

A INTERVENÇÃO DA PSICOLOGIA: TENTATIVAS DE SUICÍDIO E URGÊNCIA HOSPITALAR

INTERVENTION PSYCHOLOGY: SUICIDE ATTEMPTS AND EMERGENCY HOSPITAL

Denise Saleme Maciel Gondim

Psicóloga, Mestre em Ciências da Saúde – Ensp/Fiocruz, Chefe da Divisão de Psicologia do Hospital Ferreira Machado; Coordenadora dos Cursos de Pós Graduação em Psicologia da Saúde e Psicanálise: sujeito e cultura na Faculdade de Medicina de Campos.

RESUMO

A proposta deste trabalho é apresentar um projeto de intervenção do serviço de Psicologia em um hospital de emergência no município de Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil. Considerando a alta prevalência de tentativas de suicídio no município e os atendimentos realizados no Pronto Socorro do hospital nos últimos anos, foi construído um projeto de assistência em que o Serviço de Psicologia atua desde o acolhimento ao paciente e seus familiares, durante o tratamento clínico e nos encaminhamentos posteriores necessários. Seguindo um fluxo previamente determinado, após o atendimento médico, o psicólogo (plantonista nas 24 horas) realiza a primeira avaliação do paciente no Pronto Socorro, dá seguimento à assistência através da escuta singular, fornece orientações necessárias para que o paciente continue o tratamento na rede de saúde, sendo responsável pela alta hospitalar após a alta médica. Este trabalho tem como objetivo inserir o paciente na rede de saúde mental, tendo como ponto de partida o atendimento psicológico no Pronto Socorro com o intuito de diminuir as recidivas de tentativas de suicídio. A parceria estabelecida com o setor de Vigilância Hospitalar, através da notificação dos casos atendidos para posterior estudo epidemiológico tem sido de fundamental importância para a consecução dos objetivos. Pretende-se que o projeto seja o ponto de partida para a ampliação de atendimentos de referência na rede de saúde mental do município.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar, Tentativas de suicídio, Rede de Saúde.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to present an intervention project psychology service in an emergency hospital in the city of Campos dos Goytacazes, RJ, Brazil. Considering the high prevalence of suicide attempts in the municipality and the care provided in the Ready Hospital Relief in recent years, has built an assistance project in the Psychology Service operates from the host to the patients and their families during medical treatment and the necessary subsequent referrals. Following a predetermined flow, after medical treatment, the psychologist (on duty 24 hours) performs the first evaluation of the patient in the emergency room, a follow-up care through unique listening, provides necessary guidance for the patient to continue treatment in the network health, responsible for the hospital after discharge. This work aims to place the patient in the mental health system, taking as a starting point the psychological care in the emergency room in order to reduce the recurrence of suicide attempts. The partnership established with the Hospital surveillance industry, notifying the cases attended for further epidemiological study has been of fundamental importance for achieving the goals. It is intended that the project will be the starting point for the expansion of reference calls in the mental health network of the municipality.

Keywords: Health Psychology, suicide attempts, Health Network.

INTRODUÇÃO

As pesquisas em relação ao tema Suicídio indicam a natureza complexa e multifatorial nos comportamentos daqueles que decidem pela morte ou pelas suas tentativas de auto destruição. Segundo Botega, N. & Rapeli, C. (2002, p. 365), o comportamento suicida é “todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo,[...] a partir de pensamentos de autodestruição, passando por ameaças, gestos, tentativas de suicídio e, finalmente suicídio”.

No Brasil as taxas de suicídio são relativamente baixas, apesar de estar entre os 10 países com maior número absoluto de suicídios (BRASIL, 2006). Os dados epidemiológicos são bastante evidentes quanto aos índices de suicídio, entretanto, em relação às tentativas, quase não há registros sistemáticos. Há evidências que o número de tentativas de suicídio seja maior de 10 a 20 vezes que o número de suicídios no Brasil (KUTCHER & CHEHIL, 2007).

Os comportamentos suicidas indicam geralmente um quadro de depressão [no sujeito que tenta se matar. Desde a Grécia Antiga Hipócrates já fazia a correlação entre o suicídio e a depressão, sugerindo que nenhuma pessoa mentalmente sadia iria eliminar sua própria vida. Essa idéia é ainda atual, na medida em que introduz o fenômeno em uma categoria psicopatológica. Kastenbaun & Aisenberg (1983) ressaltam que as causas fundamentais deste comportamento devem ser procuradas na contextura psicobiológica do próprio indivíduo. E ainda salientam que o gesto suicida pode ser um pedido indireto de auxílio.

