



SUICÍDIO: UMA ESCOLHA EXISTENCIAL FRENTE AO DESESPERO HUMANO

Karina de Fátima Aparecida da Silva¹

Mariany Aparecida Alves²

Daniela Paula do Couto³

RESUMO: A presente monografia se constituiu como um estudo bibliográfico acerca da temática do suicídio. Para a elaboração da mesma, utilizou-se de livros e artigos científicos. Objetivou-se compreender a atuação do psicólogo Existencial-Humanista, no contexto hospitalar, com pessoas que tentaram o autoextermínio. Expôs-se a forma como essa abordagem compreende o suicídio, uma vez que cada teoria compreenderá esse fenômeno de maneira singular. Discutiu-se a atuação do psicólogo Existencial-Humanista, no contexto hospitalar, com relação ao suicídio, ressaltando a atuação desse profissional com a pessoa que tentou o autoextermínio, com a família desse e com a equipe de saúde (enfermeiros, médicos, psicólogos etc.). Considerou-se relevante a discussão traçada acerca da atuação da equipe de saúde com esses pacientes, visto que, em muitos casos, a tentativa de suicídio é considerada um insulto à equipe de saúde, que é treinada para salvar vidas e se depara com uma pessoa que não deseja mais viver. As considerações finais apontam para uma insuficiência de discussões, no meio hospitalar, acerca da percepção do ato suicida. Percebeu-se também que as razões que justificam o suicídio ou sua tentativa interferem na aceitação e compreensão do ato, tanto na família quanto na equipe de saúde. Em relação ao trabalho do psicólogo Existencial-Humanista, notou-se que esse é de fundamental importância, visto que, espera-se que a sua atuação esteja para além do orgânico/físico, compreendendo a pessoa como um todo, como um ser de possibilidades e em constante processo de desenvolvimento.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio; Psicologia Existencial-Humanista; Psicologia Hospitalar.

1 INTRODUÇÃO

Durante o processo de existência, o ser humano experiencia o mundo de diversas formas. Algumas experiências proporcionam a autorrealização, fundada na harmonia e na felicidade. Entretanto, em outras experiências, podem faltar as condições necessárias que possibilitarão o crescimento e o desenvolvimento das potencialidades do ser humano. A inexistência dessas condições pode contribuir para uma perda do sentido da vida, para um vazio existencial, o que pode levar o ser humano a se desesperar. Diante do sofrimento e do desespero, a

¹ Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2014). Atua como psicóloga no Colégio Anglo e na APAE do município de Arcos/MG.

² Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2014). Atua como psicóloga clínica no Programa de Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Aguanil/MG.

³ Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2011). Mestre em Psicologia, na linha de pesquisa Conceitos Fundamentais e Clínica Psicanalítica: Articulações, pela Universidade Federal de São João del-Rei (2014). Atua como professora nos cursos de Psicologia e Enfermagem da Universidade do Estado de Minas Gerais, unidade Divinópolis.

pessoa pode perceber a morte como uma solução para a sua dor, um alívio para a sua existência, isto é, encontra no suicídio uma alternativa para a vida.

Refletir a respeito dessas questões é essencial no campo da Psicologia. É nesse sentido que o presente artigo, recorte de pesquisa bibliográfica, busca compreender a atuação do psicólogo Existencial-Humanista no contexto hospitalar, com pessoas que passaram por uma tentativa de autoextermínio.

O suicídio é um fenômeno observado desde a antiguidade, prevalecendo até a atualidade. A cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio no mundo. O Brasil ocupa a oitava posição em número de suicídios. Em 2012, foram registradas no país 11.821 mortes. O país que apresenta maior número de suicídios é a Índia (258 mil óbitos), seguido da China (120,7 mil), Estados Unidos (43 mil), Rússia (31 mil), Japão (29 mil), Coreia do Sul (17 mil) e Paquistão (13 mil) (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2014).

Contudo, é cabível ressaltar que os registros acerca do suicídio ou das tentativas, em muitas situações, são alterados ou negligenciados, o que impede que os dados sejam registrados nas estatísticas. De acordo com Botega (2010), os dados acerca da mortalidade por suicídio estão, seguramente, subestimados. Isso pode ser devido à decorrência dos óbitos em hospitais serem registrados, em alguns casos, de forma diferente, não podendo ser relacionados ao suicídio, a pedido de familiares do falecido. Além disso, em casos de mortes por causas externas, é comum que seja registrado no atestado de óbito a natureza da lesão que levou à morte, sem fazer referência à circunstância que a originou. Dessa forma, não há um registro fidedigno quanto à causa da morte: homicídio, suicídio ou acidente, por exemplo.

Além de envolver questões de ordem econômica, religiosa e filosófica, o suicídio ou as tentativas de autoextermínio têm se tornado um problema de saúde pública no Brasil, tanto que o Ministério da Saúde tem desenvolvido programas de capacitação para profissionais das equipes de saúde mental, além de orientações para a formação de redes de prevenção e controle do suicídio. Todas essas ideias estão presentes no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2013/2017), o qual traça estratégias a serem adotadas por toda a sociedade na prevenção desse ato. Para Quental (2014), ao considerar um fenômeno como problema de saúde pública, dá-se maior visibilidade ao mesmo, abrem-se possibilidades para que todos possam contribuir para a sua resolução e enfrentamento. No campo do suicídio, retirar sua invisibilidade, trazendo-o para a área pública, sugere o desenvolvimento de novas perspectivas sob o aspecto do acolhimento, da compreensão, do cuidado e da valorização da vida.

2 O SUICÍDIO NA VISÃO DA PSICOLOGIA EXISTENCIAL-HUMANISTA

Ao se considerar a diversidade do saber no campo da Psicologia, optou-se pela Psicologia Existencial-Humanista como fundamento teórico para a compreensão do fenômeno do suicídio, uma vez que essa abordagem apresenta maior ênfase no ser humano, considerando-o em sua totalidade.

Desde os antecedentes filosóficos da Psicologia Existencial-Humanista, observa-se que o fenômeno do suicídio já era abordado, conforme aponta Kierkegaard, ao discutir sobre o desespero humano. Esse filósofo, explica Penha (2004), assinala que a condição humana é estabelecida por cada pessoa e isso requer escolha e decisão. Durante alguns momentos de existência, a pessoa pode se desesperar.

