

CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO - UNIBRA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

BRUNA SILVA VITOR LOPES
MARIA GABRIELA BATISTA CAVALCANTE DA SILVA

**RESQUÍCIOS DE UM PASSADO RECENTE: A
FALTA DE HUMANIZAÇÃO NO CENÁRIO
HOSPITALAR EM CASOS DE TENTATIVAS DE
SUICÍDIO.**

RECIFE/2022

BRUNA SILVA VITOR LOPES
MARIA GABRIELA BATISTA CAVACANTE DA SILVA

**RESQUÍCIOS DE UM PASSADO RECENTE: A FALTA
DE HUMANIZAÇÃO NO CENÁRIO HOSPITALAR EM
CASOS DE TENTATIVAS DE SUÍCIDIO.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Disciplina TCC II do Curso de Psicologia do Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA, como parte dos requisitos para conclusão do curso.

Orientador(a): Prof^a Espec. Catarina Burle Viana
Coorientador(a): Prof^a Me. Claudia Simonne Carneiro Gouveia.

RECIFE/2022

Ficha catalográfica elaborada pela
bibliotecária: Dayane Apolinário, CRB4- 1745.

L864r Lopes, Bruna Silva Vitor
Resquícios de um passado recente: a falta de humanização no cenário hospitalar em casos de tentativas de suicídio. / Bruna Silva Vitor Lopes, Maria Gabriela Batista Cavalcante da Silva. - Recife: O Autor, 2022.

38 p.

Orientador(a): Eps. Catarina Burle Viana.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA. Bacharelado em Psicologia, 2022.

Inclui Referências.

1. Suicídio. 2. Psicologia. 3. Hospital. 4. Subjetividade. 5. Multiprofissional. I. Silva, Maria Gabriela Batista Cavalcante da. II. Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA. III. Título.

CDU: 159.9

RESUMO

Apesar da incidência de casos de suicídios ao longo dos anos, o tema ainda é pouco abordado nos dias atuais, permanece herdando resquícios de uma construção baseada no tabu que o ato carrega. Baseado nessa construção e na prevalência dessa visão estagnada acerca do suicídio questionou-se: como o profissional de Psicologia dentro do hospital atua junto à equipe multiprofissional no sentido de ressignificar a percepção destes em relação aos pacientes com ideações suicidas? O presente artigo busca através de uma revisão sistemática de literatura traçar uma linha histórica sobre o suicídio e sua percepção dentro da sociedade ao longo dos anos, centralizando a pesquisa em casos de tentativa de suicídio atendidos dentro do cenário hospitalar e na forma como esses são percebidos e manejados com enfoque no ato não concretizado e sendo desligados da subjetividade que cada paciente apresenta. Através das ferramentas de pesquisa SciELO, Google Acadêmico, PEPSIC e dos descritores: Tentativas de suicídio e sistema hospitalar; Papel da Psicologia hospitalar diante do paciente com tentativas ou ideações suicidas; A equipe multidisciplinar frente a pacientes com tentativas de suicídio; Tentativas de suicídio e humanização, foram selecionados seis artigos que contribuíram na construção dessa resposta e foi possível concluir que o tabu envolvido no ato suicida é algo inquietante e que por ser um ato repleto de subjetividade, necessita de uma visão mais apurada e ampla. Esta visão também se estende à subjetividade dos componentes da equipe multiprofissional dentro do hospital no que diz respeito ao ato em si, pois esta pode contribuir no comportamento de afastamento do sujeito atendido, da sua singularidade e no enfoque voltado somente ao ato suicida. Também, foi possível perceber o papel determinante da família frente a esses casos e no ambiente hospitalar. Com isso, conclui-se que o papel do psicólogo nesse cenário é de suma importância, tanto no acolhimento dessa subjetividade entre o ato e o paciente que pode ser norteadora na manutenção do estado emocional do mesmo e na prevenção de futuras tentativas, como também, diante da subjetividade da equipe frente a um tema tão sensível, carregado de julgamentos e tabus. O psicólogo vai entrar nessa separação do ato e do sujeito frente à equipe, preservando a subjetividade desse paciente e contribuindo no norteamo dos componentes multiprofissionais acerca de algo que não lhes foi apresentado na teoria, mas que ainda assim, lhes alcança e produz efeitos.

Palavras-chave: Suicídio; Psicologia, hospitalar, subjetividade, multiprofissional.

RESUMO EM LINGUA ESTRANGEIRA

ABSTRACT

Despite the incidence of suicide cases over the years, the topic is still little addressed nowadays, due to the taboo built around the act. Based on this construction and the prevalence of this stagnant view of suicide, the following question was asked: how does the hospital psychologist work, together with the multiprofessional team, to re-

signify the perception in relation to patients with suicidal ideation? This article seeks, through a systematic literature review, to trace a historical line on suicide and its perception within society over the years, centralizing the research on cases of attempted suicide treated within the hospital setting, and in the way they are treated, perceived and managed, with a focus on the unfulfilled act and being disconnected from the subjectivity that each patient presents. Through the search tools SciELO, Google Scholar, PEPSIC and the descriptors: suicide attempts and the hospital system; Role of hospital psychology in the face of patients with suicidal attempts or suicidal ideation; The multidisciplinary team facing patients with suicide attempts; Suicide attempts and humanization, six articles that contributed to the construction of this answer were selected, and it was possible to conclude that the taboo involved in the suicidal act is something unsettling and that, in addition to being an act full of subjectivity, it needs a more accurate and broader view. This view also extends to the subjectivity of the components of the multiprofessional team within the hospital with regard to the act itself, as the team can contribute to the behavior of distancing the subject assisted, from their uniqueness and in the focus directed only to the suicidal act. It was also possible to perceive the determining role of the family in these cases, as well as in the hospital environment. With this, it is concluded that the role of the psychologist in this scenario is of paramount importance, both in the reception of this subjectivity between the act and the patient, which can be a guide in their maintenance of the emotional state, and in the prevention of future attempts, as well as faced with the subjectivity of the team in the face of such a sensitive topic, loaded with judgments and taboos. The psychologist will work on this separation of the act and the human being in front of the team, preserving the subjectivity of this patient and contributing to the guidance of the multiprofessional components about something that was not presented to them in theory, but that still reaches them and produces effects.

Keywords: Suicide; psychology, hospital, subjectivity, multidisciplinary.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha mãe, avó e irmão que sempre me incentivaram e acreditaram nos meus sonhos e capacidades, por todo apoio e amor ao longo desses cinco anos longe de casa e pelas ligações e risadas no meio da noite que trouxeram leveza a esse período da minha vida. À minha melhor amiga, Aline, por todo apoio e companheirismo numa cidade nova e por todo amor e memórias de longo prazo vividas até então. À minha grande amiga e parceira nesse trabalho, Bruna pela sua amizade e paciência não somente nesse trabalho, mas também durante todo o curso. À minha psicanalista, Valdiza que me acolheu durante os últimos três anos e tornou essa jornada mais segura e clara. À minha orientadora, Catarina por todo ensinamento ao longo da construção desse trabalho. À minha co orientadora, Cláudia por ter me ensinado a amar a psicanálise e pelo seu papel dentro desse estudo. À minha preceptora e supervisora de estágio, Tatiane por ter me guiado com tanto cuidado e companheirismo pelo caminho da Psicologia hospitalar, um caminho que tanto amo e pretendo seguir na minha carreira. E, por fim, a todos aqueles que embora não tenham sido citados diretamente aqui, contribuíram de alguma forma nessa

jornada. Dedico esse trabalho às pessoas que passaram por situações de desumanização no cenário hospitalar em casos de tentativa de suicídio, que me incentivaram a produzir esse trabalho e atuar por elas nessa área.

Gabriela Batista

Dou início a este agradecimento direcionando este sentimento primeiramente a minha família, minha mãe, avó, irmã e sobrinha, que estiveram e estão sempre nos melhores e piores momentos da minha vida e que me apoiam de uma maneira sem igual, e sempre acreditaram em mim quando nem eu mesma acreditei principalmente durante esses cinco anos de faculdade. A minha parceira e amiga de trabalho Maria Gabriela, por me compreender e estar ali sempre que eu precisei durante esse tempo de faculdade e fora desse tempo também, aos meus amigos desde dos que estão presentes todos os finais de semana jogando conversa fora e rindo sobre tudo, até aqueles do qual nos encontramos de meses em meses vocês são essenciais e imprescindíveis para que eu não desistisse de tudo. Agradeço a minha co orientadora Cláudia e a minha orientadora e supervisora Catarina, uma por terem me apresentado a psicanálise através de suas maravilhosas aulas e a outra por não só ter me ajudado a abraçá-la, como a ter me guiado por um caminho do qual achei por um instante não pertencer. Vocês foram essenciais nessa jornada e acho que palavras nunca seriam suficientes para tamanha gratidão.

Bruna Lopes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 REFERENCIAL TEÓRICO	8
2.1 A construção social do suicídio.....	8
2.1.1 O suicídio ao longo dos anos.....	8
2.1.2 O suicídio sobre o viés do senso comum e da religião.....	9
2.1.3 O suicídio na atualidade.....	11
2.1.4 O suicídio através da Psicologia e da psicanálise.....	14
2.2 O ambiente hospitalar e o suicídio.....	16
2.2.1 O processo da hospitalização: Da triagem à alta.....	16
2.2.2 A integridade física em contrapartida com a integridade emocional.....	18
2.3 O trabalho multidisciplinar frente ao suicídio.....	20
2.3.1 O preparo teórico diante da prática e os seus embates.....	20

2.3.2 A Psicologia hospitalar.....	21
3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO.....	22
4 RESULTADOS.....	24
5 DISCUSSÕES	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

Há uma construção sociocultural baseada nos pressupostos de que a morte só deve acontecer por fatores naturais e na velhice. Assim, tudo aquilo que vai contra esses fatores, é sempre inquietante para a sociedade que os percebe. Ainda mais quando, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) o suicídio é considerado uma das maiores causas de mortes no mundo. (OMS, 2016)

Partindo daí, é perceptível que a incidência nesses casos também possui uma influência direta na sociedade e na forma como a mesma passa a perceber e agir diante não somente do ato concretizado, mas também, sobre o sujeito que o concretiza. No entanto, as tentativas de suicídio ocupam um lugar ainda maior se comparadas aos casos onde o ato é consumado, visto que não acontecem somente uma vez por vítima, onde na maioria das vezes, o manejo após o ato não contribui na prevenção de uma nova tentativa levando em conta que o tema ainda é tido como um tabu que se divide entre o silêncio e o julgamento.

