

Experiência de estudantes e preceptores do internato de medicina no atendimento à pessoa com comportamento suicida

Students and preceptors experience in a medical internship attending the person with suicidal behavior

Lucio Flávio Benini Lage¹, Deivisson Viana Dantas dos Santos², Sabrina Stefanello³

RESUMO

A relação médico-paciente nasce imersa na cultura e carrega construções que refletem valores de ambos os envolvidos. A clínica centrada na pessoa tem um dos pilares na empatia, que também abre caminho para envolvimento afetivo e juízos. No atendimento à pessoa com comportamento suicida, questões da relação médico-paciente parecem potencializadas. O ensino do tema se dá principalmente pela psiquiatria e se reflete no cuidado. Este artigo é resultado de um estudo qualitativo desenvolvido a partir de entrevistas com estudantes e preceptores do internato de emergência em uma Unidade de Pronto Atendimento de Curitiba. Os resultados mostraram que questões estruturais, afetivas, juízos, articulação da rede etc. impactam no manejo e no cuidado oferecido e que um lugar secundário é dado à escuta, à privacidade e à autonomia. Diante da alta demanda, poucos profissionais identificam a importância da urgência e da emergência na linha de cuidado do comportamento suicida. Modelos de relação aprendidos e reproduzidos, a falta de espaço de discussão das emoções envolvidas nesses atendimentos e de conceitos como acolhimento, integralidade, medicina centrada na pessoa e cuidado compartilhado também estão presentes. A articulação da rede praticamente não incluiu a Atenção Básica. O ambiente de formação, em uma perspectiva positiva, pode ser um ponto importante para a quebra desse ciclo.

Palavras-chave: Autoagressão. Educação médica. Preceptoria. Internato médico

ABSTRACT

The doctor-patient relationship is born in culture and reflects the values of both. Patient-centered care is built on empathy pillars that allow for affection and better judgments. In the care of a person with suicidal behavior, issues may arise from the doctor-patient relationship. Psychiatrists are the ones who teach this topic in medical schools and are the ones to determine the model of care. This qualitative research interviewed students and preceptors from internships in emergency care units located in Curitiba-PR. The results show matters related to structural weaknesses, affections, judgments, and training gaps that impact the offered care. A secondary role is given to listening, privacy, or autonomy. Even with high demand, professionals do not identify the role of the emergency department in providing care for suicidal behavior. Learned and reproduced relationship models, a lack of space to discuss emotions, and a deficit in basic concepts such as user embracement, comprehensiveness, person-centered medicine, and integrality in health are also present in the results. Health network articulation practically did not include primary care. The medical student training environment, in a positive perspective, can be an important point for breaking this cycle.

KEYWORDS: Self-injurious behavior. Medical education. Preceptorship. Internship and Residency

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: julho de 2021 – Aceito: setembro de 2021

¹ Fundação Estatal de Atenção em Saúde (FEAS). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0164-3863>. E-mail: luciolage@icloud.com

² Universidade Federal do Paraná (UFPR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1198-1890>

³ Universidade Federal do Paraná (UFPR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9299-0405>

INTRODUÇÃO

Ao longo do século XX e com maior impulso nos anos 70, a compreensão de uma lógica biopsicossocial no processo saúde-doença catalisa mudanças curriculares e estruturais na formação médica ao longo do mundo e em vários sistemas de saúde, incluindo o nosso SUS.¹ A atenção direcionada a esse “ecossistema” funda a “Clínica Centrada Na Pessoa” e abre espaço para uma compreensão mais ampla do usuário do sistema de saúde, mas também implica em mais envolvimento afetivo de ambos.^{2,3} A empatia é um dos seus elementos mais potentes, pois capacita o médico a se aproximar da experiência subjetiva de adoecer e a responder pela perspectiva do usuário.⁴ Ao quebrar a barreira do distanciamento, ela amplia o olhar do médico sobre o paciente e, justamente nesse movimento, abre espaço para mais envolvimento afetivo e juízos.⁵ É tarefa do processo de formação de um médico desenvolver habilidades de constituir vínculo e acolher, respeitando a complexidade e a singularidade das pessoas acolhidas por esse profissional.

A despeito de haver muita literatura sobre a relação profissional de saúde-usuário sob o ponto de vista das atitudes – decisões e práticas assistenciais –, o tema dos juízos e dos afetos envolvidos nelas geralmente é secundário ou pouco abordado nos estudos.⁶⁻¹¹ Lidar com esses juízos e as reações afetivas negativas que surgem exige inteligência e estratégias emocionais por parte do profissional.⁵ Atitude, por conceito, seria um “comportamento *ditado por disposição interior*; maneira, conduta”¹². Daí partiu a ideia de utilizar o tema do comportamento suicida para conhecer operações internas e seus impactos no manejo a partir da formação médica.

Estudos direcionados ao usuário com comportamento suicida que procura o serviço de saúde descrevem, principalmente, experiências negativas relatadas como um “ritual de humilhação”.^{13, 9} Os relatos circulam em torno das atitudes dos profissionais ou apenas como uma experiência subjetiva negativa.¹⁴ A literatura sugere que as experiências, impressões e juízos pessoais de profissionais e usuários têm influência significativa nesse cenário de atendimento, aparecendo em relatos de ambos, e é chave na compreensão de um cuidado ampliado e centrado na pessoa.^{10, 11}

O estigma presente tanto na população geral quanto nos profissionais de saúde está relacionado à iatrogenia presente nesses atendimentos.^{15, 16} Observam-se nos profissionais uma atitude negativa, um comportamento inadequado e uma falta de empatia.¹⁷ Capacitar profissionais no manejo de pacientes com comportamento suicida é estratégia importante na prevenção do suicídio.⁸ O ambiente de discussão do atendimento também pode se tornar um importante ambiente de capacitação, de promoção e de prevenção em saúde.

