

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE –  
PRAPS/FAMED/UFU  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – COREMU/UFU

LAILA GONÇALVES ROSA COSTA

**O CUIDADO A PACIENTES EM RISCO SUICIDA: UMA EXPERIÊNCIA NA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**

UBERLÂNDIA  
2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE –  
PRAPS/FAMED/UFU  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – COREMU/UFU

LAILA GONÇALVES ROSA COSTA

**O CUIDADO A PACIENTES EM RISCO SUICIDA: UMA EXPERIÊNCIA NA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**

Trabalho de Conclusão de Residência a ser apresentado ao Programa Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), como requisito para obtenção de título de especialista.

Área de concentração: Atenção ao Paciente em Estado Crítico.

Orientadora: Ma. Luma de Oliveira

Coorientadora: Ma. Gizelle Mendes Borges Cunha

UBERLÂNDIA  
2021

**O cuidado a pacientes em risco suicida: uma experiência na Residência  
Multiprofissional**  
**The care of patients at risk of suicide: an experience in Multiprofessional Residence**

**El cuidado a pacientes con riesgo de suicidio: una experiencia en la Residencia  
Multiprofesional**

**O cuidado a pacientes em risco suicida**

<sup>1</sup>Laila Gonçalves Rosa Costa; <sup>2</sup> Luma de Oliveira; <sup>3</sup> Gizelle Mendes Borges Cunha

1. Costa, L. G. R. Psicóloga formada na Universidade Federal de Uberlândia. Psicóloga residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, com ênfase em Atenção ao Paciente em Estado Crítico. E-mail:

[lailag.rosa@hotmail.com](mailto:lailag.rosa@hotmail.com)

2. Oliveira, L. Psicóloga no Hospital de Clínicas de Uberlândia. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia. Especialista em Gestão de Redes de Atenção em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz. E-mail:

[lumadeoliveira.udi@gmail.com](mailto:lumadeoliveira.udi@gmail.com)

3. Cunha, G. M. B. Psicóloga no Hospital de Clínicas de Uberlândia. Profissional de referência da UTI Adulto. Preceptora e tutora na Residência Multiprofissional em Saúde. Mestre em Psicologia Aplicada pela Universidade Federal de Uberlândia. E-mail:

[gizelle@ufu.br](mailto:gizelle@ufu.br)

**Resumo:** O presente trabalho propõe-se a discutir sobre os desafios e as possibilidades de intervenções com pacientes em risco suicida, por meio do relato de experiência de uma psicóloga inserida no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) na área de Atenção ao Paciente em Estado Crítico (APEC) em um Hospital Geral de um município de Minas Gerais. Para tal, fez-se necessário relacionar esse sujeito em risco suicida ao conceito de paciente crítico, entendendo que essa criticidade pode ir além das questões orgânicas e abranger aspectos relacionados à saúde mental. Para fomentar a discussão, abordou-se elementos como a percepção desses sujeitos na sociedade e possíveis motivações inconscientes nos fenômenos da ideação e da tentativa suicida. Além disso, utilizou-se vinhetas clínicas de casos atendidos pela psicóloga em diversos campos de atuação dentro do Programa de Residência Multiprofissional articulando-os com conceitos psicanalíticos como pulsão, passagem ao ato, *acting out* e escuta clínica. Evidenciou-se a importância da escuta voltada a esses sujeitos e a necessidade de maiores discussões e projetos voltados para a capacitação dos profissionais de saúde e para a população em geral, que ainda apresentam dificuldades na compreensão sobre o tema e no manejo com sujeitos em sofrimento que idealizam ou tentam suicídio.

**Palavras-chave:** suicídio; paciente crítico; psicologia; residência multiprofissional.

**Abstract:** The present work proposes to discuss the challenges and possibilities of interventions with patients at risk of suicide, through the experience report of a psychologist inserted in the Multiprofessional Health Residency Program (PRMS) in the area of Patient Care in a Critical State (APEC) in a General Hospital in a city of Minas Gerais. To do so, it was necessary to relate these patients at risk of suicide to the concept of a critical patient, understanding that this criticality can go beyond organic issues and include aspects related to mental health. In order to foster the discussion, elements such as the perception of these

subjects in society and possible unconscious motivations in the phenomena of ideation and suicide attempt were approached. Clinical vignettes of cases attended by the psychologist in several fields of action within the Multiprofessional Residency Program were used, articulating them with psychoanalytic concepts like pulse, passage to the act, acting out and clinical listening. The importance of listening focused on these patients was highlighted, as well as the need for greater discussions and projects aimed at training health professionals and the population in general, who still present difficulties in understanding the subject and in managing suffering subjects who idealize or attempt suicide.

**Keywords:** suicide; critical patient; psychology; multiprofessional residence.

**Resumen:** El presente trabajo propone discutir los desafíos y posibilidades de intervención con pacientes en riesgo de suicidio, a través del relato de la experiencia de una psicóloga insertada en el Programa de Residencia Multiprofesional en Salud (PRMS) en el área de Atención al Paciente en Estado Crítico (APEC) en un Hospital General de una ciudad de Minas Gerais. Para ello, fue necesario relacionar este sujeto en riesgo de suicidio con el concepto de paciente crítico, entendiendo que esta criticidad puede ir más allá de las cuestiones orgánicas y abarcar aspectos relacionados con la salud mental. Para fomentar el debate, se abordaron elementos como la percepción de estos sujetos en la sociedad y las posibles motivaciones inconscientes en los fenómenos de ideación e intentos de suicidio. Se utilizaron viñetas clínicas de casos atendidos por la psicóloga en diversos ámbitos de actuación dentro del Programa de Residencia Multiprofesional, articulándolos con los conceptos psicoanalíticos como de pulsión, pasaje al acto, *acting out* y escucha clínica. Se destacó la importancia de la escucha de estos sujetos y la necesidad de mayores discusiones y proyectos dirigidos a la formación de los profesionales de la salud y de la población en

general, que aún tienen dificultades para comprender el tema y para manejar a los sujetos que sufren y que idealizan o intentan suicidarse.

**Palabras clave:** suicidio; paciente crítico; psicología; residencia multiprofesional

## **Introdução**

A atuação do psicólogo no hospital se dá desde meados da década de 50, entretanto a mesma só foi regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia no ano de 2000. Passados os anos, a inserção desse profissional no ambiente hospitalar ainda se encontra em constituição e com alguns desafios, dentre elas: dificuldade de inserção na equipe multiprofissional, desconhecimento de sua prática por outros profissionais, e distanciamento entre o contexto hospitalar e a formação acadêmica, com alguns déficits nas formações teórica e prática nessa especialidade (Reis, Machado, Ferrari, Santos, Bentes & Lucia, 2016).

