

CONTINUIDADE DO CUIDADO DE PACIENTES COM IDEAÇÃO OU TENTATIVA DE SUICÍDIO ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA

CONTINUITY OF CARE FOR PATIENTS WITH SUICIDE IDEATION OR ATTEMPTED ASSISTED IN THE PSYCHIATRIC EMERGENCY

CONTINUIDAD DEL CUIDADO DE PACIENTES CON IDEACIÓN O INTENTO DE SUICIDIO ATENDIDOS EN LA EMERGENCIA PSIQUIÁTRICA

Juliane de Souza Cavazzana¹
Fernanda Vieira Gimenez²
Maria José Sanches Marin³
Márcia Aparecida Padovan Otani⁴
Fabiana Sanches Grecco⁵
Paula Karine Jorge⁶

Como citar este artigo: Cavazzana JS, Gimenez FV, Marin MJS, Otani MAP, Grecco FS, Jorge PK. Continuidade do cuidado de pacientes com ideação ou tentativa de suicídio atendidos na emergência psiquiátrica. Rev baiana enferm. 2024;38:e:62024.

Objetivo: compreender a continuidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial das pessoas com ideação ou tentativa de suicídio após ter passado pelo serviço de urgência e emergência. **Método:** estudo qualitativo, realizado por meio da técnica de análise temática, mediante entrevistas com pessoas que passaram pelo serviço de urgência e emergência de um hospital do interior paulista por ideação ou tentativa de suicídio, no período de janeiro a dezembro de 2020. **Resultados:** a maioria dos participantes são mulheres que vivem sem o companheiro, com uso, em média, de três psicofármacos. Na análise das entrevistas, foram identificadas as temáticas: dificuldade de acesso aos serviços, falta de adesão ao tratamento, recorrência das ideações/tentativas e fatores de melhora. **Considerações finais:** frente aos resultados encontrados, depreende-se a necessidade de maiores investimentos na rede de atenção psicossocial, para aumentar o acesso da população e melhorar a qualidade do atendimento e apoio a essas pessoas.

Descritores: Saúde Mental. Suicídio. Tentativa de Suicídio. Ideação Suicida. Serviços de Emergência Psiquiátrica.

Objective: to understand the continuity of care in the Psychosocial Care Network for people with suicide ideation or attempt after having passed through the emergency department. Method: qualitative study, conducted through the

Autora correspondente: Fernanda Vieira Gimenez, fviegimenez@gmail.com

¹ Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9775-9528>.

² Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9525-107X>.

³ Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-6210-6941>.

⁴ Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-9540-4996>.

⁵ Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2364-7478>.

⁶ Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-9221-8052>.

technique of thematic analysis, through interviews with people who went through the emergency department of a hospital in the interior of São Paulo for suicide ideation or attempt, from January to December 2020. Results: Most of the participants are women who live without a partner, with an average use of three psychoactive drugs. In the analysis of the interviews, the following themes were identified: difficulty in accessing services, lack of adherence to treatment, recurrence of ideations/attempts and improvement factors. Final considerations: in view of the results, it is necessary to invest more in the psychosocial care network, to increase access and improve the quality of care and support for these people.

Descriptors: Mental Health. Suicide. Suicide Attempted. Suicidal Ideation. Emergency Services, Psychiatric.

Objetivo: comprender la continuidad del cuidado en la Red de Atención Psicosocial de las personas con ideación o intento de suicidio después de haber pasado por el servicio de urgencia y emergencia. Método: estudio cualitativo, realizado mediante la técnica de análisis temático, a través de entrevistas con personas que pasaron por el servicio de urgencia y emergencia de un hospital del interior paulista por ideación o intento de suicidio, en el período de enero a diciembre de 2020. Resultados: la mayoría de los participantes son mujeres que viven sin pareja, con uso, en promedio, de tres psicofármacos. En el análisis de las entrevistas se identificaron las temáticas: dificultad de acceso a los servicios, falta de adhesión al tratamiento, recurrencia de ideaciones/intentos y factores de mejora. Consideraciones finales: frente a los resultados encontrados, se deduce la necesidad de mayores inversiones en la red de atención psicosocial, para aumentar el acceso de la población y mejorar la calidad del cuidado y apoyo a estas personas.

Descriptores: Salud Mental. Suicidio. Intento de Suicidio. Ideación Suicida. Servicios de Urgencia Psiquiátrica.

Introdução

O suicídio representa um sério problema de saúde pública no mundo todo. Trata-se de um fenômeno social de extrema complexidade, marcado pela associação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e históricos, ocorrendo principalmente em pessoas com transtorno mental, mais comumente com depressão. Seu caráter autolesivo envolve pensamentos ou ações que podem culminar em suicídio completo, tentativa, preparação para o ato, ideação, autoagressão sem a intenção de morrer, automutilação não intencional ou automutilação com intenção suicida desconhecida⁽¹⁾.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), sua ocorrência afeta todas as classes sociais, com estimativa de um milhão de mortes por ano, representando a quarta maior causa de morte entre jovens de 15 e 29 anos⁽²⁾.

