

**A percepção de profissionais de saúde que atuam em unidade de
terapia intensiva sobre a pessoa que tenta o suicídio**

**The perception of health professionals working in an intensive care
unit about the person who attempts suicide**

DOI:10.34117/bjdv8n2-396

Recebimento dos originais: 20/01/2022
Aceitação para publicação: 23/02/2022

Ronne Souza

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Catalão

Endereço: Avenida Dr. Lamartine Pinto de Avelar, nº 1120, Vila Chaud, Catalão, GO

CEP: 75.704-020

E-mail: ronneseouza@discente.ufcat.edu.br

Vilmar de Assis Gonçalves Júnior

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Catalão

Endereço: Avenida Dr. Lamartine Pinto de Avelar, nº 1120, Vila Chaud, Catalão, GO

CEP: 75.704-020

E-mail: junior_assis@discente.ufcat.edu.br

Brunna Leonel Machado

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Catalão

Endereço: Avenida Dr. Lamartine Pinto de Avelar, nº 1120, Vila Chaud, Catalão, GO

CEP: 75.704-020

E-mail: brunnaleonel@discente.ufcat.edu.br

Isabelle Helena Rodrigues Bertuol

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Catalão

Endereço: Avenida Dr. Lamartine Pinto de Avelar, nº 1120, Vila Chaud, Catalão, GO

CEP: 75.704-020

E-mail: isabellebertuol@discente.ufcat.edu.br

Maria Amélia Pinheiro Camargo Plazzi

Mestre

Instituição: Centro Universitário UMA

Endereço: R. Prof. Paulo de Lima, 100 - Santa Cruz, Catalão - GO, CEP: 75706-725

E-mail: maria.prazzi@prof.una.br

Renata Silva Lopes

Doutoranda

Instituição: Universidade Federal de Goiás

Endereço: R. 235, s/n, Setor Leste Universitário, Goiânia, GO, CEP: 74605-050

E-mail: lopessrenata@gmail.com

Moisés Fernandes Lemos

Pós-doutor

Instituição: Universidade Federal de Catalão

Endereço: Avenida Dr. Lamartine Pinto de Avelar, nº 1120, Vila Chaud, Catalão, GO

CEP: 75.704-020

E-mail: moises_fernandes_lemos@ufcat.edu.br

Graciele Cristina Silva

Doutora

Instituição: Universidade Federal de Catalão

Endereço: Avenida Dr. Lamartine Pinto de Avelar, nº 1120, Vila Chaud, Catalão, GO

CEP: 75.704-020

E-mail: graciele@ufcat.edu.br

Roselma Lucchese

Doutora

Instituição: Universidade Federal de Catalão

Endereço: Avenida Dr. Lamartine Pinto de Avelar, nº 1120, Vila Chaud, Catalão, GO

CEP: 75.704-020

E-mail: roselma@ufcat.edu.br

RESUMO

O presente estudo objetivou descrever a percepção do profissional de saúde que atua em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em relação à pessoa que tentou o autoextermínio. Com a realização de pesquisa descritiva e exploratória de caráter qualitativo. E, realizamos entrevistas semiestruturadas com 21 profissionais da equipe de saúde que atuam na UTI e, após transcrição, os dados qualitativos foram organizados a partir da análise de conteúdo. Assim, ressaltamos em quatro categorias de análise, das quais foram possíveis perceber que o cuidado com a pessoa que atenta contra a própria vida passa por uma série de concepções, sendo essas: “concepção religiosa”; “concepção de raiva e frustração”; “concepção de compaixão, dó e pena”; “concepção teórica e humanística”; podendo-se perceber fragilidade no processo de cuidado com os pacientes pautadas em julgamentos pessoais, influenciando na transferência e contratransferência da promoção da vossa saúde mental. Entretanto, também percebemos ações que caracterizam uma atuação mais sensibilizada em entender o processo de saúde-doença da pessoa que está na UTI por tentar o autoextermínio e com entendimento desse processo conduzido pelo conhecimento científico, tornando o cuidado centrado nas necessidades físicas e psíquicas do paciente. Por fim, concluímos que apesar da complexidade que se tem em uma UTI, é necessário um olhar a mais para o paciente, requerendo capacitações para a atuação de uma equipe multidisciplinar nos diferentes contextos e um cuidado para com a equipe em poder haver um espaço de discussão em quanto cada profissional tem mobilizado em si, seus sentimentos diante de uma situação que lhe traz questionamentos acerca de sua condição de cuidar e lutar pela vida das pessoas.

