

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**IMAGINÁRIO COLETIVO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA EM RELAÇÃO A PACIENTES COM
COMPORTAMENTO SUICIDA**

JÉSSYCA BORGES GUIMARÃES

UBERLÂNDIA

2024

JÉSSYCA BORGES GUIMARÃES

**IMAGINÁRIO COLETIVO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA EM RELAÇÃO A PACIENTES COM
COMPORTAMENTO SUICIDA**

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-graduação em Ciências da
Saúde da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Uberlândia
como requisito parcial para a obtenção
do título de Mestre em Ciências da
Saúde.**

**Área de Concentração: Ciências da
Saúde**

Orientador: Prof. Dr. Carlos Henrique Martins da Silva

Co-orientador: Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

UBERLÂNDIA

2024

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

G963 2024	<p data-bbox="389 1173 1077 1346">Guimarães, Jéssyca Borges, 1995- Imaginário coletivo de profissionais da saúde de unidade de terapia intensiva em relação a pacientes com comportamento suicida [recurso eletrônico] / Jéssyca Borges Guimarães. - 2024.</p> <p data-bbox="389 1375 1077 1608">Orientador: Carlos Henrique Martins da Silva. Coorientador: Rodrigo Sanches Peres. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Ciências da Saúde. Modo de acesso: Internet. Disponível em: http://doi.org/10.14393/ufu.di.2024.331 Inclui bibliografia.</p> <p data-bbox="389 1637 1077 1800">1. Ciências médicas. I. Silva, Carlos Henrique Martins da,1956-, (Orient.). II. Peres, Rodrigo Sanches,1979-, (Coorient.). III. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Ciências da Saúde. IV. Título.</p> <p data-bbox="1166 1868 1270 1899">CDU: 61</p>
--------------	---

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074

FOLHA DE APROVAÇÃO

Jéssyca Borges Guimarães

Imaginário coletivo de profissionais da saúde de unidade de terapia intensiva em relação a pacientes com comportamento suicida.

Presidente da banca (orientador): Prof. Dr. Carlos Henrique Martins da Silva

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.
Área de Concentração: Ciências da Saúde

Banca Examinadora

Titular: Profa. Dra. Miriam Tachibana

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

Titular: Prof. Dr. Marcelo Gustavo Aguilar Calegare

Instituição: Universidade Federal do Amazonas (UFAM)


UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Profissional

Av. Maranhão, 1784, Bloco 2H, Sala 11 - Bairro Umarama, Uberlândia-MG, CEP 38405-318

Telefone: (34) 3225-8632 - ppgps@famed.ufu.br


ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Profissional				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional Nº 03/PPGPCS				
Data:	20.03.2024	Hora de início:	14:00	Hora de encerramento:	17:00
Matrícula do Discente:	12212PSC006				
Nome do Discente:	Jéssyca Borges Guimarães				
Título do Trabalho:	Imaginário coletivo de profissionais da saúde de unidade de terapia intensiva em relação a pacientes com comportamento suicida				
Área de concentração:	Ciências da Saúde				
Linha de pesquisa:	PREVENÇÃO DE AGRAVOS À SAÚDE				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS E DE SEUS CUIDADORES				

Reuniu-se em web conferência pela plataforma Microsoft Teams, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, assim composta: Professores Doutores: Marcelo Gustavo Aguilar Calegare (UFAM),

Miriam Tachibana (UFU) e Carlos Henrique Martins da Silva (UFU) orientador da candidata.

Iniciando os trabalhos o presidente da mesa, Dr. Carlos Henrique Martins da Silva, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Miriam Tachibana, Professor(a) do Magistério Superior**, em 07/04/2024, às 10:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carlos Henrique Martins da Silva, Professor(a) do Magistério Superior**, em 08/04/2024, às 09:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Gustavo Aguilar Calegare, Usuário Externo**, em 23/04/2024, às 15:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5324205** e o código CRC **69FBCC6C**.

APRESENTAÇÃO

O meu caminho pela Psicologia Hospitalar e da Saúde não foi linear, passei por outros caminhos até chegar aonde eu estou. Iniciei minha graduação em Psicologia na Universidade Federal de Uberlândia em 2013. Durante os 5 anos de curso descobri o meu apreço e admiração pela Psicanálise, e um desejo em adentrar o mundo da Psicologia Hospitalar.

Realizei o meu Trabalho de Conclusão de Curso – TCC e tive o meu primeiro contato com o conceito de imaginário coletivo, utilizando o instrumento Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema. Fiquei encantada com os resultados e a magnitude que podemos alcançar por meio de tal abordagem. Ao me formar em 2018, comecei a participar de cursos e grupos de estudos sobre Psicologia Hospitalar. Encontrei com pessoas maravilhosas na área, tive a oportunidade de realizar cursos práticos em hospitais renomados do país e assim decidi me preparar para a realização de uma residência multiprofissional.

Início a jornada de estudos enquanto trabalhava com a Psicologia Organizacional. Muita persistência e resiliência para finalmente ter o resultado tão esperado, aprovada na Residência Multiprofissional em Atenção ao Paciente em Estado Crítico. Foram dois anos intensos, de muito aprendizado e crescimento profissional e pessoal.

Durante este percurso realizei atendimentos de diversas demandas e uma delas, era com pacientes que tentavam suicídio. E a maioria das vezes encontrei um paciente que não era escutado, não tinha a possibilidade de refletir e tentar perceber outros caminhos e escolhas. Encontrei uma equipe distante e preocupada com o corpo físico.

E quando iniciei minha atuação em uma Unidade de Terapia Intensiva - UTI, fui tocada pelo funcionamento daquele lugar. Local onde as perdas, o luto, a morte estão a flor da pele. Local em que o sofrimento (de qualquer tipo) está exacerbado. Esbarrei com o medo, a angústia, o choro, por diversas vezes, tanto dos pacientes quanto as minhas. Impossível não pensar na minha própria finitude, nos meus desejos e fantasias.

E foi por essas experiências que surgiu um desejo de estudar e investigar um pouco mais sobre essa relação de profissional da saúde e paciente com comportamento suicida. Principalmente em uma UTI, em que ressalta uma dicotomia entre profissionais que lutam pela vida a todo custo e um paciente que tira sua própria vida.

RESUMO

O suicídio é um fenômeno humano complexo, universal e representa um grande problema de saúde pública em todo o mundo. Nosso objetivo foi investigar o imaginário coletivo de profissionais da saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva acerca do paciente com comportamento suicida. Neste estudo qualitativo participaram 18 profissionais de diversas categorias de uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital de Clínicas. Realizamos entrevistas individuais e como uma estratégia facilitadora foi utilizado o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema. A partir da interpretação e análise psicanalítica dos resultados, foram identificados três campos de sentidos: (1) “O não se encontrar”; (2) “A fala como um tabu” e (3) “Clima pesado”. Os resultados obtidos demonstraram que o imaginário coletivo dos participantes ainda é permeado por estigmas e tabus o que proporciona uma dificuldade no cuidado e um despreparo emocional ao se tratar de pacientes com comportamento suicida. Os profissionais de saúde percebem o paciente com comportamento suicida como um sujeito perdido e em grande sofrimento. Alegam também não se sentirem aptos e preparados para este tipo de cuidado, ressaltando um despreparo para a escuta desses sujeitos que tentam suicídio. Percebemos uma prevalência nos cuidados biológicos e físicos e a existência de estigmas e preconceitos relacionados ao contexto da saúde mental. Tal pesquisa traz reflexões acerca da assistência ainda muito limitada, no modelo biomédico predominante e da necessidade de capacitações e campanhas que estimule o diálogo acerca a saúde mental a fim de mudar perspectivas e auxiliar os profissionais de saúde a se sentirem mais seguros e capazes. Percebeu-se também a existência de um sofrimento e de uma falta de espaço de fala dos profissionais que são subjacentes as condutas técnicas, o que desperta uma necessidade de um olhar mais cuidadoso e sensível para a equipe de saúde