A falta de estudos e de capacitação de médicos e estudantes de medicina ao final da formação tem papel relevante na evitação e na incapacidade de interrogar esses pacientes.¹⁸ Na formação médica tradicional, o ensino do tema se dá basicamente pelo paradigma do saber psiquiátrico, com reduzida ou nenhuma participação de outras áreas de saber. Duas falhas básicas podem nascer já a partir daí: interrogar diretamente o paciente como se faz com outros sintomas, lavagem e a ideia de que o tema do suicídio só diz respeito aos pacientes da psiquiatria.¹⁹

Nesse sentido, a formação médica deve incluir um ambiente de discussão das experiências pessoais e seus impactos no aprendizado, as frustrações, as angústias e os limites pessoais, a fim de não se transformar em um ambiente de opressão e de perpetuação de estigmas e preconceitos. O processo de formação de um médico deve juntar às habilidades do estudante a capacidade de julgar seu próprio potencial e de reconhecer expectativas irreais sobre os limites da atuação médica.²⁰

Este artigo nasce de um trabalho de conclusão de mestrado profissional – Profsaúde. Chama a atenção como, mesmo diante de alguns avanços no processo de formação médica nos últimos anos, alguns temas básicos, como acolhimento, integralidade, medicina centrada na pessoa, cuidado multidisciplinar compartilhado, a APS como porta de entrada e grande articuladora da rede etc., ainda são frágeis na prática dos profissionais avaliados. Chama a atenção também como as emoções diante da atuação do dia se mantem subvalorizadas e têm grande potencial para estudos e intervenções.

MÉTODO

Trata-se, aqui, de um estudo exploratório com abordagem qualitativa em que foram entrevistados estudantes e preceptores do internato do último ano de medicina em um estágio de urgência e emergência que acontece em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) de Curitiba, PR. O pesquisador principal era preceptor do mesmo estágio, que tem duração de 8 semanas com carga horária de 30 horas semanais divididas entre os setores da UPA: consultórios, sala de observação e sala de emergência.

Para o recrutamento dos estudantes participantes, os colegas preceptores do internato eram apresentados ao objeto do estudo e convidavam os alunos que atenderam pessoas com comportamento suicida no estágio a participar da pesquisa. Os nomes e contatos dos que aceitavam o convite eram encaminhados ao pesquisador. O pesquisador, então, formalizava o convite e agendava a entrevista. Os preceptores eram convidados posteriormente por *e-mail*. Na sequência, eram acordados entre o pesquisador e o participante, via WhatsApp®, a data e o horário das entrevistas. Uma versão eletrônica do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) era encaminhada aos participantes para a concordância.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná e aprovada (número do parecer: 3.780.166).

Os participantes encaminhados pelos preceptores assim como os próprios preceptores cumpriram os critérios de inclusão que eram: ter mais de 18 anos de idade, atuar no internado de urgência e emergência do último ano do curso de medicina, ter atendido algum paciente que deu entrada no serviço de emergência por comportamento suicida e aceitar o convite do pesquisador. Não houve nenhum ressarcimento financeiro aos participantes. Nenhum participante encaminhado foi excluído. Todas as entrevistas aconteceram através do aplicativo de webconferência Zoom® e tiveram apenas os áudios gravados. As entrevistas foram abertas, com perguntas disparadoras a fim de nortear a conversa na direção do objeto de estudo. O tempo de entrevista não excedeu a uma hora.

O roteiro da entrevista tinha perguntas que visavam aproximar os relatos da experiência percebida, seus significados e repercussões para o sujeito participante. Após a transcrição em Word®, as entrevistas foram lidas várias vezes e preparadas para a análise: primeiro retirando-se trechos inespecíficos e vícios de linguagem, visando limitar o texto a trechos que remetessem à experiência do participante e a todas as suas percepções; depois foi criada uma tabela em Excel® agrupando os relatos semelhantes na tentativa de organizar o material em núcleos argumentativos e, esses, em categorias.

Os núcleos argumentativos foram criados a partir de palavras presentes nas narrativas e depois agrupados por semelhança em categorias: “A Experiência de atendimento na Urgência/Emergência” = sentimentos (afetos) em relação ao atendimento; “Condições e Ambiente de trabalho” = referências ao processo de trabalho, espaço físico e tempo; “Manejo” = acolhimento, referências ao estigma, encaminhamentos (condutas adotadas); “Formação Médica” = referências à formação médica e ao tema.

A análise dos dados usou o referencial da hermenêutica de Paul Ricoeur²¹, que leva em consideração a relevância das relações entre a narração e o tempo vivido; entre a consciência da experiência e a experiência em si: “toda história é narrativa” e por isso, não podemos dissociar o fato do contexto do narrador, sua biografia, seu tempo político.²²

O trabalho da interpretação passa, necessariamente, pela compreensão do contexto e de elementos primários da narrativa:²² os tempos: *lógico* (cronológico, da natureza), *da experiência* (interior, subjetivo), *da consciência* e o *tempo político*; o *fato ou o evento* – que “é tudo que produz narrativa”: o atendimento a pessoas com comportamento suicida funciona como gatilho para narrar outros fatos como a relação médico-paciente, a relação entre profissionais, a relação entre profissionais e a rede de atenção, entre ensino e serviço etc.;²³ o *sujeito* que conta um evento – evolução indissociável de sua própria biografia: experiências, cultura em que cresceu, vocabulário emocional e de palavras, visão do mundo

etc.; o *discurso* – produto da relação entre a experiência e a consciência da experiência expresso em linguagem.

