

Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta

Suicide attempts and hosting in emergency services: the perception of those who try

Carlos Eduardo Leal Vidal¹, Eliane Dias Gontijo²

Resumo

A maioria dos casos de tentativa de suicídio é atendida em serviços médicos de emergência, o que deveria ser uma excelente oportunidade para que os profissionais de saúde realizassem alguma intervenção preventiva e terapêutica. No entanto, nem sempre essa oportunidade é aproveitada pela equipe, que geralmente exibe condutas caracterizadas por hostilidade e rejeição. Este trabalho pretende investigar, a partir da percepção do usuário, como se dá o acolhimento ao indivíduo que tenta suicídio e sugerir estratégias que possam favorecer o vínculo com a equipe de saúde. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido com pacientes ambulatoriais referenciados pelo serviço de urgência de Barbacena, Minas Gerais. Foram entrevistadas 28 mulheres com histórico de tentativa de suicídio. A identificação e a classificação das unidades de análise fizeram emergir três categorias: discriminação, negação do ato, encaminhamento. Cada categoria foi submetida à análise qualitativa. A baixa capacitação das equipes de atendimento e as deficiências estruturais dos serviços induzem os profissionais a se posicionarem de maneira impessoal e com dificuldade de atuação de forma humanizada. A análise dos dados indica a necessidade de melhorar a formação dos profissionais da saúde, em especial os que trabalham nos serviços de pronto atendimento.

Palavras-chave: tentativa de suicídio; pesquisa qualitativa; saúde mental; medicina de emergência.

Abstract

Most cases of suicide attempt are attended in emergency medical services, which should be an excellent opportunity for health professionals to carry out any preventive and therapeutic intervention. However, this kind of opportunity is not always used by the team, which usually exhibits behaviors characterized by hostility and rejection. This study intends to investigate, from the user perception, how is the support to the individual who attempts suicide and suggest strategies that can promote bonding with the healthcare team. This is a descriptive study with a qualitative approach, developed in outpatients referenced by the emergency department of Barbacena, Minas Gerais. We interviewed 28 women with suicide attempt history. The units identification and classification analysis have raised three categories: discrimination, the act of denial, referral. Each category was submitted to qualitative analysis. The low level of training of the care teams and the structural weaknesses of the services induce the professionals to act impersonally, with many difficulties on acting in a humane way. Data analysis indicates the need of improvement on training of health professionals, especially those working in emergency care.

Keywords: suicide attempted; qualitative research; mental health; emergency medicine.

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina de Barbacena da Fundação José Bonifácio Lafayette de Andrada (FUNJOB) – Barbacena (MG), Brasil.

¹Professor da Faculdade de Medicina de Barbacena da FUNJOB – Barbacena (MG), Brasil.

²Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Carlos Eduardo Leal Vidal – Rua Professor Vasconcelos, 467 – CEP: 36205-238 – Barbacena (MG), Brasil – E-mail: celv@uol.com.br

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesse: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno humano complexo, universal e representa um grande problema de saúde pública em todo o mundo. As manifestações associadas ao comportamento autolesivo são amplas e conceituadas dentro de um *continuum* de pensamentos e atos que englobam sete categorias: 1) suicídio completo; 2) tentativa de suicídio; 3) atos preparatórios para o comportamento suicida; 4) ideação suicida; 5) comportamento autoagressivo sem intenção de morrer; 6) automutilação não intencional e 7) automutilação com intenção suicida desconhecida^{1,2}.

Estima-se que para cada caso de suicídio existam pelo menos dez tentativas de gravidade suficiente para requerer cuidados médicos e que esses comportamentos sejam até 40 vezes mais frequentes do que os suicídios consumados³. Considera-se ainda que, para cada tentativa documentada, existam outras quatro que não foram registradas⁴⁻⁹. É provável que muitas dessas tentativas não cheguem ao atendimento hospitalar por serem de pequena gravidade. Mesmo quando os pacientes chegam às unidades de assistência, os registros elaborados nos serviços de emergência costumam assinalar apenas a lesão ou o trauma decorrente das tentativas que exigiram cuidados médicos⁶.

A literatura mostra que toda ameaça de uma pessoa em situação de vulnerabilidade para o suicídio deve ser levada a sério, mesmo quando pareça falsa ou de caráter manipulador. A repetição de tentativas é um indicador de risco para a consumação do suicídio. O risco de suicídio depois de uma tentativa deliberada de autoagressão é muito maior do que na população geral¹⁰.