Palavras-chave: atenção à saúde, uti, parassuicídio, pessoal de saúde.

ABSTRACT

This study aimed to describe the perception of health professionals who work in Intensive Care Units (ICU) regarding the person who attempted self-extermination. A descriptive and exploratory qualitative research was carried out. And, we carried out semi-structured

interviews with 21 health professionals who work in the ICU and, after transcription, the qualitative data were organized based on content analysis. Thus, we highlighted four categories of analysis, from which it was possible to perceive that care with the person who attempts to take his/her own life goes through a series of conceptions, these being: "religious conception"; "conception of anger and frustration"; "conception of compassion, pity and compassion"; "theoretical and humanistic conception"; being able to perceive fragility in the process of care with patients based on personal judgments, influencing the transference and countertransference of the promotion of your mental health. However, we also perceived actions that characterize a more sensitized performance in understanding the health-disease process of the person in the ICU for attempting self-extermination and with an understanding of this process led by scientific knowledge, making the care centered on the physical and psychological needs of the patient. Finally, we conclude that despite the complexity of the ICU, it is necessary to have an extra look at the patient, requiring training for the multidisciplinary team to act in different contexts and care for the team to have a space for discussion about how much each professional has mobilized his feelings in a situation that brings questions about his condition of caring and fighting for people's lives.

Keywords: health care, uti, parasuicide, health personnel.

1 INTRODUÇÃO

A humanidade conhece a prática do suicídio e está contemplada desde os mais remotos registros referentes a organizações sociais, dessa forma, encontramos em vários livros antigos, incluído os denominados sagrados, a exemplo: a Bíblia, e até mesmo nas histórias mitológicas referindo-se a relatos em que a pessoa atentou contra a própria vida. É uma prática impactante para todas as populações e ocorrente no mundo todo, caracterizado pelo adoecimento opressor para o indivíduo, mas também traz um sofrimento para as pessoas que presenciaram a partida de alguém por essa morte prematura e extremamente violenta. Para aqueles que ficam, os pensamentos são recorrentes, acompanhando a pessoa pela vida toda, causando um processo de enlutamento e muita dor (BERTOLOTE, 2016).

A partir do parâmetro que o suicídio é a quarta causa de morte mundial, e a segunda entre pessoas de 15 a 29 anos, com uma prevalência do sexo masculino quando comparado ao feminino, segundo a OMS (2019), sendo o número superado só quando é colocado lado a lado das mortes ocasionadas por acidente de trânsito em indivíduos com a mesma faixa etária. A categorização dos casos de suicídio pelos países do mundo enfatizou maiores taxas de mortes na Índia, China, Estados Unidos, Rússia, Japão, Coreia do Sul, Paquistão e Brasil. Nesse último, segundo dados levantados pelo Ministério da Saúde (2017), no período de 2011 a 2015, registrou-se mais de cinquenta e cinco mil

mortes. Com um número de 11.821 pessoas, só em 2012 em ambos os sexos (WHO, 2014). Porém, com um parâmetro mundial, que o maior número de óbitos tem se voltado para os indivíduos do sexo masculino, assim colocando o Brasil na oitava posição em números de mortes por suicídio (SILVA;ALVES;COUTO, 2016).

Nesse aspecto, pode-se classificar que o histórico para o suicídio é advindo de várias esferas que implica no adoecimento mental, como transtorno de ansiedade generalizada e transtorno do pânico; tentativas de suicídio anteriores; dor crônica; abuso de álcool e drogas e prejuízo financeiro são fatores associados a tal circunstância. Entre outras influências está a discriminação, a exemplo: bullying e orientação sexual, o isolamento social, conflitos interpessoais, baixas condições socioeconômicas, falta de acesso a oportunidades e educação, violência doméstica, abuso ou negligência na infância, impulsividade, depressão, abandono, inveja, humilhação, vergonha e entre outros (BRASIL,2013, WHO,2014, MU et al., 2016).