Segundo a Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS, 2016), o suicídio é a junção das palavras de origem latina *sui* “de si mesmo” e *caedĕre* “matar” que juntas, correspondem ao ato de tirar a própria vida. O suicídio sofre grande influência religiosa, moral e cultural, levando a discussão para um patamar áspero e praticamente proibido. Resultante dessa estigmatização, pessoas são levadas a se sentirem envergonhadas, excluídas e discriminadas, pois se tem a ideia errônea de que evitando falar sobre o assunto, evita-se também que este venha a continuar acontecendo. Essa construção ainda influencia drasticamente o manejo dessas situações que vão muito além do ato e que se estendem pela singularidade do sujeito, pelas suas motivações, seu meio social, pontos que são determinantes quando se aborda o tema.

De acordo com a OMS (2019), estima-se que a cada caso de suicídio, cerca de 10 a 20 tentativas são praticadas. Dado o aumento crescente desses casos, é esperada que a demanda de atendimentos no sistema hospitalar seja cada vez maior na tentativa da manutenção física desses pacientes. Porém, estudos como os de Botega (2009) discutem sobre a pouca procura do sistema hospitalar quando considerada a totalidade dos casos. Os estigmas sociais sobre o suicido e a forma

como o mesmo é tratado, ainda são possivelmente uma das maiores causas dessa busca decrescente.

A atitude dos profissionais de saúde é uma variável importante nesta procura. Estudos apontam atitudes negativas dos profissionais de saúde no atendimento às tentativas de suicídio (SILVA & BOEMER, 2004, 143-152; VIDAL & GONTIJO, 2013, 108-114).

Considerando todas essas questões trazidas, é imprescindível afirmar que o suicídio além de um problema de saúde pública, acolhe questões extremamente subjetivas não somente do sujeito que tentou suicídio, mas da sociedade ao seu redor, tornando essa temática extremamente importante visto que possui influência direta na vida do sujeito e na sua subjetividade, abrindo espaço para inúmeras questões que embora inquietantes, não podem ser caladas uma vez que possuem tanto impacto na sociedade e conseqüentemente, nos seus componentes. Dentre tais apontamentos, questiona-se: como o profissional de Psicologia dentro do hospital atua junto à equipe multiprofissional no sentido de ressignificar a percepção destes em relação aos pacientes com ideações suicidas? Atribuindo um novo olhar para os profissionais que compõe a equipe diante da singularidade do outro e da dimensão do sofrimento humano ou através de um caminho mais longo que vai além da visão sobre o outro e também se estende a si próprio?

Dessa forma, o presente estudo, através de uma pesquisa bibliográfica e documental, busca compreender o papel do profissional de Psicologia dentro do cenário hospitalar na ressignificação e no manejo multiprofissional do sujeito que já tentou ou tem ideações suicidas. Tem como objetivo explorar a forma como o suicídio é percebido e trabalhado no sistema hospitalar e pelos profissionais que o compõe. Ainda, explorar a percepção do suicídio ao longo dos anos na sociedade e a sua construção sociocultural que se estende não somente ao sujeito que tentou suicídio, mas também adentra no viés dos sujeitos que participam desse processo que sucede o ato concretizado, seja no tratamento, a equipe; seja na angústia, a família. Também, compreender como se dá o processo de hospitalização nesses casos desde o momento da triagem ao momento da alta e analisar a forma como a percepção e manejo desses casos podem vir a influenciar não somente o sujeito que possui ideações ou concretizou o ato, mas também naqueles que compõe a equipe multiprofissional no cenário hospitalar e acolhem casos como esses, que embora sejam cada vez mais frequentes, ainda seguem herdando intervenções questionáveis e se distanciando da humanização do paciente que ainda é visto erroneamente

através de uma visão diagnosticada e distante da sua subjetividade que em casos como esse, é tão norteadora.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O suicídio e a sua construção social

2.1.1 O suicídio ao longo dos anos

Ao longo da história, a percepção do suicídio vem se modificando e se adaptando com os fatores que o circundam, sejam eles sociais, históricos, religiosos etc. Ainda assim, esse tema sempre foi e ainda é tratado como um tabu na sociedade que o percebe e o repele.

Ao se falar sobre o suicídio, se fala sobre o sujeito, sujeito esse que está inserido numa sociedade. Quando se adentra no tema, é importante pontuar que o ato em si não anda sozinho e que este é acompanhado de inúmeros fatores subjetivos do sujeito e das suas motivações. Ainda, é essencial trazer que o sujeito por trás do ato também não anda sozinho uma vez que também é componente de uma sociedade e que esta também o compõe na sua construção.

Se tratando de um assunto tão polêmico e reprimido, pouco se foi falado sobre o tema ao longo dos anos. Somente em 1897 o primeiro estudo sociológico elaborado do tema veio surgir através do cientista social Émile Durkheim. Para ele, a morte por suicídio se caracteriza como “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela saiba que produziria esse resultado”.

Apesar da escassez de dados e estudos mais aprofundados sobre o suicídio, sua bagagem histórica perpassa de forma cada vez mais relevante ao longo dos anos. É possível enxergar uma notória mudança no conceito do suicídio e da sua percepção através da passagem do tempo e das informações datadas pela sociedade. Ainda assim, a sensibilidade do assunto e a forma inflexível como o mesmo é percebido continua sendo um dos maiores impasses do desenvolvimento de uma compreensão mais apurada sobre o tema e conseqüentemente, sobre a sua relevância e impacto na sociedade.

Com efeito, se em lugar de apenas vermos os suicídios como acontecimentos particulares, isolados uns dos outros e que demandam ser examinados, cada um separadamente, nós considerássemos o conjunto dos suicídios

cometidos numa sociedade dada, durante uma unidade de tempo dada, constata-se que o total assim obtido não é uma simples soma de unidades independentes, um todo de coleção, mas que ele constitui por si só um fato novo e *sui generis*, que possui sua unidade e sua individualidade, conseqüentemente sua natureza própria, e que, ademais, é uma natureza eminentemente social. (DURKHEIM, 1977, p.14).

Para Durkheim, o suicídio se trata de um fenômeno social e logo, passa a reproduzir sua ligação com os fatores sociais e a forma como esses determinantes atuam na percepção e concepção do ato. Segundo ele os fatos sociais são definidos como:

Toda maneira de fazer, fixada ou não, suscetível de exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior; ou ainda, toda maneira de fazer o que é geral na extensão de uma sociedade dada e, ao mesmo tempo, possui uma existência própria, independentemente de suas manifestações individuais. (DURKHEIM, 1995, p.13).

Dessa forma, é possível afirmar que, o suicídio sendo um fator social predisposto às mudanças que a sociedade produz ao longo do tempo, apresenta variáveis significativas nas quais o sujeito mesmo dentro da sua subjetividade, está passível a ser inserido e reproduzir efeitos.

2.1.2 O suicídio sobre o viés do senso comum e da religião

O senso comum é caracterizado pela observação e repetição de conhecimentos reproduzidos e que não possuem uma verificação além das convenções coletivas por onde se reproduziram. Assim, de antemão, é possível afirmar que esse tipo de conhecimento possui uma bagagem muito significativa e uma influência maior ainda no que se trata o suicídio uma vez que, ele possui tantas vertentes sócias, subjetivas, históricas etc.

Para o senso comum, o suicídio possui uma visão menos aprofundada, muitas vezes, percebendo somente o ato em si e não adentrando nas variáveis que o englobam e possuem conteúdos inquietantes que são evitados. Durkheim (1977, p. 371) traz que, “partimos do exterior, que nos é imediatamente acessível, com o objetivo de atingir o interior”. Ainda assim, esse interior nem sempre condiz com aquilo que foi reproduzido na percepção do sujeito ao longo da vida e, nem sempre está tão acessível quanto o exterior que é apresentado inicialmente nesse viés do senso comum e que pode também, estabelecer barreiras para esse aprofundamento.

Cada suicídio constitui um acontecimento particular e insubstituível; a comparação feita pelo cientista não destrói sua singularidade, apenas o integra numa classe de semelhança, na medida em que vê em todas essas mortes traços comuns. (GIANNOTI, 1971, p.52)

Dessa forma, compreende-se que o suicídio, apesar de não se constituir somente dessa visão exterior e menos apurada do senso comum, ainda é afetado pela mesma uma vez que, está tão presente nessa percepção e, agrega no seu conceito que mesmo partindo da singularidade do ato para cada um, se integra num todo onde está inserida.

A morte do suicida é diferente. Pois ela não é coisa que venha de fora, mas gesto que nasce de dentro. O seu cadáver é o seu último acorde, término de uma melodia que vinha sendo preparada no silêncio do seu ser... Mas no corpo do suicida encontra-se uma melodia para ser ouvida. Ele deseja ser ouvido. Para ele valem as palavras de César Vallejo: "su cadáver estaba llenode mundo". O seu silêncio é um pedido para que ouçamos uma história cujo acorde necessário e final é aquele mesmo, um corpo sem vida (ALVES, 1991, p. 12, apud FERREIRA JUNIOR, 2015, p. 25).

Historicamente, a religião sempre possuiu uma influência imensurável na sociedade e na forma como a mesma percebe o mundo à sua volta e se comporta diante dele uma vez que, possuem um funcionamento mais diretivo e conseqüentemente, imprimem esse funcionamento à sociedade que se apropria dela.

A palavra 'civilização' designa a inteira soma das realizações e instituições que afastam a nossa vida daquela de nossos antepassados animais, e que servem para dois fins: a proteção do homem contra a natureza e regulamentação de vínculos dos homens entre si. (FREUD, 2010, p.48).

Quando buscadas bases ainda nos tempos antigos, de antemão, é necessário compreender que a doutrina surge em meio de poder e comando. Alvarez (1999) traz que o nascimento do cristianismo nasceu de uma premissa de desprezar e ao mesmo tempo, colocar a vida humana como uma dádiva. Então, à medida que a doutrina cristã vai crescendo perante a sociedade, com ela foi se fundamentando também mandamentos. Porém, o caráter moralizante do suicídio só surge através de Santo Agostinho onde ele o concretiza ao interditar todos os tipos de suicídio, definido como o mais mortal dos pecados.

Nós dizemos, declaramos e confirmamos de qualquer forma que ninguém tem o direito de espontaneamente se entregar à morte sob pretexto de escapar aos tormentos passageiros, sob pena de mergulhar nos tormentos eternos; ninguém tem o direito de se matar pelo pecado de outrem; isso seria cometer um pecado mais grave, porque a falta de outro não seria aliviada; ninguém tem o direito de se matar por faltas passadas, porque são sobretudo os que pecaram que mais necessidade têm da vida para nela fazerem a sua penitência e curar-se; ninguém tem o direito de se matar na esperança de uma vida melhor imaginada depois da morte, porque os que se mostram

culpados da sua própria morte não terão acesso a essa vida melhor. (AGOSTINHO, apud. MINOIS, 1998, p. 39).