A maioria dos casos de autoagressão é atendida em algum tipo de serviço de saúde, principalmente na emergência, antes de ocorrer uma tentativa fatal de suicídio. Esse primeiro contato é uma excelente oportunidade para que médicos e demais profissionais de saúde identifiquem o potencial nível de risco e possam intervir para reduzi-lo.

No entanto, nem sempre essa oportunidade é aproveitada pela equipe, seja pelas características do serviço de emergência ou por despreparo e dificuldade para lidar com pacientes suicidas. Geralmente esses indivíduos são vistos como pertencendo a um grupo que exibe condutas estereotipadas, mais do que como um usuário singular, e, a tendência da maioria dos profissionais é também apresentar uma conduta estereotipada e caracterizada por hostilidade e rejeição^{11,12}.

Esses comportamentos podem levar à diminuição dos cuidados por parte do profissional por achar que seu tempo está sendo consumido de forma desnecessária em detrimento de pacientes mais graves. A percepção dos pacientes sobre os cuidados na emergência refletem essas atitudes negativas e o

modo como o profissional aborda o paciente pode influenciar como a pessoa responderá ao cuidado oferecido¹².

Em 2006, o Ministério da Saúde instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e, entre os principais objetivos a serem alcançados, destacam-se: 1) desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos; 2) informar e sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; 3) fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; 4) promover a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência¹³.

Paralelamente, o número de publicações sobre suicídio vêm aumentando, inclusive no Brasil. Até 2007, por exemplo, somente 15 artigos sobre o tema foram publicados nos três principais periódicos psiquiátricos nacionais¹⁴. Com relação à produção científica *stricto sensu* no período de 1989 a 2003, existiam, no banco de dados da CAPES, 128 dissertações e 50 teses sobre suicídio, correspondendo a 0,14% do total cadastrado no referido banco¹⁶. De 2004 a 2011, foram localizados mais 381 trabalhos sobre o tema, sendo 301 dissertações¹⁷.

No entanto, no Brasil e no resto do mundo, o número de suicídios e de tentativas não diminuiu. Pelo contrário, tem aumentado ou encontra-se estabilizado¹⁵. Apesar do volume de publicações e do planejamento das ações de saúde, a qualidade do atendimento e trajetória percorrida por pessoas em busca de cuidados terapêuticos não necessariamente coincidem com esquemas pré-determinados. No curso de algumas doenças, o momento da procura do cuidado e o comportamento dos profissionais em relação ao paciente são cruciais para a determinação do seu prognóstico¹⁴. É necessário instituir políticas públicas mais eficazes e estabelecer estratégias para aumentar o engajamento do indivíduo no tratamento e melhorar a continuidade dos cuidados.

O objetivo desse estudo foi o de investigar, a partir da percepção do usuário, como se dá o acolhimento ao indivíduo que tenta suicídio e sugerir estratégias que possam favorecer o vínculo com a equipe de profissionais de saúde e maior adesão ao tratamento proposto.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido em pacientes ambulatoriais referenciados

pelo serviço de urgência e emergência do município de Barbacena, Minas Gerais. A cidade é referência regional para 15 municípios e compreende uma população aproximada de 230.000 habitantes, sendo 51% do sexo feminino.

Tendo em vista o objetivo proposto, o método qualitativo utilizando a técnica de análise de conteúdo, se mostrou adequado ao propósito de analisar e interpretar, a partir da percepção de pessoas com tentativa de suicídio, como se dá o acolhimento nos serviços de emergência. A análise de conteúdo é uma técnica de investigação para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação^{16,17}. O objetivo da investigação é transformar a informação obtida em categorias de análise¹⁸.

Amostra

A amostra foi constituída por pacientes do sexo feminino atendidas por tentativa de suicídio no referido serviço, durante o segundo semestre de 2011. As pacientes eram abordadas no local do atendimento e convidadas a participar da pesquisa. Foi considerado como critério de inclusão o atendimento no serviço de urgência. Os critérios de exclusão foram a presença de sintomas neuropsiquiátricos que levassem a dificuldades de compreensão ou expressão. Optou-se por selecionar apenas as mulheres porque elas corresponderam a mais de 80% das tentativas no período do estudo e por exibirem maior interesse e disponibilidade em comparecer às entrevistas. As inclusões das participantes na pesquisa foram dadas até a saturação teórica¹⁹.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário com questões abertas relacionadas ao perfil sociodemográfico, histórico psiquiátrico, tentativas de suicídio e o atendimento no serviço de emergência. As perguntas seguiram uma seqüência, mas não havia disposição rígida das questões. As entrevistas foram gravadas e realizadas por apenas um entrevistador como forma de garantir a homogeneidade do processo e a melhor apreensão do campo da pesquisa. O tempo médio da entrevista foi de trinta minutos.