Considerando que o atentar contra a própria vida pode haver um desfecho de morte da pessoa ou um desfecho em que o indivíduo fique em uma condição grave comparando a um acidente de grande impacto, e quando isso acontece, esse paciente acometido de uma ação grave conta si mesmo, apresenta sequelas que geralmente são atendidas em Unidades de Emergência ou Unidade de Terapia Intensiva. Desse modo, podemos enfatizar que as UTI's são locais de alta complexidade em prol a prestar assistência a pacientes críticos, com execução especializada e ininterrupta, construída por uma equipe multiprofissional, que exercerão funções aos pacientes graves e com caráter recuperável. Porém, com a alta complexidade tecnológica, que corrobora para um processo complexo de assistência, no que diz respeito a relação profissional-paciente e familiares, bem como no relacionamento interpessoal e profissional. Por isso, a cada dia tem si falado mais no quesito da humanização nas UTIs, em destaque a olhar para o indivíduo em seus aspectos biopsicossociais (EVANGELISTA et al., 2016).

Dessa forma, devido as tentativas de suicídio possuem um aspecto de unidade de emergência ou de UTI, é importante a preparação dos profissionais na prestação de assistência a esses pacientes e familiares, não se pautando em aspectos que fragilizem o cuidado. E sim, que promova uma execução integralizada de uma equipe multiprofissional, a qual foque em procurar entender a vulnerabilidade carregada pelo ser humano, respeitando o distanciamento e neutralidade, em prol, a não deixar tal ato fragilizar a atuação da equipe. Assim, favorecendo a aceitação e adesão aos tratamentos por aqueles que tentaram contra a própria vida Magalhães et. al (2014), Evangelista et al.,

(2016). Diante do exposto, nessa apresentação, apresente investigação objetivou descrever a percepção do profissional de saúde que atua em Unidade de Terapia Intensiva em relação à pessoa que tentou o autoextermínio.

2 MÉTODO

Tratou-se de um estudo exploratório, descritivo, de campo, com abordagem qualitativa, com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 79564017.9.0000.5083, parecer 3.154.124, obedecendo aos requisitos da Resolução 466/2012.

Este estudo foi realizado na UTI de um hospital privado com alguns serviços conveniados com o setor público, como prefeitura e Sistema Único de Saúde (SUS), considerado de médio porte do Sudeste Goiano, Brasil,

A amostra de estudo foram os profissionais de saúde que atuam diretamente com os pacientes em tratamento na UTI, com práticas diretas na assistência ao paciente e família, constituída por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas e técnicos de enfermagem. Considerou-se como critérios de inclusão profissionais que prestam ou já prestaram cuidados a pacientes que tenham tentado o autoextermínio e esteja em uma condição crítica e excluídos os profissionais que não estavam em atuação na UTI no período de coleta de dados.

Os dados foram coletados no próprio hospital no período de (vinte e um de fevereiro de dois mil e dezenove a onze de janeiro de dois mil e vinte), em local privativo, por meio de entrevista face-a-face realizada por profissionais previamente treinados, sendo gravada integralmente. Para aquele sujeito que não concordar com a gravação, foi ofertada a possibilidade de escrever seu relato.

Os instrumentos utilizados foram, questionário semiestruturado, contendo informações sobre os dados sociodemográficos. Além desse, aplicou-se uma pergunta aberta, no sentido de coletar informações necessárias e que subsidiassem a análise do estudo: “Você se recorda de já ter presenciado na UTI que atua, algum paciente que tenha tentado contra a própria vida? Pergunta auxiliar: Quais os sentimentos que lhe despertou quanto vivenciou uma situação de ter que assistir/cuidar de uma pessoa que tentou suicídio?”.

Por fim, teve-se os dados da entrevista analisados na íntegra. Ao material empírico foi aplicado a técnica de análise de conteúdo, que se desenvolve em três fases: pré-análise, seleção das unidades de análise e o processo de categorização (BARDIN, 2004).

Na primeira fase, realizou-se a pré-exploração do material por meio da leitura “flutuante”. Segundo Bardin (2004), a leitura “flutuante” teve como objetivo estabelecer contato com os documentos e conhecer o texto, buscando impressões e orientações. Assim, foram realizadas as várias leituras de todo o material, buscando apreender, de uma maneira total, as ideias principais e os significados gerais.

Na segunda fase, foram selecionadas as unidades de análise (ou unidades de significação). Em conformidade com os objetivos da investigação, sendo recortadas as falas dos sujeitos, relatos e documentos. Esses recortes permitiram a identificação de unidades comparáveis de categorização, visando à análise temática e à modalidade de codificação para os registros dos dados (BARDIN, 2004).