Ao tratar do suicídio, além do ato, Santo Agostinho também condena o sujeito, pois o mesmo não soube lidar com suas dores e tormentos a ponto de tirar a própria vida, e ainda prega que, ao contrário disso, o sujeito deveria cumprir penitência e se curar ainda em vida para que pudesse se livrar do sofrimento eterno, descartando assim o sofrimento psíquico atual que desencadearia o ato.

Apesar dessa ideia de acolhimento reproduzida pelo conceito de religião, a morte ainda continua sendo um grande tabu nesse meio. Diretamente ligada aos fatores naturais e à velhice; quando a morte desvia desses pontos, uma inquietação e incompreensão são percebidas. E no que diz respeito ao suicídio, muitas outras questões entram em discussão:

A religiosidade [...] exprime de maneira enfática que a vida é sagrada ou mesmo uma dádiva enquanto a morte voluntária constitui-se como um ato destituído de significado. “Nessa direção, cria argumentos, racionalmente, no sentido de estigmatizar o suicídio” (CAVALCANTE, 2016, p. 278).

Santos (2010) fala que apesar de ser vista como um pilar, a religião estabelece um significado limitado sobre a morte e o morrer que nem sempre é correspondido e abre espaço para interpretações generalizadas ignorando a subjetividade e outros fatores que englobam o suicídio e que nem sempre estão relacionados a esse desprendimento dos pilares religiosos. Além de ir contra o auto cuidado e o cuidado pelos outros tão necessários na contemporaneidade. Cuidado este que está ligado à natureza primitiva e os ensinamentos das tradições religiosas.

2.1.3 O suicídio na atualidade

É esperado que com a passagem do tempo, a percepção da sociedade acompanhe e se adapte de acordo com acontecimentos datados e informações adquiridas nesse processo. Ribeiro (2000) traz que, “essas diferenças de interpretação sociocultural diante do suicídio são variáveis de época para época”.

No que diz respeito à percepção do suicídio, a sociedade contemporânea tem sido mais aberta na compreensão e aprofundamento sobre o tema e as suas variáveis; seja através de estudos mais recentes sobre o suicídio e essa nova abordagem mais aberta sobre o assunto que, embora ainda receba muitas críticas, é de extrema importância, tanto na prevenção e percepção quanto na compreensão de outras

questões que o desencadeiam, como os transtornos mentais que até pouco tempo, eram vistos de uma forma generalizada e preconceituosa pela sociedade. Segundo (BOTEGA, 2010) “Em 97% dos casos, segundo vários levantamentos internacionais, o suicídio é um marcador de sofrimento psíquico ou de transtornos psiquiátricos”.

Ainda, no que diz respeito aos transtornos mentais, é importante sinalizar um passo importante que foi dado na sociedade decorrente dessa abertura e ressignificação dos temas trazidos anteriormente e que pode ser nomeada como **a descoberta do sofrimento psíquico**, que até alguns anos atrás, eram nomeadas de outras formas mais duras e afetadas pelo julgamento externo.

Exemplos paradigmáticos de dores desse tipo são as ‘agonias impensáveis’ de Winnicott, ‘impensáveis’ por serem anteriores a qualquer representação mental, e “agonias” porque implicam na luta pela continuidade do ser. (LOPARIC, 2001, p.48).

A descoberta do sofrimento psíquico é marcada por uma visão mais empática do sujeito e dos seus sofrimentos muitas vezes, não expressados, abrindo espaço para o sujeito em sofrimento, trazer suas agonias de forma menos reprimida uma vez que, o olhar do outro passa a partir de um lugar mais aprofundado, uma vez que, até mesmo para o sujeito, essas questões passam a não serem minimizadas ou enxergadas através de contextos retrógrados e inibidores.

É preciso sensibilizar a sociedade para a importância de um olhar menos amedrontado e mais acolhedor, onde o sofrimento do outro possa ser mais escutado, possibilitando intervenções (BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011, p.5).

Essa nova percepção do sofrimento psíquico passa então, a abrir uma maior visibilidade além do contexto exclusivo da morte e parte para um conhecimento mais apurado sobre outras questões que circundam o ato como, o sofrimento psíquico e transtornos mentais que ocupam um lugar significativo na ideiação do suicídio como um escape dessas questões.

O objetivo do suicida, em si, não é a morte. Ela é apenas um instrumento utilizado para alcançar um objetivo. O suicida está sim buscando uma saída para uma situação de conflito e vê na morte o instrumento mais potencial para alcançar o que deseja. O suicida é um homicida que elimina um objeto interno ameaçador, torturante, agressivo, enfim, que o molesta e perturba (MANHÃES, 1990 apud LOPES e MILANI, 2012, s.d, p. 4).

Partindo para assuntos mais atuais, entra-se no tópico da pandemia mundial do Covid 19 que teve início no ano de 2020 e assolou milhares de vidas nesse percurso. Junto com o vírus, veio também o isolamento social, questões como medo,

o luto e solidão foram e ainda são marcantes dentro da sociedade que vivenciou e continua vivenciando esse acontecimento.

Com essas questões advindas da pandemia e os seus efeitos na população, surge uma nova epidemia: o suicídio. Fatores como o distanciamento social, luto, ansiedade e desemprego foram desencadeadores de muitos casos e junto com esse distanciamento físico e a predominância da covid, veio também o distanciamento das questões subjetivas que iam além da pandemia e que produzem tanto efeito quanto uma vez que, não se trata somente da integridade física, mas também, da mental.

Ao longo da quarentena e posteriormente, do isolamento físico e distanciamento social, o excesso de informações equivocadas, a falta de informações consistentes e a insegurança, trouxe diferentes consequências para a população, incluindo aumento da violência doméstica, perda de empregos, rotinas escolares alteradas, entre outros. A pandemia de COVID-19 impactou significativamente a saúde mental de muitos indivíduos, principalmente das pessoas que contraíram o vírus, causando estresse, ansiedade, medo, raiva, solidão, depressão e nos casos mais extremos, as tentativas de suicídio e o suicídio real. (SUÍCIDIO E PANDEMIA COVID – 19; 2021).

Inicialmente, a ideia do isolamento consistia em poucos meses no intuito de controlar a contaminação pelo vírus em maiores proporções, porém, cada vez mais esse período foi se estendendo e junto com isso, surgiram muitos impactos não somente na saúde pública e na economia, mas também, na saúde mental de uma sociedade confinada com as incertezas por trás da pandemia.

Os impactos do lockdown e do isolamento social foram estudados e encontraram maiores níveis de estresse, ansiedade e piora na qualidade do sono. A solidão é um fator de risco de suicídio que evidencia fortes associações com ideação suicida, tentativas de suicídio e risco de suicídio. A COVID-19 está, portanto, criando forte estresse na população do ponto de vista sanitário, econômico, político e social causando uma mudança radical no cotidiano de todos. (SUÍCIDIO E PANDEMIA COVID – 19; 2021).

Com esse agravante na saúde mental e as altas taxas de suicídio e tentativas, surge um alerta e uma visão empática e mais cuidadosa dessas questões na sociedade uma vez que se tratava de um assunto global e todos estavam sendo afetados de alguma forma. Novos projetos e campanhas passam a surgir no intuito de minimizar esses efeitos, consultas psicológicas passam a ser realizadas por ligações e chamadas de vídeo e um novo funcionamento passa a surtir resultados mais positivos nesse processo, nessa nova adequação da sociedade.

Em tempos de covid-19, as recomendações devem prosseguir, mesmo em tempos de isolamento. Que as pessoas não deixem de ter outras por perto, com atenção adequada. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) também recomenda incorporar o apoio à saúde mental e psicossocial nos

planos e esforços de resposta à covid-19. Algumas recomendações incluem atendimento remoto ou virtual, adaptação e disseminação de mensagens para a população em geral, bem como para as populações de maior risco, e treinamento de profissionais de saúde e outros membros da comunidade sobre o assunto. (OPAS, 2020).

Assim, através dessa construção social do suicídio trazida, é possível perceber a forma como a sociedade se adéqua ao período e situações onde está inserida e que o sujeito ali inserido também é afetado diretamente nesse processo seja ele constituinte ou não da situação como um todo.

2.1.4 O suicídio através da Psicologia e da psicanálise

Até mesmo para a Psicologia, o suicídio continua sendo um tema intrigante por abranger questões tão particulares do eu subjetivo e do seu sofrimento. Apesar de ser um fenômeno antigo, o suicídio ainda é ao mesmo tempo um fenômeno atual por ainda apresentar tantos enigmas para a sociedade que o percebe e o repele pelo tabu que carrega. Essa percepção da sociedade ainda reproduz efeitos generalizados e menos aprofundados, distanciando também de uma compreensão além dessa estigmatização.

A inexistência de explicação universal para o ato suicida torna necessária, para compreendê-lo, levar em conta a associação de três fatores: os precipitantes (normalmente atuais e externos ao sujeito), os internos (relacionados à sua história de vida e aos transtornos preexistentes) e o contexto sociocultural do ato (CARVALHO, 2013, p. 31).

Nesse sentido, a Psicologia em conjunto com esses fatores, busca tratar sobre o suicídio no viés da subjetividade se diferenciando de outras áreas que possuem estudos mais inflexíveis e generalizados acerca do tema. É na Psicologia também que questões além do ato são iluminadas e desvendadas, é onde se percebe o sujeito além do ato suicida, seu trajeto até então, suas angústias, suas motivações, sua singularidade, pois “[...] devido à singularidade de cada sujeito, os casos de suicídio devem ser analisados um por um, respeitando as particularidades e o tempo do *falasser*” (CARVALHO, 2014, p. 136).

A ideação da morte pelo sujeito é uma questão complexa e que envolve muitas variáveis. Além de olhar a subjetividade é necessário também levar em conta outros fatores ao redor do sujeito. O olhar teórico, através de estudos e pesquisas aponta

indicadores para as motivações do sujeito que tentou suicídio como, o adoecimento psíquico, fatores sociais, familiares e econômicos como os principais motivadores.

Sabemos que há fatores emocionais, psiquiátricos, religiosos e socioculturais. São um conjunto de fatores que ajudam a compreender a situação de vida, o sofrimento que a pessoa carrega [...] WERLANG, 2013, p.26).

Na psicanálise, as contribuições acerca das motivações do sofrimento humano voltadas à singularidade de cada indivíduo se aprofundam além dos motivos que podem levar ao suicídio, adentrando também no que essas motivações produzem no indivíduo e na forma como a sua construção social influencia nesse processo e no mal-estar que é gerado através dela.