Mais de um terço das pessoas que se suicidaram procuraram alguma modalidade de serviço de saúde uma semana antes de concretizar o ato; mais da metade havia passado por atendimento em saúde um mês antes de se suicidar e; quase, em sua totalidade, cerca de um ano antes, teve algum contato com serviços de saúde⁽³⁻⁴⁾.

O Brasil apresenta uma das maiores taxas em números absolutos de suicídio em todo o mundo. No período de 2010 a 2019, foram registradas 112.230 mortes por suicídio, sendo constatado um aumento crescente do risco de morte em todas as regiões do país. Essas mortes ocorrem predominantemente na própria residência e 41% delas tiveram tentativa prévia⁽⁵⁾.

A pretensão de tirar a própria vida surge quando o indivíduo apresenta uma dor grande o bastante para imaginar não ser capaz de suportá-la, tendo a morte como única alternativa capaz de resolver o problema. Agrava a situação o fato de tratar-se de uma condição estigmatizada pela sociedade e até mesmo por profissionais de saúde que, por vezes, enxergam o comportamento suicida como opcional ao indivíduo. Nos serviços de saúde, tal pensamento resulta em um atendimento caracterizado por hostilidade, rejeição e dificuldade de abordagem humanizada⁽¹⁾.

Algumas políticas públicas vêm sendo estabelecidas com vistas a um atendimento humanizado e integral a essas pessoas. Nesse sentido, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada com a finalidade de organizar os serviços de saúde

mental no país, mediante a articulação de serviços dos diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como eixo a corresponsabilização do cuidado entre os serviços, pautando-se no princípio da integralidade do cuidado⁽⁶⁾.

Além disso, em 2019, foi sancionada a Lei nº 13.819/2019, que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, com o objetivo de promover o acesso à atenção psicossocial das pessoas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativas de suicídio, visando principalmente a prevenção desses eventos, por meio do tratamento dos condicionantes associados⁽⁷⁾.

No contexto do atendimento às pessoas com ideação ou tentativa de suicídio, os serviços de urgência e emergência são fundamentais, pois correspondem, muitas vezes, ao primeiro contato dessas pessoas com profissionais e serviços de saúde. No momento em que se encontram em crise, são nesses espaços que são adotadas medidas agudas, que visam a continuidade da assistência, a fim de contribuir para a redução dos fatores de risco e prevenção de novos episódios.

Sendo assim, além de uma abordagem acolhedora e condutas terapêuticas condizentes com as necessidades, cabe aos serviços de urgência e emergência proporcionar um direcionamento para essas pessoas, de forma que elas possam dar seguimento em sua assistência. Entretanto, mesmo frente aos avanços colocados pelas políticas de atenção psicossocial, tem se observado que ainda são muitas as dificuldades encontradas nas interrelações necessárias, uma vez que essa nova lógica ainda não se encontra incorporada entre os atores envolvidos no processo⁽⁸⁾. É um problema o fato de serem poucas as opções disponíveis no sistema de saúde para o encaminhamento das pessoas que precisam dar sequência ao cuidado⁽⁹⁾, o que leva ao questionamento sobre como vem ocorrendo a continuidade do atendimento realizado em serviços de urgência e emergência por ideação ou tentativa de suicídio.

O presente estudo tem como objetivo compreender a continuidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial das pessoas com ideação ou tentativa de suicídio após ter passado pelo serviço de urgência e emergência.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com a finalidade de obter-se informações sobre a continuidade da assistência após o atendimento de pessoas com ideação ou tentativa de suicídio na especialidade de Psiquiatria em um Pronto-Socorro de um Hospital Terciário do Centro-Oeste Paulista.

O estudo foi desenvolvido em um serviço de urgência e emergência de um hospital-escola estadual, localizado em um município do interior do estado de São Paulo, onde são atendidos cerca de 3900 pacientes ao mês.

O município em pauta está inserido na Rede de Atenção Psicossocial e tem equipamentos de saúde em diversos componentes. A Atenção Primária de Saúde tem implantado 46 Unidades de Saúde da Família (USF) e 9 Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de uma Equipe de Consultório na Rua – CR (Modalidade de uma equipe no Programa Melhor em Casa).

Em relação à Atenção Psicossocial Especializada, conta com um CAPS II *Com-Viver* e com o CAPS infantil, um CAPS AD (Álcool e Drogas) e três Unidades de Urgência não Hospitalar, sendo uma pré-hospitalar móvel, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), e duas pré-hospitalares fixas. Na Atenção Hospitalar dispõe de um hospital geral com enfermaria psiquiátrica e um hospital especializado. Conta também com o Programa *De Volta para Casa*, que auxilia a reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido por longo tempo em internações psiquiátricas em sua reinserção no convívio social, a fim de assegurar seu bem-estar e exercício dos seus direitos civis, políticos e de cidadania⁽¹⁰⁾.