Na terceira fase realizou-se a categorização que corresponde a uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, posteriormente, por reagrupamento, segundo o gênero.

Esse é um processo que comportou duas etapas: a de inventário que isola os elementos e a de classificação que reparte os elementos, portanto procura ou impõe certa organização às mensagens. O primeiro objetivo da categorização consiste em fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos (BARDIN, 2009).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS

A presente pesquisa, foi desenvolvida a partir da coleta de dados de atores sociais que atuam na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de médio porte do Sudeste Goiano. Entre os participantes do estudo, foram constatados: oito (8) técnicos de enfermagem, três (3) enfermeiros, cinco (5) médicos, quatro (4) fisioterapeutas e um (1) psicólogo. Com as respectivas idades entre 25 e 50 anos, e com uma média das idades de 34,5 e, com um tempo de atuação entre 6 meses e 9 anos. sendo que, entre os profissionais, onze (11) eram do sexo feminino.

Com isso, do processo de análise, emergiram quatro categorias: concepção religiosa; concepção de raiva e frustração; concepção de compaixão, dó e pena; e concepção teórica e humanística.

Categoria 1 – Conceção Religiosa

A presente concepção religiosa evidenciou-se do processo de análise, na qual os profissionais manifestaram que o olhar para o paciente que tentou o autoextermínio e estar na Unidade de Terapia Intensiva passam por percepções pessoais. Expressaram experiências que lhe mobilizaram a espiritualidade e suas interpretações individuais vinculadas à religião e até passagens bíblicas.

Apesar dos meus dogmas religiosos (espírita, candomblecista), a pessoa que tenta o suicídio, nunca descansa, vai viver para o resto da vida com essa maldição (S2.TE.M.34A).

Suicídio é falta de Jesus na vida. Quem pensa em se suicidar não tem Jesus com ele (S4.TE.M.50A).

É um ato de desespero, pois as famílias sofrem muito, sem falar que a pessoa sofre também, pois mesmo morrendo, bíblia fala da morte eterna (S8.TE.43A). Tenho pena, queria poder ajudar. Pensa! É só ter Fé em Deus! Pois ele é o único que pode nos ajudar (S8.TE.F.43A).

Sinto raiva. Peço misericórdia pelos meus pensamentos, mas para mim isso é falta de fé (S10.E.F.45A).

Segundo CARIBÉ, CASQUEIRO E SCIPPA (2018) a influência espiritual é evidente em caráter benéficos e maléficos. Sendo assim, podem inferir que estudos apontam a espiritualidade como uma prática amenizadora dos comportamentos suicidas, e entre outros, tais como: automutilação por jovens e, melhoria do estilo de vida, principalmente, por idosos; os quais representam uma faixa etária de risco em acometimento do autoextermínio, por acabarem se mantendo mais isolados. Entretanto, não podemos deixar de falar sobre pesquisas que trazem, a experiência com a religião de forma rigorosa, tornando-se um potencializador para comportamentos suicidas, por acabar não se pautando a aceitar os dogmas ou imposições religiosas, acarretando sofrimento discriminatório e de exclusão.

Sendo assim, é evidente, diante das falas dos atores sociais do presente estudo, o julgamento característico da religiosidade intrínseca, a qual é pautada na influência advinda da sua execução na vida do indivíduo. Fenômeno que corrobora para julgamentos pessoais, sobre dogmas construídos a partir da prática sagrada (CARIBÉ, CASQUEIRO E SCIPPA, 2018).

Entre outros aspectos, é notório destacar as diferentes interpretações do livro sagrado na execução do cuidado. Sendo que, em contrapartida, quando se fala dos cuidados aos pacientes que atentaram contra a própria vida, é possível perceber julgamentos por partes dos profissionais, os quais fazem referência ao suicídio como uma aversão a Deus, por considerarem que o mesmo é o provedor da vida, então, o só o senhor

pode retirá-la. O que caracterizam tal ato, como, um pecado imperdoável, sem possibilidade de “ir para o céu” (SANTOS, 2019).

Em contrapartida, nem mesmo a Bíblia, ao contrário do que se pensam, evidencia tal condenação da alma do suicida para o lado sombrio; portanto, não é de punho humano definir o descanso eterno ou não de outra pessoa. Assim, como foi mencionado pelo Apóstolo Paulo “nada, incluindo nós mesmos, nos poderá separar do amor de Deus (Romanos 8.38-39)”. Então, nem em caso de tentativa de autoextermínio, será um pecado grande suficiente para nos separar de Deus (SANTOS, 2019).