Falar sobre a morte acerca da teoria psicanalítica é adentrar também nas possibilidades de representação dessa morte no inconsciente do sujeito. Por isso, explorar a percepção de morte, mesmo que simbólica na vida pregressa do paciente com ideias suicidas é um caminho para compreender também as elaborações feitas por este e as suas possíveis ligações com o ato suicida.

Freud (1920) aponta que assim como existe uma pulsão de vida (Eros) voltada para a preservação da vida do homem, também existe uma pulsão de morte (Tanatos) que conduz o sujeito ao retorno do seu estado inorgânico. Essas pulsões coexistem dentro do homem numa luta constante entre a vida e a destruição, comprovando assim, que o sujeito está passível a ambas.

Ainda, em *Nossa atitude para com a morte*, Freud (1915) aponta que uma proibição que seja tão poderosa só pode ser feita contra um impulso tão poderoso quanto. Com isso, ele também abre espaço para a magnitude e relevância do sofrimento psíquico para o ser humano e passa a se perguntar não somente o que o sintoma revela, mas também, o que ele esconde e passa a pensar formas de alcançá-los. “[...] aquilo que não é dito, aquilo que permanece como “fala entupida”, sempre aparece em ato, ainda que seja pelo ato suicida”. (COUTINHO, 2010, p. 61)

O suicídio representado no imaginário simbólico do suicida não tem a ver com a ideia de morte como um fim, como extinção da vida, como término da existência [...] Paradoxalmente, para o indivíduo suicida, a morte representa uma passagem, uma entrada para um outro estado também vivo, certamente mais prazeroso que este aqui. (DIAS, 1991, p.87).

Assim, a psicanálise entra no sentido de buscar esses conteúdos que nem sempre estão explícitos seja para o sujeito ou para aqueles que o percebem, mas que

ainda assim, aparecem, nas ideações e motivações que circundam a ideia de suicídio para o sujeito. Desvelar esses conteúdos para o sujeito que os esconde inconscientemente ou não abre caminho para possíveis elaborações acerca dos mesmos e da subjetividade que apresentam, abrindo possibilidades para identificar pontos importantes nesse percurso e ainda, nortear os próximos passos a partir daí.

2.2 O ambiente hospitalar e o suicídio

2.2.1 O processo da hospitalização: Da triagem à alta

Segundo Lisboa (2002) ao longo da história, com o desenvolvimento dos povos e das comunidades e à medida que as doenças e calamidades passam a afetar a humanidade, surge também, a necessidade de melhoria de qualidade de vida e a busca por práticas que pudessem minimizar ou sanar o sofrimento dos doentes e da cura dos seus males.

Tido como um espaço de cura e recuperação, o hospital é o primeiro lugar a ser buscado em casos de tentativas de suicídio, objetivando a manutenção física do paciente inicialmente, na busca de sanar aquilo que está colocando em risco a vida e integridade física.

Na urgência médica, o que vai estar em jogo é o corpo biológico, algo que possa interferir na integridade do organismo. A demanda vai estar relacionada ao sofrimento e à necessidade do corpo. É preciso que haja outro profissional que dê lugar urgência subjetiva, introduzindo a escuta como instrumento de trabalho, implicando o paciente no que diz, possibilitando que do paciente-objeto se advenha o sujeito (BARRETO, 2010, p. 334).

Lovisi (2009) traz que, no Brasil, a própria casa do indivíduo é o cenário mais frequente de suicídios (51%), sendo seguido pelos hospitais (26%). Dentre os meios mais comuns utilizados tem-se o enforcamento (47%), armas de fogo (19%) e envenenamento (14%). Levando em conta os métodos mais comuns, afirma-se novamente o papel determinante que o hospital tem nessa intervenção inicial nesse tipo de caso e também, a urgência que é vivenciada a partir do momento que o paciente chega à emergência. Urgência essa que na maioria das vezes, visualiza em maior parte a integridade física e acaba deixando passar outros fatores como os desencadeadores do ato e fragilidade emocional do paciente nesse contexto.

No momento em que os profissionais de saúde assistem os seres humanos, eles se deparam diante de sua própria existência em vários aspectos – saúde ou doença, conflitos e frustrações. Desta maneira, na tentativa de evitar o contato com esses fenômenos utilizam-se de subterfúgios, como

mecanismos rígidos de defesa, que podem causar-lhes danos tanto na esfera profissional como no pessoal (MARTINS et al, 2001, p.23).

Nesse primeiro contato, na triagem, de acordo com a urgência do caso, geralmente são trazidas somente as questões voltadas para o ato como a forma que aconteceu, os sintomas apresentados, há quanto tempo aconteceu etc. Informações essas, que são necessárias para que uma intervenção adequada seja feita. Muitos relatos apresentam a frustração conflitante dos profissionais de saúde em lidar com casos de tentativas de suicídio geralmente, por entrar em questões pessoais dos mesmos e também, pelo fato de outros pacientes chegarem ao hospital lutando pela vida enquanto pacientes com tentativas de suicídio, abrem mão da mesma.

Partindo disso, entra-se na questão das consequências dessas reações diante desses casos e na forma como elas se refletem no paciente que muitas vezes, acaba apresentando pioras no seu quadro e recusa no tratamento. A visão generalizada do paciente como um diagnóstico, e nesse caso, como apenas o sujeito suicida, deixa escapar fatores subjetivos do paciente, descarta o sofrimento que o levou até aquele ponto e de certa forma, minimiza tudo isso trazendo uma sensação de desamparo para o sujeito que não se resume somente ao seu corpo biológico, que é subjetivo e tem todo um histórico antes do momento da hospitalização.

O risco de suicídio aumenta de acordo com o número de tentativas e também está associado a intervalos de tempo menores entre essas tentativas. Dentre os pacientes atendidos em setores de emergência por tentativa de autoextermínio, estima-se que 30% a 60% tiveram tentativas prévias e que 10% a 25% tentarão novamente no prazo de um ano. As taxas de prevalência de tentativas de suicídio ao longo da vida variam de 0,4% a 4,2% (BERTOLOTE et al., 2005, p. 594).

Ainda, é válido afirmar que, experiências como essas vivenciadas no contexto hospitalar são desencadeadoras de novas tentativas e também da possibilidade do paciente não buscar mais o serviço hospitalar em casos de novas tentativas pelo receio de ser julgado e pela culpa advinda desses julgamentos. Prioriza-se a integridade física e logo após, é dada a alta; diferentes de outros casos como um paciente que dá entrada com dor súbita e após ser medicado para sanar a dor, iniciam-se investigações nas possíveis causas.

O serviço de saúde atende pessoas que tentaram o suicídio, todavia não prosseguem com o encaminhamento para o serviço de saúde mental, interrompendo o acompanhamento desse paciente, facilitando que novas tentativas venham a aparecer (BARBOSA; MACEDO; SILVEIRA, 2011, p. 236).

Em casos de tentativa de suicídio, as recomendações acerca da alta desse paciente vão ser determinantes na sua jornada dali em diante. Ter em mente que o ato suicida vai além da internação é determinante, As percepções conflitantes acerca do ato contribuem para o afastamento da compreensão da existência de fatores que antecederam a tentativa e da continuidade dos mesmos após o internamento e alta.

2.2.2 A integridade física em contrapartida a integridade emocional

Retornando ao significado do hospital como espaço de cura e manutenção do corpo biológico, nesse primeiro momento da admissão, a equipe imediatamente, busca cessar tudo aquilo que estiver ameaçando a integridade física do paciente. Como um paciente que dá entrada com uma crise alérgica e urge de uma necessidade imediata da equipe e da administração de medicamentos que reduzam o quadro alérgico.

No que trata de casos de tentativas de suicídio, além da integridade física, surge uma nova questão: A integridade emocional e o seu lugar ali naquele espaço.

[...] que o corpo possa ser sua fonte e causa, ninguém pensa negar, mas esse sofrimento do qual o Eu não pode fugir, pelo qual é afetado, não pode mais ser 'pensado' como efeito puro e simples de uma causa natural, nem ser associado sem mais ao conceito de doença(AULAGNIER, 1990, p. 301).

Dada a entrada no hospital, o paciente com ideação ou tentativa de suicídio não leva consigo somente suas questões relacionadas ao seu corpo biológico e a fragilidade do mesmo. Ele leva também, a fragilidade do seu eu subjetivo, as suas angústias e sofrimentos, as suas motivações. A partir desse momento, a equipe passa a lidar não somente com as questões do paciente, mas também, com as próprias questões acerca do caso.

Partindo daí, entra-se na singularidade de cada caso, nas possibilidades do paciente recusar a intervenção médica, no receio da reação da equipe diante da tentativa de suicídio que pode ser percebida de formas inesperadas. Segundo (Lima Júnior e Esther, 2001) “Apesar do hospital ter como missão salvar vidas e recuperar a saúde dos indivíduos doentes, propicia o desequilíbrio no estado de saúde de seus trabalhadores, devido ao fato de ser um ambiente insalubre e penoso.” A integridade

emocional da equipe passa a entrar como uma variante seja na reação do paciente diante da mesma, seja na reação da equipe diante do paciente.

Frequentemente, a reação da equipe de saúde é de desprezo, pois o ato suicida é agressivo em relação à pessoa que o comete, mas também às pessoas próximas. Os profissionais de saúde também captam essa agressividade, e sentem como ataque a eles, porque se identificam com os objetos originalmente atacados. Como esses profissionais foram treinados para salvar vidas, quando se defrontam com esses pacientes, que não desejam viver, sentem sua vocação questionada. (RODRIGUES DE OLIVEIRA ZANA e KOVÁCS, 2013, p. 186).

Apesar da motivação do ato suicida ser comumente relacionada ao desejo de morrer, a maioria dos pacientes com tentativas de suicídio que chegam à urgência do hospital corre risco mínimo de vida, pela baixa letalidade do método utilizado. Nesse momento, surgem questionamentos da equipe sobre o objetivo do paciente e a incompreensão diante do ato. A integridade emocional quase não é abordada nesse primeiro contato e muitas vezes por lidarem com o desgaste da profissão em salvar vidas, surge uma inquietação e desprezo pelo paciente que atenta contra sua própria vida.

Mesmo com todo o cuidado dispensado, alguns pacientes cometem suicídio enquanto estão sob cuidados médicos, causando grande impacto nos outros pacientes, familiares e equipe assistencial, provocando sentimento de culpa, raiva e ansiedade (BERTOLOTE, MELLO-SANTOS, BOTEAGA, 2010, p. 593).