Segundo Giles (1989), o desespero real ocorre quando a pessoa desespera de si mesma. Sabe-se que a pessoa é uma síntese entre a finitude e a infinitude e quando um desses fatores predomina sobre o outro surge o desespero. Em certos casos, as pessoas não conseguem sair desse desespero e “a tentativa de saída através do vício, da loucura ou do suicídio tornar-se-á inevitável” (GILES, 1989, p. 17). Nessa passagem a respeito de Kierkegaard percebe-se que o suicídio é apontado como uma forma de sair do desespero em que muitas vezes a existência humana se encontra.

Para Angerami-Camon (1997), psicoterapeuta existencialista, a sociedade contemporânea também apresenta características que colaboram para que o homem experiencie o desespero existencial. A desprezível realidade dos grandes centros urbanos, “a solidão e o tédio existencial, angústia e outras formas de desespero da existência humana corroem um sem-número de pessoas” (ANGERAMI-CAMON, 1997, p. 19). É devido a isso que, em muitas situações, a pessoa percebe no suicídio uma possibilidade para a sua existência.

O tédio existencial, ao ser percebido como uma forma de desespero, pode ser compreendido como a situação em que a pessoa sofre a dor de ver o tempo passar e não estar colocando em prática o desenvolvimento de suas possibilidades existenciais. É por meio do tédio existencial que a própria existência se angustia e se torna desesperadora diante da condição do ser humano na contemporaneidade: “[...] dor, sofrimento, explicação mercantilista, fome, miséria e outras tantas impossíveis de serem numeradas, mas que se tornaram possíveis pela condição degradante que o homem impôs a si próprio” (ANGERAMI-CAMON, 2002, p. 40).

De acordo com Dutra citada por Rocha, Boris e Moreira (2012), diante do desespero que emerge do contexto psicossocial, a morte é percebida como uma saída do sofrimento, um alívio para a dor, uma possibilidade para a solidão existencial que despedaça a vida.

A solidão, que em muitos casos dilacera a vida, é uma condição inerente ao ser humano, uma vez que faz parte da vida. Contudo, em certos momentos, ela torna-se mais aguda e a pessoa não sabe como lidar com ela. A solidão, para muitas pessoas, é diretamente ligada ao desespero, ao sofrimento e ao suicídio. “É como se a grande maioria das pessoas não aguentasse a condição de ser só” (ANGERAMI-CAMON, 2002, p. 9).

Rocha, Boris e Moreira (2012) assinalam que a experiência suicida é caracterizada como uma vivência de aniquilamento existencial. Ao analisar esse fenômeno, devem-se levar em consideração os fatores culturais e socioeconômicos que existem em torno do mesmo, para que esse possa ser sistematicamente analisado e aprofundado, visando compreendê-lo como uma experiência mundana, uma vez que é impossível compreendê-lo sem sua condição de imbricação com o mundo, o que demonstra concordância com o que foi apresentado anteriormente por Angerami-Camon. Esse autor aponta a responsabilização do homem enquanto membro de uma sociedade no que se refere aos atos suicidas: “ao praticar o ato da morte, o suicida quer nos dizer apenas que já não suportava mais. Fala também de nós. Confirma, por um lado, que não podia continuar nos tolerando” (ANGERAMI-CAMON, 1997, p. 21).

A pessoa que se mata tenta libertar-se de uma ausência insuportável. O suicídio pode ser considerado a expressão incontestável de uma crise de despersonalização: “O comportamento do suicida manifesta o veredicto que determinou seu fracasso social: não existe lugar para ele. Por meio da morte redime seu ser da frustração de ser” (ANGERAMI-CAMON, 1997, p. 27).

Conforme Dutra (2011), o suicídio pode ser compreendido como uma forma de lidar com a angústia, visando eliminá-la. Trata-se de uma descrença de que a vida possa ser vivida de outra forma, de um novo jeito, com um sentido próprio, o que significaria recusar-se em prevalecer tal como antes. Ao pensar de outro modo, nota-se que o suicídio pode ser percebido como uma forma desesperada de se apropriar da vida, de seu próprio ser, mesmo que seja eliminando-o, o que não deixa de ser uma maneira de encarar o destino próprio do homem, como um ser-para-a-morte. Dessa forma, o suicídio pode significar a onipotência de se tomar nas mãos a fatalidade do ser-para-a-morte.

No que se refere à angústia, essa pode ser compreendida, de acordo com o pensamento existencialista, “[...] como um dos determinantes que nos traz presente a condição humana, e nos direciona à nossa categoria de seres livres e únicos” (ANGERAMI-CAMON, 2002, p. 30). De acordo com esse autor, o fato da morte ser intransferível, o fato de que cada um deve morrer para si mesmo, de que a morte é a única potencialidade existencial que nenhuma

escravização, nenhuma promessa ou nenhum poder pode deslumbrar ao homem singular, é uma verdade que conseqüentemente determina a angústia imanente à própria condição do homem.

Conforme Dutra (2011), como se pode perceber no fenômeno do suicídio, a opção tem sido a morte, ou seja, a supressão da angústia na vivência da última possibilidade do *Dasein*, a morte. Quando a pessoa não se permite a angústia, localiza-se uma explicação para a dor no mundo concreto, no outro, e não em si próprio. O sofrimento precisa ser conhecido, compreendido, classificado e catalogado. A alternativa da morte revela a vida que se vive. A realidade da vida, muitas vezes, pode ser tão frustrante que muitas pessoas se tornam intolerantes à dor, conduzindo-se, frequentemente, a optar pela morte e assim, se livrar do sofrimento. O sofrimento está em se apropriar de sua própria existência assumindo todas as conseqüências que dela decorrem, o que, para alguns, pode ser muito difícil.

Dutra citada por Rocha, Boris e Moreira (2012) destaca que a forma inautêntica de viver leva a escolhas existenciais impróprias, uma vez que são incompatíveis com o seu verdadeiro ser, o que pode levar o homem a uma existência assinalada pelo fracasso, pela baixa autoestima, incapacidade de se realizar e infelicidade, impossibilitando a pessoa de amar e ser amada. Essa forma inautêntica pode levar a pessoa a experimentar o vazio existencial e a falta de sentido para a vida.

Frankl (1991), ao discutir o sentido da vida, diz que esse sentido se modifica de pessoa para pessoa, de um dia para o outro, de um segundo para o outro. O que faz com que cada ser humano tenha um sentido de vida, em cada período de sua existência.