Os estudos de Durkheim (2005) apontam o suicídio como um fenômeno puramente social, destacando que é uma doença da época. Para este autor a sociedade é uma realidade distinta das instituições e dos indivíduos, que não existem sem ela. Sua teoria está fundamentada na idéia de que é a forma das coletividades que determina as atitudes individuais, ou seja, existem forças sociais que levam os sujeitos a desistir da própria vida.

Para a psicanálise, o suicídio seria uma saída, uma ação que visa um término de conflitos psíquicos, uma recusa radical ao mal estar e à dor de existir, associada à pulsão de morte, conceito descrito como uma tendência para a morte, presente em todo ser humano (Freud, 1920). O ato suicida seria um dos desencadeamentos das depressões. A depressão é uma resposta do sujeito frente à sua falta constitutiva, mas também um modo de não consentir a falta no Outro (Soler, 1999). O sujeito deprimido, diante da perda do objeto idealizado, experimenta o par “dor e

tristeza”, perda de interesse ou de capacidade, inibição da vontade e perda do desejo.

Em estudos realizados sobre o tema, Botega e colaboradores (2009) mostraram que a maioria das pessoas que tentaram o suicídio não foi atendida em serviço médico hospitalar, sugerindo vários fatores para a não procura por serviço médico: o potencial risco de morte, a dificuldade de acesso, a desconfiança no sistema de saúde e o preconceito existente na equipe de saúde em relação à tentativa de suicídio. Estes fatores são fundamentais para a escassez de dados estatísticos. No município de Campos, RJ, a percepção da prevalência de casos se deve à experiência cotidiana de atendimentos em hospital de emergência, já que ainda inexistem números sobre o fenômeno.

O projeto apresentado aqui trata de uma proposta de sistematização da assistência às tentativas de suicídio, envolvendo o serviço de Psicologia como principal responsável pelo acolhimento e encaminhamentos dos pacientes e familiares. Pretende-se que este trabalho seja realizado junto do setor de Vigilância Hospitalar para que se possa obter um panorama claro sobre as tentativas de suicídio no município.

O HOSPITAL COMO ESPAÇO DE ACOLHIMENTO E ASSISTÊNCIA

Os diferentes serviços de saúde podem oferecer assistência aos pacientes que tentam o suicídio, entretanto, o local adequado para os primeiros atendimentos é o hospital geral de emergência, visto que agrega estrutura técnica e equipe preparada para atender pessoas em risco de morte.

A instituição aqui descrita, o Hospital Ferreira Machado, é uma unidade de saúde pública, de emergência, com classificação nível III pelo Ministério da Saúde. Mensalmente são realizados em torno de 12 a 20 mil atendimentos; que totalizam anualmente mais de 140 mil. O hospital possui 230 leitos divididos entre as enfermarias do Pronto Socorro (repouso extra, repouso masculino, repouso feminino, repouso pediátrico), UI (Unidade Intermediária), Clínica Cirúrgica, Setor de Doenças Infecto-Parasitárias (DIP), Clínica Médica, Clínica Pediátrica, UTIs (adulto e pediátrico). Os casos atendidos com mais frequência são: acidentes de trânsito, atropelamentos, agressões físicas, violência sexual, PAF (perfuração por arma de fogo), PAB (perfuração por arma branca), queimaduras, acidentes de trabalho, intoxicações, entre outros.

A equipe técnica do hospital é formada por diversos profissionais, a saber: médicos de diferentes

especialidades, enfermeiros e técnicos de enfermagem, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e 18 psicólogos que atuam nos diferentes setores em regime de plantão no Pronto Socorro e diariamente nas clínicas.

O psicólogo integrante de cada setor do hospital presta assistência ao paciente internado, faz orientações e acompanhamento aos familiares e equipe. A sua principal tarefa é avaliar e acompanhar intercorrências psicológicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos. Enfim, todas as ações visam à recuperação da saúde física e mental dos usuários do serviço.

Em um hospital de emergência, é comum haver dificuldades na assistência adequada a pacientes que tentam o suicídio. Muitas vezes a equipe não aceita dar a atenção devida aos pacientes, os profissionais não levam a sério que tal evento pode ser a manifestação de uma doença grave que pode levar à morte, no caso das depressões. A equipe, que já tem determinados os papéis e responsabilidades de cada um, não consegue realizar o acolhimento necessário ao paciente e à sua família.