Para a composição da amostra, inicialmente foram sorteadas dez fichas de atendimento de pacientes atendidos por ideação ou tentativa de suicídio dos meses de janeiro, maio e setembro do ano de 2020, totalizando 30 fichas. Contudo, houveram algumas recusas, além das dificuldades de comunicação com os participantes, sendo necessários novos contatos até que se obtivesse a saturação dos dados. A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho e setembro de 2021.

Foram incluídos os pacientes que tiveram em sua história clínica ideação ou tentativa de suicídio no momento do atendimento, apresentando ou não tentativas anteriores e que residiam na cidade-sede do pronto-socorro. Foram excluídos os casos que não se tratavam de ideação ou tentativa de suicídio e pessoas que não apresentavam condições cognitivas para fornecer as informações necessárias. A amostra final foi composta com 31 participantes.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, contando com roteiro que continha dados de identificação, como: nome, idade, sexo, estado civil, escolaridade, medicamentos que utiliza e as seguintes questões: Como foi para você o atendimento realizado no serviço de urgência e emergência?; Fale sobre a sua vida após ter passado pelo atendimento no serviço de urgência e emergência; Como foi a continuidade do tratamento (serviços que passou e caso não tenha dado continuidade, qual foi o motivo); Quais as suas expectativas em relação à vida e ao futuro?

Para realizar as entrevistas, foi localizada a unidade básica de saúde do território dos entrevistados e solicitado o apoio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) para a realização dos contatos. O ACS informou os participantes sobre a pesquisa e, nos casos de adesão à participação, foram realizados contatos por meio de telefonemas. Os dados foram processados por meio da técnica de análise temática, que busca identificar, analisar e relatar padrões (temas) dentro dos dados e interpretar vários aspectos do tema de pesquisa. Nessa forma de análise, o processo de codificação ocorre por meio dos próprios dados. Um tema representa algo importante, abstraído dos dados em relação à pergunta de pesquisa, sem importar se ele aparece ou não com grande prevalência no conjunto das informações⁽¹¹⁾.

Na sua operacionalização, foram desenvolvidas seis fases. Inicialmente coloca-se a familiaridade com os dados, que compreende a imersão por meio de leituras repetidas dos dados, de forma a se aproximar da profundidade e amplitude do conteúdo. A segunda fase envolve a produção de códigos iniciais dos dados, sendo que

estes representam um conteúdo semântico ou latente que se refere ao segmento ou elemento mais básico do dado. Nessa fase, trabalha-se sistematicamente com o conjunto dos dados que foram obtidos, buscando identificar aspectos interessantes e significativos do texto⁽¹¹⁾. A fase três refere-se à procura por temas, desenvolvida com base na lista de códigos e envolve a triagem dos diferentes códigos em temas potenciais. Na fase quatro, é o momento de revisitar os temas, o que envolve o seu refinamento, leva-se em consideração os critérios de homogeneidade interna e heterogeneidade externa. Na sequência, os temas são definidos e nomeados, é identificada a essência do assunto de cada tema. Na última fase, inicia-se a análise final e a escrita do relatório. Nesse relatório, os extratos das falas dos participantes precisam ser incorporados à narrativa analítica, visando ilustrar o conteúdo que se pretende mostrar⁽¹¹⁾.

Foi garantido o sigilo sobre as informações prestadas, de uso exclusivo para fins científicos, adotando-se a letra E (Entrevistado) seguida de numeração sequencial de acordo a ordem das entrevistas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 42705021.0.0000.5413. Para participar, todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Dos 31 participantes do estudo, 22 (71%) são mulheres e 9 (29%) são homens, com idade que variam de 20 a 66 anos, sendo que 19 (61,3%) vivem sem o companheiro (solteiros ou separados) e 12 vivem com o companheiro (casados). Quanto à escolaridade, 5 (16,1%) apresentam ensino superior completo ou incompleto, 15 (48,4%) contam com ensino médio completo ou incompleto, 10 (32,2%) ensino básico completo ou incompleto e 1 (3,2%) é analfabeto.

Quanto ao uso de psicofármacos entre os entrevistados, apenas um não estava fazendo uso de psicofármacos no momento das entrevistas, e os demais utilizavam em média três, destacando-se

os antidepressivos (29,9%), antipsicóticos (23,6%) e estabilizadores de humor (19,3%).

Na análise dos dados das entrevistas foram identificadas quatro temáticas, sendo elas: Dificuldade de acesso aos serviços especializados em saúde mental; Falta de adesão ao tratamento; Recorrência das ideações/tentativas; Fatores de melhora.

Dificuldade de acesso aos serviços especializados em saúde mental

Os entrevistados relataram dificuldade de acesso tanto ao atendimento psicológico como ao tratamento médico especializado, o que é considerado como fundamental para sua recuperação. Ao serem acompanhados pela atenção básica, consideraram que o tratamento ofertado é insuficiente para que ocorra de forma eficaz.