Conforme Angerami-Camon (2002), ao se deparar com a falta de sentido de sua própria existência, o homem pode se colocar diante de atos fulminantes em que a morte é instantânea, como o suicídio. Rocha, Boris e Moreira (2012) apresentam ideia semelhante à de Angerami-Camon ao declararem que a falta de sentido da vida pode ser um elemento significativo na tomada de uma decisão brusca de se matar.

O sentido da vida é a força capaz de levar o ser humano a horizontes sequer alcançáveis pela razão. Para que se possa ter um compromisso com a vida é preciso, anteriormente, descobrir qual o sentido dela. Assim, percebe-se que é preciso que o homem decida, de forma adequada, o seu projeto de vida, para que o sentido da vida seja relacionado às suas realizações. Ao não descobrir esse sentido, o homem se percebe em um vazio existencial, o qual é capaz de causar problemas à saúde (ANGERAMI-CAMON, 2002).

Segundo Rocha, Boris e Moreira (2012), as tentativas de suicídio colocam o homem frente a um problema existencial significativo. O homem precisa responder a si mesmo acerca

do valor que a vida tem para ele. Ao tentar contra a própria vida, pode-se afirmar que a pessoa já não encontra mais valor nela.

O método fenomenológico também se torna fundamental na compreensão do suicídio, uma vez que, de acordo com Rocha, Boris e Moreira (2012), ao se buscar compreender esse fenômeno é adequado tomar como ponto inicial a suspensão dos conhecimentos que temos *a priori* do mundo. Trata-se, portanto, nessa busca de suspensão, reconhecer como o mundo é, considerando-o constituinte de tal experiência.

A partir do referencial teórico exposto, pode-se perceber que ao buscar compreender o fenômeno do suicídio pela vertente da Psicologia Existencial-Humanista, compreende-se esse ato como uma possibilidade que o homem tem de se livrar do desespero existencial em que muitas vezes se encontra. Esse desespero se manifesta por meio da angústia, do tédio existencial, da solidão, da falta de um projeto de vida e da perda de sentido da vida, para citar alguns motivos. Contudo, é preciso considerar esse fenômeno de forma contextualizada e sem cair em generalizações, tendo em vista que cada pessoa possui o seu próprio projeto de vida, o qual demarca a singularidade do sentido da vida.

3 A TENTATIVA FRUSTRADA DE SUICÍDIO

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o número de registros oficiais acerca das tentativas de suicídio é mais insuficiente e menos seguro do que os de suicídio consumado. Considera-se que o número de tentativas de suicídio extrapole a quantidade de suicídios em pelo menos dez vezes.

De acordo com Angerami-Camon (2003, p. 108), “existe um grande número de tentativas de suicídio que são escondidas ou falseadas nos prontuários hospitalares, devido principalmente à omissão social do suicídio”. É praticamente impossível identificar a quantidade exata de tentativas de suicídio que ocorrem cotidianamente, seja pelo fato do paciente apresentar dados falsos de identificação, seja porque se impõe uma causalidade acidental ao comportamento da tentativa de suicídio.

Observa-se que a sociedade possui uma dificuldade em lidar com a temática do suicídio, uma vez que esse ato remete à morte, assunto considerado um tabu, portanto, não discutido. A própria pessoa que tenta o suicídio busca omitir suas verdadeiras intenções, o que prejudica o registro nas estatísticas e, conseqüentemente, estudos e medidas de prevenção a serem tomadas.

É importante considerar que nem todas as pessoas que tentam o suicídio e fracassam chegam a ser atendidas em Pronto-Socorro. Botega (2010, p. 14) aponta que em estudos realizados por ele e outros, constatou-se que “[...] de cada três pessoas que tentaram o suicídio, apenas uma foi, logo depois, atendida em um pronto-socorro”. Esses dados apresentados comprovam que apenas uma pequena parcela do chamado comportamento suicida chega ao conhecimento da sociedade, ou seja, são atendidos em prontos-socorros, sendo, posteriormente, registrados.

Em situações de lesões autoprovocadas, relacionadas com suspeita de exposição ou consumo de substâncias, por exemplo, os médicos responsáveis pelos casos de intoxicações são chamados. Essa equipe fica responsável pelo atendimento na emergência e UTI (Unidade de Terapia Intensiva) até que a pessoa receba alta do quadro referente à intoxicação quando, então, prossegue-se com o cuidado hospitalar (MACHIN, 2009).

Independente da classificação de risco do caso, esse deverá ser encaminhado para o setor de Psicologia, que realizará seu trabalho se a pessoa tiver condições de atendimento ou esperará o momento oportuno (paciente incapacitado de verbalizar ou ainda sobre o efeito de medicação) (NOGUEIRA; MIRANDA; FERREIRA, 2008).

O primeiro contato da equipe hospitalar com a pessoa com tentativa frustrada de suicídio é de fundamental importância. Se a pessoa for hospitalizada, o encontro acontece, comumente, no pronto-socorro, conforme apresentado acima. Nessas ocasiões, pode-se deparar com pacientes hostis, sonolentos ou precisando de cuidados físicos. Assim que a condição clínica da pessoa permitir, é importante que a equipe de saúde se apresente disponível para uma escuta atenta e acolhedora (SANTOS, 2008).

Ao ser hospitalizado, o paciente vivencia um processo de total despersonalização. Perde a sua identidade e passa a ser nomeado a partir do número de seu leito ou então como alguém que possui determinada doença. “O estigma de doente-paciente até mesmo no sentido de sua própria passividade frente aos novos fatos e perspectivas existenciais” (ANGERAMICAMON, 2003, p. 16) faz com que surja a necessidade imediata de uma completa reformulação até mesmo de seus valores e julgamentos de homem, mundo e relação com as demais pessoas.

Conforme Nogueira, Miranda e Ferreira (2008), durante o processo de hospitalização da pessoa que tentou suicídio, pode ser necessária a discussão do caso com o setor de Neurologia e Psiquiatria, além de outras áreas que possam colaborar para a compreensão do caso, realizando uma discussão interdisciplinar do mesmo.

Após o atendimento e liberação do paciente por toda equipe é preciso pensar sobre a alta hospitalar. A decisão pela alta deve ser tomada em conjunto pelos profissionais que o atenderam. Além disso, para que a alta hospitalar seja efetivada, um responsável pelo paciente deve se apresentar para receber orientações quanto aos cuidados indispensáveis para se evitar uma nova tentativa de autoextermínio e quanto à necessidade de encaminhamento para serviços fora do ambiente hospitalar, conforme cada caso (NOGUEIRA; MIRANDA; FERREIRA, 2008).