Narrar é discorrer e entrelaçar significados: “a ação encontra sua carne no discurso”.²¹

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

Participaram do estudo seis entrevistados no total. Três, todas do sexo feminino, eram estudantes do curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná no Internato de Urgência e Emergência que, na instituição, acontece dentro do Internato em Saúde Coletiva. Os preceptores participantes, também três, eram dois do sexo feminino e um do sexo masculino, com especialidades médicas distintas, mas atuando em estágio de Urgência e Emergência em UPAs da cidade de Curitiba, onde se recebem os alunos. Estudantes estão designados pela letra “E” e preceptores por “P”. Para cada participante, a fim de manter uma linha de compreensão da narrativa, os trechos que pertencem a um mesmo período da fala, estão isolados por colchetes.

Atenção ao comportamento suicida e sua relação com o ambiente de trabalho

Em resposta à pergunta “*O que você achou do atendimento que esse paciente recebeu?*”, aparecem tanto impressões gerais sobre o cuidado oferecido aos pacientes com comportamento suicida quanto questões relacionadas às condições na UPA, como o tempo disponível, o espaço físico, a disponibilidade de profissionais e a capacidade desses profissionais no cuidado desses pacientes. Sobre o tempo disponível, é tema comum a muitos participantes, que destacam tanto a demanda por parte do paciente quanto a impossibilidade por parte de quem atende, sendo, essa última, atribuída ao próprio ambiente da urgência. Destaca-se também uma reação negativa por parte dos outros profissionais em relação àquele que se dispõe ou dispensa tempo à escuta.

P2: [“O problema é que o atendimento da UPA é muito rápido, a gente não tem tempo pra ouvir.”]

P3: [“Se eu paro pra conversar, todo mundo já pega no meu pé: 'ah você é muito simpática!'.”]

Sobre o espaço físico, as observações estão ligadas à falta de espaço ou lugar específico para o atendimento dessas pessoas e à falta de privacidade. Os impactos mencionados foram “desconforto” e dificuldade de escutar. Aparece também a percepção de que a UPA não é lugar para esse tipo de atendimento e deveria estar ocupada com demandas “do corpo”.

E2: [“os pacientes não têm privacidade... está me contando a vida, como tinha tentado suicídio e o do leito do lado ficava ali ouvindo, olhando pra pessoa”]

E3: [“Foi desconfortável para mim perguntar essas coisas pra ele no meio de várias pessoas passando, vários pacientes ali do lado... por todas essas condições, a equipe fica um pouco estressada de ter um paciente desse pra atender. ”]

Sobre a equipe de trabalho, foram levantados pontos relativos à sua composição, devido ao número reduzido de profissionais em face da demanda e da sobrecarga de serviço; à sua composição por perfis de afinidade, habilidades ou experiência com o atendimento a pacientes com comportamento suicida (muitas vezes referidos e agrupados como “pacientes da saúde mental”); e à sua composição deficitária do ponto de vista multidisciplinar.

E1: [“Eu senti falta de um psicólogo ali... Ele poderia fazer uma abordagem um pouco melhor, pois tem mais noção, tem mais treinamento e lida de outra forma. ”]

E3: [“uma equipe multidisciplinar atuando junto nesses casos ia fazer total diferença... pelo menos se eles não resolvem agora, conseguem criar um laço com a família e com as pessoas próximas. ”]

P2: [“os médicos que trabalham em UPA, ou não têm essa habilidade pra tratar desses aspectos psiquiátricos ou não gostam desse tipo de pacientes e acaba tratando com falta de sensibilidade, de empatia. ”];

O despreparo – no sentido da falta de treinamento específico, habilidade – aparece para justificar a necessidade de intervenção de outros profissionais e de se alterar a própria forma como, principalmente, o profissional médico aborda esses pacientes. Dessa forma, a demanda nesse campo de saúde mental foi apontada por todos os entrevistados como uma atribuição de outros profissionais, mas nunca do profissional médico.

Com respeito à percepção geral do cuidado oferecido, chamam a atenção alguns relatos que qualificam objetivamente o cuidado oferecido como deficiente, como “descaso”. Observa-se, também, nesses atendimentos, uma separação do olhar clínico geral daquele voltado às condições mentais. Outra questão levantada foi a ideia de efetividade da intervenção clínica isolada para “resolver o problema” como se faz em condições de emergência.

E3: [“Falta preparo meu e da equipe. Apesar de lidarem bastante com esses casos, pareceu que, de forma geral, a equipe não consegue encarar esses pacientes da mesma forma que encarava os outros e então pareciam ‘pacientes problema’. ”]

Ao contarem suas experiências sobre esses atendimentos, os participantes nomearam diversos sentimentos em resposta à pergunta: *Como foi para você o atendimento desse paciente?* Eles nem sempre aparecem nomeados e foram descritos pelos entrevistados às vezes pela percepção de si – referidos em primeira pessoa –, às vezes no atendimento de forma geral. Nas narrativas, demonstraram medo, raiva, tristeza, angústia, pena. Às vezes falavam em termos técnicos – tais como transferência, contratransferência, dessensibilização, identificação, percepção de certa resistência etc. – ou diziam que

não gostavam de atender esses pacientes.