Categoria 2 – Concepção de Raiva e Frustração

A presente categoria temática, emergiu do processo de análise, a partir do posicionamento das falas dos profissionais que expressaram a divergência entre a condição de adoecimento da pessoa que tentou contra a própria vida e o objetivo de uma UTI. Atuar no processo de recuperação do indivíduo, sem deixar de olhar para o mesmo, que está naquela condição de tratamento por tentar seu extermínio, e não sentir mais vontade de viver.

Algo que, em contrapartida, acaba colocando os atores sociais em uma condição de sentimentos de raiva, frustração, sensação de perda de tempo, trabalho esvaziado; em ênfase as práticas de assistências e cuidados com a saúde serem vistas como uma atuação de salvar vidas e, em oposição os mesmo se sentem na obrigação de cuidar de uma pessoa que está ali por utilizar um ato contra a própria vida. Sendo algo desencadeador de uma contratransferência de sentimentos desses profissionais em caráter a sua necessidade de atuação.

É um ato de desespero, onde a pessoa não vê solução para seus problemas, acha que morrer será melhor (S8.TE.F.43A).

Frustrada, por pensar que alguém se sente tão sozinho, a ponto de cometer suicídio (S12.M.F.29A).

Porque ele parecia muito feliz (S17.F.F.27A).

Em um momento de fraqueza tenta pôr fim na própria vida, como tentativa de alívio desse sofrimento (S17.F.F.27A).

Muito triste (S1.TE.M.28A).

Tristeza, por pensar que é uma pessoa que poderia estar bem, e feliz. Chegar ao ponto de cometer uma loucura (S7.TE.F.39A).

Sinto raiva. Atendo igual a todos, porém todos lutam pela vida, pois mães de família que pedem a Deus para não morrerem. Enquanto outros procuram a morte (S10.E.F.45A).

Não é fácil lutar pela vida de quem não quer lutar (S12.M.F.29A).

Um sentimento de revolta e talvez raiva com uma simplória comparação e talvez estúpida com pacientes de outras comorbidades que lutam para sobreviver (S16.M.M.38A).

Popularmente a gente entende que a pessoa suicida é uma pessoa covarde, que não tem coragem de encarar os problemas e tudo mais (S20.F.M.31A).

Não dá pra negar que eu sinto uma certa repulsa, um certo desanimo, no sentido de que tanta gente tenta se manter vivo a todo custo e tem pessoas que tentam abreviar essa vida (S19.F.M.39A).

Sinto uma revolta, pois o paciente está ocupando a vaga de alguém que precisaria mais (S3.TE.M.34A).

Percebemos como as pessoas percebem e reagem de forma diferentes a diversos contextos e situações. É revoltante em alguns momentos tentar lutar por esses pacientes, que querem cometer o suicídio. Enquanto outros ao lado lutam para sobreviver a uma doença ou acidente (S12.M.F.29A).

É muito ruim quando queremos ajudar alguém, mas essa pessoa não quer ser ajudada (S13.M.F.25A).

Não é justo. Parece que o que passa na nossa cabeça é que se ele não dá valor na sua vida, porque nós temos que dar (S19.F.M.39A).

Me sinto impotente em não ser preparada para esse tipo de atendimento. Sim, na maioria das vezes sinto que fiz pouco pelo paciente, que poderia ter feito mais. Acabo julgando o paciente e me perguntando o motivo de tal ação (S11.E.F.31A).

Em consequência escassez de estudos voltados à caracterização de sentimentos, como raiva e frustração por profissionais que atendem na UTI, sobre seu olhar para a pessoa que atenta contra a própria vida, faz-se necessário tomar como base outros estudos para a interlocução do achado apresentado.

Dessa forma, em concordância, Dias (2019), o qual também desenvolveu um projeto de estudo com servidores que atuam na UTI, revelou que devido ao ambiente de trabalho de maior nível de gravidade e complexidade, em comparação a qualquer outra área hospitalar, já é um lugar desencadeador de vários sentimentos nos funcionários, sendo esses: estresse, excesso de trabalho, às vezes má comunicação entre a equipe, esgotamento físico e mental; corroborando, para um desequilíbrio emocional. O que, porventura aflora sentimentos negativos no processo do cuidado com pacientes que tentaram o autoextermínio, e levando a julgamentos que pudesse evidenciar a falta de conhecimento acerca do processo de saúde-doença de um indivíduo.