Considera-se como um meio de se aperfeiçoar no ambiente hospitalar e se especializar de forma efetiva na área da saúde, a inserção do psicólogo em equipes multiprofissionais dentro dos Programas de Residências Uni e Multiprofissionais, como uma oportunidade de aprendizado na prática.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) se configura em uma criação do Ministério da Saúde (MS) juntamente com o Ministério da Educação (MEC) que ocorreu em 2005, com a promulgação da lei nº 11.129, como uma estratégia de aperfeiçoamento e qualificação da equipe multiprofissional em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2007).

De modo geral, o PRMS é uma modalidade de especialização lato-sensu, em que o residente aprende as condutas de sua profissão, auxiliado e orientado por profissionais que desempenham funções de preceptores e tutores. Ademais, a especialização é subdividida em programas de acordo com áreas de concentração, com duração de dois anos, onde atua-se em

diversos âmbitos de saúde priorizando os campos da área escolhida (Brasil, 2007).

Nesse contexto, inserida na área de Atenção ao Paciente em Estado Crítico (APEC) em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, a autora principal desse trabalho pôde atuar como psicóloga juntamente com profissionais de outras áreas da saúde, no período de 2019 a 2021, passando pela Atenção Primária em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pela Atenção Terciária em um Hospital Geral de um município de Minas Gerais.

O primeiro ano de residência se deu por passagens breves a várias enfermarias dentro do hospital e também por algumas Unidades Básicas de Saúde, experienciando o cuidado e as possíveis atuações da equipe multiprofissional em diversos âmbitos da saúde pública.

Ressalta-se que os campos de práticas da APEC no segundo ano se dão, preferencialmente, no Pronto-Socorro (PS), na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e em Enfermarias voltadas para tratamentos clínicos e cirúrgicos, sendo reservado a estes campos um maior tempo de atuação da equipe multiprofissional de residentes inseridos na APEC.

A construção de cronogramas que priorizam esses campos pela APEC se dá pela definição de paciente crítico no contexto da residência, que, de acordo com Campos (2019), seria: “(...) pacientes que apresentam instabilidade de um ou mais de seus sistemas orgânicos, devido às alterações agudas ou agudizadas, que ameaçam sua vida”. Ou seja, são na UTI e no Pronto-Socorro que os pacientes com maior criticidade geralmente se encontram, principalmente no que diz respeito a questões orgânicas.

Nesse cenário, a atuação do psicólogo se dá no acolhimento dos sujeitos em sofrimentos decorrentes de seu adoecimento, assim como de seus familiares e até mesmo da equipe. Esses sujeitos, que, ao se depararem com o adoecimento ou o motivo que os levou à internação, frequentemente sentem-se próximos da morte, apresentando sentimentos como medo e angústia diante da finitude.

Contudo, nos primeiros meses de Residência, já atuando no contexto hospitalar, a psicóloga residente se deparou com o atendimento a um caso de tentativa de autoextermínio, sendo esta demanda diferente do que havia atendido até então, visto que dentro da APEC geralmente encontra-se com maior frequência pacientes com condições clínicas graves de ordem orgânica.

Os pacientes que tentam o autoextermínio também podem apresentar essa criticidade orgânica dependendo da forma e os meios de sua tentativa, mas o que chama a atenção e faz refletir é que pacientes nessas condições, ao contrário do apontado até aqui, parecem ir de encontro à morte, mesmo previamente estando clinicamente ou funcionalmente bem.

Diante disso, o atendimento a esse tipo de demanda tornou-se um desafio, despertando na psicóloga diversos sentimentos, como insegurança, impotência, dúvidas diante de conteúdos trazidos que motivavam as tentativas de suicídio e até mesmo dos recursos de intervenção possíveis.

De encontro a isso, resgata-se que durante a passagem pela Atenção Primária, posterior ao encontro do seu primeiro atendimento à tentativa de autoextermínio no ambiente hospitalar, a residente observou uma alta incidência de pacientes que chegavam à assistência por tentativa de suicídio ou ideias suicidas.

Nesse espaço surgiram demandas dos próprios profissionais de saúde relacionadas à dificuldade de manejo com esses pacientes, tendo sido desenvolvidos pela equipe de residentes multiprofissionais da APEC, composta por psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, cirurgiões dentistas, assistentes sociais e nutricionistas, alguns trabalhos com os profissionais e com a população local.

Os trabalhos voltados aos profissionais consistiram em apresentações e discussões com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sobre formas de prevenção, cuidado e manejo em casos de tentativa de suicídio. Para a população, foram realizadas salas de esperas nas UBS



com o tema de saúde mental e prevenção ao suicídio, bem como condução de grupos terapêuticos com adolescentes com comportamentos de automutilação e ideias suicidas.

A título de contextualização, ressalta-se que os grupos foram abertos a todos os adolescentes que se enquadravam no perfil proposto, entretanto somente adolescentes do sexo feminino se propuseram a participar, tendo a demanda por esse dispositivo inclusive partido majoritariamente por pessoas desse gênero.

Para esse trabalho, a equipe de residentes buscou na literatura estudos sobre o tema e os possíveis manejos para com esses sujeitos, assim como, participou de curso de capacitação visando a prevenção ao suicídio.

Dessa forma, o tema do suicídio chama atenção tanto quando se pensa nos campos de atuação em que a residente passou quanto leva-se em consideração as estatísticas nacionais. Dados apontam que, por ano no Brasil, cerca de 12 mil pessoas tiram a própria vida, sendo uma parcela de quase 6% da população nacional. Em comparação com as taxas mundiais, o Brasil fica em segundo lugar, atrás apenas dos EUA (Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2020).

Entretanto, mesmo com essas taxas preocupantes, que tornam o suicídio um problema de saúde pública, percebe-se que esse tema ainda se configura como um tabu na nossa sociedade, acarretando em dificuldades para lidar com o fenômeno, tanto por profissionais de saúde quanto pela população em geral.