E1: [“Eu tive um pouco de contratransferência com ela porque estou em um momento parecido em que não consigo trabalhar ou ir embora de casa”]

P1: [“Sendo sincero, não é das coisas que eu mais gosto de atender. ”], [Impotência é o sentimento que melhor define. Eu falei compaixão, mas é impotência. ”], [“Às vezes a gente nem vê onde que começa a transferência... onde que acaba a empatia e começa a se identificar com o paciente. ”]

P3: [“Dá uma contratransferência muito ruim: Que saco!]

A busca por justificativas, motivações ou explicações é um discurso recorrente dos participantes, que parecem tentar associar o comportamento suicida a um diagnóstico ou à inabilidade para enfrentar os problemas, falta de fé etc.

E3: [“Para evitar o julgamento eu olho e penso - ele tem uma doença psiquiátrica... ou ele está com depressão”.]

P3: [“mas o problema é muito grande, a raiz é muito funda pra gente tentar achar um pontinho assim. ”]

Manejo do comportamento suicida no campo formativo

Esta categoria reúne os relatos que apontam para como os participantes narram o manejo dos usuários com comportamento suicida nos cenários de prática: a abordagem inicial (acolhimento); os elementos da história clínica e do exame físico tomados em conta nas condutas; os julgamentos que levam a atitudes punitivas, por exemplo, práticas que visam “educar” esses usuários; e os encaminhamentos propostos:

E3: [“A gente chega ali, do nada, começa a fazer perguntas... é muito difícil atender sem parecer que está julgando, perguntar sem parecer que está julgando. ”];

P1: [“O pessoal gosta de fazer a lavagem terapêutica educativa, mas é um negócio que eu acho meio duvidoso. Não precisa fazer, mas vão fazer porque a pessoa vai pensar duas vezes antes de fazer de novo... a gente vê bastante nas UPAs. ”]

P3: [“Eu percebo uma cultura muito feia na equipe, que é aquela lavagem gástrica educacional, pra não fazer mais’. ”]

Sobre acolhimento dos casos pelos estudantes e as primeiras impressões, aparecem, por questões variadas, muitas referências ao lugar secundário dado à escuta: falta de espaço e privacidade; preconceitos quanto à “capacidade de se comunicar” do “paciente psiquiátrico”; e até a impossibilidade de comunicação por desconhecimento da língua como no trecho abaixo.

E1: [“Tinha um paciente haitiano que não parava de gritar e a gente não conseguia conter com nenhuma medicação. A contenção química dele não estava funcionando. E ele não sabia falar a nossa língua. ”]

Em um dos relatos, observamos uma abordagem diferente: a estratégia adotada foi a partir de uma pergunta mais aberta que buscava compreender a situação a partir da perspectiva do paciente. O mesmo participante apontou que a abordagem pode ser equalizada de acordo com a gravidade da apresentação e a necessidade de cada caso:

P3: [“Eu pergunto 'o que você achou que o remédio ia fazer no seu corpo?'”, [“Eu recebo bastante tentativa grave e mesmo se o paciente tá lúcido, a gente nem aborda porque fez, quem fez. A gente: 'ah vamos abrir o pulmão tem que fazer uma cirurgia'. ”]

Sobre os encaminhamentos dados aos casos, os participantes citam o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou o Hospital Psiquiátrico. Em parte dos casos, o encaminhamento visa dar ao especialista a decisão sobre a alta, e há dificuldade da rede em absorver casos mais complexos. Há uma recorrência nas falas sobre o local para o cuidado de uma pessoa com comportamento suicida ser um serviço sempre especializado. A atenção básica não foi citada em nenhuma entrevista.

E2: [“Tem pouco hospital psiquiátrico e não tem vaga pra todo mundo. Demos alta, mas não era o certo... ela teve duas tentativas em 25 dias. Ela foi pra casa. Ajustamos a medicação e marcamos pela UBS. ”];

P2: [“Eu tento que os alunos tenham o entendimento que é preciso respeitar o tempo das coisas, encaminhar ao psiquiatra, pois nós não somos psiquiatras para liberar o paciente... eles vão se formar médicos generalistas... liberar é perigoso porque clinicamente é um paciente que você olha e está bem. ”]

Os participantes apontaram também para uma sobrecarga do sistema e a “falta de leitos”, incluindo os CAPS. A ideia de que o comportamento suicida é um “problema” difícil de ser abordado ou resolvido por uma certa incapacidade (inabilidade) do profissional ou serviço é recorrente.

P3: [“Eu não sei o quanto a rede inteira está sobrecarregada ou se é pouca avaliação, o quanto é muitas pessoas precisando do sistema, o quanto o sistema é pequeno mesmo... ou o quanto é pouca avaliação... vendo todo o resto do sistema – hemodiálise, câncer, maternidade, pré-natal –, na parte de saúde mental, o negócio é muito menos, é muito falho”.]

A formação médica, o contexto do cuidado às pessoas com comportamento suicida e o cenário de prática da Urgência e Emergência

Nesta categoria, são apresentados trechos dos relatos dos preceptores que relacionam o campo de estágio e o modelo de cuidado com a formação médica:

P1: [“É que os alunos são uma esponja e então pegam todas as coisas boas e pegam coisas ruins também... acaba dominando o que o pessoal da UPA gosta de fazer e terem um aprendizado ruim, de pegar essa parte, o vício, a antipatia do paciente psiquiátrico”.]

No trecho a seguir o preceptor mostrou como faz para sensibilizar os estudantes com o contexto individual e social da pessoa em atendimento e melhorar a abordagem:

P3: [“contar uma história: perdeu o emprego, a mulher deixou, perdeu a mãe, começou a beber e se jogou do viaduto. E falo: 'e aí então você chega no hospital e é tratado assim, assim, assim'. Ajudou? Não. Só vai piorar, vai só deixar a pessoa mais pra baixo ainda... e é isso que a gente vê todos os dias nas nossas emergências”.]