Análise dos dados

O processo de análise do material compreendeu as seguintes fases: a) transcrição das entrevistas; b) leitura das entrevistas transcritas visando apreender ideias e significados; c) identificação dos temas relacionados ao objeto do estudo; d) identificação e seleção das unidades de análise; e) categorização; f) análise interpretativa e discussão. De acordo com a experiência do autor com o objeto de estudo, as categorias foram pré-definidas, mas de forma a permitir que subcategorias

emergissem do texto. A fala de cada participante recebeu uma codificação em ordem crescente (P1; P2; P3...) em atendimento aos aspectos éticos e legais.

Questões éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presidente Antônio Carlos, de Barbacena (MG) (Protocolo 726/2010) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 0456.0.203.000-10), ambos em 2010. As entrevistas foram realizadas depois da assinatura de Termo de Consentimento Informado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As inclusões das participantes na pesquisa foram dadas até a saturação teórica, e esse ponto foi atingido com a entrevista de 28 mulheres. Eram moradoras da zona urbana e de diferentes bairros do município. A idade das participantes variou de 19 a 49 anos, com média de 38±7 anos. Quanto ao estado civil, 12 (43%) eram casadas, 8 (29%) solteiras, 6 (21%) separadas e 2 (7%) eram viúvas; 68% das mulheres tinham menos de 8 anos de escolaridade. Mais de 90% das entrevistadas pertenciam aos estratos sociais mais baixos, com renda familiar até cinco salários mínimos.

A identificação e a classificação das unidades de análise fizeram emergir três categorias, que foram definidas de forma apriorística e tiveram significado no contexto dos objetivos do estudo. Foram extraídas as seguintes categorias: discriminação, negação do ato, encaminhamento. Cada categoria foi submetida à análise qualitativa, a partir da qual foram nomeadas segundo o conteúdo que revelaram.

Discriminação

Nessa categoria, as participantes entrevistadas referiram atitudes negativas por parte dos profissionais que as atenderam. Essas atitudes foram percebidas tanto nos funcionários da recepção quanto na enfermagem e nos médicos. Seguem recortes ilustrativos:

Não, bem atendida não, sempre fica de lado, pelo menos a moça que me atendeu, foi sem educação. Sempre que alguém faz isso, ou usa droga, chega lá, sempre tem uma crítica, parece preconceito, fica olhando meio torto pra gente... eu sinto isso. (P2)

As pessoas falam que tem problema, tem um descaso, elas discriminam, mesmo falando que tem depressão, que toma remédio eles falam que é falta de serviço, que é manha, acham que não tem depressão. (P3)

Existe grande evidência de que indivíduos que apresentam comportamento autoagressivo encontram atitudes negativas por parte dos profissionais de saúde^{11,12,20-22}. Entrevistas e questionários dirigidos a médicos e enfermeiros têm revelado atitudes negativas em relação àqueles que tentam suicídio, especialmente nos casos em que o profissional percebe pequena intenção de suicídio no paciente.

Eles falaram assim “não é possível, tanta coisa pra gente fazer e socorrer e fulano tentando morrer... e tem que fazer lavagem, que frescurada, aí é que dá vontade de matar mesmo”. As pessoas acham que é sem-vergonhice. Eles não vêem o que se passa na nossa mente. (P8)

Lembro vagamente dessa vez. As pessoas reagem diferente, a gente fica desconfiada, uns tratam bem, outros não, julgam. O médico me tratou bem. (P1)

Mas aqui não tem nada pra ajudar os deprimidos, aqueles que tentam. Lá no postinho também é assim, parece que a receita já tá pronta. O médico não quer escutar a gente. (P17)

Algumas tentativas de suicídio são vistas como manifestações históricas e essa percepção desencadeia atitudes hostis e desumanizadas por parte da equipe de saúde, particularmente quando o risco de vida é mínimo ou nulo. Tais atitudes acentuam a desesperança dos pacientes e representam oportunidades perdidas para instituir o tratamento ou o encaminhamento para serviços de saúde mental²². Nos serviços de emergência, o atendimento de indivíduos que tentaram suicídio deve ser entendido como uma intervenção terapêutica capaz de estabelecer um vínculo com os pacientes de forma a aumentar suas chances de continuidade de tratamento.