Ou seja, o suicídio e sua tentativa é um ato que subverte a ordem médica. O paciente, ao tentar contra a própria vida desestabiliza a equipe de saúde, na medida em que desafia o seu poder com seu ato, se tornando assim, na maioria das vezes um paciente indesejado no pronto socorro (CARVALHO, 2008).

Diante do suicida, é comum o profissional fazer seu julgamento baseado em seus próprios valores, podendo reagir com: indiferença, impaciência, pena, paternalismo, ironia e até lições de ânimo ou de religiosidade. Dificilmente se observa uma escuta ao paciente, uma tentativa de saber dele sem julgamentos ou questionamentos sobre a causa do ato.

Seja por deficiências na própria formação ou mesmo na dificuldade em administrar o tempo na emergência, que tem que ser rápido e eficaz, a equipe de saúde nem sempre se sente preparada para atuar nos casos de tentativas de suicídio.

Neste sentido, o psicólogo, enquanto um profissional de saúde mental parece ser o principal agente de transformação nesses casos, já que sua atuação envolve acolhimento, escuta, atendimento, orientações e encaminhamento às unidades de saúde da rede de saúde mental. O psicólogo deve estar atento à necessidade de solicitar avaliação psiquiátrica já que o hospital não conta com a presença diária de médico psiquiatra.

O papel do psicólogo nas tentativas de suicídio se estende também às intervenções junto à equipe,

no sentido de auxiliar nas relações entre a família e a equipe.

O SERVIÇO DE PSICOLOGIA COMO REFERÊNCIA NO ACOLHIMENTO E ASSISTÊNCIA

Desde o funcionamento da equipe de psicólogos no serviço de emergência do Hospital Ferreira Machado, em 2004, os casos de tentativas de suicídio tem sido encaminhados ao psicólogo. Nos atendimentos de pacientes que tentaram suicídio, a ação do psicólogo inicia no momento da entrada do paciente ou após os procedimentos iniciais necessários. Quando se trata de um paciente grave, sem condições de abordagem inicial, o psicólogo realiza o acolhimento à família até o paciente ter condições de ser atendido.

O serviço está se estruturando para que a entrevista “ realizada com o paciente e/ou familiares com objetivo de colher as informações principais e estabelecer vínculo entre o paciente e o profissional “ sirva também como notificação ao setor de Vigilância Hospitalar, que irá se incumbir do trabalho de informação e estatística.

Como o hospital não conta com médico psiquiatra plantonista, enquanto o paciente estiver internado, o mesmo será atendido continuamente pelo psicólogo, que solicitará o parecer ou acompanhamento psiquiátrico nos casos de tentativas de média e alta complexidade. Em seguida a todos os procedimentos médicos realizados, após a alta médica, o psicólogo será responsável pela alta hospitalar, realizando encaminhamento ou mesmo transferência para o equipamento de saúde mental de referência para tentativas de suicídio.

O papel do psicólogo, além de ser o ponto de partida para a assistência integral que o paciente terá no hospital, deverá ser também o de identificar a necessidade de avaliação psiquiátrica, assim como se tornar o profissional de referência para o paciente durante sua internação.

Em muitos casos, na tentativa de suicídio se dá o primeiro encontro que o paciente tem com um profissional de saúde, especificamente de saúde mental. E isso é considerado de extrema importância, pois assim ele terá alguém para escutar seu sofrimento. Como a maioria destes sujeitos não revela sua intenção nem tampouco manifesta algum comportamento diferente nos dias anteriores ao ato, observa-se uma surpresa para a família assim como para o próprio. A atitude de ambivalência – desejo de morrer e se manter vivo ao mesmo tempo – traduz a coexistência de idéias antagônicas em que o sujeito tenta morrer, mas

também procura ser resgatado e salvo (BERTOLOTE, MELLO-SANTOS & BOTEAGA, 2010).

A escolha de diferentes métodos não indica maior ou menor necessidade de atenção por parte da equipe de saúde, já que um sujeito com uma depressão grave pode escolher um método simples, mas em seguida concretizar o suicídio. O psicólogo, nestes casos, poderá avaliar o grau de seu sofrimento, avaliando o predomínio de seu desejo ou não desejo pela sua vida. Ao escutar sua história de vida, de perdas, assim como suas motivações, poderá auxiliar o paciente a se escutar também, e, conseqüentemente, apontar outra direção para sua própria vida.