Em dicionários, o significado de “suicídio” apresenta-se como “ato intencional de matar a si mesmo, de tirar a própria vida” (Priberam, n.d.). Ao se aproximar da questão, desvenda-se diversos outros significados e formas de manifestação do mesmo, sendo um conceito complexo estudado por várias áreas de saber e que ocorre desde os primórdios da humanidade.

No senso comum observa-se uma tentativa de atribuir “motivo” ao que leva a pessoa a tal ato, como se algum fator isolado fosse desencadeador desse suposto desejo de aniquilar-se. Contudo, percebe-se nessa busca pelo motivo que leva a pessoa ao ato suicida uma forma de tentar dar sentido àquilo que é estranho e contrário ao que a sociedade contemporânea parece pregar: viver, gozar, ser feliz a qualquer custo. Assim, o sujeito que tenta ou comete autoextermínio, parece transgredir esse ilusório acordo social de felicidade.

Limitar o fenômeno do suicídio à busca por um motivo desencadeante parece ainda recair sobre uma individualização do ato ou simplificação do mesmo, tornando-se uma forma de evitar aprofundar-se sobre as várias facetas que permeiam o suicídio ou a morte em si. Evita-se com isso debruçar-se sobre questões que geram angústia ou tristeza, em uma aparente tentativa de tamponar os vestígios da pulsão de morte.

Durante o percurso por diversos campos do âmbito da saúde pública, vários pacientes apresentavam discursos de perda de sentido e desistência da vida, e muitas vezes isso parecia não ser acolhido ou cuidado adequadamente, sendo tamponadas as expressões de sentimentos relacionados ao sofrimento.

Nesse sentido, Werlang (2013) aborda a dificuldade de compreender porque um indivíduo decide cometer suicídio, uma vez que outras pessoas em situações semelhantes não o fazem. Torna-se importante então considerar fatores emocionais, psiquiátricos e socioculturais, dentre outros que podem contribuir para compreensão da situação de vida do indivíduo, o sofrimento que o atravessa, e sua busca pela morte. A autora (2013) traz ainda uma consideração importante: o indivíduo por vezes não deseja sua morte, e sim um cessar de sua dor e diminuição de seu sofrimento.

Quanto às formas e aos meios para o suicídio, são possíveis tanto tentativas menos letais, como a ingestão de substâncias inócuas ou automutilar-se superficialmente, quanto tentativas com maior letalidade, como com arma de fogo, envenenamento ou ingestão de

substâncias mais tóxicas (Bertolote, 2012).

Geralmente as tentativas com maior letalidade são as que levam o sujeito ao ambiente hospitalar, em primazia ao Pronto-Socorro. Nesse cenário, a maior urgência se dá em salvar a vida daquele sujeito ou diminuir o dano que sua tentativa possa ter causado ao corpo. Ou seja, a demanda das equipes de saúde em geral se configura em acabar com o sofrimento físico do paciente. Porém, ressalta-se que há aí a emergência não só física, mas também de ordem psíquica.

Considerando esse contexto e atravessada pela experiência na Residência Multiprofissional em Saúde, busca-se nesse trabalho então, discutir e refletir sobre os desafios e possibilidades da atuação do psicólogo inserido em uma equipe multiprofissional, frente a sujeitos hospitalizados em sofrimento psíquico que idealizam ou tentam suicídio, visto que, as equipes de saúde, em geral, parecem viver dificuldades no manejo com esses sujeitos.

Para fomentar a discussão, vinhetas de casos e outras evidenciações da passagem da psicóloga residente por unidades como Pronto-Socorro, UTI, Enfermarias para tratamentos clínicos e cirúrgicos, e nesse caso, especificamente por uma Unidade de Internação em Saúde Mental (UISM) por estágio optativo, foram articuladas a perspectivas psicanalíticas sobre o fenômeno do suicídio e a atuação do psicólogo em ambiente hospitalar.

Ressalva-se ainda a relevância dos efeitos da pandemia de COVID-19<sup>1</sup> durante o segundo ano de residência da autora, influenciando em mudanças na dinâmica do hospital em

---

<sup>1</sup> COVID-19 trata-se de uma doença causada pelo coronavírus denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves (Ministério da Saúde, n.d.). Devido à facilidade e à rapidez de transmissão do vírus, a doença se espalhou pelo mundo, marcando o ano de 2020 por mudanças de condutas da população a nível mundial.

que ela se inseriu e nos quadros de sofrimento apresentados pelos pacientes, em que junto a ansiedades relacionadas a fatores clínicos gerais, associavam-se outras relacionadas a perdas, mortes e isolamento diretamente ligados à pandemia.

## **Método**

A partir dos questionamentos despertados na autora através da vivência como residente em um Hospital Geral, optou-se pela realização de uma pesquisa qualitativa e a escolha do relato de experiência como método de produção científica, concomitante ao levantamento bibliográfico de teorias acerca do fenômeno do suicídio.

Segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2009), a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e também das atitudes. Compreende esse conjunto de fenômenos como parte da realidade social, uma vez que, o ser humano não apenas age, como também pensa sobre essa ação, assim como a interpreta a partir da realidade partilhada com seus semelhantes. Isso posto, esse nível de realidade não é visível, precisa ser revelada e interpretada, em primazia, pelos próprios pesquisadores.

Partindo desse pressuposto, o relato de experiência seria um modelo descritivo de uma experiência na pesquisa qualitativa, permitindo que o pesquisador reinscreva os fenômenos vividos, assim como suas afetações, trazendo elaborações e compreensões a respeito daquilo que foi experienciado (Daltro & Faria, 2019).

Os dados utilizados para elaboração deste trabalho foram registros em diário de campo, utilizando-se de vinhetas de casos clínicos em contato com a autora residente e que elucidassem a discussão proposta, bem como análises de supervisões com preceptoras e tutoras sobre a prática em campo. Esses elementos encontram-se articulados a teorias psicanalíticas sobre o fenômeno do suicídio e a atuação do psicólogo em ambiente hospitalar, destacando-se conceitos como pulsão, passagem ao ato, *acting out* e escuta clínica.

De acordo com Araújo, Dolina, Petean, Musquim, Bellato e Lucietto (2013, p. 54), o diário de campo seria “um caderno de notas em que o pesquisador registra as conversas informais, observações do comportamento durante as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados e ainda suas impressões pessoais, que podem modificar-se com o decorrer do tempo”.