É importante destacar que as tentativas de suicídio apontam para uma falha no nível de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), no que diz respeito à promoção da saúde e prevenção das doenças. Diante dessas situações, a atenção primária não atingiu o seu objetivo, pois não apresentou intervenções eficazes que possibilitassem à pessoa outras escolhas, além do suicídio, como solução de seus conflitos existenciais. Ao tentar realizar o ato e se frustrar, a pessoa recorre ao nível de atenção secundária, representado pelos hospitais e prontos-socorros. Se esse nível não apresentar uma abordagem eficaz, a pessoa pode vir a tentar novamente o suicídio e ter o ato concretizado. Assim, percebe-se a importância dos profissionais de saúde dedicar-se ao exercício de sua profissão, uma vez que trabalham com vidas, às quais estão sujeitas ao sofrimento. Desse modo, precisam saber acolher esses pacientes e abordar formas de se lidar com o sofrimento.

4 O ATENDIMENTO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

O atendimento a pessoas com ideação ou tentativa de suicídio gera grande mobilização da equipe de saúde (ZANA; KOVÁCS, 2013). Os profissionais que trabalham nessa área tendem a demonstrar certa incompreensão no que se refere à pessoa que tentou o suicídio, que se manifesta por meio de um desconforto emocional em ter que tratar o examinando com esse histórico. Como seres incluídos politicamente na sociedade, todos os homens, inclusive os profissionais de saúde, não estão ilesos de expressarem toda uma bagagem cultural de repulsa e tentativa de afastamento daqueles que buscam seu autoextermínio (LOUREIRO, 2006).

Em consonância com Loureiro, Santos (2008) aponta que o atendimento a pessoas com tentativa de suicídio leva o profissional (médico, enfermeiro, psicólogo) a experimentar variadas emoções, “[...] a entrar em contato com seus próprios questionamentos, angústias, dúvidas, sentimentos, muitos dos quais são deixados de lado, guardados em algum compartimento para não serem mexidos” (SANTOS, 2008, p. 119). Devido a isso, nota-se a importância da formação, da capacitação e do trabalho psicoterápico individual, do profissional que for

trabalhar com clientes com demandas diversificadas, inclusive aquelas que vão de encontro a questões pessoais.

De acordo com Cassorla citado por Loureiro (2006), o comportamento suicida provoca nos médicos e enfermeiros uma violência, ou seja, esses profissionais sentem-se agredidos, o que, em parte, explica a dificuldade em trabalhar com uma pessoa que apresente um risco de comportamento suicida. Outra questão que pode dificultar a comunicação entre esses profissionais e o suicida decorre do confronto que o suicídio gera, de ter que lidar com a impotência humana frente à morte e a consciência da própria finitude.

Entre a própria equipe de saúde, que engloba além de médicos e enfermeiros, psicólogos e nutricionistas, por exemplo, nem sempre a comunicação é uma tarefa simples, uma vez que essa equipe é composta por diversos profissionais, cada um com sua especialidade e opinião divergente acerca de determinado assunto. O suicídio é um desses temas que concentra uma diversidade de opiniões, inclusive opiniões enraizadas em questões religiosas. Os profissionais de saúde são preparados para salvar vidas e ao se confrontarem com pacientes que tentaram tirar suas vidas precisam saber lidar com seus próprios conflitos (FERREIRA; GABARRA, 2013).

De acordo com Santos (2008), essa equipe pode se sentir agredida pelo paciente que tentou tirar a própria vida, uma vez que sempre foi incentivada e capacitada a salvar vidas. Com os avanços da medicina, criaram-se recursos tecnológicos modernos para salvar e prolongar a vida. A atitude de uma pessoa que “não quer” mais viver se confronta com a formação e o trabalho de médicos e enfermeiros. Assim, torna-se possível compreender a reação desses profissionais que se sentem frustrados e impotentes frente a pessoas que tentaram suicídio.

Conforme Ferreira e Gabarra (2013), a hostilidade dos médicos e enfermeiros que atendem pessoas que tentaram suicídio se torna explícita dentro do ambiente hospitalar, uma vez que o ato pode ser percebido como uma forma de “chamar a atenção”. Além disso, em razão da extensa carga horária de trabalho e a grande espera de pacientes para serem atendidos, os profissionais tendem a dirigir atitudes agressivas aos pacientes que tentaram tirar a sua vida, enquanto existem tantos outros seres humanos lutando por ela.

Ao chegar ao pronto-socorro após uma tentativa frustrada de suicídio, a pessoa é atendida pelo médico plantonista que avaliará o estado em que ela se encontra. Após análise do caso, serão acionados os profissionais que contribuirão para a recuperação do paciente, que podem ser: Neurologistas, Psiquiatras, Cirurgiões, Gastroenterologistas, Enfermeiros, Psicólogos. Cada um desses profissionais possui uma formação específica, a qual pode não ter con-

siderado a temática do suicídio. Esse fator, acrescido dos valores culturais e pessoais, pode justificar a dificuldade dos profissionais em lidar com pessoas que tentaram suicídio.

Em um pronto-socorro chegam demandas das mais diversas possíveis: atropelamentos, ferimentos, espancamentos etc. A tentativa de suicídio é percebida apenas como uma das muitas formas que a violência se apresenta ao hospital. Ao médico cabe a tarefa de tratar o organismo adoecido. A “dor da alma” pode não ser analisada e o desespero em que muitas vezes o paciente se encontra pode não ser considerado como real. Assim, percebe-se a necessidade de refletir com a equipe médica o significado do suicídio na condição humana para que ela possa ser mais efetiva no atendimento a pacientes que tentaram o autoextermínio (ANGERAMICAMON, 2003).