Palavras-chave: Suicídio; Profissionais de Saúde; Imaginário Coletivo

ABSTRACT

Suicide is a complex, universal human phenomenon and represents a major public health problem throughout the world. Our objective was to investigate the collective imagination of health professionals in an Intensive Care Unit regarding patients with suicidal behavior. In this qualitative study, 18 professionals from different categories participated in an Intensive Care Unit of a Clinical Hospital. We carried out individual interviews and the Drawing-Story with Theme Procedure was used as a facilitating strategy. From the interpretation and psychoanalytic analysis of the results, three fields of meaning were identified: (1) "Not finding oneself"; (2) "Speech as a taboo" and (3) "Hard climate". The results obtained demonstrated that the participants' collective imagination is still permeated by stigmas and taboos, which creates difficulties in care and emotional unpreparedness when dealing with patients with suicidal behavior. Health professionals perceive patients with suicidal behavior as lost and in great suffering. They also claim that they do not feel capable and prepared for this type of care, highlighting their lack of preparation for listening to these individuals who attempt suicide. We noticed a prevalence in biological and physical care and the existence of stigmas and prejudices related to the context of mental health. This research brings reflections on assistance that is still very limited, in the predominant biomedical model and the need for training and campaigns that encourage dialogue about mental health in order to change perspectives and help health professionals feel safer and more capable. It was also noticed the existence of suffering and a lack of space for professionals to speak that underlie the technical conducts, which awakens a need for a more careful and sensitive look at the healthcare.

Keywords: Suicide; Health professionals; Collective Imaginary

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Desenho relativo à estória “O não se encontrar”, elaborado pelo participante 3.....	20
Figura 2. Desenho relativo à estória “Um pedido de socorro”, elaborado pelo participante 8.....	22
Figura 3. Desenho relativo à estória “Tragédia”, elaborado pelo participante 17.....	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos participantes, por idade e cargo	16
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PDE-T	Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
3. OBJETIVOS	15
4. MÉTODOS	15
4.1 Participantes	15
4.2 Cenário	16
4.3 Instrumentos	17
4.4 Coleta de Dados.....	17
4.5 Análise de Dados	18
4.6 Cuidados Éticos	19
5. RESULTADOS	19
6. DISCUSSÃO	24
7. CONCLUSÕES	28
REFERÊNCIAS	29
APÊNDICE	33
APÊNDICE A	
Roteiro de Entrevista	33

INTRODUÇÃO

A palavra suicídio é conhecida desde o XVII, e possui diversas definições e significados que foram evoluindo durante a história da humanidade. Segundo Botega (2014), a palavra possui uma ideia mais evidente que está relacionada ao ato de dar fim a própria vida, e outra menos evidente relacionada ao motivo, intenção e letalidade do ato.

Em algumas culturas antigas, o suicídio era um evento constituinte dos costumes tribais e envolvia diversos tabus e rituais. Para o homem antigo, era por meio do suicídio que se alcançava uma imortalidade que acreditavam ser gloriosa. Na Idade Média, o suicídio passa a ser visto como um pecado mortal, uma visão atravessada pelas influências da religião e da economia (Botega, 2014)

No século XVII inicia-se uma reflexão sobre a forma que se concebia o suicídio, e este passou a ser um dilema humano. O suicida deixa de ser percebido como assassino e passa a ser vítima da melancolia, ou seja, as pessoas cometiam o ato devido suas vidas se tornarem intoleráveis (Botega, 2014).

Já nos Tempos Modernos, no século XIX, a sociedade passou por diversas mudanças devido a Revolução Industrial, e em 1897 surge a obra de Emile Durkheim, “O suicídio”. A partir de então, o foco do suicídio desloca-se do indivíduo e passar a ser da sociedade; sai da moral e passa para os problemas sociais. (Botega, 2014).

A partir de então, inicia-se um aumento de estudos científicos na temática e uma progressiva descriminalização do suicídio, baseado na ideia de que a sociedade deve acolher, compreender e tolerar o direito a tal prática. Nos tempos modernos, com o olhar das ciências, o julgamento moral e as penalidades legais e religiosas ao ato suicida deram espaço a percepção de um problema científico (Botega, 2014).

E hoje em dia, no mundo Contemporâneo, o suicídio passar a ser visto como um problema de saúde pública. A Organização das Nações Unidas (ONU) define comportamento suicida como “[...] um fenômeno multifatorial, multideterminado e transacional que se desenvolve por trajetórias complexas, porém identificáveis”. A Organização Mundial da Saúde (OMS) passa a divulgar dados e estatísticas sobre suicídio, estudos científicos que vinculam os suicídios a alguns transtornos mentais e a alertar e a estimular os países a desenvolver estratégias de prevenção (Botega, 2014).

E pensando nessas estratégias preventivas, a OMS definiu como uma das metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) a redução de um terço na taxa

global de suicídio até 2030. E como uma forma de apoiar os países e fortalecer a contenção dos suicídios, a OMS lançou uma orientação para a implementação de sua campanha “Live Life” para a prevenção do suicídio. Foram definidas quatro estratégias (OPAS, 2021):

- Limitar o acesso aos métodos de suicídio, como pesticidas e armas de fogo altamente perigosos;
- Educar a mídia sobre a cobertura responsável do suicídio;
- Promover habilidades socioemocionais para a vida em adolescentes;
- Identificação precoce, avaliação, gestão e acompanhamento de qualquer pessoa afetada por pensamentos e comportamentos suicidas

Em relação ao último item de estratégia, segundo Storino *et al.* (2018), a maioria das equipes de saúde não estão preparadas adequadamente para atender pacientes suicidas, e alguns dos fatores que justificam essa baixa capacidade é a falta de conhecimento e experiência em saúde mental e a estigmatização.

Dito isso, é essencial que os profissionais de saúde estejam capacitados para a identificação, avaliação, gestão e acompanhamento precoces e os serviços de emergência também devem estar preparados e disponíveis para fornecer apoio e acolhimento imediato a indivíduos em situação crítica. Por isso a importância deste estudo para investigar a relação dos profissionais da saúde com pacientes suicidas, seus pré-conceitos, pensamentos e a forma como atuam frente a esta demanda a fim de proporcionar reflexões e mudanças frente a condutas não humanizadas e acolhedoras.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O ato do suicídio ocorre quando alguém, ciente das consequências fatais, toma a decisão deliberada de iniciar e completar o processo. É válido ressaltar que o comportamento suicida pode ser considerado como um conjunto de fatores que inclui desde a ideação suicida, planejamento, tentativa e suicídio consumado (Silva; Benincá, 2018). Ideação suicida é definida pelo pensamento de que um ato autoinfligido pode levar à morte (Machado, *et al.*, 2020), e tentativa de suicídio se refere a qualquer ação suicida que não resulte em morte ou dano intencionalmente causado a si mesmo (CRPDF, 2020)

O suicídio constitui hoje como um importante problema de saúde pública no mundo todo (OMS, 2001). Segundo relatório publicado pela OMS, em 2019 mais de 700 mil pessoas morreram por suicídio no mundo inteiro, superando os índices de HIV, malária, câncer de mama e até guerras e homicídios. De acordo com o boletim epidemiológico de 2019 divulgado pelo Ministério da Saúde, no Brasil, o suicídio foi a

terceira principal causa de morte entre adultos jovens do sexo masculino de 20 a 39 anos, em 2015, o que coloca o Brasil a ser considerado como o oitavo país do mundo em números absolutos de mortes por tal causa (Stoppa; Wanderbroocke; Azevêdo, 2020).

Essas informações mostram que o suicídio é um assunto relevante para ser abordado no âmbito da saúde pública e destacam a necessidade de intervenções preventivas. Portanto, prevenir o suicídio requer a implementação de ações que abranjam diversos setores, incluindo educação, justiça, segurança, mídia, religião e serviços de saúde (Stoppa; Wanderbroocke; Azevêdo, 2020). Recentemente, a OMS relatou que o comportamento suicida é carregado por tabus, estigma e vergonha, fatores que dificultam a procura por ajuda nos serviços de saúde. Entretanto a prevenção é possível, e para ser alcançada é necessário a conscientização da população e o apoio do sistema de saúde e da sociedade como um todo, inclusive dos profissionais da saúde (Botega, 2014).

