresentam um comportamento imprevisível. Essa

imprevisibilidade foi observada ao longo da vida profissional de cada um e do cuidado diário à pacientes com riscos de suicídio.

“... Não é como um paciente que ele pode estar verbalizando um delírio, verbalizando uma alucinação, ele pode ser imprevisível...” (E4)

Há uma coexistência de desejos e atitudes divergentes que capturam o impasse do indivíduo frente à vida. Por vezes o paciente deseja morrer e, concomitantemente, deseja ser resgatado ou salvo. A maioria dos pacientes suicidas é ambivalente, incorpora uma batalha interna entre o desejo de viver e o desejo de morrer (BERTOLOTE, MELLO-SANTOS, BOTEGA, 2010).

“...presenciei um paciente que estava preparando uma forca...este paciente até o momento não tinha demonstrado isso...” (E5)

“...aquele que fala muito que vai se matar,mas aquele que é mais quieto eu me preocupo mais...” (E6)

Ainda segundo o estudo de Bertolote, Mello-santos e Botega (2010) alguns pacientes que decidem cometer o suicídio podem esconder isso da equipe que o está assistindo, parecem calmos, transmitindo falsa impressão de melhora.

“... foi um paciente que não deu sinais... ele simplesmente cometeu o ato...” (E7)

“...parecia que estava muito melhor e veio para o quarto e se enforcou com o lençol...”(E8)

Um estudo realizado por Simon et al.(2001) demonstra que 24% dos participantes relataram a realização da tentativa de suicídio apenas 05 minutos após terem tomado a decisão, destacam o risco de suicídio em indivíduos que possuem personalidade.

“...eu comentei, nossa como ele está bem, que bom, e naquela noite ele se matou...” (E9)

“...de uma hora pra outra...tinha tentado suicídio...” (E15)

A impulsividade dos pacientes com risco de suicídio também é abordada no Manual Dirigido a Profissionais das Equipes de Saúde Mental, conforme discutido previamente, onde ela está entre as três características próprias da pessoa que se encontra com risco de suicídio.

Ou seja, o suicídio pode ser também um ato impulsivo pode ser transitório e durar alguns minutos ou horas e acalmado tal crise e ganhando tempo, o profissional da saúde pode ajudar a diminuir o risco suicida (BRASIL, 2006)

5.2.1.2 Experiência prévia como facilitadora do cuidado

Durante a formação acadêmica dos profissionais de enfermagem, tanto de nível técnico quanto de nível superior, somos incentivados a estimular a vida, curar, reabilitar, promover a melhora do paciente que temos sob nossos cuidados. Contudo, muitas vezes o currículo não prevê suporte teórico, técnico e humano para confrontar-se com situações de morte opcional dos pacientes. O saber como lidar com essa situação, saber como agir, o que fazer, surge ao longo do seu exercício profissional e, conforme alguns entrevistados, facilita a assistência ao paciente com risco de suicídio.

“... Eu aprendo muito com isso e hoje em dia eu tenho muito cuidado...” (E3)

“...eu consigo hoje olhar e se o paciente tem risco, ficar bem mais atento... tu vai trabalhando tu consegue ver bem...” (E6)

Segundo Shestattatsky et al.(1987), existe um despreparo dos profissionais para lidar com esses pacientes, o que se deve à falta de um treinamento específico. O que sugere que essa lacuna pode ser preenchida pelas vivências desses profissionais, sendo elas uma forma empírica derivada de experiências cotidianas, que provém de tentativas, erros e acertos com a finalidade de adquirir conhecimento.

“...eu aprendi que mesmo o paciente estar melhor, mais sossegado, não é sinal de que houve alguma melhora...” (E9)

Aguiar et al.(2006) diz que a formação acadêmica pode deixar algumas lacunas fazendo com que o profissional acredite que somente a cura e o restabelecimento são características de um bom cuidado.