Nesse contexto, é imprescindível afirmar que nas emergências não são acolhidas somente questões de natureza biológica ou patológica e que não somente o paciente, mas também, as equipes estão sujeitas a terem sua integridade emocional corrompida nesse processo e por isso, no que diz respeito a essa subjetividade, é necessária uma intervenção e apoio além do corpo físico que embora necessite de cuidados, está intimamente ligado à integridade emocional que também precisa de cuidados.

2.3 O trabalho multidisciplinar frente ao suicídio

2.3.1 O preparo teórico diante da prática e os seus embates

No cenário hospitalar, mais precisamente, na emergência, a equipe multidisciplinar está em constante movimento para atender todas as demandas que chegam ali e necessitam de urgência e agilidade. Ainda assim, nem todos os casos que chegam ali são relatados no processo de formação desses profissionais, no

preparo teórico deles. O adoecer não segue padrões dentro da subjetividade humana e a forma como acontece e é trazido pode exigir bem além do que a teoria aplica.

Segundo Waldow (1998) os profissionais de saúde têm consciência da necessidade do cuidado humano. No entanto, o cuidado técnico impera em alguns setores dentro do hospital. Pensando dessa forma e levando em conta a urgência que circula nesse cenário, é fácil associar essa colocação uma vez que os profissionais são preparados para lidar com o corpo biológico e suas necessidades e tudo aquilo que ultrapassa isso, é sempre imprevisível.

O cenário hospitalar não se resume somente a manutenção da saúde física do paciente, segundo (STEINER, 1986) no espaço de interface do cuidado, sempre existiram novos aspectos de interesse, de trocas afetivas de envolvimento e interação humana tanto do paciente como da equipe que o acompanha. "[...] o corpo, este instrumento estranho, não se cura só por aquilo que se faz medicamente com ele. Ele precisa beber sua própria música (...) precisa da voz, da escuta, do olhar" (ALVES, 2003, p. 10).

Em casos de suicídio, apesar do preparo da equipe para intervir e sanar a emergência do corpo que foi atentado, também entram as angústias, os medos, o julgamento e a percepção da equipe sobre a situação em questão. O embate de estar lutando pela vida de alguém que atentou contra a mesma é contraditório e abre lacunas que nem sempre são preenchidas e que podem vir a causar muitos efeitos na equipe que acolhe o caso. Não se trata somente do adoecimento físico e um histórico de sintomas previamente estudados. A equipe se vê diante também, do adoecimento mental e da subjetividade do paciente, dos seus sintomas e das suas motivações.

2.3.2 A Psicologia hospitalar

O ambiente hospitalar num geral é relacionado com o adoecer que está relacionado à fragilidade da vida do ser humano e por isso, muitas questões inquietantes são abertas quando o sujeito é inserido nesse cenário. A Psicologia hospitalar entra no hospital no intuito de minimizar e trabalhar essas questões que fogem daquilo que a equipe multidisciplinar ali inserida foi instruída baseada estritamente nas questões do corpo biológico.

Assim, fica estabelecido que "a Psicologia hospitalar não trata apenas das doenças com causas psíquicas, classicamente denominadas "psicossomáticas", mas sim dos aspectos psicológicos de toda e qualquer doença", uma vez que é factível que "toda doença encontra-se repleta de subjetividade, e por isso pode se beneficiar do trabalho da Psicologia hospitalar" (Simonetti, 2004, p. 15)

A Psicologia hospitalar embora seja uma área de grande importância e que abriga aspectos relevantes dentro do contexto hospitalar, surgiu de forma tardia nesse cenário e ainda nos dias atuais, está em processo de inserção e descoberta nas instituições. É caracterizada pela atuação do profissional de Psicologia diante de pacientes em processos de hospitalização e adoecimento, com o intuito de minimizar o sofrimento decorrente desse processo e de tantas outras questões que podem vir a surgir no decorrer da passagem do paciente pelo hospital.

"Psicologia hospitalar é o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento [...] quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um 'real', de natureza patológica, denominado 'doença'..." (Simonetti, 2004, p. 15).

A Psicologia hospitalar também vai atuar diante da família do paciente que embora não esteja em processo de adoecimento, está lidando com as questões acerca desse adoecer e da angústia por trás das noções de fragilidade que se apresentam no sujeito adoecido que passa a depender não somente da equipe, mas também dessa família que vai atuar intervindo em questões que o paciente vier a necessitar e também, mediando o contato com a equipe quando se fizer necessário.

Nesse cenário, o psicólogo precisa estar aberto e preparado para receber tanto os pacientes e seus familiares, sem pré-julgamentos ou juízos de valor. Esse profissional torna-se essencial no momento de acolhimento ao ambiente hospitalar, pois o vínculo estabelecido nessa ocasião será determinante para o êxito do atendimento de toda a equipe de saúde. (KARYNE MELO et al, 2018, p. 4).

Participa ainda, na atuação com a equipe multidisciplinar trabalhando em questões subjetivas de cada paciente diante da mesma; nos casos compartilhados com essa equipe no intuito de mediar o contato entre os mesmos, unir os conhecimentos de cada componente a favor do caso que estão compartilhando, dividir informações importantes que podem vir a complementar essa evolução etc. Atua também frente às questões subjetivas da equipe como um todo ou também, dos seus componentes de forma individual diante dos embates vivenciados dentro desse meio.

O psicólogo hospitalar faz o acolhimento, busca entender seus medos, conflitos e inseguranças, visa o paciente como um todo, afinal de contas o paciente hospitalizado não está ali porque ele quer e sim porque é necessário, por isso o papel do psicólogo é de suma importância. Porém

precisa estar bastante fundamentado, mostrar a equipe o que a teoria traz e convencer que a intervenção é certa para aplicar. (SANTOS LIMA, PEREIRA DA SILVA, OLIVEIRA SOUZA; 2019,, p. 449-459)

Apesar de todas essas contribuições, a Psicologia ainda se encontra em processo de inserção e aceitação no cenário hospitalar visto que irrompe na normalidade do funcionamento antes estabelecido e adentra em questões inquietantes que embora quando trabalhadas são comprovadamente eficazes, ainda causam esse estranhamento relacionado a tudo aquilo que foge das questões do corpo biológico, foco ali dentro.

3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Este estudo situa-se no campo da pesquisa qualitativa que consiste em estudar aspectos sociais e do comportamento humano, como tempo, local e cultura, abordando temas que não podem ser quantificados em equações e estatísticas. Minayo e Sanches (1993, p.245) afirmam que, é exatamente esse nível mais profundo, [...] o nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que se expressa pela linguagem comum e na vida cotidiana — o objeto da abordagem qualitativa.

Utilizou-se como método a revisão sistemática de literatura que consiste em colher dados informativos que irão servir como base construtiva para investigação a partir do tema proposto por meio de livros, sites e artigos que englobam o tema delimitado, trazendo resultados e respostas para a pergunta-problema.

A pesquisa bibliográfica busca a resolução de um problema (hipótese) por meio de referenciais teóricos publicados, analisando e discutindo as várias contribuições científicas. Esse tipo de pesquisa trará subsídios para o conhecimento sobre o que foi pesquisado, como e sob que enfoque e/ou perspectivas foi tratado o assunto apresentado na literatura científica. Para tanto, é de suma importância que o pesquisador realize um planejamento sistemático do processo de pesquisa, compreendendo desde a definição temática, passando pela construção lógica do trabalho até a decisão da sua forma de comunicação e divulgação. (BOCCATO,2006, P.266).

Através das ferramentas de pesquisa SciELO, Google Acadêmico e PEPsic, foi possível fazer um levantamento de dados onde foram encontrados artigos e teses com base nos seguintes descritores: Tentativas de suicídio e sistema hospitalar; O papel da Psicologia hospitalar diante do paciente com tentativa ou ideações suicidas;

A equipe multidisciplinar frente a pacientes com tentativas de suicídio; tentativas de suicídio e humanização. No total foram encontrado cerca de 27.330 resultados.

Os critérios selecionados para inclusão desses artigos foram: artigos e teses no período de 2000 a 2022 devido à escassez de estudos acerca do tema e também no intuito de traçar uma linha histórica desse passado que ainda se mostra tão presente; foram também usados como critérios, materiais que estivessem em língua portuguesa e artigos de revisão, restando 708 resultados. Ainda, foi realizado mais um afinamento usando como critério de inclusão, artigos referentes ao cenário hospitalar que foi o campo estudado em questão. Com isso, restaram 138 resultados que foram selecionados por título e resumo, restando 28 resultados dos quais 6 foram utilizados para responder a pergunta de pesquisa baseados nas datas de publicação mais recentes e por abrangerem o tema dentro do cenário hospitalar com mais ênfase e se interligarem com a pergunta de pesquisa de forma mais direta.

4 RESULTADOS

Autores	Ano	Título	Objetivos	Resultados	Considerações finais
----------------	------------	---------------	------------------	-------------------	-----------------------------

ZANA, A.R.O; KOVACS, M.J	2013	O psicólogo e o atendimento a pacientes com ideação ou tentativa do suicídio.	Compreender como psicólogos lidam com esses pacientes na prática clínica bem como investigar questões éticas envolvidas.	Através de três entrevistas foi possível ver diferentes aspectos sobre o tema em questão e suas falas convergem em determinados aspectos e divergem em outros. A história de vida e as experiências vividas estão relacionadas com os sentidos atribuídos ao suicídio, presentes em sua prática clínica.	Foi possível observar como o suicídio mobiliza o Psicólogo tanto do ponto de vista pessoal quanto profissional. A questão da quebra do sigilo a partir do Código de Ética foi apontado como possibilidade. Todos os participantes da pesquisa trouxeram preocupação com o vínculo terapêutico e o cuidado com o paciente, o que indica a complexidade do tema.
CAMPOS , E.B.V	2013	Considerações sobre a morte e o luto na psicanálise.	O propósito deste artigo é fazer uma breve revisão dos eixos principais da interpretação psicanalítica das questões da morte, passando em revista dois pontos básicos: o da identificação melancólica e o da pulsão de morte.	Ao fim dessas considerações, acreditamos ter desenvolvido os pontos que se propôs abordar. Pretendeu-se, por um lado, desmistificar algumas questões em torno da pulsão de morte na Psicanálise e mostrar por que caminhos essa disciplina pode ajudar a compreender a estruturação psíquica do indivíduo que vive um luto patológico ou um processo depressivo com ideias suicidas.	Defendemos que a hipótese de um narcisismo mortífero como modo de estruturação da cultura performática permite entender não só a ideia de uma morte silenciada, mas o seu próprio paradoxo, a saber, a simultaneidade da morte escancarada.