No contexto do acolhimento e acompanhamento ao paciente, o psicólogo deve:

1. Acolher o sujeito, oferecendo-lhe um lugar para que possa falar do seu sofrimento, garantindo-lhe uma escuta sem críticas ou julgamentos;
2. Aceitar os sentimentos ambivalentes do sujeito, convocando-o a expressá-los através de palavras;
3. Suportar os recursos que o sujeito dispõe para dar lidar com o sentimento de inferioridade e os fenômenos de mortificação, de tristeza e dor, característicos das depressões.
4. Implicar o sujeito no seu sofrimento, evitando a vitimização que ele próprio se coloca;
5. Estabelecer um contrato de não suicídio em determinados casos, naqueles em que o sujeito necessita de um ponto de apoio e quando o vínculo entre o paciente e o psicólogo já está estabelecido;
6. Ampliar o cuidado para a família e redes de apoio social na qual o sujeito está inserido;

Como mencionado anteriormente, as causas consideradas mais importantes para as tentativas de suicídio são as depressões. Segundo Khel (2009), o sujeito depressivo escolhe não enfrentar a demanda social e acaba se submetendo enquanto objeto inofensivo e indefeso à proteção do Outro. As frustrações da vida afetiva, as dificuldades em relação ao próprio cotidiano “ marcas aparentemente simples da dor de existir “ podem se configurar em estados depressivos graves. Neste sentido, as tentativas de suicídio podem se constituir em uma encenação da realidade psíqui-

ca, das perdas afetivas. Isso pode ter um resultado desastroso para o sujeito, que se não estava verdadeiramente intencionado a se matar, pode cometer um erro de cálculo.

Percebe-se que o campo das depressões é muito complexo e o profissional de saúde deve ser preparado para escutar as diferentes motivações que levam o sujeito a tentar se matar. Neste sentido, o psicólogo enquanto um profissional de saúde mental que se dispõe ao trabalho de escuta se constitui no principal elemento da equipe de saúde para os eventos de tentativas de suicídio.

CONCLUSÃO

As tentativas de suicídio no Brasil são, notadamente, maiores que os índices de suicídio. A falta de sistematização da assistência e notificação aos órgãos de vigilância epidemiológica contribui para a escassez de estudos e projetos de assistência para tentar minimizar o problema. Estudos apontam que a maioria dos sujeitos que tentaram o suicídio não foram atendidos em serviço de saúde, devido à falta de acesso, de informação sobre aonde ir, como também ao preconceito dos profissionais de saúde acerca do ato.

No município de Campos percebe-se que existe uma grande demanda de pacientes que necessitam de assistência especializada, apontando para um incremento na qualidade do serviço de Psicologia no Hospital Ferreira Machado.

Assim, concluímos que os serviços de saúde devem estar preparados para a assistência a esses eventos, que, além de se constituírem urgências e emergências que devem ser atendidas pela equipe médica, portam um componente psíquico importante que é anterior ao dano físico: o sofrimento psíquico.

Vimos que o sofrimento psíquico gerado nas tentativas de suicídio está comumente relacionado às depressões. Desta forma, o ato, ao invés de interpretado deve ser escutado em suas dimensões subjetivas e isso é realizado de forma mais adequada pelo profissional psicólogo, preparado para dar o suporte a esses sujeitos.

BIBLIOGRAFIA

1. BERTOLOTE, J. M., MELLO-SANTOS, C., BOTEAGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. Revista. Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, 2010, v. 32, p. 87-95.
2. BOTEAGA, N. J. et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009, v. 25, n. 12, p.2632-2638.
3. BOTEAGA, N. J., RAPELI, C. B. Tentativa de Suicídio. In BOTEAGA, N. J. (org.) Prática psiquiátrica no hospital geral. Porto alegre: Artmed, 2002.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, organização Pan-Americana de Saúde, Unicamp, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf Acesso em 01 out 2014.
5. CARVALHO, SC - O suicida subverte a ordem médica – quais os efeitos dessa subversão na relação médico-paciente? 25º Congresso Mundial de Suicídio, Montevideo, Ur, 2008.
6. DURKHEIM, E. O Suicídio – estudo sociológico. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
7. FREUD, S. (1920) Além do princípio do prazer. In: Edições Standard das Obras Completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, 1972.
8. KASTENBAUM, R. & AISENBERG, R. Psicologia da morte. São Paulo: Pioneira, 1983.
9. KEHL, M. R. O tempo e o cão: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo, 2009.
10. KUTCHER, S. & CHEHIL, S. Manejo do risco de suicídio: Um manual para profissionais de saúde. São Paulo: Lundbeck Brasil Ltda, 2007.
11. SOLER, C. Um mais de melancolia. In: QUINET, A. Extravios do desejo: depressão e melancolia. (Org.). Rio de Janeiro. Marca d'Água, 1999.