“... aquele dia...tinha muita gente inexperiente junto no caso...então um certo momento acaba atrapalhando que daí para a gente fazer um manejo amistoso...” (E7)

“como aqui é um hospital escola...não é que eles sejam mal avaliados, mas... digamos, eles (residentes) são

inexperientes...risco de suicídio fica uma coisa meia dúbia...” (E13)

Um estudo realizado com enfermeiros especialistas em saúde mental mostra que os entrevistados sentiam-se fortemente gratificados com o reconhecimento profissional e o que mais é gratificante para eles é ser reconhecido por parte da equipe e por parte do paciente psiquiátrico como um profissional qualificado e competente (LIMA et al., 2012).

Podemos observar, então, uma procura maior por conhecimento a fim de qualificar a assistência e a buscar de dados mais qualificados e não permanecendo apenas nos dados empíricos. Essa qualificação pode acarretar em prevenção e diminuição dos números de suicídios nas unidades de internação e existe também, na equipe técnica o desejo de aprimorar os seus conhecimentos através da troca de conhecimento com as enfermeiras.

“se eu vejo que o paciente tá com risco, já falo com a enfermeira para vermos o que fazer...” (E11)

A especialização possibilita aos profissionais lidar melhor com os preconceitos e dificuldades, abrindo assim, perspectivas para um melhor cuidado às pessoas que não vêem sentido na própria vida (SILVA; BOEMER, 2004).

5.2.2 Impacto na vida profissional

Já a categoria impacto na vida profissional possui três eixos temáticos que também foram unidos por similaridades nas unidades de informação e são eles: trauma, dificuldade no cuidado e insegurança.

5.2.2.1 Trauma

O cuidado de enfermagem em uma unidade de internação psiquiátrica é cercado de vivências prévias dos profissionais. Essas vivências podem impactar na assistência do profissional. Quando tratamos de vivências relacionadas às tentativas de suicídio ou o suicídio consumado, podemos perceber que o profissional passa a agir de uma forma mais cautelosa.

“... Há dois casos que conheço de pessoas bem próximas, ficaram muito traumatizadas...” (E2)

“Teve um suicídio aqui na unidade eu fiquei muito chateada, porque trabalho muitos anos aqui e não tinha acontecido ainda” (E6)

Segundo Ismael (2005) o impacto psicológico do ato suicida nas equipes de saúde costumam ser intensos e por vezes despertam sentimentos de medo, raiva e hostilidade.

“...Para mim quando fala isso me lembra de um menino que logo que me formei ele se enforcou com a calça de pijama na hora do banho... até hoje isso me dói...” (E3)

A equipe está constantemente diante do enfrentamento do processo de morte e morrer e convivem com o sofrimento, a dor, o medo, o desamparo, a desesperança e as perdas de diversos tipos, além do seu próprio sentimento de impotência diante dessas situações (RISSON, 2014).

"...paciente que tem um cuidado maior...é algo quando vai a caso choca bastante..." (E4)

“...já presenciei um paciente que tentou suicídio mas não foi aqui, foi uma sensação e experiência assim terrível...” (E9)

A equipe percebe ainda que mesmo com os ocorridos nem sempre têm à sua disposição um intercâmbio técnico, físico e psicológico dentro do hospital em que desempenham suas funções.

“...eu achava que não ia conseguir mais ficar... fiz muita terapia particular...” (E6)

“...a equipe precisa ser acompanhada também nessas coisas, por que, queira ou não, cada um fica trabalhando mas, com a sua ansiedade, não tem nada que ajude a equipe a facilitar essa questão...” (E12)

5.2.2.2 Dificuldade no cuidado

Considerando que o princípio básico dos profissionais da saúde é a defesa da vida, torna-se, naturalmente, paradoxal o atendimento hospitalar daqueles que, contrariando as leis da natureza, buscam ativa e veementemente a própria morte.

“...é um pouco angustiante, agora dizer que é tranqüilo não é...é um paciente que exige...é o que mais te exige..” (E1)”

Para Nunes (1998), o atendimento ao paciente suicida traz a tona certos preconceitos e dificuldades pessoais que fazem com que, geralmente, o profissional repudie a sua atitude e menospreze a importância do ato.

“...Fico ansiosa, fico preocupada..” (E3)

Em um estudo de SILVA, BOEMER (2004) percebeu-se que muitos dos profissionais percebem as dificuldades de trabalhar com o suicida e, conseqüentemente, com o suicídio, entre eles há uma certa preocupação em dar um acompanhamento aos pacientes, realizando assim, um trabalho mais amplo, além disso, percebem que a estrutura da Instituição não permite um cuidado mais abrangente.