De acordo com Rigo (2013), são muitos os casos de tentativa de suicídio que fazem parte da rotina emergencial de hospitais gerais, o que incomoda alguns profissionais. Isso pode ser percebido no relato de um médico que atendeu um paciente que tentou suicídio: “Você não queria morrer, só está querendo atrapalhar o meu plantão. Olha aqui, da próxima você faz o seguinte: se joga do Elevador Lacerda⁴, que é tiro e queda!” (RIGO, 2013, p. 36). Nota-se que essa intervenção é totalmente inadequada, ela aponta o desconforto do médico frente àquela pessoa que contraria a ordem de sua profissão, desconsiderando sua importância e tornando-o dispensável; o médico se encontra frente a uma situação com a qual ele não sabe lidar. Ao receber um comentário dessa natureza, o paciente pode perder ainda mais o sentido de sua vida. Dessa forma, para o médico citado, o suicida é aquele que incomoda por ignorar o preestabelecido pela ordem médica.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000) estabelece que ao atender um paciente após tentativa de suicídio, o médico precisa dedicar um tempo adequado para o mesmo, ainda que muitos outros pacientes estejam aguardando na recepção. O médico deve apresentar uma vontade de compreender o paciente para que se estabeleça um relacionamento satisfatório com o mesmo. Nesse momento, questões diretivas no início das entrevistas não se tornam úteis. Comentários que facilitem a liberdade de expressão do paciente podem ser mais benéficos. Contudo, considera-se que a escuta com empatia deve ser o passo mais significativo na diminuição do nível do desespero suicida.

Em relação ao trabalho do enfermeiro, percebe-se que em alguns casos, esses profissionais trabalham de forma preconceituosa. Embora o profissional de enfermagem apresente

⁴ Elevador Lacerda: Criado pelo comerciante Antônio de Lacerda, foi inaugurado em 1873. Esse foi o primeiro elevador do mundo a ser utilizado para o transporte de pessoas, sendo o mais alto desse tipo quando inaugurado. O elevador está localizado na cidade de Salvador-BA, possuindo 72 metros. (ELEVADOR LACERDA, 2014).

dificuldade em assumir a sua própria resistência ao atendimento de pessoas com tentativa de suicídio, sabe-se que elas existem, uma vez que não se trata de cuidar de uma vítima ou de um corpo adoecido. Devido à aparente intencionalidade do ato suicida, isso abala a noção de cuidado a um ser fragilizado. “Nesses contextos, o cuidado é substituído, muitas vezes, pela negativa em cuidar, por imprimir sofrimento e dor ou mesmo punir os usuários” (MACHIN, 2009, p. 174).

Segundo pesquisa de Machin (2009), que entrevistou enfermeiras acerca dos pacientes com tentativa de suicídio, concluiu-se que há muitos casos de preconceito por profissionais de saúde no atendimento a essas pessoas em emergência. Esse preconceito se ameniza quando as razões que justificam o ato são relacionadas a mulheres em depressão pós-parto, pacientes HIV positivo e alcoolistas.

Diante do que foi apresentado, percebe-se que o ato do suicídio é considerado, na visão de alguns médicos e enfermeiros, como legítimo; já em outras situações, em razão do que levou a pessoa a cometer o ato, esse passa a ser visto como uma simples forma de chamar a atenção. É importante destacar que, de um ponto de vista psicológico, o que é considerado socialmente como uma forma de chamar a atenção deve ser percebido como um pedido de ajuda de uma pessoa que vivencia um profundo sofrimento. Contudo, deve-se refletir se é a razão de um ato que o torna legítimo perante aos olhos dos outros ou o intenso sofrimento e a perda de sentido da vida que cada pessoa experiencia em sua singularidade. Dessa forma, percebe-se que o que tem sentido para uma pessoa pode parecer insignificante aos olhos do outro, levando assim os profissionais a não distinguirem os seus valores dos do paciente.

De acordo com Avanci e outros (2009), o trabalho do enfermeiro deve consistir no desenvolvimento de uma relação profissional empática. É necessário ouvir o paciente para entrar no mundo dos seus sentimentos e percepções pessoais, aceitá-lo em sua totalidade, admitir seus desvios de comportamento e incentivar suas atitudes positivas. Compreender o outro, no presente momento, em seu processo de transformação, é uma maneira de demonstrar respeito e compreensão. Assim, o enfermeiro, comprometido com o paciente sob seus cuidados, constitui uma aliança terapêutica por meio de seu relacionamento com o paciente, e pode ajudá-lo a sair amadurecido desse acontecimento. “A relação de ajuda é um instrumento essencial para o planejamento do cuidado e a humanização da assistência” (AVANCI et al, 2009, p. 4).

O ser humano deve ser considerado em sua totalidade. Contudo, os profissionais especializam-se, tornam-se conhecedores de uma parte específica do ser humano (parte física, biológica, psíquica, social, espiritual etc.). Dessa forma, percebe-se a importância do trabalho

multiprofissional, pois a soma das especialidades é que possibilitará o trabalho com o todo, a pessoa. As partes podem ser estudadas separadamente, entretanto nunca compreendidas em sua totalidade se não estiverem juntas, isto é, o todo é maior que a junção das partes. “Uma pessoa que necessita de cuidados médicos precisa também ser ouvida e compreendida para ser tratada e cuidada. Não é possível tratar sem ouvir e cuidar sem compreender” (SANTOS, 2008, p. 119).

E o trabalho do psicólogo no ambiente hospitalar? Ele consiste em compreender os aspectos psíquicos e psicossociais do ser humano, com o intuito de prestar assistência ao paciente, contribuindo também para uma melhora na relação profissional-paciente e desenvolvimento de ambientes humanizados.

Pode-se concluir, em relação ao trabalho multidisciplinar nas emergências de Pronto-Socorro, a dificuldade que, principalmente médicos e enfermeiros, apresentam ao lidar com a demanda de autoextermínio, uma vez que, na maioria dos casos, não conseguem compreender racionalmente o sentido do suicídio para cada pessoa. Cada profissional possui sua forma particular de lidar com o autoextermínio, que depende de sua formação acadêmica e pessoal. Os registros na literatura destacam o trabalho hostil dos profissionais com as pessoas que tentaram suicídio, contudo, é importante não generalizar, levando-se em conta atitudes favoráveis desses profissionais.

5 O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO A PESSOAS COM TENTATIVA FRUSTRADA DE SUICÍDIO

Ao chegar ao ambiente hospitalar após uma tentativa de suicídio frustrada, o paciente é atendido pelo médico plantonista, o qual solicita o atendimento do médico psiquiatra e do psicólogo hospitalar, profissionais da saúde mental que avaliam o paciente e o acompanham durante a internação, conforme apontado anteriormente (TORO et al, 2013).