A negação

As tentativas de suicídio são abordadas como eventos carregados de intencionalidade, resultantes de uma escolha, de uma opção, o que acarreta a não identificação de seus autores como indivíduos que precisam de cuidados²³. Nessa categoria, os indivíduos perceberam que os seus comportamentos não eram vistos como uma crise que necessitava de cuidados. A desinformação ou o preconceito em entender as tentativas como um fenômeno que comunica um pedido de ajuda para um estado de desestabilização psíquica, tem perpetuado uma abordagem inadequada da questão²².

Eu não falo. Já falei e ela (a médica) falou “que isso! você é nova e bonita”... Então você não comenta normalmente.

Eles falaram que eu não tinha nada. Minha família também fala assim. (P6)

No hospital eu lembro que o médico chegou perto de mim, bateu no meu ombro, falou que eu não tinha nada, que eu era uma moça bonita, pra viver minha vida, que era pra arrumar um namorado. (P7)

Lesões autoprovocadas sem intenção suicida também são atendidas em serviços de urgência. A incidência desses agravos tem aumentado nos últimos anos²⁴ e esse comportamento pode ser um fator de risco para ideação suicida²⁵. Independente do grau de intenção suicida, os pacientes que exibem comportamento autoagressivo representam um grande desafio para a equipe de atendimento e podem gerar atitudes ambivalentes na condução do tratamento²⁶.

A reação das pessoas, dos médicos, quando eu tomava remédio e ia pro hospital, sempre que eu chegava, as enfermeiras e o médico falavam ‘tem juízo não? vaso ruim não quebra, entra na frente de um trem [...] remédio não mata não, remédio melhora. (P12)

As enfermeiras falavam “toma chumbinho, água de bateria, não adianta vir pra cá, tomar remédio, só dá trabalho pra gente”. Eu me sentia um rato quando tentava, quando elas me falavam ficava pior ainda. Por que elas não falaram que eu precisava era de um psiquiatra? Elas falavam “vai pra casa e dorme bastante, isso não é nada, isso vai passar”. (P9)

Em muitas ocasiões os transtornos mentais não são considerados como doença pelos médicos de especialidades clínicas ou cirúrgicas e, por isso, os pacientes não são levados a sério, sendo freqüentemente objeto de comentários jocosos²⁷. As participantes relataram ter sentido falta de atenção por parte dos profissionais, como se não tivessem nenhum problema e que não precisassem de ajuda.

A equipe reage com descaso, deve ser por eles acharem que é errado tentar, deixam a gente jogado, ficam fazendo comentário entre eles, ficam rindo, no dia que fizeram a lavagem eles falaram “tá doendo? na hora de tomar os remédios não doeu, né?” (P10)

Deixa de ser boba, para com essa bobica. As colegas de trabalho acham que eu to falando besteira, que eu to querendo autopiedade. (P15)

Encaminhamento

As taxas de mortalidade por suicídio podem aumentar ou diminuir de acordo com as atitudes do pessoal envolvido no atendimento. Pacientes que tentaram suicídio, na maioria das vezes, são liberados da emergência sem passar por avaliação psiquiátrica ou sem encaminhamento. Esse é um dado significativo, pois muitos pacientes que tentam suicídio sofrem de algum transtorno mental. Alguns autores recomendam a realização de interconsulta psiquiátrica depois de tentativa de suicídio^{28,29}.

Acho que ninguém me encaminhou pra tratamento não, não que eu saiba... acho que eles viram tanta gente no quarto, todo dia, que nem se preocuparam com isso. (P3)

Encaminharam sim, pro psiquiatra, mas eu não fui... mostrei o papel pras minhas colegas e elas falaram que psiquiatra era médico de doido. (P8)

Não, ninguém encaminhou. Mas eu achava que precisava de atendimento sim. Aquilo não tava na minha cabeça, era só impulso, eu não aceitava perder, eu precisava de ajuda. (P13)

A família tem papel importante na decisão sobre a busca de cuidado e a sua postura é determinante para o bem estar do paciente. Do ponto de vista assistencial, o cuidado de forma atenta à família é tão importante quanto aquele oferecido ao próprio indivíduo³⁰. O mesmo acontece com o meio social e a rede de assistência, principalmente na atenção básica de saúde, onde podem ser desenvolvidas ações de prevenção, promoção, reabilitação e inclusão do paciente no seu contexto social.