Com isso, a partir das percepções nas falas dos atores sociais de raiva e frustração, é evidenciado no estudo realizado por Freitas e Borges (2017), a implicação no processo do cuidado frente a tais sentimentos o que sugere refletir na adesão ineficaz dos pacientes aos tratamentos e procura pelos mesmos. O que, por sua vez, em casos de tentativas de suicídio que não ofereceu grande risco de morte, resultar na não procura por atendimento profissional e, ficando sem notificação, reforçando as chances de futuras tentativas, principalmente, se o indivíduo já possuir algum transtorno mental.

Categoria 3 - Concepção de Compaixão, Dó e Pena

A presente categoria temática, evidenciou-se a partir do processo de análise, dos fragmentos de discursos dos profissionais que mencionaram sobre o olhar para o indivíduo que está naquele ambiente ocupando um leito e tentou pela própria vida. Vivência que mobilizou sentimentos de compaixão, dó e pena, em caráter ao estado em que a pessoa se encontra, principalmente, pelo fato do indivíduo ter desistido de lutar pela vida.

O atendimento e cuidados com esse paciente deve ser mais atencioso possível, para o mesmo sentir que não está sozinho, e que pode sempre contar comigo (S1.TE.M.28A).

Um paciente deste perfil desperta um sentimento ambíguo de compaixão que nos faz refletir a magnitude do sofrimento e desespero deste paciente para ceifar a própria vida (S16.M.M.38A).

É um misto de sentimentos: o primeiro sentimento de urgência, de foco e atenção, para tentar resolver a tentativa de suicídio (S19.F.M.39A).

Eu tento tratar o paciente cada dia melhor e com mais amor, para que ele se sinta especial e pense melhor nos seus atos (S4.TE.M.50A).

O meu desejo é de vê-lo bem melhor (S6.TE.F.33A).

Sinto que a pessoa precisa mais de atenção, amor, cuidados e não devemos julgar por nada, precisamos mostrar que é muito importante. Não é fácil ser julgada pelos seus atos (S8.TE.F.43A).

O impacto que sinto quando encontro com um paciente vítima de autoextermínio é de tristeza, busco confortar, escutar suas queixas, fraquezas e o que motivou a tal atitude. Particularmente, eu enquanto profissional da área geralmente dedico parte da minha assistência a contribuir para a recuperação, reabilitação do mesmo (S9.E.M.33A).

Percebo que ele precisa de cuidados aumentados (S14.M.M.39A).

Sinto necessidade de entender seus problemas, justificção do motivo que o levou a tentativa desse ato (S15.M.M.35A).

Eu me sinto, eu fico triste em saber que tem pessoas que sofrem muito, a ponto de querer tirar a própria vida, eu fico comovida e fico tentando fazer o máximo que eu posso para minimizar o sofrimento dessa pessoa (S18.F.F.30A).

Sentimento de compaixão por supor que o paciente vive em situação de sofrimento psíquico e possui recursos escassos de enfrentamento emocional (S21.P.F.27A).

Alguém que por algum motivo pensou que tirar a própria vida iria resolver todos os problemas (S1.TE.F.33A).

Suicídio para mim, é alguém com extrema coragem de tirar a própria vida e extremamente fraco para passar pelas provações impostas para nós nessa vida (S10.E.F.45A).

Sinto pena, vejo que o paciente necessita de um acompanhamento multidisciplinar (S14.M.M.39A).

Eu acho que temos outras maneiras de resolver as coisas (S5.TE.F.37A).

É notório a necessidade de se explorar as evidências científicas acerca das relações de sentimentos, como: compaixão, dó e pena, que uma equipe multiprofissional atuante em UTI tem em si mobilizado pelo cuidar de uma pessoa que deseja morrer, o que pode impactar diretamente na própria saúde mental de cada profissional. Partimos da premissa que o encontro com a pessoa que está ali na UTI necessitando de um atendimento, acaba

no desencadeamento de transferência de emoções, sendo essas, sentimento de compaixão, com o desejo de poder ajudar e sanar aquela situação (MARQUES, 2020).