A seguir, como a presença e observação dos estudantes impactou a atenção de um preceptor às próprias práticas:

P3: [“Tenho mudado isso pelos alunos ... eu não podia falar pro aluno 'passa a sonda no nariz que ele vai aprender, vai ficar com medo da sondagem' e eu tive que começar a me policiar muito mais”.]

DISCUSSÃO

Um aspecto importante do estudo é a influência dos cenários de prática na formação médica. Deparar-se com pessoas que tentaram suicídio em uma UPA leva a práticas assistenciais que não parecem muito adequadas, tendo-se em vista o campo da formação dos estudantes. Questões básicas relacionadas à estrutura e ao ambiente, como tempo, espaço, privacidade, equipe disponível e capacitada, foram enumeradas pelos participantes como fatores que influenciam na qualidade da atenção prestada e estão em concordância com outros estudos.^{16, 24}

Os profissionais da sala de emergência têm piores atitudes em relação ao paciente com comportamento suicida quando comparados aos da terapia intensiva, por exemplo, e o fato de serem treinados para abordar questões somáticas, a pressão do ambiente e a falta de “feedback” quanto às próprias práticas são fatores associados a tais atitudes.²⁵ A capacitação dos profissionais dos serviços de emergência tem grande impacto. As intervenções devem se fundamentar na empatia, na melhor evidência e em uma abordagem colaborativa: foco em ajudar os pacientes a reconhecer as crises (sinais de alarme) e interromper os pensamentos, manter acompanhamento, acionar contatos de emergência e dificultar o acesso aos meios.²⁶

Entender os desafios que o campo de prática da urgência e emergência impõem ao atendimento mais acolhedor é fundamental para a compreensão da influência do manejo nesses cenários no aprendizado dos estudantes. Nos serviços de emergência, o paciente de tentativa de suicídio é muito impopular entre os profissionais médicos. Até mesmo os profissionais mais calmos podem se tornar irritados e agressivos diante deles.^{6,13} Sentimentos como irritação, pena, medo, raiva, desconfiança, sensação de ser manipulado, compaixão, impotência, desesperança, incapacidade, transferência e contratransferência apareceram nos resultados. Aparece também nas entrevistas que o estudante sente frustração ou incapacidade de ajudar, pois identifica que a vida da pessoa é difícil e sem perspectiva e que são muitas as esferas relacionadas ao nosso bem-estar. Nesse momento, observa-se, de maneira

recorrente, a necessidade de encaminhar o paciente, de preferência, ao especialista como solução fácil para a situação.

Comumente os profissionais sentem-se despreparados para o manejo de pessoas que têm comportamentos suicidas e expressam a necessidade de capacitação adicional. Esse despreparo parece estar relacionado a seus sentimentos e atitudes negativas, e o treinamento tem potencial de impactar as atitudes desses profissionais positivamente.¹⁰ Revisões de literatura mostram que capacitações, políticas públicas e elaboração de protocolos aumentam o conhecimento e a confiança dos profissionais e o cuidado desses pacientes.¹⁴ O “paciente difícil” parece ser aquele que não valida o profissional médico como efetivo, hábil ou capaz.

Outro aspecto importante nos serviços de emergência clínica geral é que os profissionais desses serviços insistem em acreditar que esse não é o “lugar” de acolhimento e escuta desses usuários. O departamento de emergência incorporou uma ideia de existir para atendimento rápido, com tecnologias sofisticadas e com protocolos e resultados claros e que a pessoa com comportamento suicida demanda tempo e paciência, comprometendo o tempo disponível para outras condições clínicas.¹³ Profissionais de emergência, imersos em uma construção cultural de “evitar a morte”, tendem a fazer distinção entre necessidades legítimas e ilegítimas de cuidados de saúde nesse ambiente e não encaixam esses casos em suas listas pessoais de prioridades.¹⁴ Assim, é ensinado ao estudante que ali não é o local para acolhimento desse tipo de sofrimento.

No Brasil, o modelo de atenção à saúde mental, antes centrado em internações em hospitais psiquiátricos, evoluiu para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que tem na sua composição Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação.²⁷ Apesar de os participantes citarem o CAPS e a UBS, a RAPS não é compreendida a partir de sua estrutura ampla, com ponto central na APS. Ao contrário, essa última aparece apenas como mais um destino possível de encaminhamento do paciente. Seu lugar fundamental – físico e simbólico – de grande articuladora da rede não é mencionado.

O campo da Atenção Psicossocial no Brasil vive uma crise. Todo o caminho trilhado na direção de uma atenção à saúde mental descentralizada, territorial, comunitária, que garanta autonomia, inserção social etc. começa a ser desfeito em um “processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica”. É possível enunciar que essa crise se estende, além da Saúde Mental, ao enfraquecimento da política organizativa maior que é a Atenção Primária como um todo.²⁸ Em termos reais, o acesso é bem maior que a *quantidade dos serviços oferecidos* e guarda relações com fatores sócio-

organizacionais, geográficos, econômicos, psicológicos e, por conseguinte, é determinante da Integralidade, da Universalidade e da Equidade.