Uns perguntam, outros dão conselho, chama família, nesse aconselhamento nunca fizeram encaminhamento. Só um do Centro de Tratamento Intensivo (CTI) que chamou minha irmã e disse que eu tinha era uma doença e que tinha de tratar. (P9)

Lá então ninguém marcou pra mim não. A moça do Programa de Saúde da Família (PSF) é que ficou sabendo e foi lá em casa pra saber se eu queria ir ao médico. (P22)

Faço tratamento desde 2008. Quando eu tava internada eles me encaminharam pro psiquiatra. O médico do CTI era meu amigo e encaminhou. (P5)

Fornecer informações ao paciente implica em melhores resultados. Os pacientes ficam mais satisfeitos quando são ouvidos atentamente e quando o profissional explica quais procedimentos estão sendo realizados¹².

Simplesmente ele pede a enfermeira pra ir lá e falar que eu to de alta. Só fui encaminhada pra tratamento uma vez, das outras vezes não encaminharam e nem eu procurei tratamento. Eu não tratava não. (P7)

Lá tem psicóloga, ela atende. Não tem encaminhamento por escrito, ela põe no prontuário que precisa de encaminhamento pro psiquiatra. (P26)

Não foi feito encaminhamento pra mim, eles nem me atenderam. Minha alta foi complicada porque não tinha médico no Pronto Socorro. (P15)

Após a alta, é necessário o encaminhamento efetivo para acompanhamento psiquiátrico, psicológico e de suporte familiar e social. No entanto, na maioria dos casos de tentativa de suicídio, principalmente em situações onde não se observa risco grave de morte, ocorre apenas encaminhamentos burocráticos para serviços de saúde mental, sem garantia de acolhimento ou de continuidade de tratamento²². Os serviços de urgência devem estar articulados com os demais serviços existentes em cada município, buscando garantir a atenção integral e prevenir novas tentativas de suicídio^{23,31}.

A intervenção precoce depois de uma tentativa de suicídio é vital porque os primeiros meses são o período de maior risco para novas tentativas²⁰. No entanto, as taxas de adesão são baixas em indivíduos que tentam suicídio. Estima-se que até 60% dos indivíduos que tentaram suicídio não freqüentam mais de uma semana de tratamento após a alta do serviço de emergência^{15,22}.

CONCLUSÃO

Os serviços de urgência e emergência se constituem como ambientes de muita tensão e estresse, tanto para os pacientes e seus familiares quanto para a equipe de saúde. A alta demanda de atendimento, o lidar com pacientes em situações críticas, a baixa capacitação das equipes de atendimento e as deficiências estruturais do serviço e do sistema de saúde como um todo, induzem os profissionais desses serviços a se posicionarem de maneira impessoal e com dificuldade de atuação de forma humanizada.

A abordagem ao indivíduo portador de transtorno mental em situação de emergência e, em especial ao paciente que tentou suicídio, deve ser realizada com segurança, prontidão e qualidade, já que esse comportamento é fator determinante na aceitação e adesão do paciente ao tratamento^{28,32,33}. A relação terapêutica é uma importante ferramenta para aumentar esta adesão e obter resultados positivos. Estabelecer um bom relacionamento pode ter significativo impacto na percepção

do paciente sobre a qualidade do cuidado oferecido e na prevenção de novas tentativas.

Os profissionais de saúde, principalmente os que atuam em setores de emergência, lidam constantemente com indivíduos em situação de crise e que tentam suicídio. De forma semelhante aqueles que atuam na atenção básica, por estarem em contato próximo e prolongado com os pacientes, seus familiares e sua comunidade, estão em posição privilegiada para avaliação dos pacientes em risco de suicídio.

No entanto, esses profissionais, especialmente os médicos, não estão preparados adequadamente para atender pacientes suicidas, o que pode gerar opiniões desfavoráveis, reações negativas e intolerância, prejudicando o processo terapêutico. As dificuldades dos profissionais em lidar com os diferentes aspectos relacionados à morte, e em especial ao suicídio, podem desencadear conflitos emocionais naqueles que lidam com esses pacientes.