Em conjunto, é possível perceber também emoções de raiva e frustrações advindas de familiares, em que, às vezes, faz-se referência a situação vigente. Dessa forma, tem-se a necessidade de usar o máximo de profissionalismo, e não deixar refletir em seu processo de prestação de assistência. Haja vista, as emoções positivas costumam trazer um olhar mais protetor para o paciente, na tentativa de entender os fatores que levaram a desencadear tal realidade. Sendo um estímulo, em uma assistência continuada, com transferência e contratransferência quando se fizer necessário (MARQUES, 2020).

Alertamos para a necessidade de os profissionais terem espaço de acompanhamento e reflexão sobre tais posturas de transferência e contratransferência, visando a promoção de vossa saúde mental. Para Lucena et. al. (2018), que também desenvolveu um estudo com profissionais na área da saúde, concretizou um jogo de sentimentos pelos profissionais que estavam naquele ambiente, sobre necessidade de cuidados, emoções refletidas essas, como exemplo: compaixão, pena. As quais, na maioria das vezes, devaneiam sobre falta de conhecimento técnico-científico da área da saúde.

Categoria 4 - Concepção Teórica e Humanística

A presente categoria temática emergiu do processo de análise, a partir do posicionamento das falas dos profissionais que se expressaram em uma visão fundamentada em conceitos teóricos adquiridos ao longo de sua formação, o que acaba por conduzi-los a essas práticas. Sendo que, muitos se caracterizam pelo domínio da área de conhecimento da profissão. E, evidencia-se um processo de cuidado na relação entre profissional e paciente.

Penso que por uma questão multifatorial envolvendo fatores químicos como neurotransmissores (ausência ou redução deles) e influência do meio como eventos de perda significativa ou tendência a uma visão de mundo pessimista são os principais motivos (S16.M.M.38A).

Interrupção voluntária da vida, geralmente influenciada por sofrimento emocional intenso (S21.P.F.27A).

Tento prestar o atendimento de forma mais acolhedora possível, sem demonstrar pena ou algum tipo de julgamento (S17.F.F.27A).

Nos cuidados técnicos tento manter tudo da melhor forma possível (S19.F.M.39A).

Eu vejo que esse paciente tem que ser tratado de uma forma muito humana, para tentar amenizar o sofrimento, pois atentar contra a própria vida é crime (S20.F.M.31A).

Vendo pelo lado profissional eu vejo que é uma pessoa que precisa de ajuda constante. Então eu vejo que é um paciente que precisa de muita atenção e cuidado (S20.F.M.31A).

A partir da percepção teórica e humanística trazida na fala dos atores sociais, que apesar da não evidência nas fontes de dados, sobre: a influência que existe entre o olhar de profissionais da área de saúde que atuam na UTI sobre a pessoa que tentou o autoextermínio. É possível perceber conjuntamente com o que apontou Braga e Santana (2020), que a relação teórica-humanística entre profissional e paciente é fundamental, pois ressalta um ponto importante no processo do cuidado com o indivíduo. Não se pautando apenas em técnicas teóricas, e sim, enxergando na ótica biopsicossocial do ser humano.

Dessa forma, alavancar o cuidado com o outro, em visão advindas de conhecimentos científicos, favorece o não desencadeamento de julgamentos do processo de adoecimento, assim, em referencial ao suicídio, o qual é uma questão de saúde pública. Segundo, de Paula (2018), é de extrema importância, que ao exercer o processo de tratamento, se mantenha uma boa relação baseada em sua fonte de conhecimento construído ao longo da carreira profissional, e não se limitando apenas em executar prática, mas em refletir sobre as questões teóricas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo que objetivou descrever a percepção do profissional de saúde que atua em UTI em relação à pessoa que tentou o autoextermínio, considerou, ao final do processo de análise que os profissionais de saúde que atuam em um ambiente extremamente complexo, com o uso de altas tecnologias, e tem como foco a manutenção da vida das pessoas, se deparam com o contraditório de cuidar de uma pessoa que idealizou morrer. Ao entrar em contato com a pessoa que tentou o autoextermínio, existiu uma mobilização de sentimentos variados e, muitos deles são antagônicos, e apontou questões que podem influenciar na prática de seu trabalho.