<p>ROSA, N.M; AGNOLO, C. M. D; OLIVEIRA, R.R; MATHIAS, T.A.F; OLIVEIRA, M.L.F</p>	<p>2015</p>	<p>Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar.</p>	<p>Caracterizar as tentativas de suicídio e suicídios ocorridos em um município do noroeste do estado do Paraná, atendidos em serviço pré-hospitalar.</p>	<p>Ocorreram 180 tentativas de suicídio e 76 suicídios. A idade variou de 13 a 93 anos, com média de $33,5 \pm 15,1$ anos e maior prevalência na população jovem do sexo masculino. As ocorrências se concentraram nos meses da primavera e verão, na zona urbana. O uso de objeto cortante foi o método mais empregado, seguido por intoxicação e precipitação de locais elevados.</p>	<p>Conhecer características, métodos e fatores agravantes fornecem subsídios para implementação de medidas de prevenção.</p>
<p>FREITAS, P.A; BORGES, L.M</p>	<p>2017</p>	<p>Do acolhimento ao encaminhamento: o atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares.</p>	<p>Investigar o acolhimento, o atendimento e os encaminhamentos feitos aos usuários atendidos por tentativa de suicídio, em duas urgências e duas emergências hospitalares de um município do Sul do Brasil.</p>	<p>Os resultados mostraram o predomínio do atendimento ao sexo feminino, as intoxicações como método mais frequente e o uso da tentativa de suicídio como forma de chamar a atenção. Ainda, evidenciou-se a existência de protocolos mínimos de atendimento, que, contudo, apresentam dificuldades nos encaminhamentos pós-alta para a rede de saúde</p>	<p>Ressalta-se, assim, a necessidade de capacitação dos profissionais para lidar com esta demanda bem como de melhor articulação do Sistema de Saúde e outras políticas para acolher os usuários após sua alta.</p>

LIMA, F.S; SILVA, A.C.P; SOUZA, T.O	2017	Olhar humanizado na prática do psicólogo no ambiente hospitalar .	Refletir sobre as práticas humanizadas do psicólogo no contexto hospitalar, observar os comportamentos dos pacientes, acompanhantes e da equipe interdisciplinar, não no sentido de julgar, mas de entender estes para assim, poder auxiliar de forma satisfatória.	A harmonização da equipe é importante porque cada um exerce de melhor forma a função no hospital, faz com que cada paciente seja visto como uma pessoa, um ser humano e não só mais um número, para que tenha um melhor tratamento.	O trabalho do psicólogo humanizado no ambiente hospitalar gera melhorias na qualidade de vida do paciente, não só a eles como também aos familiares tornando o hospital num lugar acolhedor, tornando assim a inserção do psicólogo no ambiente hospitalar necessária e aumentando significativamente o número de profissionais que existe dentro do ambiente.
STELLET , R.C; CAMPIST A, V.C.R	2020	O fenômeno do suicídio à luz da psicanálise.	Neste estudo pretende-se analisar através da perspectiva psicanalítica o fenômeno do suicídio, buscando compreender as ideações suicidas e suas manifestações na contemporaneidade.	A partir da análise dos dados obtidos foi possível chegar a uma conclusão dos aspectos sociais da sociedade capitalista que podem estar relacionados à perda da vontade do indivíduo em se relacionar com ela. Destacamos ainda a importância de saber mais sobre o suicídio, que apesar de ser um tabu é um assunto essencial para ser esclarecido.	Considera-se como ponto a ser realçado o fato de que apesar da clínica psicanalítica do suicídio ser repleta de desafios, podemos perceber que é de grande valia no tratamento dessas pessoas em sofrimento.

5 DISCUSSÕES

O suicídio ainda é rodeado por estigmas sociais a respeito do ato e do sujeito por trás dele, o que conseqüentemente, compromete tanto o acesso a informações e a busca por ajuda, como também influencia na subnotificação desses casos e nas alternativas além do ato para o sujeito. Dessa forma, trabalhar questões voltadas ao suicídio ainda é algo desafiador e pouco recebido pela sociedade que motivada pela inquietação da temática, evita mencioná-la e a estigmatiza previamente.

No que se diz respeito a tentativas de suicídio, sendo o hospital a primeira alternativa vista na manutenção física do sujeito, foi comprovada que a forma como o acompanhamento deste vai acontecer é vista como determinante na manutenção do corpo biológico, mas também, implica diretamente em questões para além do ato que está sendo sanado ali nesse primeiro momento e adentra em questões subjetivas e emocionais do paciente, da família e que também podem se estender para a equipe que está envolvida nesse processo. A passagem desse paciente pelo hospital ainda poderá implicar no seu encaminhamento após a alta e também no retorno em casos de novas tentativas.

No cenário hospitalar, na urgência que se instala, questões subjetivas e emocionais tendem a possuir um peso consideravelmente menor se comparadas às questões de saúde e restauração do corpo biológico. Porém, é também nessa urgência em que surgem questões para além do corpo e que podem vir a afetar diretamente a percepção e manejo das situações vivenciadas ali naquele espaço. Seja o próprio processo de hospitalização para o paciente diante de todas as perdas e fragilidades envolvidas nesse processo; no desgaste da equipe seja pela complexidade dos casos ou pelas horas exaustivas de plantão; em eventos traumáticos que circundam esse espaço como as mortes e acidentes que podem afetar não somente a equipe que foi designada ao cuidado, mas também, o paciente que presencia essas cenas seja no momento em que acontecem, ou refletidas na equipe que o acompanha. "... muitas vezes, o sentimento de impotência e fracasso se instala em nosso trabalho, quando confundimos o que são nossos objetivos e limitações com os do outro que nos pede ajuda" (BORGES, 1991, p. 286).

Nesse sentido, levando em conta que o processo de hospitalização por si só já é gerador de desconforto e angústias, confirma-se que o papel do profissional de Psicologia frente ao sujeito hospitalizado é de extrema importância uma vez que as demandas vão além da restauração orgânica e abrangem toda uma construção que vai além do internamento e que se estende desde ao que precedeu o ato até o encaminhamento a partir da alta. A Psicologia vai acolher aquilo que a equipe não foi instruída, aquilo que desperta inquietações e as mais diversas percepções e a partir daí, colocar em ação uma escuta mais apurada acerca do que for trazido, desenvolver junto com o paciente reflexões e estratégias tanto dentro da sua passagem pelo

hospital, como para além dali e dos pontos onde outros componentes da equipe multiprofissional não alcançam.

Num geral, quando se trata da Psicologia no cenário hospitalar, é importante pontuar que o tempo e frequência dos atendimentos são incertos e delimitados por diversas interferências como procedimentos a serem feitos, uma mudança de hospital, óbito e em especial, a alta do paciente uma vez que, a passagem destes pelo hospital é na maioria das vezes, breve. Onde, depois de sanadas questões mais urgentes estes recebem alta e partem para um acompanhamento além da emergência e do internamento caso seja necessário e orientado.

Em relação à permanência hospitalar (por dias) estratificada por faixas etárias, os idosos apresentaram maior tempo de internação, seguidos pelos adultos e pelos adolescentes. Sugere-se que esse dado apresente uma relação direta com a maior probabilidade de comorbidades provenientes do processo de senescência e/ou senilidade que, a depender de seu estágio clínico, demandará mais tempo na unidade hospitalar para estabilização até a alta médica. (MEIRA et al. 2019, p. 82)

O atendimento nesse contexto não vai alcançar todos os pontos que seriam desenvolvidos num acompanhamento clínico que conta com um ambiente silencioso, uma quantidade indefinida de consultas e uma duração mais longa. Na Psicologia hospitalar, cada sessão realizada demanda que o máximo de conteúdos sejam abarcados, uma vez que aquela pode ser a única ou última sessão. Nestas, geralmente existe um encerramento e possível encaminhamento deste paciente, caso seja necessário. A escuta vai ser a ferramenta mais importante desse profissional uma vez que, através dela, serão resgatados conteúdos importantes para nortear o manejo que aquele paciente demanda e também, para construir junto a este, estratégias de enfrentamento e possíveis caminhos a serem seguidos após a alta.

Retomando ao manejo da Psicologia com essa equipe, quando adentrada nas inquietações causadas pelos casos de tentativa de suicídio, se retorna a toda uma construção social que cada sujeito se apropria de acordo com sua percepção e vivências. A subjetividade das escolhas e motivações do paciente que tentou suicídio se chocam com a da equipe que o recebe e o percebe. O sentido subjetivo define-se pela constituição histórica no nível subjetivo, das diferentes atividades e relações significativas na constituição do sujeito (GONZÁLEZ REY, 2003, p. 174).

Nas pesquisas realizadas pelos autores, foi relatado que os acontecimentos impactantes vivenciados dentro do cenário hospitalar podem afetar diretamente o manejo da equipe para com o paciente e que em casos de tentativa de suicídio é

comum observar a conflitante percepção de que ali naquele espaço, existem pessoas lutando pela vida enquanto outras estão abdicando da mesma.

Na teoria, os componentes da equipe multiprofissional são instruídos para lidar com questões relacionadas à saúde do paciente no que diz respeito aos limites do corpo físico. Ainda assim, as questões relacionadas ao emocional são extremamente marcantes e presentes na rotina hospitalar como trazido anteriormente, o que retoma e confirma a necessidade de uma atenção voltada a esse aspecto, que embora não seja tão trabalhado por todas as implicações e particularidades que apresenta, produz efeitos visíveis na realidade vivenciada dentro desse meio.

O profissional de Psicologia dentro do hospital ao atuar junto à equipe multiprofissional no sentido de ressignificar a percepção destes em relação aos pacientes com ideações suicidas deve levar em consideração que o ato suicida para estes pode estar repleto de representações individuais e a subjetividade, portanto, deve ser levada ao foco da atenção nestas situações, visto que cada um possui suas percepções subjetivas e que estas, se não manejadas da forma correta, podem deixar de ser pessoais e se estender ao tratamento do outro em sofrimento.

Essa atuação frente à equipe, portanto pode ocorrer em grupo, através de ações de conscientização acerca do suicídio em si, da humanização destes pacientes e também, por meio destas promover a criação de vínculos com estes profissionais, o que contribui na atuação. Pode acontecer também de forma individual quando solicitada ou quando o profissional de Psicologia identificar essa demanda que pode estar refletida na atuação deste componente da equipe frente a estes pacientes e a partir daí, com a sua percepção encontrar meios de contatar este componente e agregado a sua escuta, trabalhar as representações acerca das inquietações do ato suicida para aquele componente subjetivo que pode se estender além da sua reação sobre o ato e adentrar em questões que embora não sejam pertencentes ao paciente suicida e ao ato, podem se associar a eles.