Esses conflitos podem significar dificuldades na abordagem do tema dentro da equipe de saúde e no relacionamento com o próprio paciente ou com seus familiares. Essa postura pode interferir na atuação profissional, diminuindo a sua eficácia, ou, então, associar-se à incapacidade para controlar o sofrimento do paciente. Avaliar um paciente suicida comumente desperta fortes sentimentos no médico examinador, especialmente ansiedade por um erro de conduta e temor das consequências. O profissional pode experimentar também sentimentos de impotência e mobilizar emoções de caráter negativo.

Taylor et al.¹² realizaram revisão sistemática da literatura internacional sobre as atitudes de indivíduos com histórico de lesões auto-provocadas em relação aos serviços de saúde. Apesar das diferenças entre os países e respectivos sistemas de saúde, a maioria dos participantes demonstrou atitudes negativas em relação às condutas adotadas. As maiores queixas foram em relação à pequena participação dos pacientes na condução do seu tratamento, ao comportamento inadequado e ao pouco conhecimento da equipe, à avaliação psicológica superficial e aos questionamentos sobre a continuidade do tratamento depois da alta. Os usuários sugeriram que a melhoria dos serviços deve estar associada a mais informações sobre

comportamento autoagressivo para os próprios pacientes, familiares e população, mais treinamento da equipe e melhora no acesso aos serviços para continuidade do tratamento.

Atitudes negativas também foram verificadas em outra revisão abrangente sobre o tema compreendendo artigos publicados entre 1971 a 2009. Os autores observaram pequena diferença nas atitudes entre os estudos mais antigos e os atuais, apesar do expressivo aumento no conhecimento sobre prevalência, fatores de risco e manejo dos pacientes atendidos por lesões auto-provocadas³⁴.

Na mesma revisão, as atitudes negativas foram acompanhadas de sentimentos de irritação e raiva, principalmente em hospitais gerais. Psiquiatras exibiram mais atitudes positivas que médicos de outras especialidades, o mesmo ocorrendo com os demais profissionais da saúde mental. Atitudes mais compreensivas foram observadas em relação aos indivíduos que tiveram tentativas mais sérias de suicídio e àqueles com transtornos mentais evidentes.

Embora os resultados apresentados neste trabalho sejam válidos para o grupo de mulheres entrevistadas, os fenômenos identificados a partir da análise dos dados convidam à reflexão sobre a qualidade da atenção dispensada aos pacientes com histórico de tentativa de suicídio e indicam a necessidade de melhorar a formação dos profissionais da saúde, em especial os que trabalham nos serviços de pronto atendimento.

Algumas limitações desse estudo merecem ser apontadas. Em primeiro lugar, as entrevistas foram realizadas em ambiente diferente do local do atendimento da emergência. As mulheres entrevistadas foram convidadas a participar da pesquisa e sabiam que a avaliação seria realizada por psiquiatra. A coleta de dados realizada em ambiente ambulatorial e acolhedor, sem os inconvenientes de um serviço de urgência, pode ter influenciado as respostas das entrevistadas. Se junta a esses fatores a própria presença do investigador, o que pode favorecer a distorção das respostas dadas. Concluindo, partir de categorias pré-definidas pode limitar a abrangência de outros conteúdos que, por algum motivo, não são compatíveis com as categorias prévias, restringindo assim as categorias temáticas.

REFERÊNCIAS

1. Ganz D, Braquehais MD, Sher L. Secondary prevention of suicide. *PLoS Medicine*. 2010;7(6):1-4.
2. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry*. 2007;164(7):1035-43. [cited 2012 Mar. 6]. Available from: <http://ajp.psychiatryonline.org>
3. Mello-Santos C, Wang YP, Bertolote JM. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Rev Brasileira de Psiquiatria*. 2005;27(2):131-4.
4. Meleiro AMAS, Bahls SC. O comportamento suicida. In: Meleiro AMAS, Teng CT, Wang YP. (Org.). *Suicídio Estudos Fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma. 2004;13-36.