“...eu sinto tristeza, por ver ele nesse momento...eu fico confusa as vezes com esse tipo de situação ... eu não entendo porque ...” (E9)

O profissional de saúde é preparado para salvar vidas, lutar contra a morte, o paciente suicida contradiz todas as formas de preservação da vida. Surgem, então, sentimentos contrários na equipe, que ao mesmo tempo em que aproxima, distancia o profissional de um contato mais direto e caloroso com este paciente. Os auxiliares e técnicos de enfermagem admitiram sentir, simultaneamente, raiva e pena dos pacientes suicidas (RISSON, 2014).

“...da mesma forma que me irrita também me compadece, me fragiliza, faz eu tentar entender porque que na vida dele tem tantas coisas ruins a ponto dele fazer isso” (E10)

5.2.2.3 Insegurança

O Programa Nacional de Prevenção do Suicídio lançou o Projeto Conviver, incluindo bibliografia sobre suicídio para profissionais que cuidam de pessoas com ideação ou tentativa de suicídio ou de familiares sobreviventes, o que pode ajudar no aperfeiçoamento nos cuidados destinados a essas pessoas.

“...paciente que quer se matar ele se mata, ou pode ser com lençol, ou pode ser com cadarço, mas não adianta tirar tudo, e colocar ele numa sala acolchoada...” (E13)

“...equipe médica vai dormir e a gente fica, e a responsabilidade é nossa.” (E12)

Profissionais buscam fazer alianças com seus pacientes para que estes os procurem quando se sentem ameaçados pela ideação suicida. Esses contatos não têm valor legal, mas são possibilidades de prevenção. O aceite dessa aliança não é garantia, pois o paciente pode concordar para não perder o apoio e cuidado do terapeuta (KOVACS, 2013)

5.2.3 Cuidado diferenciado

Por fim, a categoria, cuidado diferenciado, também possui três eixos temáticos: diálogo, vínculo e vigilância/observação. Esses eixos, assim como os demais, também foram escolhidos por critérios léxicos.

5.2.3.1 Diálogo

A relação de ajuda é definida como situação relacional criada e mantida pelo profissional, através da qual o cliente tem oportunidade de passar pela experiência de uma boa comunicação consigo mesmo para se compreender melhor, entrar no processo de congruência ou melhorá-lo, adquirindo atitudes e comportamentos mais construtivos, adequados e satisfatórios para si mesmo nas suas relações com os outros.

Espera-se, assim que a atenção focalize não o problema da pessoa, mas a própria pessoa, sobre seu crescimento, desenvolvimento, maturidade, melhor funcionamento e maior capacidade para enfrentar a vida (FUREGATO, 1999).

"...quando a gente conversa com o paciente, o paciente costuma se abrir, não adianta..." (E7)

“...com o manejo tranquilizador, de acalmá-la, diz que iríamos ajudar ela, ela resolveu entregar os cacos de vidro...” (E16)

Através disso podemos inferir que o desenvolvimento de uma relação profissional empática tem o intuito de procurar conhecer os problemas do outro o mais claramente possível, para tentar ajudar a resolvê-los, segundo seu próprio ponto de vista.

“...eu sempre procuro perguntar como ele está, se está triste mesmo na passagem de plantão...” (E2)

"Pergunta como passou a noite, se assistiu TV, se leu o jornal de hoje, se ele teve notícia da família, inicia com um diálogo quebra gelo..." (E4)

Segundo um estudo realizado por Kondo et al. (2011) a abordagem é iniciada pela a equipe de enfermagem com a observação do comportamento e esta influencia no tipo e na tentativa de diálogo a ser estabelecido, além disso, o primeiro contato e as impressões que o profissional tem do paciente definem condutas posteriores.

Pude perceber que para os profissionais entrevistados é preciso ouvir o paciente para entrar no mundo dos seus sentimentos e concepções pessoais, tolerar seus desvios de comportamento e estimular suas atitudes positivas.