Nos resultados, profissionais como Psicólogos e Assistentes sociais apareceram nas justificativas como sendo os primeiros “mais capacitados para ouvir e triar” e os últimos, mais capacitados para “resolver os problemas” ou “fazer vínculo com a família”. Não aparecem, com clareza e força, expressões como “cuidado compartilhado” ou “atendimento multiprofissional em conjunto”. Dessa forma, a matriz de rede de cuidado articulado e interprofissional acaba, na prática, por não ser transmitida de forma concreta ao estudante. A articulação com a rede nos resultados – reduzida ao acionamento do CAPS – aparece visando livrar a UPA e os envolvidos da responsabilização com o cuidado, a vigilância e o seguimento, como evidenciado no discurso que afirma que o serviço não está qualificado para decisões nesses atendimentos, ou na falta de confiança no paciente: “não confio nesse paciente. Não tem como confiar e voltar pra casa tranquilo”.

Outro tema levantado pelos preceptores e estudantes é o da identificação – e o medo da identificação – com a pessoa com comportamento suicida. Expressões como *transferência*, *contratransferência*, *medo de aprofundar a entrevista*, *criar conexão profunda com o paciente*, aparecem comumente nas narrativas. Estudos mostram que a prevalência de transtornos mentais, incluindo o comportamento suicida, entre médicos é superior à encontrada entre a população geral.^{29, 30} Estudantes de medicina também podem estar identificados com o comportamento suicida. Entre eles, as taxas de suicídio são altas: de 9,8 a 41% das taxas de suicídio para mesma faixa etária na população em geral.³¹ Essa taxa começa a subir já na preparação para entrar no curso de medicina, aumentando com o avanço do nível acadêmico e alcançando níveis de 3 a 5 vezes superiores aos números relativos à população em geral, sendo maior também que em outros grupos acadêmicos.²⁹ Algum grau de estresse é normal na formação médica. Isso, apesar de poder ser motivador para alguns, em outros provoca sensação de medo, incompetência, ansiedade, inutilidade, raiva e culpa, podendo levar a adoecimento físico e psicológico.³²

Tais sentimentos podem estar relacionados com a imagem de onipotência que esse profissional tenha de si e do serviço de emergência. Mesmo diante de uma condição complexa, dita “como a ponta de um iceberg” ou “um problema muito maior”, o profissional imagina ter que dar conta sem se articular com outros profissionais ou com a rede. Quando o profissional identifica que a vida da pessoa é difícil e sem perspectiva, fica mais evidente que são muitas as esferas relacionadas ao nosso bem-estar (certa segurança financeira, ter emprego e satisfação com trabalho, relações sociais, relações afetivas, ter onde morar, o modo como você é visto socialmente, se vivencia preconceito ou sofre agressões cotidianas etc.). Aparece, portanto, a frustração ou sentimento de incapacidade de ajudar. O sentimento de frustração ou de impotência também pode se ligar a lacunas reais na capacidade de lidar com esses casos.

Usuários e seus familiares relatam que o estigma está presente já na triagem, onde não são levados a sério por não apresentarem um sintoma físico que aponte para alguma doença.¹³ Os serviços também sustentam o estigma de que esses pacientes são agressivos, apresentando comportamento bizarro e imprevisível.¹³ Crenças como a de que esses pacientes possam apresentar comportamentos bizarros e imprevisíveis bem como agredir ou ridicularizar os profissionais também sustentam os medos e a irritação, manifestando-se no “distanciamento”. A falta de confidencialidade e de tempo e a exposição são queixas recorrentes dos usuários atendidos com comportamento suicida e aparecem nos resultados, justificando a impossibilidade de escutar esses pacientes.¹⁵ Hadfield *et al.* (2009)³³ sugerem que atitudes dos profissionais, como manter distanciamento ou defesa, podem estar justificadas por eles tentarem se proteger de atitudes negativas, que poderiam ser disparadas ao longo do atendimento (“medo de perder a própria sanidade”). Profissionais com contato mais frequente com esses pacientes aparentam mais neutralidade e piores atitudes diante dos casos.^{9,24} Os autores ponderam ainda que esses profissionais espelham as respostas sociais e da cultura relacionadas ao comportamento suicida: isolar, “desempoderar”, tirar a autonomia e o controle do indivíduo. A cultura em que um sujeito está inserido é a base a partir da qual emergem posições, percepções, julgamentos, crenças, mitos e ideologias universais dentro dos limites dessa cultura.³⁴

Não ser acolhido pode aumentar a desconfiança a respeito dos serviços e a desesperança, mostrando que as experiências pregressas têm grande significado em como as pessoas que praticam autoagressão veem o cuidado que recebem.³³ Ações punitivas, mesmo sendo criticadas pelos preceptores participantes e contrariando diretrizes técnicas, foram observadas, como a passagem da sonda nasogástrica visando “educar” o paciente e, sob certa perspectiva, tentar silenciar sua voz e sua autonomia (“e se arrancar, passo de novo”). Vimos relatos claros como: “Não há acolhimento nenhum” ou “o acolhimento é péssimo”.

Hamaoka *et al.* (2007)³⁵ apontam a importância da discussão desses pontos na formação médica. Os autores encontram na experiência afetiva relatada pelos estudantes a partir do suicídio de um paciente duas direções: o aumento da atenção para prevenção, buscando-se sinais de risco em outros pacientes; e também relatos de ansiedade, tristeza, culpa, raiva, dor, frustração e identificação com pacientes.²⁰ O processo de formação, além de acrescentar habilidades técnicas, deve visar desenvolver a capacidade de julgamento sobre o próprio potencial e reconhecer expectativas irreais dos limites da medicina.

Os preceptores informam que estudantes funcionam como “esponjas” ao longo do internato, absorvendo bons e maus aprendizados. Não se pode ignorar a força já citada da experiência prática clínica. Cabe reforçar o lugar de destaque que merece o saber que nasce da experiência (por gerar reflexões conscientes sobre ela) e a atenção que esses estágios em serviço merecem.³⁴

Em relação ao tema da integração entre ensino e serviço, os preceptores citaram as dificuldades e limitações que enfrentam para intervir nas práticas assistenciais da UPA por estarem ali como “visitantes”. Essa situação reafirma a dificuldade que ainda existe na compreensão do SUS sobre seu papel fundamental na formação de profissionais da saúde.