O atendimento psicológico com pessoas que tentaram o suicídio não se restringe apenas a elas, deve envolver também os familiares. Dessa forma, a família pode desempenhar o papel de apoio emocional e de segurança ao paciente. O atendimento psicológico com as famílias tem o objetivo de oferecer apoio emocional e orientações de como lidar com o paciente, tais como necessidades de apoio, vigilância e restrição de acesso a remédio e outras possibilidades letais (FERREIRA; GABARRA, 2013).

De acordo com Nogueira, Miranda e Ferreira (2008), ao trabalhar com a família, o psicólogo deve buscar compreender a dinâmica familiar, o ambiente e a configuração familiar

da infância e atual, sempre atento a manifestações de conflitos ou perdas familiares, problemas legais parentais, abuso sexual e/ou físico, violência doméstica.

A família é elemento essencial na questão do suicídio. O ideal é que ela fosse acompanhada em terapia conjunta ou individualmente. Contudo, isso raramente acontece, pois a família tem dificuldade em aceitar o problema, justificando que quem precisa de ajuda é quem quis se matar. Ao considerar que a família exerce grande influência sobre o paciente, deve-se buscar fatores de proteção tanto para o paciente, quanto para aqueles que o rodeiam, uma vez que eles podem colocar o tratamento em xeque. Outra consideração importante é que a família, muitas vezes, se sente culpada pela tentativa de suicídio de um de seus membros, o que aponta, mais uma vez, para a necessidade de trabalho com os familiares (SANTOS, 2008).

Em relação ao paciente, o primeiro atendimento psicológico vai ocorrer quando o mesmo estiver apto para tal. Sabe-se que, inicialmente, é preciso cuidar das questões orgânicas, principalmente aquelas que apresentam risco de morte iminente. O estado clínico implica uma recuperação das funções básicas do paciente, de acordo com os métodos utilizados para o ato de suicídio; por exemplo, ao ingerir comprimidos, só há condições de atendimento após a lavagem gástrica. Em casos de utilização de arma de fogo, as condições de atendimento, em sua maioria, são determinadas a partir de questões como possíveis cirurgias (ANGERAMI-CAMON, 2003).

Quando os pacientes apresentam dificuldade de locomoção em razão de fragilidade física ou sintomas adversos decorrentes do meio letal escolhido, os atendimentos psicológicos ocorrem geralmente no próprio leito do paciente. Se o paciente apresenta disponibilidade para locomover-se, é chamado a ser atendido em consultório ou sala da unidade de Emergência, local em que a privacidade é mais garantida; contudo, mesmo nesse ambiente podem ocorrer algumas interrupções no atendimento psicológico (FERREIRA; GABARRA, 2013).

No primeiro atendimento psicológico, o objetivo inicial é o estabelecimento de um suporte emocional para que o paciente possa, posteriormente, encontrar novas possibilidades e alternativas para a sua vida.

Nesse primeiro atendimento não se tem a pretensão nem a intenção de uma abordagem profunda no tocante aos problemas existenciais do paciente. Sabemos que nesse primeiro contato acenamos como uma luz de esperança no turvo de suas possibilidades. Muitas vezes, inclusive, somos uma ilusão tangenciada pela fé perceptiva desse paciente em desespero; uma proposta de atendimento mais abrangente não pode ficar restrita às limitações físicas impostas pelo atendimento realizado no hospital e mais especificamente, na maioria das vezes, nos corredores sombrios de um pronto-socorro. (ANGERAMI-CAMON, 2003, p. 102).

Dessa forma, ao psicólogo hospitalar compete a função da escuta, da compreensão, do acolhimento com o propósito de ajudar a pessoa nesse caminho, em seu processo de internação, de adoecimento. O psicólogo deve ser um facilitador do fluxo de emoções, reflexões, sendo o seu verdadeiro trabalho terapêutico o interesse pela atenção integral ao paciente (TORO et al, 2013).

O psicólogo, ao atender o paciente, deverá proporcionar apoio emocional, escutando-o com compreensão, empatia e respeito. Acima de tudo, não deve fazer julgamento de valor e caráter (NOGUEIRA; MIRANDA; FERREIRA, 2008).

A partir do que foi exposto, nota-se uma grande diferença entre a atuação do psicólogo e a dos demais profissionais de saúde (médico e enfermeiro) no que se refere ao atendimento às pessoas que tentaram o suicídio. Embora cada um seja formado em áreas do saber que apontam para cuidados distintos ao ser humano, existem princípios básicos que deveriam permear todas as profissões dessa área, não se restringindo somente ao psicólogo. Isso aponta para uma falha no processo de formação de médicos e enfermeiros e do próprio sistema de saúde que não oferece condições de capacitação profissional e oportunidades de processo psicoterápico aos profissionais para que esses não permitam que seus valores pessoais venham a interferir no cuidado ao paciente.

Tem-se como fundamental na compreensão das tentativas de suicídio a escuta da vivência única e particular de cada pessoa. O suicídio é um ato que tem como objetivo encontrar uma solução para o intenso sofrimento, sendo marcado por atitudes internas ambivalentes. Pois, ao mesmo tempo em que a pessoa deseja a morte, ela busca uma ajuda, um pedido de socorro que é realizado quando a pessoa não encontra mais sentido para a sua vida, quando o vazio existencial permeia sua alma (TORO et al, 2013).

O trabalho de um psicólogo hospitalar requer algumas características pessoais para que ele saiba lidar com as diversas questões que surgem no pronto-socorro de forma mais equilibrada e efetiva, em razão de sua prática ser permeada por mortes que, em alguns casos, ele presencia. Além disso, podem ocorrer situações de extremo desespero, questões profundamente existenciais, como a tentativa de autoextermínio. Diante dessas situações, o psicólogo deve apresentar um elevado grau de atitudes facilitadoras: consideração positiva incondicional, compreensão empática e congruência (COPPE; MIRANDA, 1998).

Além dessas atitudes, o psicólogo deve ter também bom senso, habilidade para lidar com incertezas e com o inusitado, tolerância à frustração e um bom embasamento teórico, para que possa atuar em consonância com a especificidade do que é ser um bom psicólogo hospitalar. Nesse contexto, trabalha-se com a urgência médica e com a emergência do pacien-

te como pessoa. “Por isso, cada situação nos põe em contato com o novo, o que exige de nós uma flexibilidade ao definir qual a ação mais efetiva em determinado momento, caracterizando a singularidade de cada atendimento” (COPPE; MIRANDA, 1998, p. 70).