5.2.3.2 Vínculo

O serviço de saúde desempenha papel importante na intervenção e prevenção do suicídio, pois o paciente que tentou é vulnerável a novas tentativas. Assim, é importante o estabelecimento de vínculos interpessoais com o paciente, através da relação profissional de ajuda e de seus vínculos familiares e sociais.

“...tem que criar vinculo para poder trabalhar...” (E1)

Segundo Kantorski, Pinho e Schrank (2003) os enfermeiros devem se valer de relações humanas como subsídio na assistência com o objetivo de assistir ao indivíduo integralmente com base também no respeito às suas vertentes sociais, culturais e psicológicas

"Eu crio um vinculo com todos os pacientes, na verdade, mas sempre procuro criar mais vinculo ainda com o paciente que tem risco de agressão, que tem risco de suicídio, porque...no momento de uma agitação mesmo se tu tem vinculo tu consegue chegar...mais próximo..." (E7)

Comprometida com o paciente sob seus cuidados, a enfermeira, estabelece uma aliança terapêutica, mantendo a capacidade de relacionar-se com o paciente para ajudá-lo a sair amadurecido desse episódio.

Cabe à equipe de saúde criar uma atmosfera acolhedora e compreensiva a fim de promover o re-equilíbrio emocional dos pacientes após tentativas de suicídio e isso dá

através de vínculos que estabelecem um “ pilar emocional ” para que o paciente possa, em seguida, descobrir novas possibilidades e alternativas de vida (ANGERAMI-CAMON, 1996).

“...pensar em se aproximar do paciente para que ele possa ter confiança e nos dizer o que ele está sentindo...” (E11)

Outro estudo traz que como medidas terapêuticas, na assistência de um paciente psiquiátrico, o apoio, permanecer ao lado do paciente quando este está passando por momentos de tensão emocional ou confusão, o saber ouvir e ajudá-lo a tomar decisões e a reconhecer suas próprias limitações além de ressaltar suas características sadias, valorizando seus sucessos e progressos (STEFANELLI, 1983).

5.2.3.3 Vigilância/ Observação

O profissional deve estar atento às suas expressões, pois simples gestos, olhares ou palavras podem ser interpretados pelo outro como ameaçadores. Perceber o outro, no momento presente (aqui e agora), em processo de transformação, é uma forma de respeito e compreensão (FUREGATTO, 1999).

“...é difícil de a gente ter aquela certeza de que a nossa avaliação está sendo a mais eficiente, se a gente está fazendo o correto..” (E10)

“Eles tentam de várias maneiras e se não tiver atento vai acontecer, até porque já aconteceu aqui um suicídio, eu não vi mas pude avaliar a ansiedade da equipe que viu, era um paciente bem grave.” (E14)

Segundo Meleiro (2009) a vigilância permanente e o tratamento mais intensivo dos paciente com risco de suicídio deve-se de que o indivíduo que recebeu a indicação de internação psiquiátrica e um quadro agravado de instabilidade psíquica. Uma das medidas de prevenção do suicídio é alertar a rede de apoio do paciente sobre a vigilância do paciente e restrição de acesso aos meios letais, ou seja, deixar fora do alcance dos pacientes objetos como facas, cordas, medicamentos e substâncias tóxicas

“...Aqui eu já presenciei tentativas de suicídio com cacos de vidro...isso aconteceu sob a nossa vigilância, a gente vigiava ela é num momento de desvio dos olhos ela quebrou a janela e fez essa tentativa...” (E16)

A vigilância deve ser providenciada com o intuito de garantir a segurança do paciente. Pode ser realizado um contrato de "não-suicídio" (verbal ou escrito), que consiste em o paciente concordar em não realizar ato auto-agressão e relatar a um familiar ou membro da equipe se tiver desejos suicidas (MELEIRO, 2009).

6 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO

A realização deste trabalho possibilitou uma reflexão à cerca das vivências dos profissionais frente ao paciente com risco de suicídio. Ele permitiu a compreensão da visão através do cuidado frente ao paciente com esse risco, revelou o impacto na vida profissional e o cuidado diferenciado prestado pela equipe para esses pacientes.