Enriquecendo o trabalho, as vinhetas se encaixam como descrições breves de fenômenos, em que os indivíduos são requisitados a reagir. São estruturadas de forma a expor informações sobre percepções, opiniões ou conhecimentos sobre algum fenômeno estudado, podendo essas serem fictícias ou reais (Galante, Aranha, Beraldo & Pelá, 2003).

Nesse trabalho, as vinhetas se configuram como recortes reais de atendimentos da psicóloga residente a sujeitos que demandaram cuidados devido a ideação ou tentativa de suicídio, durante seu período de prática no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

## **Discussão**

### **Paciente suicida como paciente crítico**

Para iniciar a discussão é importante pensar em quem seria o paciente crítico e em como o paciente potencialmente suicida se relaciona a esse conceito. Dessa maneira, encontra-se como definição:

Paciente crítico/grave é aquele que se encontra em risco iminente de perder a vida ou função de órgão/sistema do corpo humano, bem como aquele em frágil condição clínica decorrente de trauma ou outras condições relacionadas a processos que requeiram cuidado imediato clínico, cirúrgico, gineco-obstétrico ou em saúde mental. (Portaria nº 2.338, Art. 2º, § 1º, 2011).

No contexto da residência, Campos (2019) descreve que na Residência

Multiprofissional no Programa de Atenção ao Paciente em Estado Crítico “os residentes (...) atuam junto a pacientes que apresentam instabilidade de um ou mais de seus sistemas orgânicos, devido às alterações agudas ou agudizadas, que ameaçam sua vida”.

Ao pensar na amplitude da definição de pacientes críticos, interpreta-se que esses conceitos podem abranger pacientes em condições que vão além das questões clínicas e orgânicas, podendo ser também aqueles sujeitos que são acometidos por condições de ordem da saúde mental e que podem trazer riscos à própria vida, como no caso dos pacientes que tentam suicídio.

Relacionado a isso, ao pensar especificamente nesse sujeito que tenta autoextermínio, pode-se estender sua criticidade tanto pelas possíveis consequências lesivas ao seu corpo, devido a forma ou meio de sua tentativa, quanto pelo sofrimento que lhe atravessa fazendo-o buscar a morte.

Quando esse sujeito chega ao ambiente hospitalar, percebe-se uma urgência, e as intervenções tendem a ser tanto de manter sua integridade física, quanto, e, principalmente de atentar-se ao que é da ordem psíquica, uma vez que esse paciente se encontra em sofrimento e sua vida se encontra em risco.

Partindo desse pressuposto, afirma-se que o sujeito que visa o autoextermínio pode enquadrar-se no conceito de paciente crítico, mesmo que muitas vezes o risco em si não esteja na gravidade de seu quadro clínico, mas sim na intensidade de seu sofrimento psíquico e as consequências (até mesmo orgânicas) advindas disso.

A título de maior orientação quanto ao trabalho, resgata-se a lembrança de que ao passar pelos campos de prática da Residência Multiprofissional, vários pacientes, de diferentes formas, apresentaram pensamentos e ideias suicidas, assim como discursos de perda de sentido, sentimentos de menos valia, medo e angústia. Cada um com suas singularidades que demandavam um cuidado mais atento e intensificado não só para

psicólogos, mas também para os demais profissionais que compõem a equipe hospitalar.

Ressalta-se aqui, que devido ao momento de pandemia vivenciado no ano de 2020, pelo aumento do número de infectados pela COVID-19, essas queixas e pensamentos negativos tenderam a aumentar em decorrência das medidas necessárias de isolamento e distanciamento social. Nesse sentido, percebeu-se um aumento de hospitalizações por tentativas de autoextermínio decorrentes dos efeitos da pandemia na saúde mental da população.

### **Esse sujeito em risco de suicídio no hospital**

Ao abordar o sujeito que se encontra hospitalizado, encontra-se um sujeito com sofrimentos de diversas ordens e em posição de vulnerabilidade, com um corpo debilitado e exposto, possíveis desconfortos físicos, dores, dentre outras coisas. Diante disso, o indivíduo pode reagir de diversas formas a essa condição e ao processo de adaptação da mesma, visto que cada sujeito tem sua subjetividade e modo de enfrentamento. Assim, se faz importante a maneira como esse indivíduo é recebido pela equipe hospitalar.

Frente a isso, a instituição hospitalar deve ter como intuito oferecer um lugar de acolhimento, visto que durante o momento de internação pode-se despertar nos pacientes sentimentos como medo, tristeza, angústia, ansiedade e solidão.

À vista disso, diante do sujeito hospitalizado, percebe-se que esses sentimentos despertados durante a internação, podem ser intensificados a depender do manejo dos profissionais que recebem esses pacientes, principalmente quando se trata de pacientes de tentativas de autoextermínio. Frequentemente havendo estigmatização desses sujeitos, que podem ser vistos como “desperdícios de recursos” ou que “só querem chamar atenção”, tais estigmas podem acabar desencadeando abordagens hostis e punitivas a esses sujeitos que se encontram em vulnerabilidade e, contrariam os preceitos da medicina que tanto parece tentar

adiar a morte.

É nesse contexto que as equipes tendem a solicitar o atendimento da Psicologia: quando parecem não conseguir lidar com a manifestação de sofrimento desses sujeitos. Muitos atendimentos psicológicos são solicitados pelas equipes em demandas que a princípio nem sempre são claras, mas comumente desembocando no encontro com manifestações mais explícitas como: o choro por parte de pacientes ou familiares, verbalizações de questões que afeta de alguma maneira algum profissional, ou até mesmo pela recusa de algum paciente ao cuidado ofertado pela equipe médica.

Percebe-se que grande parte dessas manifestações tratam-se de reações congruentes ao momento vivenciado, de hospitalização, adoecimento ou mesmo descoberta de doenças ou condições que podem mudar drasticamente a vida de um sujeito, e apesar de se tratar de uma demanda do profissional de Psicologia dentro do hospital, alguns outros profissionais que também poderiam oferecer um cuidado mais atento ao tratar esses pacientes, podem ter dificuldade de ouvir e acolher.

Nesse cenário, quando se trata de uma tentativa de suicídio, Nunes e Santos (2017) trazem que esta pode até estar relacionada a uma vivência de uma situação atual (como o término de um relacionamento ou perda de um ente querido, por exemplo), entretanto se configura em algo muito mais complexo e pode estar fortemente entrelaçado a questões inconscientes do sujeito.