Mesmo com a mudança que houve nos currículos das escolas médicas nos últimos anos, as questões subjetivas, de contexto individual e social do paciente, parecem mostrar a grande dificuldade dos estudantes e dos preceptores entrevistados em olhar para esses pacientes integralmente. Seria o paciente da Saúde Mental aqui representado no comportamento suicida aquele que mais coloca luz sobre o “Psi” e o Social? O modelo biomédico parece realmente – diante das observações do trabalho – confirmar seu papel relevante em reduzir a relação médico-paciente ao diagnóstico e ao tratamento.

A pandemia da COVID-19 teve impacto imediato na suspensão de todas as atividades práticas dos internatos, incluindo os de urgência e emergência. O bloqueio total do acesso dos alunos aos cenários de prática durou mais de 8 meses. Por isso, tomou-se a decisão de concluir o trabalho com o material obtido até então, o que limitou o estudo a um grupo de apenas 6 participantes – 3 estudantes e 3 preceptores. Por tratar-se de um trabalho de abordagem qualitativa, os resultados não podem ser generalizados.

CONCLUSÃO

No atendimento à pessoa com comportamento suicida, o cenário prático de uma UPA necessita atenção, pois ele é uma relevante porta de entrada do sistema para esses usuários. As fragilidades estruturais apontadas – espaço físico, ambiente, tempo, capacitação, pressão do sistema etc. – interferem no cuidado oferecido e no modelo assistencial que estudantes aprendem em seu período de formação. Percebemos, pelos relatos dos estudantes e dos preceptores, que existem questões afetivas (medo, insegurança, frustração, desconfiança, transferência, contratransferência, raiva, irritação) envolvidas nesses atendimentos. Elas impactam o manejo e parecem subvalorizadas, representando material potencial de estudo e de discussão no processo formativo. A articulação da rede, considerando-se a visão do cuidado compartilhado e integral, não aparece na percepção do grupo estudado: praticamente se limita ao CAPS e aos hospitais psiquiátricos, exclui a atenção primária em seu papel de grande articuladora do cuidado e transfere a outros profissionais a reponsabilidade da escuta, da orientação e do vínculo com o paciente e seus familiares. Adequações estruturais, tais como educação continuada, espaço de fala para os sentimentos envolvidos, atuação multidisciplinar para troca de saberes e experiências, parecem caminhos possíveis de melhoria na atenção ao comportamento suicida.

Nota

Este artigo se baseia na dissertação de mestrado *Experiência de estudantes e preceptores do internato de medicina no atendimento à pessoa com comportamento suicida*³⁶, apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família, no Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família - ProfSaúde, Departamento de Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

REFERÊNCIAS

1. Pagliosa FL, Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2008 [acesso em 2021 jun. 17]; 32(4): 492-499. <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022008000400012>
2. Figuera J, Saccol CS. A Transferência na Relação Médico/Paciente versus Analista/Analisando. *Revista de Psicologia da Imed*. 2009 [acesso em 2021 jun. 17]; 1(1): 4-9. <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v1n1p4-9>
3. Egnaw TR, Wilson HJ. Faculty and medical students' perceptions of teaching and learning about the doctor-patient relationship. *Patient Education And Counseling*. 2010 [acesso em 2021 jun. 17]; 79(2): 199-206. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.08.012>.
4. Nogueira-Martins MCF, Nogueira-Martins LA, Turato ER. Medical students' perceptions of their learning about the doctor-patient relationship: a qualitative study. *Medical Education*. 2006 [acesso em 2021 jun. 18]; 40(4): 322-328. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02411.x>
5. Hill T. How clinicians make (or avoid) moral judgments of patients: implications of the evidence for relationships and research. *Philosophy, Ethics, And Humanities In Medicine*. 2010 [acesso em 2021 jun. 17]; 5: 11(1). <http://dx.doi.org/10.1186/1747-5341-5-11>
6. Patel AR. Attitudes towards self-poisoning. *BMJ*. 1975 [acesso em 2021 jun. 19]; 2(5968): 426-429. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.2.5968.426>
7. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechtel L, Tai C, Tseng E, et al. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Medical Education*, 2002 [acesso em 2021 jun. 17]; 36(6): 568-574. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2923.2002.01233.x>
8. Saunders KEA, Hawton K, Fortune S, Farrel S. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. *Journal Of Affective Disorders*. 2012 [acesso em 2021 jun. 18]; 139(3): 205-216. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.024>
9. Tapola V, Wahlström J, Lappalainen R. Effects of training on attitudes of psychiatric personnel towards patients who self-injure. *Nursing Open*. 2016 [acesso em 2021 jun. 18]; 3(3): 140-151. <http://dx.doi.org/10.1002/nop2.45>
10. Nebhinani N, Chahal, S, Jagtiani A, Nebhinani M, Gupta R. Medical students' attitude toward suicide attempters. *Industrial Psychiatry Journal*. 2016 [acesso em 2021 jun. 17]; 25(1): 17. DOI <http://dx.doi.org/10.4103/0972-6748.196050>