Falar sobre o suicídio é falar sobre morte e pensar sobre morte na teoria psicanalítica é também pensar sobre a sua possibilidade de representação. Segundo Campos (2013) Para entender os estados maníaco-depressivos, bem como as tendências suicidas e os humores melancólicos, é preciso levar em consideração a dinâmica de identificações que leva ao psiquismo se estruturar em torno de determinada forma de sofrer pelo desejo. Através da psicanálise, trabalhar essas

representações para esse sujeito além da morte relacionada ao suicídio é um ponto de partida para desvelar conteúdos inconscientes, mas ainda assim, constituintes da construção daquele sujeito, mesmo que nas mortes simbólicas.

Falar sobre morte também é falar sobre luto. As elaborações e simbolizações da perda para o sujeito e também o redirecionamento destas são fatores determinantes no processo de luto. Nesse percurso, as perdas podem ser desinvestidas e substituídas na busca de equilíbrio de forças para o indivíduo. Ainda assim, nem sempre esse luto é elaborado de forma satisfatória e esse redirecionamento pode ser distribuído de forma disfuncional e aí entra-se nas diferenciações do luto, o normal, quando essa elaboração ocorre de forma satisfatória e apesar das dificuldades, o sujeito consegue elaborar essas perdas e o luto patológico quando essa elaboração não ocorre de forma funcional.

Do ponto de vista psicanalítico, os lutos patológicos e as tendências suicidas que se desenvolvem ao longo da vida só podem ser entendidos como um reflexo da estruturação mais básica de personalidade, que se constitui por meio das identificações narcísicas e edípicas ao longo da infância. Essa história de simbolizações é que irá ressignificar os eventos traumáticos da vida do sujeito. Desse modo, uma perda poderá trazer uma nova significação para um conjunto de fantasias e afetos inconscientes do sujeito. (CAMPOS, 2013, p.16.)

Num geral, a morte dentro do contexto hospitalar é uma possibilidade comum embora seja carregada de representações individuais dada as diferentes formas de morrer, suas representações e os envolvidos nesse processo. Ainda, isso não torna o assunto menos difícil e por isso, adentrar em questões relacionadas a essas perdas, até mesmo as simbólicas, é um ponto importante a ser trabalhado, seja com a equipe que está na linha de frente presenciando e sendo afetados por essas perdas e produzindo associações e elaborações. Seja frente ao sujeito que tentou suicídio e está diante desse morrer que pode estar associado a perdas e lutos na sua vida pregressa e reproduzindo efeitos na sua construção, efeitos por trás do ato suicida, que podem se estender além da internação e por isso precisam ser trabalhados.

Um ponto importante de ser destacado é a inserção tardia da Psicologia dentro do cenário hospitalar, local em que já há pré-estabelecida uma hierarquia de cargos, e esta se choca com a adição de uma nova especialidade nesse meio e todo o estranhamento acerca da mesma que ainda se estende de forma marcante até os dias atuais. Foi percebido que a atuação da Psicologia no contexto hospitalar causou mais desconforto diante da equipe do que dos pacientes e por isso, alcançar essa equipe

ainda se mostra um desafio uma vez que irrompe na normalidade já pré estabelecida daquele cenário e pode implicar na atuação destes e abrir reflexões ali dentro.

Nesse sentido, inicialmente, a Psicologia entra buscando compreender essa equipe e o seu funcionamento com o intuito desenvolver estratégias para alcançá-la e se integrar. O profissional de Psicologia vai abarcar todas as especialidades de uma equipe e as suas singularidades, mas antes de tudo, vai compreendê-los como seres subjetivos que também precisam ser atendidos, que também possuem demandas a serem trabalhadas.

Cada caso e cada paciente possui sua subjetividade, embora apresentem semelhanças na sua produção. Dessa forma, assim como cada paciente apresenta a sua subjetividade e necessidades acerca do processo de hospitalização, os componentes da equipe também podem vir a se apresentar de acordo com acordo com a percepção de cada caso e das suas demandas. Trata-se de uma subjetividade natural, constituída de maneira individual no enfrentamento da objetividade. (GONÇALVES, 2000, p.48).

Assim, ter em mente que as demandas emocionais podem partir tanto do paciente quanto da equipe, se torna um ponto norteador a ser trabalhado seja em conjunto envolvendo toda a equipe, seja individual quando se mostra necessário ou quando é solicitado. Apesar de existir em uma sociedade e coexistir com os seus componentes, cada indivíduo possui o seu lugar e sua percepção baseada na sua subjetividade e ainda, se encontra passível a entrar em embates com a subjetividade daqueles que fazem parte desse conjunto. E apesar das inquietações sobre as significâncias subjetivas de cada um, compreender esse processo e o lugar de cada indivíduo nele, ainda apresenta barreiras que muitas vezes podem transparecer e influenciar nesse contato com o outro.

Segundo os autores, apesar de existir a necessidade desse manejo individual para casos envolvendo suicídio, os caminhos para a atuação humanizada diante desses pacientes ainda é muito complexo e percebe-se fortemente que questões subjetivas da equipe acabam se evidenciando sobre esses casos, colaborando não somente para o julgamento, mas também, para a invalidação desses pacientes e das suas demandas para além do corpo biológico que se mostraram fortemente atuantes no processo de hospitalização, dentro dos aspectos psicológicos por trás desse adoecimento.

Dessa forma quando se confirma que essa equipe está passível a reproduzir efeitos diante do paciente que tentou suicídio, confirma-se também que a atuação do psicólogo vai além desse sujeito e se estende para a equipe, seja na percepção imediata quando situações como essas são presenciadas, o que também fortalece a necessidade desse profissional desde a entrada do paciente até a alta visto que, as demandas podem surgir em qualquer momento da hospitalização, como também, na atuação preventiva com essa equipe através de intervenções estudadas para alcançá-la de acordo com a percepção tida por esse profissional das necessidades e particularidades percebidas.

Entende-se que o suicídio possui duas vertentes de análise constituídas por fatores relacionados aos contextos sociais e interpessoal nos quais o paciente está inserido, isto é, determinantes intrínsecos e extrínsecos. Por isso, para reduzir o número de suicídios é necessária a presença de ações intersetoriais de enfrentamento contempladas por abordagem multidisciplinar e transdisciplinar (BEZERRAFILHO et al., 2012, p.842).

Esse estudo se concentrou em todo o processo de hospitalização desde a entrada na emergência até a alta e um dos pontos principais observados foi que, o paciente que tentou suicídio geralmente não dialoga tanto com equipe, seja por receio das reações acerca da sua fala, seja em casos que o paciente mostra relutância sobre o tratamento. Nesse caso, foi observado que a família (Inclui-se acompanhantes num geral) do paciente tende a ter uma demanda de fala consideravelmente maior levando em conta a urgência em trazer os detalhes do ato interrompido para que haja um tratamento eficaz e não se percam detalhes que podem ser cruciais. Ainda, é nesse ato de relatar os acontecimentos que estes acabam se evidenciando mais ainda e desvelando demandas emocionais provenientes dessa fala que está sendo direcionada a equipe designada ao cuidado das questões orgânicas daquele paciente e que não está preparada para lidar com o que é demandado emocionalmente, podendo afetar o atendimento, a percepção dessa equipe e acabar produzindo efeitos acerca do caso.

Nesse primeiro momento, o sujeito que tentou suicídio geralmente não está tão disponível e não fornece tantas informações e abertura para a equipe, seja pela frustração do ato não concretizado e suas motivações, seja no receio da reação da equipe sobre o contexto moralizante do suicídio e dos tabus envolvidos. Nesse momento, se presente, a família é determinante nas mediações feitas entre essa tríade família/paciente/equipe. O que acaba sendo gerador de desgaste uma vez que além de lidar com a situação atual do paciente suicida, também se acrescentam todas

as responsabilidades e demandas advindas dessa mediação onde muitas vezes, pode haver manifestações dessas demandas emocionais para essa equipe num geral que quando não preparada ou contando com um profissional de Psicologia, irão reagir de formas inesperadas diante de um sujeito já fragilizado e que demanda um cuidado específico.

No que se diz respeito a casos de tentativas de suicídio, Buriola et al., (2011) trazem que, o contato com a família é sempre pontual, restringe-se apenas à coleta de informações referentes a tentativa de suicídio. Retornando, os componentes que circulam dentro do contexto hospitalar vão além da equipe e do paciente. Entretanto, a partir desta pesquisa, acredita-se que, ao prosseguir nos caminhos para a ressignificação desse sujeito, é determinante acrescentar que família também é integrante essencial ali dentro e implica em questões importantes. Seja no apoio dado ao paciente nesse momento difícil, nas mediações feitas com a equipe e conseqüentemente na melhor adaptação do paciente com a dinâmica hospitalar e sua maior adesão a equipe e ao tratamento; seja também, na angústia sentida por estes e a forma como ela se transfere tanto para o paciente, como para a equipe.

A casa é trocada pelo hospital; o contato agora tem hora para acontecer; a comunicação é circundada por mediadores, e diante disso a família precisará se adaptar aos novos papéis e hábitos de vida (ALMEIDA et al., 2009, p.845)

Pela ideia geral do hospital voltada ao cuidado do paciente, geralmente, as implicações são voltadas principalmente a este que está sendo cuidado. Porém, o papel e a influência que a equipe e a família possuem nessa construção detêm tanta relevância quanto uma vez que, estão interligadas e influenciam diretamente uma na outra. Segundo Lustosa (2007), embora não sofram fisicamente os efeitos do adoecimento, as conseqüências psicoemocionais de todo o processo de hospitalização também se refletem na família. Ainda, esses sentimentos podem afetar não somente a elaboração de estratégias de enfrentamento como também na tomada de decisões, na relação com o paciente e com a equipe.

No meio dessas questões é percebida a subjetividade de cada caso e de cada componente nesse processo. Seja o paciente e suas angústias trazidas explicitamente ou não e na sua maior necessidade de acolhimento e mediação levando em conta toda a sua bagagem naquele momento e a dificuldade de administrá-la. Seja na família e suas angústias, na mediação feita para o paciente no intuito de aliviar e explicitar melhor as questões trazidas. Seja na equipe que além de acolher o paciente no

cuidado, também acolhe a família na participação desse processo, seja por meio de informações fornecidas, de elaboração de estratégias etc.

Ainda, a família e equipe detêm um papel importante para além desse processo de hospitalização no que se diz respeito o encaminhamento desse paciente após a alta. Seja a equipe, mais adequado, o profissional de Psicologia na orientação acerca de possíveis encaminhamentos sejam eles psicológicos e/ou psiquiátricos e a família, que junto ao paciente vai receber essas informações e garantir que o mesmo possa prosseguir nesse encaminhamento e reduzir tanto probabilidade de novas tentativas, como também no início de um tratamento voltado para essas questões emocionais e subjetivas.