5. Marin-León L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(3):357-63.
6. Minayo MCS. Suicídio: violência auto-infligida. In: Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde. 2005;205-39.
7. Meleiro, AMAS, Bahls SC. O comportamento suicida. In: Alexandrina Meleiro; Chei Tung Teng; Yuan Pang Wang. (Org.). *Suicídio estudos fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma. 2004;13-36.
8. Correa H, Perez S. Durkheim e o suicídio. In: Humberto Correa, Sérgio Perez. (Org.). *Suicídio, uma morte evitável*. São Paulo: Atheneu. 2006;45-50.
9. Correa H, Perez SB. O suicídio: definições e classificações. In: Humberto Correa, Sérgio Perez. (Org.). *Suicídio, uma morte evitável*. São Paulo: Atheneu. 2006;30-6.
10. Botega NJ, Mauro MLF, Cais CFS. Estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida: Supre-Miss. In: *Organização Mundial da Saúde. Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed. 2004;123-40.
11. Patterson P, Whittington R, Bogg J. Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS). *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2007;14(5):438-45.
12. Taylor TL, Hawton K, Fortune S, Kapur N. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2009;194(2):104-10.
13. Ministério da Saúde. *Estratégia nacional de prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília: MS; 2006. [cited 2012 Mar. 10]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf
14. Rocha FF, Correa H, Lage NV, Souza KCA. Onde estão sendo publicados os estudos sobre suicídio no Brasil? Carta aos Editores. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(4):380-5.
15. Lizardi D, Stanley B. Treatment engagement: a neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients. *Psychiatr Serv*. 2010;61(12):1183-91. [cited 2012 Mar. 6]. Available from: <http://ps.psychiatryonline.org/>
16. Alves M, Souza Â, Vieira C, Bezerra T, Cristino A. Researches about suicide in Brazilian graduate program. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2007 November 7; [Cited 2011 February 27]; 6(3). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/1158>.
17. CAPES. Banco de teses. Disponível em: <http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/>. Acesso em: 10 nov.2012 18. Cabral ALLV, Martinez-Hemaez A, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4433-42.
19. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
20. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(3):621-6.
21. Campos CJG. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(5):611-4.
22. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2007.
23. Huband N, Tantam D. Attitudes to self injury within a group of mental health staff. *Br J Med Psychol*. 2000;73:495-504.
24. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Kotzalidis GD, Tatarelli R. Emergency staff reactions to suicidal and self-harming patients. *Eur J Emerg Med*. 2005;12(4):169-78.
25. Quental IA. Tentativas de suicídio: construindo dispositivos de prevenção. *Pediatria Moderna* 2009;45(6):236-40.
26. Machin R. Nem doente, nem vítima: o atendimento às "lesões autoprovocadas" nas emergências. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(5):1741-50.
27. Brausch AM, Muehlenkamp JJ. Body image and suicidal ideation in adolescents. *Body Image*. 2007;4(2):207-12.
28. Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC, Greenberg T, Shaffer D. National trends in hospitalization of youth with intentional self-inflicted injuries. *Am J Psychiatry*. 2005;162(7):1328-35.
29. Wheatley M. Nursing staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adults and adolescents in an inpatient setting. *Behav Cogn Psychother*. 2009;37(3):293-309.
30. Sarti CA. O atendimento de emergência a corpos feridos por atos violentos. *Physis*. 2005;15(1):107-26.
31. Suokas J, Suominen K, Lönnqvist J. The attitudes of emergency staff toward attempted suicide patients. *Crisis*. 2009;30(3):161-5.
32. Isacsson G, Rich C. Management of patients who deliberately harm themselves. *Br Med J*. 2006;322(7280):213-5.
33. Buriola AA, Arnauts I, Decesaro MN, Oliveira MLF, Marcon SS. Assistência de enfermagem às famílias de indivíduos que tentaram suicídio. *Esc Anna Nery*. 2011;15(4):710-6.
34. Bandeira de Sá NN, Oliveira MGC, Mascarenhas MDM, Yokota RTC, Silva MMA, Malta DC. atendimentos de emergência por tentativas de suicídio. *Rev Med. Minas Gerais* 2010;20(2):145-52.
35. Kondo EH, Vilella JC, Borba LO, Paes MR, Maftum MA. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. *Rev Esc Enferm. USP* 2011;45(2):501-7.
36. Avanci RC, Furegato ARF, Scatena MCM, Pedrão LJ. Relação de ajuda enfermeiro-paciente pós-tentativa de suicídio. *Rev Saúde Mental Álcool e Drogas*. 2009;5(1):1-15. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=514439&indexSearch=ID..>. Acesso em: 01 jun. 2012.
37. Kate E.A. Saunders, Keith Hawton, Sarah Fortune, Suhanthini Farrell. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. *J Affect Disord*. 2012;139(3):205-16.

Recebido em: 19/03/2013
 Aprovado em: 20/05/2013