Além disso, a dificuldade de acesso ao atendimento público, levou-os a procurar serviços privados; entretanto, os recursos financeiros nem sempre eram suficientes, fazendo com que, em muitos casos, não ocorresse a continuidade do tratamento, culminando em seu abandono. A existência de barreira física também é considerada como um aspecto que dificulta o tratamento, principalmente a distância até o local onde está sendo realizado o tratamento e a dificuldade financeira para arcar com as despesas de transporte.

Entretanto, aqueles que passaram por internação psiquiátrica após a ideação ou tentativa de suicídio tiveram maior facilidade para acessar os serviços, uma vez que já saíam com o agendamento ambulatorial marcado. A seguir, encontram-se fragmentos de entrevistas que explicitam esse cenário:

Gostaria só que a psicóloga me chamasse logo, porque estou na lista de espera, porque eu sinto muita falta de conversar com alguém, como eu moro sozinha eu não falo com ninguém [...]. (E3).

[...] porque eu ainda não consegui um médico psiquiatra, então eu passo no posto de saúde com um clínico geral [...]. (E7).

[...] é longe e às vezes eu me perdia, mas eu gostaria de fazer o atendimento no... [ambatório de psiquiatria] porque é mais perto da minha casa. (E4).

Tive, a dificuldade foi em conseguir a vaga no SUS, então eu tive que optar pelo atendimento particular e ainda não faço atendimento psicológico, mas assim que as coisas melhorarem eu quero começar a fazer. (E28).

[...] foi rápido, acho que, no máximo, um mês eu já estava com atendimento marcado no ambulatório, eu vim com um encaminhamento porque tinha sido internado [...]. (E2).

Falta de adesão ao tratamento

A análise das entrevistas mostrou que além das dificuldades para a continuidade do tratamento, decorrentes da pouca oferta de serviços e de profissionais, os pacientes têm dificuldades de aderir aos tratamentos propostos e encaminhamentos, colocando em risco a oportunidade de tratamento ao não comparecerem às consultas ou não seguirem as orientações.

[...] eu comecei atendimento no ambulatório, eu não parei, mas quase perdi a vaga esses tempos porque eu tive faltas, eu acabo esquecendo. (E9).

[...] psiquiatra eu dou balão nele né. O certo era uma vez no mês. O combinado foi... a verdade é que eu mudei de terapeuta né. (E2).

Recorrência das ideações/tentativas

Com base na fala dos participantes, pode-se depreender que eles continuam apresentando ideias suicidas, além de outros sentimentos que demonstram a perpetuação do risco de suicídio. Rotineiramente, as tentativas são sucessivas e mesmo com o uso de medicamentos apresentam o desejo de repetir o ato e mantêm a ideia de morte. Além disso, observa-se a falta de perspectiva para o futuro e a ausência do sentimento de felicidade. Apontam ainda para a presença de ansiedade, confusão mental e *cabeça perturbada*.

Eu já tentei me matar com a corda. Foi mais de uma tentativa e agora, mesmo tomando os medicamentos, é difícil demais porque tem momentos que você lembra de novo e você quer fazer aquilo lá, tentei cortar os pulsos com a faca mas não consegui. (E10).

[...] costumo dizer que eu não lembro qual o sentimento de felicidade [...] não tenho sonhos e metas, eu digo que só vou viver até o dia da minha morte. (E31).

Mas eu tô assim, mordendo concreto, extremamente ansioso, sabe, penso toda hora, todo momento. (E20).

[...] eu tenho pensamento até hoje, eu tenho pensamento também de matar as pessoas, eu não me sinto totalmente segura de ficar sozinha com uma pessoa porque aí bate aquela vontade, se eu não sair, eu faço, assim eu tenho coragem e faço sim. (E13).

Os fatores de melhora

No relato dos participantes observa-se que eles consideram de grande relevância o uso dos psicofármacos, pois alegam precisar deles para se sentirem bem. Assim, buscam fazer uso correto deles e, quando tentam ficar sem eles, não conseguem, em decorrência da piora do quadro. Por vezes, torna-se necessário ajustes na dosagem. A melhora também advém das consultas e do apoio de familiares, levando-os a gostar mais da vida e deles próprios, conforme se observa nas falas que seguem.

Eu senti uma melhora, estou tomando as medicações, tive algumas crises, aí tive que ajustar algumas doses, mas hoje eu estou bem, me adequando a cada situação. (E29).

Por um tempo eu ainda sofria com a tristeza e angústia, mas, com o passar do tempo e com os remédios que o médico me passou e o acompanhamento das consultas, eu comecei a me sentir melhor. (E28).

Agora eu gosto mais da vida, agora eu gosto de mim [...] sou outra pessoa, eu gosto de mim e eu aprendi a viver e meu marido me apoia muito, me ajuda muito, então, para mim, está muito bom. (E30).

Então eu não posso ficar sem o remédio senão eu fico ruim, a cabeça pesa, quero morrer as vezes [...] (E24).