Podemos observar que a equipe de enfermagem enfrenta diferentes sentimentos, emoções, dificuldades e pensamentos que permeiam as situações vivenciadas no cuidado ao paciente com risco de suicídio.

Alguns dessas dificuldades são inerentes da atividade profissional e do cuidado ao pacientes com doenças psiquiátricas. Trabalhar na psiquiatria torna o profissional mais alerta à estímulos emitido por pacientes, sinais estes que são proveniente de suas vivências.

Os riscos, na psiquiatria, são altos e por esse motivo os pacientes estão internados à fim de serem cuidados. A equipe trabalha de forma ativa para que os pacientes recebam a melhor “proteção” possível com o intuito de sua melhora. Para cada risco que o paciente possui, a equipe se molda a fim de que o melhor cuidado seja realizado. Esses moldes são construídos através das vivências de cada indivíduo e da equipe como um todo.

Podemos observar, ao longo das entrevistas que os profissionais percebem o paciente como imprevisível e por isso sentem uma maior necessidade de observação e de vigilância destes pacientes. Essas observações, quanto a imprevisibilidade, são oriundas do cuidado prévio de pacientes com risco de suicídio.

Esse contato prévio influencia no cuidado e torna o profissional mais alerta a estímulos e facilita o seu cuidado. Além disso a experiência prévia facilita no manejo, no diálogo e no vínculo que esses profissionais desenvolvem com os seus pacientes.

Contudo, lidar com pacientes que possuem ideação suicida, tentativas de suicídio prévio, desejos de morte e pensamentos de morte torna-se ambíguo ao que foi apreendido e do que se é pretendido ao se falar em cuidado. Os profissionais de saúde captam o lado agressivo do suicídio e podem senti-lo como ataque, porque foram formados para salvar vidas. Quando a pessoa não deseja viver, os profissionais se sentem confusos, pois as premissas de sua formação são confrontadas.

Muitas vezes, no início de suas vivências, os profissionais tendem a repudiar o paciente e se questionar dos motivos que o leva a cuidar de alguém que não quer mais ser cuidado. As respostas são encontradas no cotidiano, ao perceberem a melhora do paciente, seja por efeitos dos psicotrópicos, ou seja, pela psicoterapia, os paciente retomam a vontade de viver. Isso faz com que o profissional perceba que o paciente pode melhorar e que o que ele realmente precisa é de cuidado até que o seu quadro estabilize.

Porém, o paciente com risco de suicídio gera ansiedade na equipe e essa ansiedade pode estar relacionada a diversos fatores, inclusive pelo fato dele ser um paciente imprevisível. Trata-se de um paciente de difícil cuidado e que exige muito do funcionário que o está cuidando e de toda a equipe.

Percebe-se, com as entrevistas, que quando um paciente apresenta risco de suicídio a equipe tende a se unir com a finalidade de que cada um tenha sua percepção a cerca do paciente e que ele possa ser assistido da melhor forma possível. Mas e quando nada disso é suficiente e o paciente consegue se matar? De acordo com as vivências dos participantes, toda a equipe se penaliza, não existe um culpado e o sentimento de fracasso é compartilhado.

Portanto o cuidado com o paciente com risco de suicídio é uma linha tênue entre viver ou morrer. Esse cuidado pode despertar sentimentos e valores que são oriundos do próprio profissional, que às vezes precisa de ajuda para si e que tende a racionalizar esses sentimentos por não possuir um espaço específico para verbalizar suas angustias e fragilidades.

As vivências profissionais e pessoais da equipe de enfermagem em relação ao atendimento do paciente suicida revelam lacunas técnicas e emocionais. Essas lacunas podem prejudicam uma maior proximidade do paciente com tentativa de suicídio ou as vezes fazer com que os profissionais racionalizem o fato.

Tal dificuldade se deve não só à contrariedade ética que o suicídio representa, mas pela própria formação profissional onde não são priorizados os aspectos psicoemocionais da relação direta com o paciente. Outra dificuldade também é que as vivências são tidas não apenas no cuidado aos pacientes, mas podem estar internalizadas nos profissionais após vivências pessoais.