Os preconceitos e estigmas associados a indivíduos com distúrbios mentais têm um impacto significativo nas atitudes dos profissionais de saúde em relação ao suicídio, o que, por sua vez, pode prejudicar a acessibilidade aos tratamentos e medidas preventivas. Em geral, os profissionais de saúde recebem escassa ou nenhuma formação para avaliar e lidar com esse tipo de comportamento (Medeiros; Medeiros; Pinto, 2020).

Entretanto, esses sujeitos muitas vezes são percebidos como integrantes de um grupo que praticam condutas estereotipadas, o que faz com que diversos profissionais demonstrem hostilidade e rejeição (Storino *et al.*, 2018). Algumas referências da literatura que realizaram pesquisas com profissionais da saúde de diversas categorias das unidades de urgência e emergência e da atenção básica, abordam que para muitos profissionais da saúde, o paciente suicida deseja “chamar atenção”, o que pode ser interpretado como um grito de socorro ou como uma atitude provocativa, o que desencadeia um comportamento hostil por parte da equipe de saúde. Ou seja, alguns desses profissionais parecem desconsiderar o sofrimento psíquico vivenciado por estes pacientes (Freitas; Borges, 2014; Gutierrez *et al.*, 2020; Conte, *et al.*, 2015; Freitas; Borges, 2017). Com isso, os pacientes com comportamento suicida, ao invés de serem acolhidos em serviços de saúde, tendem a ser menosprezados e considerados não merecedores de atenção e cuidados, por praticarem atitudes autodestrutivas (Vidal; Gontijo, 2013).

O atendimento a usuários com comportamento suicida esbarra em algumas questões em relação a prática dos profissionais de saúde. Uma delas é o acolhimento realizado de forma inadequada, seja por razões de falta de conhecimento, de treinamento ou insegurança. A outra se refere à ambiguidade com que muitos profissionais encaram

o tema, uma vez que somos seres mortais e em algum momento pensamos na nossa finitude. (Gonçalves *et al.*, 2015).

Os profissionais tendem a não compreender esta atitude e até a se sentirem agredidos, o que se manifesta em um desconforto emocional e uma dificuldade em ter que cuidar do indivíduo com esse histórico (Loureiro, 2006). Uma hipótese psicológica para tentar explicar e entender essas atitudes dos profissionais da saúde frente o paciente suicida pode ser a ideia de que o ser humano sempre abominou a morte e sempre a repelirá, uma vez que se vive em uma sociedade em que a morte também é vista como um tabu (Kubler-Ross, 2019). Pensando neste aspecto, o ato suicida proporciona um contexto em que se mostra a impotência diante da morte do outro e a consciência da nossa própria finitude, concretizando uma barreira entre a equipe de saúde e o suicida (Loureiro, 2006).

E é na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que percebe uma dicotomia por ser uma unidade que assiste tanto pacientes com possibilidades de recuperação, tanto em estágio terminal, o que produz, nos profissionais da saúde, um desejo de vencer a morte ao mesmo tempo que faz com que se envolvam com ela, cotidianamente. As UTIs são unidades hospitalares de cuidado a pacientes críticos de grande complexidade, que necessitam de uma assistência específica e contínua, e de alta tecnologia para diagnóstico, monitorização e terapia (Pessini, 2016). Pensando nisso, percebemos uma dificuldade em encontrar pesquisas realizadas com esta população, talvez devido ao distanciamento e tecnicismo que tais profissionais se condicionaram para darem conta de lidar com as questões sobre o processo de morrer.

Percebe-se também que muitos profissionais de saúde apresentam uma postura desfavorável frente aos pacientes suicidas, pois não estabelecem conexões emocionais com eles e não compreendem seus aspectos subjetivos envolvidos, concentrando-se exclusivamente em aspectos técnicos do atendimento. Tais profissionais apresentam um discurso apoiado no modelo biomédico o que resulta em um cuidado restrito a aspectos clínicos, negligenciando o contexto biopsicossocial dos indivíduos que tentam o suicídio, de acordo com estudos realizados com profissionais da saúde de serviços de urgência e emergência (Fontão *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2017). O que salienta a necessidade de uma melhor preparação dos profissionais de saúde, por meio de uma educação permanente e capacitações em relação ao tema de saúde mental, especificamente o suicídio (Correia *et al.*, 2020; Fontão *et al.*, 2018; Freitas; Borges, 2017; Conte, *et al.*, 2015; Santos, *et al.*, 2017; Carbogim *et al.*, 2019; Reisdorfer *et al.*, 2015; Freitas; Borges, 2014).

Pensando nisso, o conceito de “imaginário coletivo”, proposto pela psicanalista brasileira Tânia Maria José Aiello-Vaisberg traz um embasamento para melhor entendimento dessas questões. De acordo com a Psicanálise, a ideia de imaginário coletivo envolve o conjunto complexo de crenças e emoções que formam o âmago da subjetividade de um grupo, influenciando de maneira não consciente a maioria das expressões desse conjunto de pessoas em relação a um público ou a um fenômeno específico (Rosa *et al.*, 2021). Ou seja, considera-se que a prática cotidiana dos profissionais da saúde procede tanto de conhecimentos científicos adquiridos por meio da educação, como de crenças, sensibilidade afetivo-emocional e valores inconscientes que se organizam como ambientes psicológicos, ou campos imaginários em que a experiência é vivenciada (Simões, *et al.*, 2023).

Por esse motivo, é pertinente considerar que a exploração do imaginário coletivo pode fornecer informações relevantes para os profissionais que regularmente enfrentam desafios e dificuldades ao interagir com os pacientes em seu cotidiano (Simões, *et al.*, 2023). Argumenta-se que pesquisas adicionais centradas no conceito psicanalítico do imaginário coletivo têm o potencial de gerar discernimentos valiosos sobre uma variedade de questões psicossociais, para as quais ainda não se dispõe de um entendimento mais aprofundado (Rosa, *et al.*, 2021).

OBJETIVO

Partindo de tal princípio, o presente estudo possui como objetivo investigar o imaginário coletivo de profissionais da saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva acerca do paciente com comportamento suicida.

MÉTODO

Participantes

Participaram do presente estudo 18 profissionais de um Hospital Universitário do Brasil. Os critérios de inclusão utilizados foram os seguintes: (1) ter idade superior a 18 anos de idade; (2) atuar na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) deste hospital; (3) ter a experiência com pacientes que tentaram suicídio. Os participantes foram profissionais da saúde de diferentes áreas da assistência da saúde, como médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e técnicos de enfermagem da UTI. A interrupção desse processo foi realizada com base no critério de saturação, conforme será detalhado mais adiante.

Tabela 1. Distribuição dos participantes, por idade e cargo

Participante	Idade	Cargo
1	44 anos	Médica intensivista
2	24 anos	Enfermeira
3	36 anos	Médica Intensivista
4	32 anos	Enfermeira Intensivista
5	26 anos	Fisioterapeuta Residente
6	43 anos	Médica Intensivista
7	23 anos	Técnico de Enfermagem
8	40 anos	Fisioterapeuta Intensivista
9	39 anos	Técnica de Enfermagem
10	26 anos	Psicóloga Residente
11	54 anos	Técnica de Enfermagem
12	56 anos	Assistente Social
13	32 anos	Assistente Social Residente
14	35 anos	Psicólogo
15	29 anos	Fisioterapeuta
16	28 anos	Enfermeiro
17	52 anos	Técnico de Enfermagem
18	40 anos	Enfermeira

Cenário

O Hospital de Clínicas que constituiu o cenário do presente estudo é referência para atendimentos de média e alta complexidade para região ao qual está localizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É também um grande campo de pesquisa, o que possibilita os desenvolvimentos de estudos e possui um forte pilar na formação de recursos humanos por meio dos programas de Residência Médica e Multiprofissional. Sua Unidade de Terapia Intensiva é formada por quatro alas, sendo três com dez leitos e uma com quatro leitos. Cada ala possui sua especificidade de perfil de paciente, caracterizando em ala cirúrgica, ala neurológica, ala crônica e ala de pacientes isolados. Os profissionais que participaram deste estudo compunham as equipes das diferentes alas.