De encontro a isso, constata-se que as pessoas podem buscar a morte de diversas formas, consciente ou inconscientemente. Fomentando a discussão a respeito, resgata-se que Freud em seus estudos (1914-1916) já debatia sobre os impulsos que fazem parte do ser, denominando-os basicamente de pulsão de vida e pulsão de morte.

Dessa forma, a pulsão de vida estaria relacionada à manutenção da espécie e conservação do indivíduo, sendo esta uma energia que estimula a ação. Já a pulsão de morte,



consistiria em uma tendência que levaria à estagnação do organismo, ou seja, cessação da estimulação do mesmo, à busca pelo estado de inércia (Azevedo & Mello Neto, 2015).

Nesse sentido, quando a pulsão de morte se sobressai à pulsão de vida, pode haver diversas formas de manifestações como comportamentos autodestrutivos, ideações suicidas, desejo de aniquilação, tentativas de suicídio ou o suicídio propriamente consumado.

Considerando os fatores inconscientes de um desejo de autoextermínio e a experiência em âmbito hospitalar, atenta-se aqui às tentativas de suicídio que eventualmente se passam por acidentes. Em sua maioria, são assim que chegam aos hospitais, mas quando analisadas mais de perto, evidenciam-se alguns fatores e comportamentos autodestrutivos prévios como parte do funcionamento do sujeito (Cassorla, 2017).

Freud em seus estudos também abordava esse fenômeno apontando o ato de acidentarse como falho. O indivíduo busca esse ato como forma de se aniquilar total ou parcialmente em uma manifestação autopunitiva. O sujeito busca os riscos que podem levá-lo à morte, mascarando como destino ou acaso, para conseguir o efeito lesivo que deseja. Dessa forma, ao pensar em casos de ferimentos autoinfligidos ocasionalmente, é importante não excluir a possibilidade de um suposto suicídio ou sua tentativa, como um possível desfecho de um conflito psíquico (Sterian, 2013).

Referente à temática, recorda-se aqui de um atendimento realizado a um paciente hospitalizado devido a um infarto, o terceiro que já tivera. Tal paciente chamou atenção por apresentar um discurso de perda de sentido e um desejo de morrer sem explicitar uma ideação de realizar algo contra si. Aguardava que a morte chegasse em uma certa atitude de passividade.

Nesse movimento de esperar pela morte, ele relatava que ao sentir a dor no peito, sabia que estava tendo o infarto, por não ser algo inédito a ele, e desejava morrer naquele

momento. Contava que não quis pedir ajuda para sua esposa, que estava dormindo ao seu lado, e ficou sofrendo em silêncio esperando o desfecho fatal, até que não suportou a dor por tanto tempo e pediu socorro.

Vale ressaltar que esse caso foi atendido durante a pandemia de COVID-19 e, diante desse contexto o paciente se encontrava sem acompanhantes, podendo receber visitas apenas uma vez ao dia por uma hora e sendo restrita a visita inclusive de um de seus filhos, que era menor de idade.

Devido à pandemia, dentre as medidas adotadas dentro do ambiente hospitalar, houve a diminuição drásticas das visitas e dos acompanhamentos de familiares, bem como a necessidade de uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) pelos profissionais de saúde. Em decorrência disso, diminui-se o contato desses profissionais com os pacientes, acarretando em mudanças nos modos de atendimentos das equipes de saúde e certo exacerbamento de solidão em alguns pacientes.

Retomando o caso, apesar dessas restrições, foi possível e relevante ampliar o cuidado e estender o atendimento também à sua esposa, que era quem vinha visita-lo. A partir disso, percebera que os conteúdos trazidos pelo paciente relacionados a mágoas de alguns familiares e receio de perder sua posição de pai provedor e forte dentro da família, permeados pelo discurso de perda de sentido e o desejo de morte, não eram conhecidos nem percebidos pela mesma. A esposa dizia que o paciente não tinha costume de falar sobre o que sentia, e que com a pandemia houve um distanciamento maior dos familiares, mas que acreditava ser seu modo de enfrentamento.

Em tal caso, reflete-se sobre a possibilidade de que o isolamento decorrente da pandemia, inclusive dentro do hospital, tenha intensificado sentimentos que há muito tempo esse paciente guardara e de um sofrimento que não conseguia verbalizar e elaborar.

Esse caso nos remete a possíveis formas de suicídios indiretos, daqueles em que o

sujeito sofre de forma silenciosa e se aproveita do “acaso”, ou se coloca em condições em que a morte se torna algo esperado ou visto como natural. Não se comete o ato, mas se coloca em condições para que a morte se torne o provável desfecho.

Diante disso, pode-se pensar em diversas formas de suicídio, podendo estes sujeitos apontar indícios de seu sofrimento e desejo pela morte, mesmo de maneiras sutis e silenciosas como no caso apontado anteriormente.

Miller (2014) discorre sobre os anúncios do sujeito quanto a uma tentativa de suicídio. O autor aponta uma diferenciação do ato quanto ao *acting out*, de onde se pode interpretar uma espécie de apelo em direção ao outro. Já na passagem ao ato em si, o suicídio pode ser visto mais como um apelo de separação do Outro, em que não se espera por espectador e o sujeito retira-se da cena, onde seu propósito propriamente dito não é decifrável ou simbolizável.

Na mesma linha, Nunes e Santos (2017, p.12), trazem o suicídio como passagem ao ato de forma que este “é um ato não simbolizável, que leva o sujeito a uma situação de ruptura integral, na qual se encontra em uma identificação absoluta com o objeto a – objeto excluído de qualquer quadro simbólico”.

Referente a isso, porém, pondera-se que, atravessado pelo desejo de aliviar seu sofrimento, o mesmo indivíduo pode passar por esses dois movimentos sintomáticos: o *acting out* e a passagem ao ato, que podem se misturar até mesmo em período crítico após o ato em si.

No instante posterior ao ato, quando o indivíduo se depara com as consequências da sua ação, como no momento da internação, é possível vislumbrar uma possibilidade de atuação e investimento. O sujeito pode se colocar nessa posição de convocação ou apelo ao outro em seu cuidado, entretanto esse sujeito pode se encontrar em um momento de crise e com

difficuldade de elaboração de seu sofrimento, e diante disso o psicólogo pode intervir para auxiliá-lo nesse processo.

De acordo com Dias, Ceccarelli e Moreira (2016) o conceito de “crise” abrange o fenômeno da angústia em relação ao eu, que diz do excesso de excitações não suportáveis ao aparelho psíquico, assim como as constantes rupturas que provocam abruptos remanejamentos econômicos, que podem colocar a vida do sujeito em risco.