Discussão

No que concerne ao sexo dos entrevistados, confirma-se a paradoxal diferença existente entre homens e mulheres, uma vez que, em relação aos fatores de risco, há preponderância de comportamento suicida não fatal entre as mulheres, enquanto entre os homens o suicídio consumado é maior. Quanto aos métodos de tentativa de suicídio, as mulheres utilizam-se do uso de substâncias e os homens tendem ao enforcamento⁽¹²⁾.

Em relação ao estado conjugal, encontrou-se que a maioria dos entrevistados vive sem o companheiro, o que pode levar ao sentimento de solidão, desamparo, falta de suporte social e emocional⁽¹³⁾.

Sobre o uso de psicofármacos, observou-se que os entrevistados utilizam uma média de três deles, com destaque para os antidepressivos, antipsicóticos e estabilizadores de humor. A despeito desse uso em pacientes com ideação ou tentativa de suicídio, é preciso considerar que o fenômeno do suicídio está longe de ter um sentido unidimensional e reducionista e, embora o

desenvolvimento de novos medicamentos tenha tido impacto no tratamento das doenças mentais, a diminuição dos comportamentos suicidas ainda não foi observada. As medicações, portanto, tem mais especificamente a finalidade de tratar as doenças mentais de base, ou comorbidades, uma vez que estas estão grandemente associadas à ideação, tentativa e consumação do ato⁽¹⁴⁾.

Entretanto, o aumento de opções farmacológicas para o tratamento dos pacientes, seja na unidade de Urgência e Emergência ou ambulatorialmente, são consideradas necessárias. Cita-se, por exemplo, o fato da maior parte da população que comete suicídio sofrer com depressão, e que menos de 50% dos pacientes deprimidos terão remissão total dos sintomas e cerca de 30% tem depressão resistente ao tratamento⁽¹⁵⁾.

No presente estudo, que buscou analisar como ocorre a continuidade da assistência após a passagem pelo serviço de urgência e emergência de pessoas com ideação ou tentativa de suicídio, argumenta-se que qualquer que seja a situação que envolve a tentativa ou a ideação suicida, é preciso considerar que se trata de uma condição complexa, que envolve grande investimento nos cuidados em saúde, para que se possa evitar uma tragédia maior. Entretanto, os achados desta investigação mostraram que um dos aspectos mais relevantes é a dificuldade de acesso aos serviços especializados. Parece ainda mais complicado quando se trata de acesso ao acompanhamento psicológico, conforme referido nas entrevistas, mesmo que esses profissionais estejam inseridos na rede de atenção básica por meio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

Quanto ao NASF, formado por profissionais de diferentes áreas de formação, tem como atribuição, atender as demandas específicas de forma articulada com as equipes da Estratégia Saúde da Família, o que inclui o atendimento em saúde mental. Entretanto, foram identificadas fragilidades importantes entre os profissionais que integram esses setores em relação à falta de formação acadêmica, experiência nessa lógica de atuação e falta da instituição de processos de Educação Permanente, o que dificulta que mudanças sejam implementadas na forma de agir e pensar a atenção à saúde na lógica da integralidade⁽¹⁶⁾.

Referindo-se ao atendimento ofertado pelo Sistema Único de Saúde, encontra-se que as Redes de Atenção à Saúde, embora consideradas como condição essencial para o bom funcionamento do sistema, ainda apresentam importantes lacunas em relação ao acesso e cobertura, especialmente quando se trata da Rede de Atenção Psicossocial. Nessa perspectiva, um estudo realizado em três estados nordestinos revelou que são necessários investimentos na identificação e acompanhamento dos casos de transtorno mental de diferentes níveis de gravidade, com a finalidade de elaborar planos de cuidado pautado na longitudinalidade e trabalho em rede, o que inclui disponibilizar recursos no próprio território, por meio de ações da equipe de Atenção Básica e Atenção Especializada⁽¹⁷⁾.

Em contrapartida, embora tenha havido investimentos na atenção primária nas últimas décadas na perspectiva do vínculo e longitudinalidade, constatado no presente estudo, quando, após a ideação ou tentativa de suicídio, o paciente passa por internação, o cuidado longitudinal ocorre de forma mais frequente, já que há maior adesão inicial ao tratamento. Remete-se, dessa forma, a reflexões sobre a importância de haver grande investimento na continuidade, além do cuidado agudo, o que contribui para a redução do risco de recorrência às tentativas⁽³⁻⁴⁾.

Entre os entrevistados do presente estudo, observa-se que a atenção básica, embora faça parte da rede de atenção e local do estabelecimento de vínculo e responsabilização pelo cuidado, não se fez presente enquanto ponto de suporte para eles, uma vez que os pacientes não sentem segurança/confiança em manter seu tratamento por essa via, ficando na dependência de atendimento ambulatorial especializado ou mesmo de serviços particulares, quando possível, mas que, segundo maior parte dos relatos, não se mantém por limitações financeiras quando buscada essa alternativa.