É válido esclarecer que a pesquisadora possuía um vínculo com o cenário de pesquisa, uma vez que ela era psicóloga residente e a UTI era um dos seus campos de

passagem na especialização. No momento em que realizou a coleta de dados, a pesquisadora estava atuando na UTI, em uma ala específica. A mesma não possuía vínculo afetivo com a equipe, porém estava inserida no cenário de UTI, o que facilitou sua abordagem aos profissionais de saúde.

Instrumento

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais e como uma estratégia facilitadora foi utilizado o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (PDE-T) (Aiello-Vaisberg, 1999). É um recurso mediador dialógico que visa facilitar a expressão das emoções dos entrevistados (Tachibana *et al*, 2014) e passou a ser bastante utilizado em pesquisas sobre imaginário coletivo (Ribeiro, 2007). É um recurso que pode conferir às entrevistas psicológicas uma produção de material de pesquisa não contaminado pelo politicamente correto (Visintin; Ambrosio; Aiello-Vaisberg, 2023). No presente estudo, os participantes foram solicitados, em um primeiro momento, a produzir um desenho sobre “uma pessoa que tentou suicídio”, a elaborar verbalmente uma estória sobre o desenho e, então, a criar um título para a estória. Em um segundo momento, foi realizado uma conversa livre em torno do desenho e da estória, para estimular novas associações a respeito. Ressalte-se que os participantes receberam uma folha de papel sulfite, um lápis preto e uma borracha, para que pudessem desenhar. Posteriormente, foi realizada uma entrevista semiestruturada, que é uma técnica utilizada com bastante frequência em pesquisas qualitativas, no qual ocorre a coleta de dados objetivos e subjetivos, uma vez que busca compreender a subjetividade do participante através da sua fala, vivências, meio social, tempo histórico e observações (Batista; Matos; Nascimento, 2017). A entrevista semiestruturada foi composta por algumas perguntas norteadoras que buscaram compreender como era para o profissional de saúde atender um paciente que tentou suicídio, suas dificuldades, e aspectos positivos e negativos de tal assistência (Apêndice B)

Coleta de dados

Após a autorização da gestão do hospital e do responsável pela UTI para o desenvolvimento do estudo, e como a pesquisadora já conhecia sobre o funcionamento e rotina da unidade, a mesma abordou os profissionais de forma livre e pessoalmente no local de trabalho para a verificação do preenchimento dos critérios de inclusão e, se pertinente, para a efetuação do convite quanto à participação. Então a pesquisadora abordava os profissionais da saúde de diferentes alas da UTI, explicava sobre a pesquisa

e seus objetivos, perguntava se o profissional tinha experiência com a assistência de pacientes que tentaram suicídio, e em caso positivo, convidava-os para participarem da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada em data e horário de comum acordo, em um espaço reservado na própria UTI. Afinal, conforme Turato (2013), o ambiente ideal para tanto – em se tratando de pesquisas qualitativas – é aquele em que os participantes se encontram naturalmente inseridos. A pesquisadora priorizou uma atitude acolhedora e amigável frente aos participantes e lhes informou que a tarefa proposta por meio do PDE-T para os fins da coleta de dados não exigia habilidade artística ou criatividade. Alguns participantes reagiram de forma resistente frente a tarefa proposta, porém somente um optou por não realizar o desenho.

Foram realizadas o convite para a participação do estudo para 21 profissionais, entretanto houve duas recusas – todos técnicos de enfermagem e uma desistência após o aceite inicial quanto à participação – enfermeiro. A pesquisadora não contactou toda a equipe institucional porque não empregou o critério de exaustão, mas, sim, o critério de saturação, conforme mencionado. Logo, a captação de participantes foi interrompida quando a análise inicial dos dados, conduzida pela pesquisadora e pelo orientador do presente estudo de maneira independente, subsidiou a identificação de temas repetitivos (Fontanella; Ricas; Turato, 2008) sendo fundamental considerar a qualidade, singularidade e intensidade das informações (Minayo, 2017).

Por fim, é importante esclarecer que as entrevistas foram gravadas em áudio, executadas ao longo de um período de três meses entre Janeiro e Março de 2023 e se estenderam, em média, por 20 minutos, sem contabilizar os minutos iniciais, durante os quais buscou-se consolidar o *rapport* previamente estabelecido quando do convite para a participação. Em dois casos, porém, a duração da entrevista foi de 30 minutos. Cumpre assinalar que não foi considerado necessário repetir a coleta de dados com nenhum participante.

Análise de dados

As transcrições literais e integrais das entrevistas individuais compuseram o *corpus* do presente estudo, juntamente com os desenhos produzidos pelas participantes a partir do emprego do PDE-T. Acompanhando a estratégia que, conforme Rosa, *et al.* (2019), se sobressai como a mais recorrente em pesquisas sobre o imaginário coletivo em sua acepção psicanalítica, o *corpus* foi submetido à interpretação psicanalítica. Para tanto, primeiramente a pesquisadora e o orientador do presente estudo, de maneira

independente, examinaram o *corpus* com base em uma postura receptiva, análoga àquela fomentada pela atenção flutuante – adotada pelos psicanalistas durante as sessões de análise – e buscaram identificar suas premissas ideo-afetivas não conscientes.

Na sequência, a pesquisadora e o orientador do presente estudo, em conjunto, buscaram organizar as referidas premissas mediante a delimitação de campos de sentido. Ressalte-se que, conforme psicanaliticamente concebido, o imaginário coletivo se desmembra em lugares existenciais de raiz intersubjetiva que moldam as mais variadas manifestações humanas no cotidiano (Manna; Leite; Aiello-Vaisberg, 2018). Os campos de sentido designam justamente esses lugares existenciais, sendo que, segundo Aiello-Vaisberg (1999), é possível apreendê-los em pesquisas que apresentam aos participantes situações que favorecem a expressão espontânea. E utilizar o PDE-T na coleta de dados é uma das maneiras de fazê-lo (Visintin; Ambrosio; Aiello-Vaisberg, 2023), o que atesta a coesão metodológica do presente estudo.

Cuidados éticos

O presente projeto foi submetido ao comitê de Ética em Pesquisa e considerando os aspectos éticos, as entrevistas foram realizadas de forma sigilosa, em um espaço em que estavam presentes somente a pesquisadora e o entrevistado. Foi respeitado o sigilo das informações e das identificações dos participantes, inclusive na transcrição das entrevistas, com o uso de codinomes. E anteriormente a coleta de dados, a pesquisadora informou aos profissionais participantes da entrevista sobre os aspectos éticos e metodológicos do estudo, inclusive em relação à liberdade que possuíam para se recusarem a participar ou para desistirem de continuar participando mesmo após a realização da coleta de dados. A formalização da anuência ocorreu por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A partir da interpretação e análise psicanalítica do *corpus*, foram identificados três campos de sentidos, os quais foram nomeados da seguinte maneira: (1) “O não se encontrar”; (2) “A fala como um tabu” e (3) “Clima pesado”.

O primeiro campo é definido pela regra lógico-emocional de que a maioria dos profissionais de saúde perceberam o paciente suicida como um sujeito perdido, sem perspectiva de futuro, desamparado. Tal característica se nota no excerto 1: “a forma como eu compreendo esse adoecimento é como uma pessoa que olha para o oceano e

sente perdida, (...) ela consegue ver só essa perspectiva de estar perdida, de ter aquela imensidão e ela não se encontrar” (Participante 1). Encontramos outra narrativa que reforça essa visão, o excerto 2: “é uma pessoa que está aparentemente desesperada, sem muita perspectiva de futuro” (Participante 9). Percebemos nas falas dos entrevistados que esta visão foi muito recorrente, junto com a crença de que o sujeito que realiza a tentativa de suicídio está passando por um intenso sofrimento.