Frente a isso, considera-se importante propiciar um suporte psicológico aliado a um treinamento específico que reverta em melhoria da qualidade do atendimento ao

paciente suicida, ao mesmo tempo em que os profissionais poderiam ter à sua disposição uma equipe de apoio psicológico durante o atendimento.

A qualificação técnica e humana destes profissionais aumenta as chances de um contato mais próximo e contínuo com os pacientes em sofrimento psíquico, possibilitando a aproximação e o estabelecimento de vínculo entre paciente e profissional, possibilitando uma relação de confiança com o paciente, partindo-se da ideia de que o suicida se encontra em um momento delicado, merecendo ser tratado com dignidade e respeito, na busca de um cuidado digno e humanizado.

Estudos que abordem os sentimentos desses profissionais podem auxiliar no esclarecimento de como promover o cuidado para com a equipe. Saber o que o trabalho desperta nos profissionais pode também ajudar a gestão do serviço a olhar com mais cuidado para os que cuidam.

Percebe-se, também, a importância da continuidade nas investigações sobre os comportamentos suicidas para um aprofundamento deste fenômeno com a finalidade de que a partir dos conhecimentos produzidos, medidas preventivas ao suicídio e à promoção da qualidade de vida da população possam ser fortalecidas.

Sugerem-se também pesquisas que abordem as ações que são realizadas por esses profissionais quando tem sob seus cuidados um paciente com risco de suicídio. Pode-se através disso ajudar aos profissionais a identificar o que a equipe pode fazer ativamente a fim de prevenção e proteção do paciente.

Além disso, uma melhor compreensão do perfil de pacientes em risco de suicídio, tentativas e consumações é fundamental para a criação estratégias e políticas compatíveis para lidar com o problema e auxiliar os profissionais no cuidado.

Em suma, este estudo permitiu a compreensão das vivências dos funcionários da equipe de enfermagem frente ao seu cuidado com paciente que apresenta risco de suicídio. Além disso, possibilitou a continuidade do projeto maior ao qual está vinculado, proporcionando evidências para desenvolvimentos das demais etapas.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
- AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos; 1997. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/saude-e-democracia-a-luta-do-cebes.pdf>> Acesso em: 08 abr 2014.
- ANGERAMI-CAMON. V.A. **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira, Thompson Learning, 1996.
- AGUIAR, I.R. et al. O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em unidade neonatal. **Acta Paulista Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 131-137, 2006.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BERTOLETE, J.M; MELLO-SANTOS, C.; BOTEGA, N.J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 32, supl. 2, p. S87-S95. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a05.pdf>> Acesso em: 14 dez 2014.
- BOTEGA, N. J. et al. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 27, n. 1, p. 45-53, 2005. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n1/23712.pdf>> Acesso em: 15 jan 2015.
- BOTEGA, NJ. et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 25, p. 2632-2638, 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília, 2006.
- BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry**, Malden, v. 1, no. 3, p. 181-185, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489848/>> Acesso em: 25 jun 2014.
- CARMONA-NAVARRO, M.C.; PICHARDO-MARTINEZ, M.C. Atitudes do Profissional de Enfermagem em relação ao comportamento suicida: influências da inteligência emocional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p.1-8, 2012.
- CASSORLA, R.M.S. **Do suicídio: estudos brasileiros**. Campinas: Papirus, 1991.

- CASTRO, A.S.; FUREGATO, A.R.F. Conhecimento e atividades da enfermagem no cuidado do esquizofrênico. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 4, n. 10, p. 957-965, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a08.htm>>. Acesso em: 12 nov. 2014.
- COELHO, E.R. et al. Suicídio de internos em um hospital de custódia e tratamento. **J. Bras. Psiquiat.** Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 92-96, 2009.
- CORRÊA, H.; BARRETO, SP. **Suicídio: uma morte evitável**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- CUNHA, JA. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- DATTILIO, F.M.; FREEMAN, A. **Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situação de crise**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- DURKHEIM, E. **O Suicídio**. 6. ed. Lisboa: Presença, 1996.
- FERREIRA, V.R.T.; TRICHÊS, V.J.S. Epidemiological profile of suicide attempts and deaths in a southern Brazilian city. **Psico**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 219-227, 2014. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/13980/11711>>. Acesso em: 15 dez. 2014.
- FUREGATO, A.R.F. **Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem**. Ribeirão Preto: Scala, 1999.
- GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, W. M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- ISMAEL, S.M.C. (Org.). **Temas de prevenção, ensino e pesquisa que permeiam o contexto hospitalar**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- JASKOWIAK, C.R.; ZAMBERLAN, P; FONTANA, R.T. Processo de morte e morrer: sentimentos e percepções de técnicos em enfermagem. **Rev. Pesq.: Cuid. Fundam. Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3515-3522, 2013.
- KANTORSKI, L.P.; PINHO, L.B. SCHRANK, G. O relacionamento terapêutico e o cuidado em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 201-207, 2003.
- KOHLRAUSCH, E.R. **Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na Estratégia Saúde da Família**. 2012. 197 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- KONDO, E.H. et al. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 501-507, 2011.