Diante disso, ao se deparar com esse sujeito em crise, a possibilidade de atuação do psicólogo se dá no sentido de auxiliá-lo na sua estabilização psíquica para que ele possa tomar melhores decisões em relação à sua autonomia.

A título de articulação com esses conceitos, remete-se a um caso atendido na Unidade de Internação em Saúde Mental, o de uma adolescente com diagnóstico prévio de Transtorno Afetivo Bipolar. Ela encontrava-se em internação devido a uma tentativa de autoextermínio por ingestão de medicamentos e apesar de ser sua primeira vez na internação, não fora sua primeira tentativa de tirar a vida.

Nos atendimentos observou-se que essa adolescente apresentava marcas de automutilações e ao aprofundar em sua história constatou-se que a mesma agia de maneira impulsiva, apresentando indícios de comportamentos autodestrutivos e de risco que demandavam dos familiares e, principalmente da mãe, um olhar mais atento. Nesse caso, o apelo ao Outro se dava de forma a convocar a mãe nesse cuidado, constantemente atuando e a requisitando através de seus comportamentos de risco.

Durante os atendimentos, a adolescente verbalizou sobre sofrimentos e vivências de situações traumáticas que acredita ter desencadeado sentimentos intensos e o desejo de morrer. Ela também abordara sobre sua impulsividade e um imediatismo, com dificuldade de esperar para que suas vontades fossem satisfeitas e querer soluções rápidas para suas demandas.

Diante disso, a adolescente demonstrou dificuldade de pensar e elaborar a respeito de seu feito e se aprofundar nos conteúdos apresentados, trazendo seu desejo por alta, usando do discurso de que melhorara para conseguir a alta desejada o mais breve possível. Percebeu-se ali uma resistência e não implicação de mudanças subjetivas, relacionadas à sua impulsividade e seu imediatismo.

Isto posto, foi necessária a ampliação da escuta e cuidado a essa paciente e ofertar escuta também à mãe, que a acompanhava, para conseguir aprofundar e compreender melhor seu sofrimento e vivências a partir do contexto familiar em que estava inserida.

Nesse cenário, observou-se a importância dos familiares para observar os indícios que o sujeito pode dar sobre seu sofrimento e de uma possível crise, percebendo mudanças de comportamentos ou de interação com os mesmos, e assim buscar meios de ajudá-los. Entretanto, deve-se ter cautela e não os colocar como responsáveis por tentar prever esses indícios, evitando culpabilização dos mesmos caso não seja possível antecipar a ajuda.

A partir da escuta da paciente e de sua mãe, foi possível perceber que o sentido do ato para a adolescente estava relacionado a uma dificuldade de elaboração de vivências dolorosas, como abusos e rejeições, e uma busca por manutenção do cuidado da mãe, sendo esta mãe, por ser constantemente convocada, quem também conseguia perceber os indícios de crise da filha e recorrer à ajuda profissional.

Se faz importante aqui destacar que essa convocação se dá, não somente para essa mãe em específico, mas sim ao Outro, que se encontra no universo simbólico. Para conceitualização de tal:

Lacan parte da evidência de que a linguagem, a cadeia simbólica, determina o homem antes do nascimento e depois da morte. O bebê vem ao mundo humano marcado por um discurso, no qual se inscreve a fantasia dos progenitores, a cultura, a classe social, a língua, a época etc. Enfim, podemos dizer que tudo isso constitui o campo do Outro, lugar onde se forma o sujeito. Por essa razão Lacan não só insiste na exterioridade do simbólico em relação ao homem, mas também na sua sujeição ao discurso (Jorge,

2005, p. 44).

Nesse caso, foi possível perceber que os comportamentos e a atuação da adolescente remetiam a um *acting out*, ao estar constantemente convocando e apelando ao Outro, de forma que os anúncios de seu ato se davam de forma mais explícita, visando esse olhar, como nas automutilações claramente visíveis em seus braços e seus comportamentos de risco.

### **Lugar de escuta: uma possibilidade de intervenção**

Ao abordar o sujeito que chega ao hospital, principalmente os que tentam suicídio, muitas vezes depara-se com um sujeito sem demanda, sem desejo, com um discurso de desistência da vida e da perda do sentido da mesma. Dessa forma, uma abordagem possível seria a de convidar o sujeito a abrir mão dessa posição de gozo e questioná-lo sobre seu ato, através da transferência. Ao ser convidado a falar, o sujeito “pode vislumbrar a via do desejo e confrontar o gozo da morte com o desejo de saber” (Nunes & Santos, 2017, p.110).

Nesse contexto, se faz importante entender o sentido psicanalítico do gozo, podendo ser compreendido como uma forma de busca por satisfação, mas que retorna como sofrimento, se fazendo sintoma. O sujeito, nesse caso, tende a se sustentar através desse sintoma. Miller (2014) traz um apontamento relevante sobre esse conceito, o distinguindo do prazer:

É o que justifica que se deva introduzir um conceito distinto, de um gozo que não pode ser confundido com o prazer, e que deve ser aliado à dor, pois o sintoma faz mal, uma satisfação da dor que, nessa situação, coloca o organismo em perigo. A tal ponto que, precisamente, quando esse gozo se autonomiza, é até a morte. (Miller, 2014, p.06)

Contudo, nem sempre é no primeiro encontro com o sujeito que se consegue acessar suas angústias e compreender suas demandas. Muitos estão munidos de resistências devido a diversas questões individuais e sociais, uma vez que, como já foi abordado, tende-se a abafar falas sobre tristezas e sentimentos vistos como negativos, até mesmo por profissionais de saúde que estão na posição de ofertar cuidado.

Nesse cenário, o Psicólogo faz sua aposta, apresenta-se, acolhe e se coloca ali como alguém disposto a escutar, alguém que suportará ouvir e não tamponar os sentimentos despertados devido ao sofrimento vivenciado.

São muitos os casos de pacientes atendidos que referem essa falta de espaço para falar sobre suas angústias e seus medos, assim como para demonstrar tristezas. Quando lhes é oferecida escuta e no contexto aqui descrito por uma Psicóloga, percebe-se, muitas vezes, uma mudança no enfrentamento e de posição frente à sua vivência.