Durante a assistência psicológica ao paciente, nota-se que os encontros possuem uma curta duração em razão do tempo de internação do paciente que gira em torno de quatro dias. A partir dessa questão, percebe-se que os atendimentos podem ser considerados uma forma de Plantão Psicológico, devido à brevidade do acompanhamento psicológico e por ele ser limitado à queixa (TORO et al, 2013).

A Abordagem Centrada na Pessoa, proposta por Carl Rogers, em decorrência de trabalhar com o conceito de facilitação, colaborou para o surgimento do Plantão Psicológico (MAHFOUD, 2013).

Nessa modalidade de atendimento, o psicólogo “[...] deve oferecer-se como alguém capaz de legitimar a angústia do cliente, por meio de atitudes terapêuticas que facilitem a busca pelos significados da experiência, ao atualizá-la para além das contingências que a vida impõe” (PERCHES; CURY, 2013, p. 187). Assim, o psicólogo deve estar atento e disponível, contudo, sem a expectativa de um novo encontro como premissa para a resolução do problema. Mahfoud (2013) ressalta que não se trata de fixar o limite com o paciente, porém de se ter consciência de que a possibilidade de ajuda se dá radicalmente no aqui e agora, o que pode provocar, tanto no plantonista quanto no paciente, o sentido de se implicarem efetivamente na elaboração presente, de se responsabilizarem pelo processo.

De acordo com Barreto citado por Toro e outros (2013), o Plantão Psicológico, por meio da escuta compreensiva, acolhe o sofrimento do paciente no momento em que esse busca ajuda, considerando o entorno sociopsicológico. Propõe acolhimento e cuidado, o que possibilita um atendimento imediato ao paciente e, se necessário, realiza-se encaminhamentos para a rede de apoio social.

Conforme indicam Nogueira, Miranda e Ferreira (2008, p. 331), o psicólogo deve “[...] compreender empaticamente o dilema existencial humano, escutando os sentimentos do paciente sobre a vida, sobre a morte, possibilitando que fale sobre suas emoções, sentimentos e sofrimentos e que reflita sobre a sua decisão de morrer ou de viver”.

A escuta deve ser a base de qualquer trabalho psicológico, é por meio dela que todas as intervenções se tornarão possíveis. Ao escutar a pessoa, de forma autêntica, após uma tentativa frustrada de suicídio, possibilita-se que ela entre em contato consigo mesma e que se encontre em meio a tanto sofrimento que vivencia, sendo o psicólogo um facilitador desse encontro.

O trabalho do psicólogo hospitalar, em situações de tentativa frustrada de suicídio, não deve se restringir ao atendimento às famílias e ao próprio paciente. O seu trabalho deve abranger também a equipe de saúde (médicos, enfermeiros e demais profissionais), tanto no que se refere à discussão interdisciplinar dos casos, quanto ao atendimento individualizado a esses profissionais.

Conforme apontado anteriormente, casos de tentativa de suicídio tendem a afetar, principalmente, médicos e enfermeiros, gerando sentimentos de impotência, frustração, fragilidade, desprezo etc. Contudo, deve-se trabalhar com essa equipe, para que as divergências não interfiram no cuidado a ser dispensado ao paciente e para preservar a própria saúde desses profissionais.

De acordo com Toro e outros (2013), a intervenção psicológica com os profissionais deve se basear na escuta, no acolhimento e na valorização da percepção desses. Por meio da escuta ao profissional, propicia-se “[...] uma oportunidade de nomear esse sentimento de impotência, tornando-se, inclusive, mais consciente dos sentimentos que acompanham essa sensação, como a raiva, por exemplo” (TORO et al, 2013, p. 416).

Além disso, quando médicos e enfermeiros se apropriam do incômodo de cuidarem de alguém que insiste em abandonar a vida, desconsiderando o empenho desses para salvá-la, esses profissionais podem ressignificar essa experiência de maneira que não lhes pareça uma perda de tempo, mas uma característica da população acolhida em decorrência do estado de vulnerabilidade psíquica em que se encontra. Dessa forma, esses profissionais têm a oportunidade de compreender as diversas tentativas pela percepção do paciente e não somente pelo seu próprio olhar, estabelecendo uma atitude mais empática (TORO et al, 2013).

Por fim, percebe-se que o trabalho do psicólogo é fundamental nos casos de tentativa de suicídio, uma vez que ele colaborará no atendimento ao paciente, à família e a própria equipe interdisciplinar. Além disso, optou-se em apresentar neste artigo a atuação do psicólogo pela vertente da Psicologia Existencial-Humanista, por se considerar essa abordagem a que permite uma compreensão mais autêntica do sofrimento existencial do ser humano. Contudo, cada psicólogo exercerá seu trabalho embasado na teoria que comunga, com intervenções semelhantes e outras divergentes, o que não significa que essas não sejam efetivas, apenas não foram abordadas neste trabalho, devido ao foco pela vertente Existencial-Humanista.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escrever sobre o suicídio não é uma tarefa fácil, pois remete à morte, tema percebido pela sociedade como um tabu, evitando-se falar sobre. A dificuldade de falar sobre a morte remete à dificuldade/ao medo do ser humano de se deparar com sua própria finitude. As pessoas vivem como se esse dia não fosse chegar, como se o corpo vivesse eternamente. Contudo, considera-se importante o diálogo acerca do tema, desde cedo, na família (primeiro meio socializador da criança), estimulando a criança a perceber a morte como um processo natural do desenvolvimento humano e não como algo misterioso e estigmatizado. As escolas também poderiam contribuir, ao acrescentar em suas grades curriculares, questões voltadas para a morte.

No que se refere ao suicídio, sua compreensão torna-se ainda mais complexa. Sabe-se que a morte é inerente ao ciclo vital do ser humano, contudo, a forma como essa acontece pode influenciar em sua compreensão e no processo de elaboração do luto dos familiares e amigos. Quando a morte acomete um idoso ou uma pessoa que sofre de uma doença crônica, a aceitação pode ocorrer de forma mais “serena”, uma vez que, no primeiro caso, tem-se uma expectativa de vida a qual já está se cumprindo, e no segundo caso, a morte vem em decorrência de uma doença, a qual com todos os avanços da medicina não se conseguiu controlar, isto é, fez-se o possível para a manutenção da vida.