Grande parte dos profissionais de saúde entrevistados compreenderam o paciente suicida também como um sujeito triste, que vivencia uma angústia extrema, como encontrado no excerto 3: “é, uma pessoa que com certeza estava em sofrimento extremo. (...) pra pessoa culminar nessa tentativa então ela está com um sofrimento muito importante, muito intenso” (Participante 5). Observamos também que a questão da depressão foi presente nas falas dos participantes, como no excerto 4: “eu acho que quem tentou suicídio é uma pessoa que está depressiva, triste, desamparada assim emocionalmente” (Participante 6).

A figura 1 ilustra essas questões que foram apontadas, por meio de um desenho de uma pessoa aparentemente entristecida e com vários pontos de interrogação a sua volta, o que indica que está perdida, confusa, abalada. Porém, percebemos também que essa desorientação não é somente nos pacientes com comportamento suicida, mas também nos próprios profissionais de saúde em relação à assistência prestada a este tipo de cuidado e paciente em específico, como definido no campo 2.



Figura 1: Desenho relativo à estória “O não se encontrar”, elaborado pelo participante 3

O segundo campo de sentido, definido como “A fala como um tabu” foi compreendido desta maneira devido à constatação de que, para muitos participantes o falar sobre suicídio era uma grande dificuldade. Vários profissionais de saúde entrevistados alegaram não se sentirem aptos e preparados para este cuidado, principalmente com o paciente acordado e consciente, como no excerto 4: “quando a gente ta conversando em atendimento, a gente fica até sem palavras, sem atitude. Eu acho difícil trabalhar com esse tipo de paciente, principalmente se ele começar a falar ne. A gente fica sem norte, eu não gosto não. A gente fica com receio de não saber o que falar.. Tenho argumento e nem estrutura não, pra isso não” (Participante 11). O mesmo se reforça no excerto 5, em que um dos participantes trouxe uma dificuldade da equipe em geral de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI): “as vezes as pessoas (que compõem a equipe) não tem muita paciência... na verdade, na uti, nem sempre gostam de pacientes que conversam, que são depressivas ne, eles querem pessoas que não conversam, que não dá trabalho, que não chama, não reclama (...) que não demande tanto da equipe ne, mais por conta da sobrecarga de trabalho mesmo nossa” (Participante 3).

Alguns profissionais entrevistados alegaram não darem conta de prestar um acolhimento e assistência com mais cuidado devido a rotina sobrecarregada, como explicito no excerto 6: “querendo ou não toma tempo da rotina você estar lá, sentar-se lá, conversar ... E é um tempo que as vezes outro paciente, que também está grave, precise, então acho que é outra barreira que a gente tem pra atender esse perfil de paciente” (Participante 8). Entretanto, alguns profissionais reconheceram que os pacientes possuem uma demanda que eles não conseguem contemplar e que possuem dificuldades em responder a ela.

Outra dificuldade encontrada relacionada ao segundo campo é o não envolvimento dos profissionais de saúde em relação a história de vida daquele paciente. Com a dificuldade de falar sobre o assunto, os profissionais se atentem as informações biológicas do cuidado, não entrando na questão psíquica e emocional do paciente, como visto no excerto 7: “eu acredito que nós, profissionais de saúde, a gente tenta ao máximo, não é, não ter emoções, mas é meio que blindar, sabe? Se blindar de certas emoções. Eu, particularmente, eu não procuro não saber muito da história do paciente, assim, das questões familiares” (Participante 16). Este não envolvimento faz com que o cuidado seja compartimentalizado, e que o modelo biomédico prevaleça, ou seja, percebemos que muitas vezes o cuidado em UTI é focado no biológico, no corpo físico, como visto no excerto 8: “Porque assim o físico a gente mensura pelo cuidado, por estar aqui o dia a dia

ne. E as vezes ela ta bem, se restabelecendo fisicamente com a gente na uti pelo tratamento, mas o sofrimento psíquico dela está muito intenso e não está sendo tratado como deveria. Porque a gente cuida muito da parte biológica ne. A equipe de terapia intensiva ela não é pronta pra lidar com isso, a gente lida com o problema agudo, no que está acontecendo, mas não essa questão de sofrimento psíquico” (participante 4).

A Figura 2 retrata um paciente que esta acamado, aparentemente em um hospital e um balão de fala pedindo por ajuda. Tal figura ilustra o segundo campo de sentido, em que mostra um sujeito que cometeu suicídio desejando falar e não está sendo escutado ou acolhido. Além disso, percebemos também que tal condição também é encontrada nos profissionais de saúde, em que se encontram sem espaço de fala, desamparados emocionalmente e que, como uma reação defensiva, se afastam do paciente, mas também de si mesmos, não se englobando em suas falas, como reafirmado no terceiro campo.



Figura 2. Desenho relativo à estória “Um pedido de socorro”, elaborado pelo participante 8

Já o terceiro campo de sentido identificado como “Clima pesado” se deve ao fato de que diversos participantes alegaram sentir uma grande carga emocional, uma energia pesada ao atender pacientes que realizaram tentativa de suicídio, como podemos observar no excerto 9: “Eu acredito que a pessoa que tá em sofrimento, a energia dela tá bem pesada, né, eu sinto um ambiente pesado, triste, sabe” (Participante 10). Percebe-se que

tal clima pesado relaciona-se na maneira como que esses profissionais de saúde vão entrando em contato com suas próprias questões emocionais, seus medos, receios.

Alguns participantes associaram as histórias dos pacientes que cometeram suicídio com histórias pessoais ou até mesmo de pessoas próximas, como no excerto 10: “O que me impactou mais (o paciente), tinha a idade da minha filha. Naquela hora, eu me desesperei. Aí eu falei assim, meu Deus do céu. E minha filha teve uma depressão” (Participante 17). De certo modo, fica subentendido que os profissionais de saúde possuem receio em entrar em contato com questões mais sensíveis, como a sua própria finitude, sentem medo de perderem a razão assim como os pacientes perderam, como se esse clima fosse contagioso, o que dificulta o trabalho com esse público

Alguns participantes trouxeram uma associação com seu próprio histórico de saúde mental e abordaram sobre as questões de preconceitos e tabus que reinam sobre tal temática, como no excerto 11: “É pesado assim, a gente acaba as vezes associando alguma coisa, eu com meu histórico ne (depressão), eu tenho noção que as pessoas tem preconceito ainda ne, não entendem o que levou a pessoa a tentar esse ato. Pesado nesse sentido, é uma situação que gera desconforto pra nos ne” (Participante 5).

Outros participantes também trouxeram a questão do preconceito em relação ao ato do suicídio na sociedade em geral, como também nos profissionais de saúde, como no excerto 12: “Preconceito de outros profissionais da saúde, também é um desafio, em relação ao acolhimento, ao tratamento desses pacientes, as condutas com eles ne. porque as vezes a equipe também fica indignada, ou fica incomodada, também fica enraivecida” (Participante 13). E no excerto 13: “Eu vejo muito as vezes muito julgamento sabe, as vezes da própria equipe mesmo, mas ah porque fez isso, a gente não ta na realidade da pessoa, então eu vejo muito essa questão do preconceito as vezes essa questão do senso comum mesmo” (Participante 12).

A figura 3 caracteriza o terceiro campo de sentido, uma vez que retrata o ambiente hospitalar e um atendimento ao paciente suicida pesado, com uma energia ruim e alta carga emocional.