Os profissionais tiveram mobilizados em si, conceitos de espiritualidade buscados na fé, em sua formação religiosa, sendo uma base para que possam encarar a situação, uma condição que nem sempre traz coisas boas ou ruins. Também analisamos sentimentos negativos tais como raiva, frustração, que acabam por impactar diretamente na saúde mental do profissional. Ao mesmo tempo emergiram categorias constituídas de expressões de compaixão, dó e pena, sendo duas categorias que mostram o quanto os

profissionais estão vulneráveis a esta situação, em um contexto de grande hostilidade, intenso e altamente tecnológico para a manutenção da vida; mas que ao mesmo tempo o profissional se ver na condição de cuidar de alguém que não quer viver, quer morrer.

Então, tanto a categoria de raiva e frustração, quanto a de compaixão, dó e pena, colocam em questionamento o próprio saber profissional, movimento que desestabiliza, inquieta. Assim, comportamento de transferência e contratransferência em relação ao paciente e familiares foram analisados, e se sabe, que na ausência de um espaço para a compreensão desse fenômeno no processo de cuidar, compromete-se a superação das dificuldades e amplia a vulnerabilidade ao próprio adoecimento mental.

Assim, evidenciou-se a partir da última categoria, as concepções teóricas e humanísticas, que retrataram o entendimento dos profissionais sobre o processo saúde-doença e condição humana da pessoa que tentou autoextermínio. Estes falam de superação com a possibilidade de compreender ampliada e complexa, que o do suicídio representa.

Neste sentido, foi possível perceber a vulnerabilidade dos profissionais que atuam diante tal situação, sendo preciso que a gestão e a formação de profissionais que atuarão em UTI's tenham a preocupação com a promoção da saúde mental, criando espaços para que os profissionais possam expressar esses sentimentos, sem prejuízo do seu trabalho e suas avaliações enquanto profissionais. A proposta deve se centrar na redução de danos mentais, físicos e sociais para esses profissionais, pacientes e familiares.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Ed. 70; p.280, 2009.
- BERTOLETE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. Editora UNESP, 2016.
- BRAGA, J. D. S.; SANTANA, K. C. D. **O Suicídio Sob o Olhar da Psicologia Existencial-Humanista**. 2020. 44 p. TCC (Graduação em psicologia) - Faculdade de Educação e Meio Ambiente, [S. l.], 2020.
- BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia / Conselho Federal de Psicologia**. - Brasília: 1ª ed. CFP, 2013.
- CARIBÉ, A.C., CASQUEIRO, J., SCIPPA, A.M. Suicídio e espiritualidade. **HU Revista**, v 44, n 4, 2018.
- DE FREITAS, A. P. A.; BORGES, L. M. Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 1, p. 50-60, 2017.
- DE PAULA, C. C. et al. Pesquisa convergente assistencial: produção de dados para revelação do diagnóstico de HIV para crianças e adolescentes. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 6, n. 10, p. 91-110, 2018.
- DIAS, J. M. **A Síndrome de Burnout em enfermeiro que atua na Unidade de Terapia Intensiva - UTI**. 2019. Monografia (especialização) (Especialização em Estratégia do Cuidar em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, [S. l.], 2019.
- EVANGELISTA, V. C. et al. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, p. 1099-1107, 2016.
- LUCENA, C. G. et al. Percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre o transtorno afetivo bipolar. **Rev. Ciência. Desenvol fainor [internet]**, v. 11, n. 2, p. 400-19, 2018.
- MAGALHÃES, A. P. N. de et al. Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, p. 16-22, 2014.
- MARQUES, Rafaela Ferreira. **O curador ferido: o encontro analítico psicólogo-paciente na atuação hospitalar**. 2020. 23 f. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2020.
- Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. **Suicídio: saber, agir e prevenir**. Boletim Epidemiológico, v. 48, n. 30, Brasil, 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfilepidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-asaude.pdf>. Acesso em 23 ago. 2021.

MU, Huijuan et al. Prevalence and risk factors for lifetime suicide ideation, plan and attempt in Chinese men who have sex with men. **BMC psychiatry**, v. 16, n. 1, p. 117, 2016.

Organização Mundial da Saúde. **Suicídio no mundo**. Estimativas Globais da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>. Acesso em 23 ago. 2021.

SANTOS, A. M. A. Suicídio e o ministério pastoral. **Revista Teológica**, n. 13, p. 89-103, 2019.

DA SILVA, K. D. F. A.; ALVES, M. A.; COUTO, D. P. Suicídio: Uma escolha existencial frente ao desespero humano. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 1, n. 2, p. 184-203, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Preventing suicide: A global imperative**. World Health Organization, 2014.