- KOVACS, M.J. Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. **Psicol. Teor. Prat.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 69-82, 2013.
- KUHN, T.; LAZZARI, D.D.; JUNG, W. Vivências e sentimentos de profissionais de enfermagem nos cuidados ao paciente sem vida. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1075-1081, 2011.
- LIMA, R.V.M. et al. Papéis, conflitos e gratificações de enfermeiros especialistas em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiania, v. 1, n. 14, p. 59-67, mar. 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a07.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2014.
- MARTINS, J.T.; ROBAZZI, M.L.C.C.; BOBROFF, M.C.C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 1107-1111, 2010.
- MELEIRO, A.M.A.S. **Suicídio**. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.neurociencias.org.br/pt/552/suicidio/>>. Acesso em: 12 jul. 2014.
- MINAYO, MCS. Correntes de pensamento. In: MINAYO M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p.7-32, 1999. Disponível em: <http://cliente.argo.com.br/analise_de_conteudo_moraes.html>. Acesso em: 12 nov. 2014.
- NUNES, S. V. Atendimento de tentativas de suicídio em um hospital geral. **J. Bras. Psiquiat.**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 39-41, 1988.
- OLIVEIRA, A.G.B.; VIEIRA, M.A.M.; ANDRADE, S.M.R. Saúde mental na saúde da família. São Paulo: Olho D' Água, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Preventing suicide suicide: a global imperative**. Geneva, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1> Acesso em: 12 dez. 2014
- POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- RIBEIRO, D.B. **Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas**. 2012. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Curso de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.
- RUDIO, F.V. **Orientação não diretiva na educação, no aconselhamento e na psicoterapia**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.
- SCHESTATTSKY; SALLE, E.; VASCONCELOS, M.; PILTTCHER, R. Características gerais do atendimento das tentativas de suicídio em um Hospital de Pronto Socorro. **Rev. Psiquiátrica**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 59-64, 1987.

- SCHLOSSER, A; ROSA, G.F.C.; MORE, C.L.O.O. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 1, p. 133-145, 2014.
- SILVA, V.P.; BOEMER, M.R. O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. **Rev. Eletr. Enferm.**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 143-152, 2004.
- SIMON, T.R. et al. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. **Suicide Life Threat. Behav.**, Chichester, v. 31, no. 1, p. 49-59, 2001.
- SOUZA, V. S. et al. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 4, p. 294-300, 2011.
- STEFANELLI, M.C. Relacionamento terapêutico enfermeira-paciente. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 39-45, 1983.
- TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.
- TRENTINI, M.; BELTRAME, V. A. Pesquisa convergente assistencial (PCA) levada ao real campo de ação da enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 156-160, maio/ago. 2006.
- VALLE, J.M. **DO: estudo médico-psicológico sobre o suicídio**. 1984. Tese (Doutorado em Medicina)-Faculdade de Medicina, Salvador, 1984.
- VIDAL, C.E.L.; GONTIJO, E.C.D.M.; LIMA, L.A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 175-187, jan. 2013.
- VIDEBECK, S.L. **Enfermagem em saúde mental e psiquiatria**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- WERLANG, B.G.; BOTEGA, N.J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 130304

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

VERA BEATRIZ DELGADO DOS SANTOS

JACO FERNANDO SCHNEIDER

VANESSA MENEGALLI

LEANDRO BARBOSA DE PINHO

MELISSA POZZA

RAISSA RIBEIRO SARAIVA DE CARVALHO

Título: AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO EM PACIENTES DA UNIDADE DE
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DO HCPA

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 26 de agosto de 2013.