Sterian (2013), traz em seu livro a descrição feita por Françoise Dolto do conceito de “escuta” para a psicanálise, que difere da escuta feita por qualquer outro profissional, visto que na presença do psicanalista as pessoas começam a falar como em qualquer conversa com outro indivíduo. Entretanto, a forma singular de escuta do psicanalista, no sentido pleno de seu termo, não emitindo juízo, sem dar ou retirar a razão de quem fala, faz com que o discurso daquele sujeito se modifique, adquirindo novos sentidos aos seus próprios ouvidos.

De encontro a isso, ao ocupar esse lugar de escuta, alguns atendimentos terminavam com frases como “nunca falei sobre isso com ninguém”, “não sei nem porque estou falando essas coisas”, “eu não sou de chorar, mas quando converso com você as lágrimas vêm”, “estou te contando isso pois sei que não a verei novamente”, e “minha família não pode me ver dessa forma nem me ouvir falando essas coisas”.

Referente a isso, recorda-se do atendimento a outro caso em que o paciente chegou a internação devido a uma tentativa de autoextermínio por ingestão de medicamentos, e o disparador informado pela equipe que levou-o ao ato foi o temor de que sua esposa descobrisse uma traição.

Nesse momento paira-se a questão: como intervir junto a esse sujeito que não quer prolongar sua vida e vai de encontro à morte? A partir dessa dúvida e da falta de experiência

em atendimentos a pessoas nessa situação, foi ofertado aos pacientes o que se sabia e faz parte do trabalho do psicólogo: a escuta. Nesse contexto, a escuta clínica, sem julgamentos, atenta às demandas e às particularidades do sofrimento daquele sujeito.

Diante disso, ao ocupar esse lugar de escuta, foi possível junto ao paciente apreender as várias facetas de seu sofrimento, que iam além do não querer contar a esposa sobre sua traição. Entretanto, sua motivação estava sendo relacionada por outras pessoas a esse único fator, com estigmas de familiares, amigos e até de profissionais da equipe de saúde, que acreditavam que sua tentativa de suicídio seria um modo de “chamar a atenção” para si e minimizar seu feito.

Todavia, esse paciente não via solução para o fim de seu sofrimento, que partia de diversas ordens (religiosas, identitárias, sociais, familiares, etc.), e vinha sendo acumulado há muitos anos, através de repetições, até que o suicídio lhe pareceu a solução psiquicamente menos dolorosa.

Diante desse contexto, a escuta clínica mostrou-se uma ferramenta importante, que contempla a escuta acolhedora a um sujeito que apresenta alguma demanda psíquica. Trata-se de uma postura de cuidado frente a esse sujeito, propondo-se a compreender sua demanda, seu sofrimento, entendendo-o como um sujeito constituído de singularidades e desejos, ativo em sua forma de pensar, falar, sentir e construir sentidos (Dutra, 2004).

Afinal, a emergência desses sujeitos parecia estar no desejo de pôr fim em suas vidas, mas suas reais demandas só teriam possibilidade de surgir a partir da escuta de seus sofrimentos, discursos, das suas histórias, das suas motivações e vivências, ou seja, da sua subjetividade. Dessa forma, a primeira postura a ser tomada foi oferecer escuta, e, a partir daí intervir como fosse possível naqueles encontros, e estender a discussão para a supervisão com o profissional do campo.

Diante do contexto de uma tentativa de autoextermínio, destaca-se ainda como



possibilidade de escuta clínica, a escuta analítica, em que escuta-se o ato-dor, aquilo que é irrepresentável, que escapa ao complexo representacional do sujeito, uma vez que, o ato toma o lugar das palavras. Em muitos casos é através da escuta que é possível construir, junto ao sujeito, palavras que metabolizem o excesso (Macedo & Werlang, 2007 citado por Nunes & Santos, 2017).

Nunes e Santos (2017) trazem em seu estudo a importância do olhar de não julgamento ou de consolo a esses sujeitos que chegam ao hospital e se deparam com várias confrontações como a dor que o levou ao ato, os efeitos emocionais da hospitalização, assim como as possíveis consequências que o ato no corpo acarretara, como lesões, fraturas etc., podendo esse olhar fazer diferença na reabilitação psíquica desses pacientes.

Diante disso:

(...) fica evidente a importância de ajudar o sujeito dar vazão à sua dor psíquica via associação livre, no momento após uma tentativa de suicídio. Acreditando no material inconsciente a escuta psicanalítica é desenvolvida e pela Associação Livre é possível tornar o material recalcado e aflitivo do paciente em consciente para que possa ser trabalhado. Assim a dor pode ser externalizada e via palavra seu significado simbólico pode ser elaborado (Nunes & Santos, 2017, p. 112).

Nesse sentido, a escuta se torna um fator importante para o psicólogo frente aos sujeitos que se encontram em vulnerabilidade ao adentrar o ambiente hospitalar, e em especial esses sujeitos que tentam o autoextermínio ou que manifestam seu sofrimento de diversas formas e chegam carregados de estigmas e resistências. Proporcionar-lhes um lugar para serem escutados de forma acolhedora e livre de julgamentos é o primeiro passo para poder compreender sua dor e pensar, junto ao sujeito, os possíveis manejos naquele momento de hospitalização.

Entretanto, vale ressaltar que apesar do uso de técnicas diferentes, proporcionar escuta também pode e deve ser papel dos demais profissionais da saúde que estão nesse lugar de

cuidado. É fundamental uma postura humanizada e acolhedora frente aos sujeitos hospitalizados, de forma a respeitar suas singularidades, desejos e seus modos de enfrentamento, para assim pensar numa atenção integral desse sujeito, e não apenas visando recuperação orgânica.

### **Considerações finais**

Esse trabalho teve como intuito propor uma discussão sobre as possibilidades de atuação do psicólogo frente a pacientes em risco suicida no contexto de saúde. Para isso, ressalta-se que esse paciente pode ser considerado como um paciente crítico por sua condição de risco à vida, seja por questões de ordem psíquica ou por consequências clínicas de uma tentativa de autoextermínio.

Diante desse cenário, observa-se uma dificuldade de manejo das equipes de saúde e da própria população com sujeitos em sofrimento intenso que idealizam suicídio ou que tentam manifestá-los por meio de atos (tentativas de suicídios, recusas, comportamentos autodestrutivos, etc). Percebe-se que ainda hoje ocorre uma tendência a estigmatizar, ignorar ou reduzir o sofrimento vivenciado por esses sujeitos, não dando espaço para a verbalização ou expressão desse sofrimento.