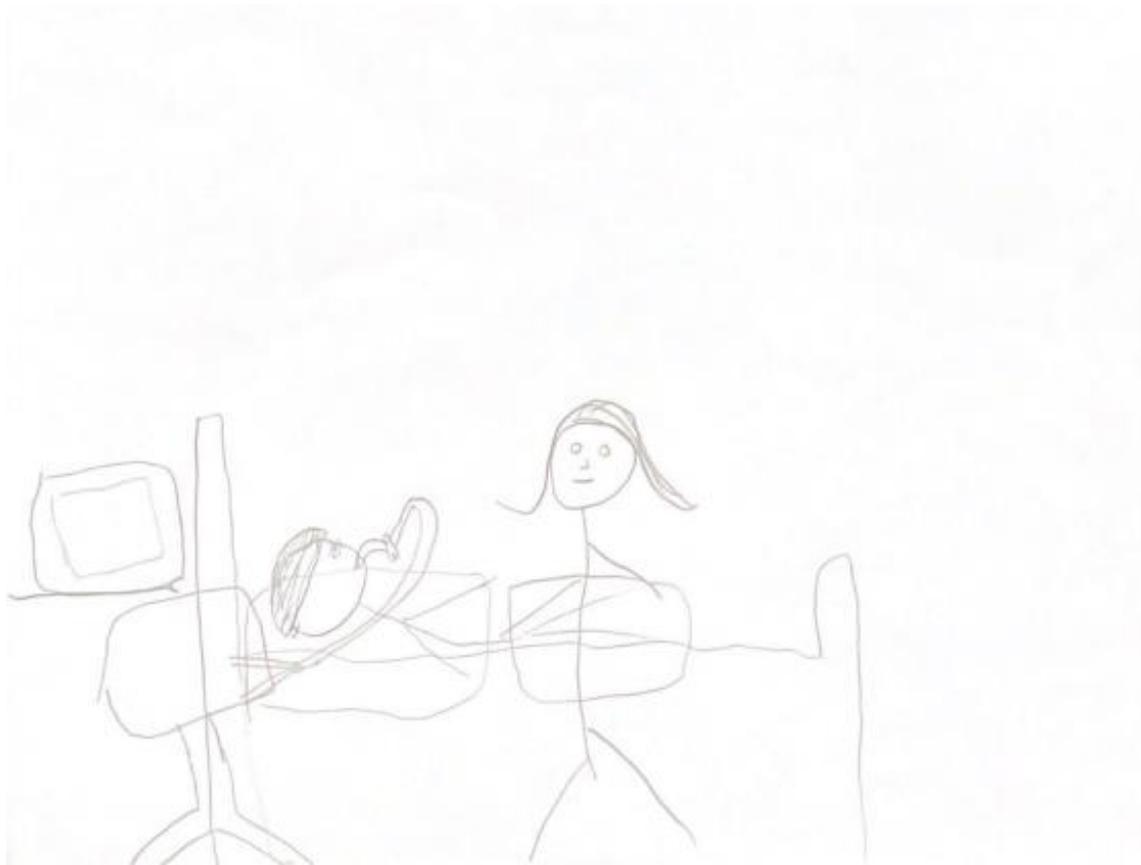


Figura 3. Desenho relativo à estória “Tragédia”, elaborado pelo participante 17.

DISCUSSÃO

Como identificado, o primeiro campo de sentido coloca em relevo que, conforme o imaginário coletivo de alguns participantes, o paciente suicida é um sujeito entristecido, sem perspectiva de futuro e em extremo sofrimento. Resultados compatíveis a esse foram obtidos por uma pesquisa realizada por Lauermann e Borges (2014) que por meio de observação participante e entrevistas com profissionais da saúde que atuam em um setor psiquiátrico de hospital geral, trouxeram que tais profissionais percebem os pacientes de saúde mental como pessoas que “perderam a razão”, “diferentes” e que vivenciam um adoecimento psíquico. Outro estudo revelou que os profissionais de saúde percebem que a tentativa de suicídio ocorre em um momento de muito desespero e que eles possuem uma dificuldade em compreender tal sofrimento (Kondo *et. al*, 2010).

Já uma pesquisa realizada por Alves, Silva e Vedana (2020) no qual analisaram a experiência da tentativa de suicídio na perspectiva de adultos que realizaram tal ato, percebeu-se que o suicídio estava associado a sensação de fracasso, insatisfação e um sofrimento permanente em diversas esferas da vida. Além disso, os participantes

relataram que cometiam o ato na intenção de fugir, de aliviar o sofrimento e de eliminar a dor que sentiam.

Este campo de sentido aborda questões de pessoas em sofrimento, tanto paciente suicida quanto também os profissionais de saúde, que demonstraram estar perdidos na assistência destes sujeitos. Resultados similares também foram encontrados por Kondo, *et al.* (2010) que mostrou que os profissionais de saúde alegaram falta de preparo para lidar com situações específicas de saúde mental, o que causam sentimentos de medo, desconfiança, culpa, raiva, pena e insegurança. E a falta de conhecimento sobre a maneira adequada de agir, a ausência de habilidades técnicas para lidar com o caso permeiam a percepção dos profissionais, colocando-os em uma situação de angústia ao lidar com usuários que estão passando por sofrimento psíquico (Paulon, *et al.*, 2012).

O segundo campo de sentido, abordou sobre o despreparo para a escuta dos profissionais de saúde em relação ao paciente que tentou suicídio. De acordo com pesquisa realizada por Paulon *et al.* (2012) os trabalhadores da emergência demonstraram dificuldades na habilidade e na disponibilidade para escuta, ressaltaram também uma sensação de despreparo de casos em saúde mental. Os mesmos autores afirmaram que o tempo da emergência parece funcionar de uma maneira em que não há espaço para o encontro, o que proporciona um acolhimento organicista, que dispensa os entendimentos de aspectos psíquicos e sociais que constituem a vida do sujeito.

Como encontrado anteriormente, os profissionais de saúde entrevistados apresentaram uma abordagem focada em aspectos físicos e biológicos em relação ao cuidado do paciente. A seriedade do problema orgânico faz com que a dimensão biológica ganhe proeminência nos serviços de emergência, conferindo uma sensação de autossuficiência ao conhecimento biomédico, que se concentra em procedimentos técnicos, com pouca ênfase na necessidade de diálogo com os usuários e outros profissionais envolvidos (Paulon *et al.*, 2012). Em outro estudo realizado, os profissionais de saúde apontaram práticas de cuidado focadas nos aspectos biológicos, curativos e de vigilância, o que ressalta a falta de acolhimento e de uma escuta ativa e evidencia os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde relacionadas ao comportamento suicida, a falta de habilidade e seus escassos conhecimentos e compreensão limitada sobre o assunto (Gonçalves, *et al.*, 2015; Paes *et al.*, 2020).

Na literatura, em pesquisas realizadas com profissionais de saúde que atuam com pacientes de saúde mental relataram que há um ritmo acelerado de trabalho e uma preocupação em relação à adequação de estrutura física do ambiente de cuidado, com a quantidade e a qualidade da equipe de saúde atuante. Tais questões contribuem para um afastamento e dificulta a escuta do profissional diante o paciente, o que prejudica a atenção aos processos subjetivos e mentais dos pacientes. Esta conduta é contrária ao que a literatura recomenda que é a prática de um cuidado biopsicossocial, que inclua dimensões afetivas nos encontros, acolhimento integral, mesmo em situações que o profissional se depara com angústias para dar conta (Paes, *et al.*, 2020; Paulon, *et al.*, 2012; Gihel; Bedin, 2020).

O terceiro campo de sentido aborda sobre o despreparo emocional dos profissionais de saúde em relação a assistência aos pacientes que tentaram suicídio. De acordo com a pesquisa realizada por Paes *et al.* (2020) há uma ausência de preparo e de recursos para lidar emocionalmente com pacientes que apresentam comportamento suicida no ambiente hospitalar geral. Os mesmos autores relataram ser frequente que os profissionais de saúde experimentem sentimentos de frustração e impotência ao depararem-se com um indivíduo que expressa a falta de vontade de viver, já que o objetivo deles é preservar vidas. A falta de compreensão em relação ao ato suicida gera desconforto emocional nos profissionais no contexto de cuidado, uma vez que também estão sujeitos à carga cultural de preconceito associada à tentativa de suicídio.