Um estudo que analisou as concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o cuidado em saúde mental encontrou que a atuação encontra-se pautada na lógica fragmentada, que se estende para a relação com a equipe do NASF, indicando profundos

desafios a serem superados por meio da organização estrutural, formação dos profissionais, fortalecimento do diálogo coletivo, planejamento e avaliação das ações⁽¹⁸⁾. Nos resultados de uma revisão sistemática sobre avaliação de serviços de saúde mental no Brasil, encontra-se que a expansão da rede de saúde mental brasileira não se configura como suficiente para atender às necessidades⁽¹⁹⁾.

Nesta perspectiva, é importante resgatar o Plano de Ação para Saúde Mental 2013-2020, da OMS⁽²⁾, segundo o qual, no atendimento à saúde mental, deve haver uma abordagem ampla, por meio de estratégias governamentais abrangentes de promoção, prevenção, tratamento e recuperação, tendo em vista que as pessoas com transtornos mentais apresentam taxas elevadas de incapacidade e mortalidade, alertando que o suicídio é a segunda causa de morte mais comum entre jovens em todo o mundo.

Para a continuidade do tratamento da pessoa com ideação ou tentativa de suicídio, destaca-se também a importância da adesão ao tratamento, o que é considerado como uma condição multifatorial, uma vez que envolve fatores internos e externos. Citam-se, como exemplos, a falta de empatia na relação médico paciente; efeitos colaterais intoleráveis dos medicamentos; baixo acesso a terapias alternativas de tratamento, como a psicoterapia; falta de entendimento sobre sua doença psiquiátrica; uso de álcool e/ou drogas como forma de automedicação. Para pacientes que necessitam de cuidados contínuos, verificou-se que a adesão aumenta quando há comunicação eficaz entre as diferentes equipes que compõem a rede de cuidados em saúde mental⁽³⁾.

Quase metade (49%) dos pacientes com transtornos psiquiátricos maiores não adere à medicação psicotrópica, tendo maior expressividade os portadores de esquizofrenia, transtorno depressivo maior e transtorno afetivo bipolar, grupo sabidamente mais propenso a tentativas e ideações suicidas. Além desse risco, há outros inúmeros prejuízos na vida dessas pessoas, como a redução da eficácia do tratamento, maior número de hospitalizações, piora da qualidade de vida, reaparecimento dos sintomas e desperdícios de recursos de saúde⁽²⁰⁾.

Encontra-se na fala dos entrevistados o intenso sofrimento que os levam à desvalorização da vida, o que eles traduzem como ausência de felicidade, ansiedade e cabeça perturbada. O sentimento de impotência perante a vida e desesperança são fortes preditores do comportamento suicida. Nesse sentido, compreende-se que a ideação suicida é um importante sinal de sofrimento psíquico, sendo necessário identificar se o transtorno psíquico está presente ou não, visando a condução adequada da abordagem terapêutica⁽²¹⁾.

Quanto aos fatores que contribuem para melhorar as condições de saúde mental dos entrevistados, encontra-se o uso correto de medicamentos, o acompanhamento com profissionais e o apoio dos familiares. Em uma revisão sistemática sobre a associação de intervenções de prevenção de suicídio com tentativas de suicídio subsequentes, verificou-se que o acompanhamento ativo após a alta do pronto-socorro reduziu as tentativas, assim como o contato por meio de ligações telefônicas e recebimento de notas manuscritas pelo correio em semanas subsequentes ao fato⁽³⁾.

Instituir medidas de prevenção do suicídio significa intervir em um problema de grande magnitude e transcendência, considerando sua alta prevalência e os danos pessoais e sociais. O primeiro passo a ser pautado é a identificação dos fatores de risco. Neste contexto, as pessoas que passaram por atendimento em serviço de urgência e emergência por ideação ou tentativa de suicídio precisam de acompanhamento de profissionais e serviços apropriados, de forma que sejam considerados em sua individualidade na perspectiva da integralidade do cuidado⁽²²⁾.

A despeito da necessidade de prevenção do suicídio, a Organização Mundial de Saúde, ao reconhecê-lo como um relevante problema de saúde, torna público o Relatório Mundial de Suicídio, trazendo a prevenção como uma questão de alta prioridade na agenda global voltada para a saúde pública. Nessa perspectiva, salienta-se a importância da família, a busca pelo sentido da vida e a valorização da autoestima, como se observa nas falas dos participantes deste estudo⁽²³⁾.

Assim, estudos têm mostrado a relevância de distintas intervenções. Ao avaliar a efetividade e a aceitabilidade de uma atividade física, por meio de dois dias de caminhada de 30 minutos/semana, comparando com pacientes sedentários internados em unidade psiquiátrica por tentativa de suicídio, constatou que a atividade física foi eficaz para aliviar o sofrimento psíquico desses pacientes⁽²⁴⁾. Um programa de pós-tratamento para pessoas com ideação suicida, que contou com o acompanhamento dos próprios idealizadores e dos familiares, mostrou forte tendência de redução do comportamento suicida. Reforça-se, desta maneira, a importância de cuidados posteriores e acompanhamento para pessoas em risco de suicídio⁽²⁵⁾.