11. Vedana KGG, Zanetti ACG. Attitudes of nursing students toward to the suicidal behavior. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2019 [acesso em 2021 jun. 17]; 27: 1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2842.3116>
12. Oxford. Dicionário Oxford. 3. ed. Inglaterra: Oxford, 2018. 773 p. ISBN-13: 978-0194403566.
13. Clarke D, Usick R, Sanderson A, Giles-Smith L, Baker J. Emergency department staff attitudes towards mental health consumers: a literature review and thematic content analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2013 [acesso em 2021 jun. 18]; 23(3): 273-284. <http://dx.doi.org/10.1111/inm.12040>
14. Rees N, Rapport F, Snooks H. Perceptions of paramedics and emergency staff about the care they provide to people who self-harm: constructivist metasynthesis of the qualitative literature. *Journal Of Psychosomatic Research*. 2015 [acesso em 2021 jun. 23]; 78(6): 529-535. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.007>
15. Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness: begins with behaviour and attitudes of medical professionals, especially psychiatrists. *BMJ*. 2002 [acesso em 2021 jun. 23]; 324(7352): 1470-1471. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7352.1470>
16. Mackay N, Barrowclough C. Accident and emergency staff's perceptions of deliberate self-harm: attributions, emotions and willingness to help. *British Journal Of Clinical Psychology*. 2002 [acesso em 2021 jun. 17]; 44(2): 255-267. <http://dx.doi.org/10.1348/014466505x29620>
17. Wee LH, Ibrahim N, Wahab S, Visvalingam U, Yeoh SH, Siau CS. Health-Care Workers' Perception of Patients' Suicide Intention and Factors Leading to It: a qualitative study. *Omega - Journal Of Death And Dying*. 2018 [acesso em 2021 jun. 23]; 82(2): 323-345. <http://dx.doi.org/10.1177/0030222818814331>
18. Tollinchi-Natali N, Polanco-Frontera N. Suicide Stigma among Medical Students in Puerto Rico. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*. 2018 [acesso em 2021 jun. 19]; 15(7): 1366. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph15071366>
19. Sher L. Teaching medical professionals about suicide prevention: what's missing?. *QJM*. 2011 [acesso em 2021 jun. 23]; 104: (11) 1005-1008. <http://dx.doi.org/10.1093/qjmed/hcr125>
20. Krueger DW. Patient suicide. *General Hospital Psychiatry*. 1979 [acesso em 2021 jun. 19]; 1(3): 229-233. [http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343\(79\)90023-9](http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343(79)90023-9)
21. Ricoeur P. *Hermenêutica e ideologias*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. ISBN-13: 978-8532637123.
22. Barros JD. Tempo e narrativa em Paul Ricoeur: considerações sobre o círculo hermenêutico. *Fênix - Revista de História e Estudos Culturais*. 2012; 9(1): 1-27.
23. Ricoeur P, Berliner C. *Tempo e narrativa: a intriga e a narrativa histórica*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.
24. Wang S, Ding X, Hu D, Zhang K, Huang D. A qualitative study on nurses' reactions to inpatient suicide in a general hospital. *International Journal Of Nursing Sciences*. 2016 [acesso em 2021 jun. 29]; 3(4): 354-361. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.07.007>
25. Suokas J, Lönnqvist J. Work stress has negative effects on the attitudes of emergency personnel towards patients who attempt suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1989 [acesso em 2021 jun. 29]; 79(5): 474-480. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1989.tb10290.x>
26. Betz ME, Boudreaux ED. Managing Suicidal Patients in the Emergency Department. *Annals Of Emergency Medicine*. 2016 [acesso em 2021 jun. 29]; 67(2): 276-282. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.09.001>

27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovoada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. *Boletim Epidemiológico*. Brasília, 2019; 50(24): 1-14.
28. Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2020 [acesso em 2021 jun. 29]; 18(3): 1-20. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>
29. Pereira LHM. Suicídio e transtorno depressivo entre médicos e estudantes de medicina: um recorte de gênero. *International Journal Of Psychiatry*. 2020; 25 (4).
30. Della Santa N, Cantilino A. Suicídio entre Médicos e Estudantes de Medicina: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2016 [acesso em 2021 ago. 11]; 40(4): 772-780. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e00262015>
31. Kosik RO, Nguyen T, Ko I, Fan AP. Suicidal ideation in medical students. *Neuropsychiatry*. 2017 [acesso em 2021 jun. 17]; 7(1): 9-11. <http://dx.doi.org/10.4172/neuropsychiatry.1000172>
32. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical Student Distress: causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clinic Proceedings*. 2005 [acesso em 2021 jun. 17]; 80(12): 1613-1622. <http://dx.doi.org/10.4065/80.12.1613>
33. Hadfield J, Brown D, Pembroke L, Hayward M. Analysis of Accident and Emergency Doctors' Responses to Treating People Who Self-Harm. *Qualitative Health Research*. 2009 [acesso em 2021 jun. 29]; 19(6): 755-765. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732309334473>
34. Pimentel A. A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia*. 2007 [acesso em 2021 jun. 17]; 12(2): 159-168. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-294x2007000200008>
35. Hamaoka DA, Fullerton CS, Benedek DM, Gifford R, Nam T, Ursano RJ. Medical Student's Responses to an Inpatient Suicide: opportunities for education and support. *Academic Psychiatry*. 2007 [acesso em 2021 jul. 08]; 31(5): 350-353. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ap.31.5.350>
36. Lage FBL. Experiência de estudantes e preceptores do internato de medicina no atendimento à pessoa com comportamento suicida [dissertação] [internet]. Curitiba: UFPR, Programa de pós-graduação em Saúde da Família; 2021 [acesso em 2021 jun. 28]. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/71869/R%20-%20D%20-%20LUCIO%20FLAVIO%20BENINI%20LAGE.pdf?>