Uma conexão evidente, pode ser estabelecida quando se considera que profissionais de saúde foram extensivamente treinados para preservar vidas, e, no entanto, diariamente se deparam com um número significativo de pacientes que optam pela morte em detrimento da vida, indo contra os princípios técnicos que norteiam sua formação. O ato suicida desafia a hierarquia médica, que coloca a vida como prioridade absoluta e preconiza esforços para preservá-la. Ao agir de maneira suicida, o indivíduo parece desafiar esse princípio e, por extensão, a autoridade médica que orienta as práticas de cuidado de todos os profissionais da saúde, levando muitas vezes a uma situação em que o paciente com comportamento suicida é visto como indesejado e sujeito a tratamentos inadequados por parte da equipe (Gonçalves *et al.*, 2015; Gihel; Bedin, 2020).

E é na Unidade de Terapia Intensiva que percebe de forma mais clara esse processo do morrer e suas influências na relação entre profissional da saúde, paciente e familiares (Vicensi, 2016). O morrer, no contexto hospitalar, significa fracasso e

ineficiência, algo que deve ser combatido a qualquer custo. Entretanto, por mais que se evite pensar na morte, ela está presente no cotidiano nas UTIs, o que criou uma cultura de distanciamento dos profissionais de saúde, e mostra o despreparo dos mesmos para lidar com situações que envolve a morte, além de não saberem como agir (Vicensi, 2016). Dito isso, o paciente suicida ameaça e fere expectativas e idealizações, uma vez que aproxima a morte de quem o atende, que é o profissional da saúde que luta pela vida. Com isso, vários mecanismos de defesa psicológicos são utilizados que se misturam com as crenças errôneas sobre o tema, surgindo preconceitos e repulsas (Botega, 2014).

Tais estigmas e preconceitos que perpassam pela assistência do público em saúde mental foram identificados nas falas dos participantes do presente estudo. Estas questões também foram encontradas no estudo realizado por Paulon *et al.*, 2012, que relatou que além da falta de reconhecimento do sofrimento relacionado à saúde mental, existe outra característica nos serviços de emergência que influencia a qualidade do cuidado oferecido: uma abordagem moral do cuidado. O julgamento moral permeia desde a triagem, que resulta em uma classificação de risco que combina a objetividade de protocolos orgânicos com uma interpretação moral da situação do usuário que procura atendimento. Isso acaba relegando a saúde mental a uma posição secundária no processo de cuidado.

O estigma em relação a pacientes que tentaram suicídio e as concepções negativas presentes no imaginário coletivo dos profissionais de saúde pode impactar negativamente a qualidade do cuidado profissional, resultando em um obstáculo significativo para a eficácia do trabalho que deveriam desempenhar com essa população. Na literatura, é possível observar que a abordagem ao paciente deve ser clara, cautelosa, calma, empática e livre de julgamentos. É apropriado que o profissional com maior vínculo com o paciente investigue seus propósitos, visto que uma boa relação e um processo de comunicação adequado são estratégias terapêuticas e intervencionais eficazes. Pensando sempre na realização de um acompanhamento por meio do acolhimento, vínculo e escuta, que favoreça a expressão desses sujeitos (Paes, *et al.*, 2020; Lima, *et al.*, 2022; Silva; Peres, 2016; Silva; Pegoraro, 2023).

Na realização do presente estudo percebe-se que a maioria dos profissionais de saúde entrevistados abordaram a temática do suicídio de forma psicopatologizante, como algo sendo somente do sujeito, sem considerar os diversos fatores externos que o influenciam. Segundo Gutierrez (2014), o suicídio é constituído por fatores intrínsecos e

extrínsecos, ou seja, questões relacionadas aos contextos sociais e interpessoais que o indivíduo está inserido. Ao associar exclusivamente o comportamento suicida a questões psiquiátricas, e adotar um olhar superficial à real potencialidade do comportamento, devido a uma não aproximação, a compreensão desse fenômeno e as diversas opções de intervenção e encaminhamento para esses casos são limitadas. Dado que o comportamento suicida é multifatorial e resulta de uma intrincada rede de fatores de risco e de proteção que interagem entre si, torna-se desafiador identificar e precisar cada um deles (Gonçalves, *et al.*, 2015; Paes, *et al.*, 2020).

Outro ponto a ser ressaltado que foi observado durante a realização das entrevistas, é que poucos profissionais de saúde abordaram a importância da atuação das equipes multiprofissionais e da articulação em rede na assistência ao paciente com comportamento suicida. A formação de uma Rede de Apoio é apontada como um elemento crucial para o atendimento de usuários que manifestam comportamentos suicidas. No entanto, deparamo-nos com redes de saúde mental fragilizadas e com a falta de conhecimento, por parte de alguns profissionais, sobre os recursos disponíveis nos setores de saúde e assistência social (Gonçalves, *et al.*, 2015). O reforço da abordagem de saúde em rede é essencial para assegurar condições mais dignas no atendimento e encaminhamento dos pacientes, preservando vínculos para continuidade nos serviços de saúde (Lima, *et al.*, 2022).

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos demonstraram que o imaginário coletivo dos participantes ainda é permeado por estigmas e tabus o que proporciona uma dificuldade no cuidado e um despreparo emocional ao se tratar de pacientes com comportamento suicida. Pensando nisso, é essencial que haja capacitações, campanhas e educação permanente que auxilie os profissionais de saúde a se sentirem mais seguros e capacitados a desenvolverem um cuidado humanizado com tais pacientes.

Entretanto também percebemos questões afetivas emocionais, um sofrimento e pedido de socorro dos profissionais que são subjacentes as condutas técnicas, o que desperta uma necessidade de um olhar mais cuidadoso e sensível para a equipe de saúde, e não somente tecnicista. Com isso, podemos pensar em possibilidades nesse cuidado de nível institucional e coletivas, e refletir sobre o conceito de ambiente suficientemente bom de Winnicott, uma vez que o ambiente em que estamos tem a sua importância na

estruturação das bases da saúde mental do indivíduo e na facilitação do seu desenvolvimento emocional (Telles; Hashimoto, 2011).

Vale ressaltar que tal pesquisa traz reflexões acerca da assistência ainda muito limitada, no modelo biomédico predominante e da necessidade de dialogarmos sobre saúde mental, na intenção de mudarmos os olhares, perspectivas e diminuirmos os preconceitos. A importância da atuação multiprofissional e de uma rede de saúde conectada para a realização de acolhimentos humanizados, uma escuta subjetiva, no intuito de prevenir o comportamento suicida.

O presente estudo possui limitações, uma vez que foi realizado com profissionais de saúde de um único hospital, e pela falta de pesquisas recentes em relação ao assunto e com o público de UTI em específico, o que mostra a importância de se pesquisar sobre na atualidade e uma possível negligência do tema devido a predominância do modelo biomédico. Portanto, novas pesquisas sobre a temática são necessárias e seria possível verificar se em outros contextos prevaleceriam as crenças e sentimentos semelhantes.

REFERÊNCIAS

- AIELLO-VAISBERG, T. M. Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia. Tese (Livre Docência em Psicopatologia). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- ALVES, A. C.; SILVA, A. C.; VEDANA, K. G. A experiência da tentativa de suicídio na perspectiva de adultos. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, [s.l.], v. 16, n. 4, p. 49-57, 2020. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.168837.
- BATISTA, E. C.; MATOS, L. A.; NASCIMENTO, A. B. A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**. Blumenau, v. 11, n. 3, p. 23-38, 2017.
- BOTEGA, N. J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2014
- CARBOGIM C, *et al.* Suicídio e cuidado às vítimas de tentativa de suicídio. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 13, n. 4, p. 1090-6, 2019. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a238056p1090-1096-2019>
- CONTE, M. Encontros ou Desencontros: histórias de idosos que tentaram suicídio e a Rede de Atenção Integral em Porto Alegre/RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 6, p. 1741-1749, 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.02452015>
- Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal. Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação / Organizado pela Comissão Especial de Psicologia na Saúde do CRP 01/DF --. Brasília: CRP, 2020.

CORREIA, C. M., *et al.* Atenção psicossocial às pessoas com comportamento suicida na perspectiva de usuários e profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, [s.l.], 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019028803643>.

FONTANELLA, B. J.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 24, n.1, p. 17-27, 2008. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.