Finalizando, a compreensão do papel de cada componente nesse processo de hospitalização foi determinante para desenvolver reflexões acerca do que foi questionado inicialmente. Comprova-se a importância da Psicologia hospitalar uma vez que se comprova também que todos envolvidos nesse processo estão passíveis a reproduzir efeitos diante das demandas apresentadas ali dentro. Seja o paciente diante das angústias envolvendo o ato, suas motivações e sua jornada após a alta; a família diante da fragilidade de um ente querido e dos questionamentos acerca do ato; e também, a equipe nas questões que vão além da teoria e se chocam com a subjetividade de cada um.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletir sobre a temática inquietante do suicídio vai de encontro com questões subjetivas para o sujeito, seja ele o que está diretamente ligado ao ato ou à tentativa, sejam aqueles que estão no seu entorno. A posição assumida por cada sujeito diante de uma determinada situação nunca vai ser a mesma e o confronto com os diferentes pontos de percepção muitas vezes serão desencadeadores de desencontros.

Pensar sobre o suicídio no contexto hospitalar abre um leque de possibilidades visto que este por si só já é um ambiente penoso e repleto de demandas sejam elas orgânicas, que são tidas com mais urgência; sejam elas emocionais que apesar do impacto que possuem e talvez por isso mesmo, são evitadas ou estigmatizadas. Através desse estudo, foi possível entrar mais afundo nos efeitos acerca do sujeito com ideações suicidas e concluir que estes estão passíveis a serem reproduzidos em

todos os integrantes dentro do processo de hospitalização, não se restringindo somente ao paciente e podendo se estender a família e a equipe.

Com essa compreensão, foi possível refletir acerca do papel de cada um desses componentes e nos resultantes das suas reações e assim, constatar que a situação por si só já é de extrema sensibilidade e demanda o máximo de cuidado e humanização uma vez que está ligada a uma fragilidade tão subjetiva e indo em contrapartida com inquietações individuais desses componentes num geral. Através dessa reflexão se constatou a importância do profissional de Psicologia visto que cada papel tomado por esses componentes são repletos de subjetividade e demandas que vão além das questões fisiológicas e por isso, demandam da Psicologia no sentido de mediar esse contato, de escutar essa subjetividade, de estar de frente ao que foge do orgânico, de perceber essa tríade e adaptar intervenções voltadas ao que foi observado.

Foi também determinante compreender o papel da família do sujeito nesse processo e em como esta se interliga ali dentro sendo papel fundamental nos processos vividos nesse cenário. Foi constatado que essa família é parte fundamental no processo de humanização desse paciente uma vez que essa está de frente com as mediações feitas ali, que é apoio desse paciente e adentra também na garantia de um possível encaminhamento para esse sujeito. A relevância desses resultados entra no sentido de expandir o olhar e assistência para além do paciente e trazer e compreender a relevância de outros componentes que se mostrou tão marcante.

Através da construção desse trabalho e das pesquisas feitas, os objetivos iniciais expostos puderam ser respondidos dentro do que foi questionado, ainda assim, esse se mostrou um tema denso e repleto de possibilidades que podem ser abrangidas em estudos futuros e mais específicos. Ainda existem muitos embates dentro desse processo como, a inserção recente da Psicologia no contexto hospitalar e todas as dificuldades advindas disso e da aceitação da mesma. Dentre as sugestões para pesquisas futuras, se mostra relevante adentrar nos embates enfrentados por a Psicologia no hospital e na reflexão acerca de formas de contribuir nessa inserção e permanência da mesma uma vez que a sua importância e resultados são tão determinantes e comprovados.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, F. O; MACEDO, P. C. M; SILVEIRA, R. M. C. Depressão e o suicídio. **Revista da SBPH**, v. 14, n. 1, p. 233-243, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S15160-8582011000100013&script=sci_abstract#:~:text=A%20literatura%20mostra%20que%20a,%2C2%25%20dos%20casos). Acesso em 13 de junho de 2022.

BARRETO, F. P. A urgência subjetiva na saúde mental *In*: BARRETO, F. P. **Ensaio de psicanálise e saúde mental**. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2010, v. 3, p. 637-649. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/sacrilegens/article/view/27040/18716>. Acesso em: 23 de maio de 2022.

CAMBUI, H. A; NEME C. M. B. Sofrimento psíquico contemporâneo: um estudo psicanalítico do imaginário coletivo de estudantes de psicologia. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 75-88, maio-ago. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000200007#:~:text=No%20imagin%C3%A1rio%20coletivo%20desse%20grupo,das%20idiossincrasias%20do%20mundo%20atual. Acesso em 25 de setembro de 2022.

CAMPOS E. B. V. Considerações sobre a morte e o luto na psicanálise. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo v. 12 n. 1, p. 13-24. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442013000100003. Acesso em 15 de outubro de 2022.

DURKHEIM, E. **O suicídio**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FERRACIOLI N. G. M. et al. Os bastidores psíquicos do suicídio: uma compreensão psicanalítica. **Revista do NESME**, São Paulo, v. 1, n. 16, p. 17-28, jan./jun. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902019000100003. Acesso em: 29 de outubro de 2022

FREITAS, A. P. A; BORGES, L. M. Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 22, n. 1, p. 50-60, mar. 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000100006&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 03 de outubro de. 2022.

GIANNOTTI, J. A. Sociedade como técnica da razão. Um ensaio sobre Durkheim. **Estudos Cebrap**, São Paulo, n. 1, pág. 48-98, 1971.

LESSA M. B. M. F. Um estudo sobre a moralização do suicídio, 2017. Disponível em: <https://sepg.org.br/eventos/vsipeq/documentos/87287790700/10>. Acesso em: 30 de abril de 2022.

JUNIOR, A. F. O comportamento suicida no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Psicologia**, Salvador, v.2, n.1, p. 15-28, 2015. Disponível em: <http://revpsi.org/wp->

<content/uploads/2015/04/Ferreira-Junior-2015-O-comportamento-suicida-no-Brasil-e-no-mundo.pdf>. Acesso em: 07 de maio de 2022.

LIMA, L. M. C. A clínica psicanalítica no setting hospitalar. **Revista Valore**, Volta Redonda, v 3, n. 1, p. 361-372, Jan./Jun. 2018. Disponível em: <https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/download/71/104>. Acesso em 23 de maio de 2022.

LOPARIC, Z. (2001) Esboço do paradigma winnicottiano. **Cadernos de História e Filosofia da Ciência**, v. 11, n. 2, p. 7-58. Disponível em: <https://ibpw.org.br/wp-content/uploads/2001/01/%E2%80%9CEsbo%C3%A7o-do-paradigma-winnicottiano%E2%80%9D.-Cadernos-de-Hist%C3%B3ria-e-Filosofia-da-Ci%C3%A2ncia-vol.-11-n.-2-pp.-7-58-2001..pdf>. Acesso em: 28 de agosto de 2022.

LOPES, F.F; MILANI, R. G. **Suicídio: um desafio para o psicólogo clínico**. Centro Universitário de Maringá. s.d. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B7PI-xV4lhWOSkk5NW5BN05uQW8/view>. Acesso em 12 de junho de 2022.

MEIRA, S. S et al. Hospitalizações por lesões auto provocadas intencionalmente na Bahia, Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v. 43, n. 1, p. 70-88, jan./mar. 2019. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3035/2608>. Acesso em 02 de novembro de 2022.

MELO, A. K et al. Atuação do psicólogo no hospital geral com pacientes de tentativa de suicídio: estudo fenomenológico. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 31, n. 4, p. 1-7, out./dez., 2018. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/8752/pdf>. Acesso em 14 de outubro de 2022.

MENESES A. M. M. **Protocolo de atendimento á pacientes após tentativa de suicídio**. Trabalho Final (Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde) – UNIVAS, Pouso Alegre – MG, n. p. 60. Disponível em: https://www.univas.edu.br/Egressos_Web/%7B4D083123-2BDD-421B-856F-85FB0352842C%7D.pdf. Acesso em 09 de maio de 2022.

NETO, G. C. R. Suicídio e Religião. **Sacrilegens**, Juiz de Fora, v. 15, n. 2, p. 637-649, jul-dez 2018. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/index.php/sacrilegens/article/view/27040>. Acesso em: 26 de maio de 2022

Organização Mundial de Saúde. Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais. Genebra, 2000. Disponível em: http://www.saude.niteroi.rj.gov.br/CSM/suicideprev_phc_port.pdf. Acesso em 23 de maio de 2022.

Prevenção. Associação brasileira de estudo e prevenção do suicídio (2015). Disponível em: <http://www.abeps.org.br/prevencao/>.

SANTOS F. S; INCONTRI, Dora. A arte de cuidar: saúde, espiritualidade educação. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 488-497, 2010. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/592>. Acesso em: 19 de junho de 2022.

SANTOS, L. F. Atenção à pessoa com tentativa de suicídio em hospital geral: a voz de profissionais de enfermagem. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, n. 21, v.4, p. 27/37, out-dez, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/31012/20761>. Acesso em 04 de novembro de 2022.

SEABRA F. P et al. Suicídio e pandemia COVID-19. **SB**, Palmas, TO, v. 1, n. 2, p. 28-32, ago/dez, 2021. Disponível em: <https://ulbra-to.br/singular/index.php/SingularSB/article/view/116/70>. Acesso em: 13 de junho de 2022.

SILVA B. F. A et al. O suicídio no Brasil contemporâneo. **Revista Sociedade e Estado**, v. 33, n. 2, p. 565-580, maio/agosto, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/iptvxvwz7F6LmsxgZBizigr/abstract/?lang=pt>. Acesso em 20 de abril de 2022.

SILVA, V. P; BOEMER, M. R. O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em 04 de setembro de 2022.

Suicide data. **WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)**. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>. Acesso em 25 de abril de 2022.

SUICÍDIO. **OPAS/OMS**. 2016, Disponível em: <https://www.paho.org/pt/tópicos/suicídio>. Acesso em: 23 de abril de 2022.

PERES, A.P et al. Morte silenciada: O suicídio e a representação social. **Rev. AMBIENTE ACADÊMICO**, v. 2, n. 1, p. 109-124, 2016. Disponível em: <https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2018/04/revista-ambiente-academico-edicao-3-artigo-7.pdf>. Acesso em 23 de março de 2022.

VIDAL, C. E. L; Gontijo, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 108-114. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/ZgWqyVv6hjVYchTXBWc4z9R/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 de outubro de 2022.

ZANA A. R. O; KOVACS M. J. O psicólogo e o atendimento a pacientes com ideação ou tentativa de suicídio. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro v. 13 n. 3, p. 897-921, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1808-42812013000300006. Acesso em: 29 de agosto de 2022.