Prof. José Roberto Goldim
Coordenação CEP/HCPA

APÊNDICE A – Roteiro Para Entrevista

Vivências de profissionais de enfermagem em saúde mental frente ao paciente com risco de suicídio.

Pesquisador: Raissa Ribeiro Saraiva de Carvalho (Mestranda EENF/UFRGS)

Nº da Entrevista:

Nome do Participante:

Idade:

Estado civil:

Função:

Tempo de serviço na Instituição:

Questão de pesquisa:

- Fale-me sobre suas vivências relacionadas ao paciente com risco de suicídio

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Projeto de Pesquisa: Vivências de profissionais de enfermagem em saúde mental frente ao paciente com risco de suicídio.

Pesquisador: Raissa Ribeiro Saraiva de Carvalho (Mestranda EENF/UFRGS)

Pesquisadores Responsáveis: Enf. Dra. Vera Beatriz Delgado Santos

Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

Instituição de Origem: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Caro Participante,

Venho por meio deste, convidá-lo a participar da pesquisa acima nominada, cujo objetivo consiste em conhecer as vivências dos profissionais de enfermagem em saúde mental frente ao paciente com risco de suicídio. Está pesquisa vincula-se ao projeto de desenvolvimento “avaliação de risco de suicídio em pacientes da unidade de internação psiquiátrica do HCPA”.

Esta é uma pesquisa em que entrevistarei profissionais de enfermagem em saúde mental da Unidade de Internação Psiquiátrica do HCPA para conhecer as vivências dos profissionais de enfermagem em saúde mental frente ao paciente com risco de suicídio. A compreensão das vivências dos profissionais colaborará para o cuidado de enfermagem, favorecendo a tomada de decisão da equipe de enfermagem quanto ao risco de suicídio.

As entrevistas realizadas serão gravadas. Estaremos atentos para minimizar quaisquer riscos morais ou emocionais que possam ocorrer com a entrevista. No entanto, caso ela esteja se tornando desconfortável para você, pedimos a gentileza de interrompê-la imediatamente. Poderemos retomá-la em outro momento ou deixamos livre a sua decisão em continuar participando ou não da pesquisa. Informamos que, se isso acontecer, será disponibilizado o auxílio necessário para ajudar a enfrentar essa situação.

Cabe esclarecer que seus relatos serão digitados e guardados pelos pesquisadores em arquivo seguro, sendo o instrumento descartado, tão logo as informações digitadas sejam arquivadas. Fica assegurada a sua livre participação, isenta de custos ou remuneração. Como profissional da equipe do serviço, não sofrerá nenhuma pressão ou coação para participar do estudo e, se mudar de ideia, poderá desistir a qualquer momento, sem que sua decisão te incorra em prejuízos. A sua privacidade será preservada, portanto, não haverá associações nominais com teor das informações que irão compor o relatório de pesquisa, e neste, somente constarão informações com nomes fictícios, após sua validação.

Ressalta-se que a pesquisa é totalmente isenta de vinculações hierárquicas e administrativas ou de influências que possam interferir no seu atendimento no serviço. Coloco-me à disposição para esclarecimentos que forem necessários, mediante formas de contato informadas acima. Cabe destacar que as informações concedidas não terão nenhum tipo de implicação legal que possa lhe trazer prejuízos junto ao serviço de

saúde, campo de pesquisa, e garantimos que as mesmas destinam-se a fins científicos e de melhorias na assistência ao paciente com risco de suicídio de acordo com o objetivo da pesquisa.

Assinando o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você concorda em participar neste estudo, tendo sido informado de seu objetivo, metodologia e propósitos, concordando com a gravação das entrevistas e preenchimento do questionário. Uma via ficará conosco e a outra ficará com você.

Quaisquer dúvidas éticas relacionadas à pesquisa você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA pelo telefone 3359-7615.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2013.

Pesquisador:

NOME

ASSINATURA

De acordo,

Participante:

NOME

ASSINATURA