Com os casos trazidos nesse artigo, percebeu-se algumas semelhanças, como a emergência da busca pela morte como uma forma de lidar com o sofrimento, visando alívio. Além disso, muitas vezes esses pacientes não encontravam outros lugares para verbalizar sobre seu sofrimento e serem ajudados no processo de elaboração. Aparece um ideal social em que tampona-se a pulsão de morte a todo custo.

A partir dos casos explicitados, foi possível perceber diferentes formas de manifestações de ideias e tentativas suicidas no contexto de saúde, em especial no contexto hospitalar.

Diante disso, observa-se que a escuta clínica se apresenta como uma ferramenta fundamental e uma forma de intervenção importante do psicólogo. A partir da escuta, é possível compreender melhor as vivências desses sujeitos, levando em consideração suas singularidades e subjetividade, e assim, junto a eles, pensar nos manejos possíveis.

Reflete-se também que a atuação das equipes multiprofissionais pode ocorrer de forma a acolher e proporcionar aos sujeitos atendimentos humanizados, sem julgamentos, visando o cuidado e a promoção de saúde integral desse sujeito.

Entretanto, diante das dificuldades de manejos apresentados, mostra-se urgente e necessário implementar e fortalecer Políticas Públicas efetivas e inclusivas voltadas para conscientização e prevenção ao suicídio, para além de campanhas restritas a um curto período no ano, assim como pensar em estratégias eficientes na qualificação dos profissionais de saúde que assumem os cuidados em instituições de saúde, visando melhores condutas para com esses sujeitos em sofrimento.

## **Referências**

- Araújo, L. F. S. de, Dolina, J. V., Petean, E., Musquim, C. dos A., Bellato, R. & Lucietto, G. C. (2013). Diário de Pesquisa e suas Potencialidades na Pesquisa Qualitativa em Saúde, 15(3). *Revista Brasileira De Pesquisa Em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*. Recuperado de <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/6326>
- Avanci, R. de C., Furegato, A. R. F., Scatena, M. C. M., & Pedrão, L. J. (2009). Relação de ajuda enfermeiro-paciente pós-tentativa de suicídio 5(1), 1-15. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas* (Edição Em Português). <https://doi.org/10.11606/issn.1806->

Azevedo, M. K., & Mello Neto, G. A. R. (2015). O Desenvolvimento do Conceito de Pulsão de Morte na Obra de Freud. *Revista Subjetividades*, 15(1), 67-75. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2359-07692015000100008&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692015000100008&lng=pt&tlng=pt)

Bertolote, J. M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Unesp.

Campos, R. (2019). Atenção ao Paciente em Estado Crítico. In: *Residência Uni e Multiprofissional*. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Uberlândia. Recuperado de <http://www.famed.ufu.br/pos-graduacao-lato-sensu/residencia-uni-e-multiprofissional/apresentacao/areas-de-concentracao-3>

Cassorla, R. M. S. (2017). *Suicídio: Fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução (1ª reimpr.)*. São Paulo: Blucher.

Daltro, M. R., & Faria, A. A. (2019). Relato de experiência: Uma Narrativa Científica na Pós-modernidade, 19(1), 223-237. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812019000100013&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000100013&lng=pt&tlng=pt).

Deslandes, S. F., Gomes, Romeu, & Minayo, M. C. S. (2009). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade (28ª ed.)*. Petrópolis: Vozes.

Dias, H. M. M., Ceccarelli, P. R., & Moreira, A. C. G. (2016). Situação de crise psíquica e desejo de saber. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 19(1), 70-83.

<https://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2016v19n1p70.6>

Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade 9(2), 381-387. *Estudos de Psicologia* (Natal). Recuperado de

<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000200021>

Freud, S. (1914-1916). Pulsão e suas vicissitudes. *Edição Standart das Obras Completas (ESB)*. Rio de Janeiro: Imago.

Galante, A. C., Aranha, J. A., Beraldo, L., & Pelá, N. T. R. (2003). A Vinheta como Estratégia de Coleta de Dados de Pesquisa em Enfermagem, 11(3), 357-363. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300014>

Jorge, M. A. C.; Ferreira, N. P. (2005). *Lacan, o grande freudiano*. Rio de Janeiro: Zahar. (Col. Passo a Passo, 56).

Miller, J-A. (2014). Jacques Lacan: observações sobre seu conceito de passagem ao ato, 5 (13). *Opção Lacanina online*.

Ministério da Saúde, n.d. *O que é COVID-19*. Recuperado de <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>.

Nunes, L. E. G., & Santos, L. A. (2017). Possibilidades da Psicanálise frente aos Sujeitos que chegam aos Hospitais após uma Tentativa de Suicídio. *Pretextos - Revista Da Graduação Em Psicologia Da PUC Minas*, 2(4), 109 - 126. Recuperado de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15248>

Portaria nº 11.129/2005 de 30 de junho. (2005). Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Casa Civil*, Brasília-DF. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm)

Portaria nº45/2007 de 12 de janeiro. (2007). Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União*, nº10, Brasília-DF. Recuperado de [http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria\\_45\\_2007.pdf](http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_45_2007.pdf)

Portaria nº2338/2011 de 3 de outubro. (2011). *Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências*. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338\\_03\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338_03_10_2011.html)

Reis, J. A. R., Machado, M. A. R., Ferrari, S., Santos, N. O.; Bentes, A. Q., & Lucia, M. C. S. (2016). Prática e Inserção do Psicólogo em Instituições Hospitalares no Brasil: Revisão da Literatura, 14(1), 2-26. *Psicologia Hospitalar*. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092016000100002&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092016000100002&lng=pt&tlng=pt).

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (2020). *OMS alerta: Suicídio é a 3ª causa de morte em jovens brasileiros entre 15 e 29 anos*. [Página da web]. Recuperado de <http://www.saude.ba.gov.br/2020/09/10/oms-alerta-suicidio-e-a-3a-causa-de-morte-de-jovens-brasileiros-entre-15-e-29-anos/>

Sterian, A. (2013). *Emergências psiquiátricas: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo.

Suicídio (n.d.). Priberam. Recuperado de: <https://dicionario.priberam.org/suicidio>

Werlang, B. (2013). Suicídio: Uma questão de Saúde Pública e um desafio para a psicologia clínica, (pp. 25-30). *Suicídio e os desafios para a psicologia*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. Recuperado de <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>