O apoio social, como ter um confidente e uma amizade de qualidade, também contribui para reduzir as tentativas. Além disso, verificou-se a importância do investimento nos determinantes sociais da saúde e identificação e facilitação ao acesso a intervenções que promovam a conexão social para os mais vulneráveis⁽²³⁾.

Este estudo tem como limitação aquelas que são próprias do estudo qualitativo, o que envolve principalmente o fato de não permitir a generalização dos dados e ter sido realizado em um único local. Além disso, a grande recusa em participar das entrevistas pode comprometer a evidencição de condições de continuidade do cuidado ainda mais complexas do que as encontradas no presente estudo. No entanto, os seus resultados contribuem para trazer à luz aspectos importantes para reflexões acerca das limitações na continuidade do cuidado após a ocorrência de ideação ou tentativa de suicídio.

Considerações Finais

No presente estudo, que buscou interpretar como vem ocorrendo a continuidade do cuidado após o atendimento de pessoas com ideação ou tentativa de suicídio em um serviço de urgência e emergência, é importante destacar, com base nos dados sociodemográficos, que a maioria é do sexo feminino e vive sem o companheiro, em

tratamento farmacológico, com uso, em média, de três psicofármacos.

Na análise das entrevistas, evidenciou-se a dificuldade de acesso aos serviços especializados em saúde mental, principalmente de acompanhamento psicoterápico. Apresentam pouca ligação com a Atenção Primária à Saúde, indicando fragilidade na Rede de Atenção Psicossocial e no papel de estabelecimento de vínculo e responsabilização com as necessidades de saúde da população adscrita. Além da dificuldade de acesso, os entrevistados mostraram, em suas falas, não aderir ao necessário acompanhamento dos serviços oferecidos pelos mais variados motivos.

Mostrou-se também, como uma preocupação, a presença de sentimentos de profundo sofrimento emocional que leva a dificuldades de visualizar valor à vida, tornando o risco de suicídio evidente. Apontam como condições de melhora, o apoio de familiares, o uso de medicamentos e o acompanhamento com profissionais de saúde da área de saúde mental.

Conforme os resultados encontrados, é preciso reconhecer que existe a necessidade de aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, a fim de que os diagnósticos sejam feitos e instituído o tratamento adequado, com consequente melhoria na qualidade de vida. Além disso, deve haver maior articulação da Rede de Atenção Psicossocial, resgate do vínculo e responsabilização da APS com as necessidades de saúde dessa população, haja visto o impacto que as ações de prevenção podem causar em relação às consequências das ideias e tentativas de suicídio.

Desta forma, capacitar e mostrar a importância da saúde mental para os profissionais que estão na atenção básica é um caminho fundamental, para que haja mudança nos números que escancaram uma tragédia mundial evitável, por vezes subnotificada. Caso não ocorram mudanças, continuarão os desfechos irreparáveis da estrutura disfuncional do atendimento em saúde da atualidade.

Tendo em vista esse contexto, o estudo fornece subsídios importantes para reflexões sobre o atendimento de emergência em saúde mental, possibilitando a reorganização dos processos de

trabalho e gestão dos serviços de saúde, bem como definição de estratégias de prevenção, enfrentamento e pós-venção do suicídio, com vistas à integralidade do cuidado. Espera-se que investigações futuras sejam capazes de expandir o conhecimento sobre a temática em questão, a fim de que sejam elaborados dispositivos que facilitem o acesso e a continuidade da assistência em saúde às pessoas com ideiação ou tentativa de suicídio.

Colaborações:

1 – Concepção e planejamento do projeto: Juliane de Souza Cavazzana, Fernanda Vieira Gimenez e Maria José Sanches Marin;

2 – Análise e interpretação dos dados: Juliane de Souza Cavazzana, Fernanda Vieira Gimenez, Maria José Sanches Marin, Márcia Aparecida Padovan Otani, Fabiana Sanches Grecco e Paula Karine Jorge;

3 – Redação e/ou revisão crítica: Juliane de Souza Cavazzana, Fernanda Vieira Gimenez, Maria José Sanches Marin, Márcia Aparecida Padovan Otani, Fabiana Sanches Grecco e Paula Karine Jorge;

4 – Aprovação da versão final: Juliane de Souza Cavazzana, Fernanda Vieira Gimenez, Maria José Sanches Marin, Márcia Aparecida Padovan Otani, Fabiana Sanches Grecco e Paula Karine Jorge.

Conflitos de interesse

Não há conflitos de interesse.

Agradecimentos

À Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional em seus programas de residência e mestrado.