No caso do suicídio, a pessoa busca a sua própria morte, ou seja, a morte é percebida como uma escolha perante as questões da vida. Diante desse ato, os familiares e amigos de pessoas que o cometeram podem se sentir culpados por não terem percebido que isso poderia vir a ocorrer, ou por terem ignorado os indícios apresentados pela pessoa, considerando apenas que se tratava de uma forma de “chamar a atenção”. Assim, a elaboração do luto se torna mais complicada, pois família e amigos acreditam que o suicídio poderia ter sido evitado.

Escrever sobre o suicídio é desgastante, pois não é prazeroso falar sobre a dor do outro. Contudo, ao tornarmo-nos capazes de sentir essa dor como se fosse nossa, o tema tornou-se instigante, estimulante, afinal, a motivação estava em buscar compreender como o psicólogo pode contribuir nessas situações, amenizando a dor do outro e ajudando-o a enxergar outras saídas em relação ao seu desespero, que não seja o suicídio.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **Suicídio**: Fragmentos da Psicoterapia Existencial. São Paulo: Pioneira, 1997.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **Psicoterapia Existencial**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. Suicídio Infantil: O desespero humano na realidade hospitalar. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (Org.). **A psicologia no hospital**. 2 ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003. p. 101-114.

AVANCI, Rita de Cássia et al. Relação de ajuda enfermeiro-paciente pós-tentativa de suicídio. **Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 5, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38686>>. Acesso em: 20 out. 2014.

BOTEGA, Neury. Comportamento suicida em números. **Debates Psiquiatria Hoje**, São Paulo, ano 2, n. 1, jan./fev. 2010. Disponível em: <http://www.abp.org.br/download/PSQ_Debates_7_Janeiro_Fevereiro_light.pdf>. Acesso em: 02 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do Suicídio**: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Organização Pan-Americana da Saúde, UNICAMP, 2006. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editora_cao.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2014.

BRASIL. Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. **Programa Nacional para a Saúde Mental**. (2013/2017). Disponível em: <<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

COPPE, Antônio Angelo Favaro; MIRANDA, Eunice Moreira Fernandes. O psicólogo diante da urgência no pronto-socorro. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. (Org.). **Urgências Psicológicas no hospital**. São Paulo: Pioneira, 1998. p. 61-80.

DUTRA, Elza. Pensando o suicídio sob a ótica fenomenológica hermenêutica: algumas considerações. **Revista da Abordagem Gestalt**, Goiânia, v. 17, n. 2, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672011000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 set. 2014.

ELEVADOR LACERDA. **Guia Geográfico Bahia Salvador**. Disponível em: <www.bahia-turismo.com/salvador/elevador-lacerda.htm>. Acesso em: 31 out. 2014.

FERREIRA, C.L.B; GABARRA, L.M. Pacientes com risco de suicídio: A Comunicação entre equipe, pacientes e familiares na unidade de emergência. **IV Congresso de Humanização Comunicação em Saúde**, PUC-PR, 2013. Disponível em: <<http://anais.congressodehumanizacao.com.br/files/2013/08/102013.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2014.

FRANKL, Viktor E. Conceitos fundamentais da Logoterapia. In: FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido**: Um psicólogo no campo de concentração. Tradução Walter Schluppe Carlos Aveline. 2 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1991.

GILES, Thomas Ransom. **História do existencialismo e da fenomenologia**. São Paulo: EPU, 1989.

LOUREIRO, Rodrigo Moura. Um possível olhar do comportamento suicida pelos profissionais da saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, abr./jun. 2006. Disponível em: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/xP/Meus%20documentos/Downloads/1622-5854-2-PB.pdf>. Acesso em: 21 set. 2014.

MACHIN, Rosana. Nem doente, nem vítima: o atendimento às “lesões autoprovocadas” nas emergências. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1741-1750, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500015>. Acesso em: 15 out. 2014.

MAHFOULD, Miguel. Desafios sempre renovados: plantão psicológico. In: TASSINARI, Márcia Alves; CORDEIRO, Ana Paula; DURANGE, Wagner Teixeira. (Org.). **Revisitando o plantão psicológico centrado na pessoa**. Paraná: CRV, 2013. p. 33-50.

NOGUEIRA, Eder Luiz; MIRANDA, Eunice Moreira Fernandes; FERREIRA, Maria Geralda. A busca da reconstrução do Ser após uma tentativa de auto-extermínio. In: ARAÚJO, Gilvan Ferreira de; RATES, Susana Moreira. (Org.). **Co-gestão e Humanização na Saúde Pública: experiências construídas no hospital Odilon Behrens**. Belo Horizonte: Assessoria de comunicação do HOB- Sigma Editora, 2008, p. 327-339.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. OMS, Genebra, 2000. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.4_por.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2014.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Prevención del suicidio: un imperativo global**. 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 15 ago. 2015.

PENHA, João da. **O que é existencialismo**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

PERCHES, Tatiana Hoffmann Palmieri; CURY, Vera Engler. Plantão psicológico em hospital geral. In: TASSINARI, Márcia Alves; CORDEIRO, Ana Paula; DURANGE, Wagner Teixeira. (Org.). **Revisitando o plantão psicológico centrado na pessoa**. Paraná: CRV, 2013, p. 177-194.

QUENTAL, Isabel de Araújo. **Tentativas de suicídio: construindo dispositivos de prevenção um desafio para o SUS**. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4144>. Acesso em 02 ago. 2014.

RIGO, Soraya Carvalho. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília: CFP, 2013. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/publicacao/suicidio-e-os-desafios-para-a-psicologia/>>. Acesso em: 02 fev. 2014.

ROCHA, Márcio Arthoni Souto da; BORIS, Georges Daniel Janja Bloc; MOREIRA, Virgínia. A experiência suicida numa perspectiva humanista-fenomenológica. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 18, n. 1, jun. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180968672012000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 set. 2014.

SANTOS, Ana Beatriz Brandão dos. Impacto do suicídio – ataque ao ser: pacientes, familiares e equipe de cuidados. In: KOVÁCS, Maria Júlia (Coord.). **Morte e existência humana: caminhos de cuidados e possibilidades de intervenção**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008, p. 112-125.

TORO, Giovana Vidotto Roman et al. O desejo de partir: um estudo a respeito da tentativa de suicídio. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 407-421, dez. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/viewFile/P.1678-9563.2013v19n3p407/6212>>. Acesso em: 21 set. 2014.

ZANA, Augusta Rodrigues de Oliveira; KOVÁCS, Maria Júlia. 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://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8598/6490>>. Acesso em: 20 set. 2014.