FONTÃO, M. C., *et al.* Cuidado de enfermagem às pessoas atendidas na emergência por tentativa de suicídio. **Rev Bras Enferm** [Internet], [s.l.], v. 71, n. 5, p. 2329-35, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0219>.

FREITAS, A. P.; BORGES, L. M. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 560-577, 2014. <https://doi.org/10.12957/epp.2014.12560>.

FREITAS, A. P.; BORGES, L. M. Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. **Estudos de Psicologia**, [s.l.], v. 22, n. 1, p. 50-60, 2017. DOI: 10.22491/1678-4669.20170006

GIHEL, V. M.; BEDIN, S. C. Atendimento hospitalar ao sujeito em Sofrimento mental, em casos de tentativa de suicídio: Caminhos e descaminhos. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p.150-164, 2020. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2020v26n1p147-160>.

GONÇALVES, P. I.; SILVA, R. A.; FERREIRA, L. A. Comportamento suicida: percepções e práticas de cuidado. **Psicologia Hospitalar**, [s.l.], v. 13, n. 2, p. 64-87, 2015.

GUTIERREZ, D. M.; MINAYO, M. C; SOUSA, A. B.; GRUBITS S. Pessoas idosas tentam suicídio para chamar atenção? **Saúde E Sociedade**, [s.l.], v. 29, n. 4, p. 1-13, 2020. Doi:10.1590/S0104-12902020190659

TELLES, K. K. P.; HASHIMOTO, F. O Ambiente Na Clínica Winnicottiana: Inovação Teórica E Prática. **Colloquium Humanarum**, Presidente Prudente, v. 8, n. 2, p. 57-68, 2011. DOI: 10.5747/ch.2011.v08.n2.h111.

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**, [s.l.], v. 45, n. 2, p. 501-7, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200028>.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2019.

LAUERMAN, J. D.; BORGES, Z. N. Saúde mental e hospitalização: qual a percepção dos profissionais da saúde? **Revista de Psicologia da UNESP**, [s.l.], v. 13, n. 1, p. 11-20, 2014.

LIMA L, *et al.* Violação dos direitos humanos dos pacientes com tentativa de suicídio no Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 31, n. 3, p. 1-12, e200331, 2022. DOI 10.1590/S0104-12902022200331pt.

LOUREIRO, R. M. Um possível olhar do comportamento suicida pelos profissionais de saúde. **Scientia Medica**. Porto Alegre: PUCRS, v.16, n. 2, p.64- 67, 2006.

MACHADO, R. P. Fatores de risco para ideação suicida entre universitários atendidos por um serviço de assistência de saúde estudantil; **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** Ribeirão Preto, v.16, n.4, p.23-31, 2020
<http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.169186>

MANNA, R. E.; LEITE, J. C.; Aiello-Vaisberg, T. M. Imaginário coletivo de idosos participantes da Rede de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 27, n. 4, p. 987-996, 2018. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180888>.

MEDEIROS, B. G.; MEDEIROS, N. S.; PINTO, T. R. Educação permanente em saúde mental: o suicídio na agenda do cuidado dos Agentes Comunitários de Saúde. **Pesquisas e Práticas Psicossociais.** São João del Rei, v.15, n.2, e2801, p. 1-16, 2020.

MINAYO, M. C. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Qualitativa**, [s.l.], v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil, 2007 a 2016. v. 50, n. 15, 2019.

OMS. Organização Mundial de Saúde. RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. World Health Organization 2001.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Uma em cada 100 mortes ocorre por suicídio, revelam estatísticas da OMS. [site na internet]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2021-uma-em-cada-100-mortes-ocorre-por-suicidio-revelam-estatisticas-da-oms>.

PAES, M. R., *et al.* Percepções de profissionais de enfermagem de um Hospital geral sobre pacientes com comportamento Suicida. **Enferm. Foco**, [s.l.], v. 11, n. 6, p. 101-7, 2021. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n6.3838>.

PESSINI, L. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. **Revista Bioética** [online], [s.l.], v. 24, n. 1, p. 54-63, 2016. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241106>.

PAULON, S. M., *et al.* O foco míope: apontamentos sobre o cuidado à crise em saúde mental em emergências de hospitais Simone. **Polise Psique**, [s.l.], v. 2, nt, p. 73-94, 2012. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.40322>.

REISDORFER N, *et al.* Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. **Rev Enferm UFSM**, [s.l.], v. 5, n. 2, p. 295-304, 2015. Doi: 10.5902/2179769216790.

RIBEIRO, D. P. Transicionalidade e uso do procedimento desenhos-estórias com tema nas primeiras entrevistas clínicas. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2008.

ROSA, D. C. J.; LIMA, D. M.; PERES, R. S.; SANTOS, M. A. O conceito de imaginário coletivo em sua acepção psicanalítica: uma revisão integrativa. **Psic. Clin.** Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 577-595, 2019.

ROSA, D. C., *et al.* “Paciente-problema”: imaginário coletivo de enfermeiros acerca do usuário com diagnóstico de esquizofrenia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S010373312021310108>.

SANTOS, E. G., *et al.* O olhar do enfermeiro emergencista ao paciente que tentou suicídio: estudo exploratório. **OBJN**, [s.l.], v. 16, n. 1, p. 6-16, 2017. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20175416>.

SILVA, B. M da; BENINCA, C. Ideação suicida em pacientes oncológicos. **Rev. SBPH**. Rio de Janeiro, v.21 n.1, p. 218-231, 2018. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.21.273>.

SILVA, D. R.; PEGORARO, R. F. Estratégias de cuidado a pessoas que tentaram suicídio segundo a literatura. **Psic. Rev.** São Paulo, v. 32, n. 1, p. 36-55, 2023. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2023v32i1p36-55>.

SILVA, M. A.; PERES, R. S. O Imaginário Coletivo de Agentes Comunitários de Saúde em Relação a Usuários de Saúde Mental. **Revista do NESME**, [s.l.], v. 13, n. 2, p. 55-65, 2016.

SIMÕES, C. H., *et al.* “Louco sim, drogado não”: o imaginário de profissionais da saúde mental. **Interação em psicologia**, [s.l.], v.71, n. 1, p. 62-70, 2023. <https://dx.doi.org/10.5380/riep.v27i1.7972219>

STORINO, B. D.; *et al.* Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. **Cadernos Saúde Coletiva** [online]. Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 369- 377, 2018. DOI: 10.1590/1414-462X201800040191

TACHIBANA, M., *et al.* O imaginário coletivo da equipe de enfermagem sobre a interrupção da gestação. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 285-297, 2014. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982014000200009>.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicações nas áreas de saúde e humanas** (6ª ed.). Petrópolis: Vozes.

VICENSI, M. C. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. **Revista Bioética** [online], [s.l.], v. 24, n. 1, p. 64-72, 2016. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241107>.

VIDAL, E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cad. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 108-14, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2013000200002>.

VISINTIN, C. D.; AMBROSIO, F. F.; AIELLO-VAISBERG, T. M. O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema em pesquisas qualitativas sobre imaginários coletivos. **Estilos da Clínica**, [s.l.], v. 28, n. 1, p. 98-114, 2023. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v28i1.p98-114>.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

Parte 1: Informações pessoais

Nome:

Idade:

Cargo que ocupa na UTI:

Parte 2: Procedimento Desenho e Estória com Temas

- 1) Por favor, desenhe uma pessoa que tentou suicídio
- 2) Crie uma estória sobre a pessoa que desenhou
- 3) Crie um título para a estória

Parte 3: Perguntas norteadoras sobre o tema

- (a) Como é para você atender pessoas como essa que você desenhou?
- (b) Para você, quais são os aspectos positivos e negativos de atender pessoas que tentaram se suicidar?
- (c) Com quais dificuldades você costuma se deparar ao atender pessoas como essa que você desenhou?
- (d) Como você se sente em função dessas dificuldades?
- (e) Como você acha que essas dificuldades podem ser superadas?

Parte 4: Encerramento da Entrevista

- 1) Gostaria de acrescentar mais alguma questão?