Referências

1. Santos LA, Kind L. Comprehensive care, intersectoral action and healthcare: paths to face suicide. *Interface (Botucatu)*. 2020;24:e190116. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190116>

2. World Health Organization. Mental Health - Action Plan 2013-2020 [Internet]. Geneva (CH); 2013 [cited 2022 Aug 21]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
3. Doupnik SK, Rudd B, Schmutte T, Worsley D, Bowden CF, McCarthy E, et al. Association of Suicide Prevention Interventions With Subsequent Suicide Attempts, Linkage to Follow-up Care, and Depression Symptoms for Acute Care Settings: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(10):1021-30. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1586>
4. Ahmedani BK, Westphal J, Autio K, Elsis F, Peterson EL, Beck A, et al. Variation in patterns of health care before suicide: A population case-control study. *Prev Med*. 2019;127:105796. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105796>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Suicídio. Saber, agir e prevenir. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2017 [cited 2022 Aug 21];40(38) Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/apresentacoes/2017/2017-025-perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-brasil-e-a-rede-de-aten-ao-a-sa-de-pdf>.
6. Sampaio ML, Bispo Junior JP. Network of Psychosocial Care: evaluation of the structure and process of mental healthcare linkage. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(3):e00042620. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>
7. Brasil. Presidência da República. Lei Nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 2019 [cited 2022 Aug 21]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13819.htm
8. Lima DKRR, Guimarães J. The Psychosocial Care Network under the look of complexity: who cares for mental health? *Saúde debate*. 2019;43(122):883-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912218>
9. Freitas APA, Borges LM. From reception to triage: Care of suicide attempts in hospital emergencies. *Estud psicol (Natal)*. 2017; 22(1):50-60. DOI: <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20170006>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual do Programa “De Volta para Casa”. Brasília (DF); 2003. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). [cited 2022 Sep 23]. Available from: http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/projetos_e_publicacoes/Manual%20PVC.pdf
11. Clarke V, Braun V. Thematic analysis. *J Posit Psychol*. 2017;12(3):297-8. DOI: <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>
12. Berardelli I, Rogante E, Sarubbi S, Erbutto D, Cifrodelli M, Concolato C, et al. Is Lethality Different between Males and Females? Clinical and Gender Differences in Inpatient Suicide Attempters. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(20):13309. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph192013309>
13. Pedrosa NFNC, Barreira DA, Rocha DQC, Barreira MA. Analysis of the main epidemiological factors related to suicide in a town of Ceará country-side, Brazil. *Health Biol Sci*. 2018;6(4):399-404. DOI: <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v6i4.2068.p399-404.2018>
14. Martínez-Aguayo JC, Arancibia MM, Silva IH. Suicide psychopharmacology: a critical analysis. *Rev chil neuro-psiquiatr*. 2015;53(2):127-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272015000200008>
15. Vasiliu O. Esketamine for treatment-resistant depression: A review of clinical evidence (Review). *Exp Ther Med*. 2023;25(3):111. DOI: <http://dx.doi.org/10.3892/etm.2023.11810>
16. Rabelo ALR, Lacerda RA, Rocha ESC, Gagno J, Fausto MCR, Gonçalves MJF. Care coordination and longitudinality in primary health care in the Brazilian Amazon. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(3):e20180841. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0841>
17. Dimenstein M, Simoni ACR, Macedo JP, Nogueira N, Barbosa BCNS, Silva BIBM, et al. Equity and access to mental health care in three Northeastern states. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(5):1727-38. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04912021>
18. Santos RC, Bosi MLM. Mental Health in Primary Care: perspectives of professionals of the Family Health Strategy in Northeastern Brazil. *Ciência saúde coletiva*. 2021;26(5):1739-48. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04902021>
19. Ricci EC, Pereira MB, Erazo IJ, Onocko-Campos RT, Leal EM. Quatitative systematic review of mental health services from the users perspective. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2020;16(2):94-105. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.159559>

20. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 2020;9(1):17. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0676-y>
21. Jorgetto G, Marcolan JF. Self-perception about psychic suffering in individuals with depressive symptomatology and suicide behavior. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2021;54(4):e-180529. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.180529>
22. Leão MH, Duarte LFB. Integrative theoretical review about the possible factors that lead to suicide attempts. *Núcleo do Conhecimento [Internet].* 2020 [cited 2022 Sep 23];4:101-10. Available from: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psychology/suicide-attempt>
23. Silva CM, Colucci Neto V. Suicide: a reflection on preventive measures. *Arch Health Invest.* 2020;9(1):80-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v9i1.4996>
24. Legrand FD, Lallement D, Kasmi S. Physical activity can reduce hopelessness among women admitted to psychiatric short stay unit following a suicide crisis. *J Psychiatr Res.* 2022;155:567-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.09.046>
25. Siu WHS, Juang YY, Huang TM, Lin SR, Chung CC, Tu HT, et al. Effectiveness of aftercare program for suicide ideators: Real-world evidence from National Suicide Surveillance System in Taiwan. *Medicine.* 2022;101(42):e31192. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000031192>

Recebido: 21 de junho de 2024

Aprovado: 22 de agosto de 2024

Publicado: 13 de setembro de 2024



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.