



Español

Universidade Federal Fluminense



ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA

Artículos Originales



La visión del enfermero de emergencias sobre el paciente que intentó suicidio: estudio exploratorio

Emelyne Gabrielly de Oliveira Santos¹, Ana Karina Silva Azevedo¹, Glauber Weder dos Santos Silva¹, Isabelle Ribeiro Barbosa¹, Rodrigo Rebouças de Medeiros², Cecília Nogueira Valença¹

¹Universidade Federal de Rio Grande del Norte
²Secretaría Municipal de Salud de Parnamirim

RESUMEN

Objetivo: analizar la visión del enfermero del sector de urgencia y de emergencia acerca del cuidado ofrecido al paciente que intentó suicidio. **Método:** estudio exploratorio-descriptivo, cualitativo, realizado por medio de una entrevista semiestructurada con 13 enfermeros de un puesto de urgencia público del estado de Rio Grande del Norte. Los datos fueron sistematizados en núcleos de significación. **Resultados:** el cuidado del enfermero ofrecido al paciente que intenta suicidarse, tiene una perspectiva mecanicista, enfatizando el abordaje clínico. También, se observó que los profesionales se sienten sin preparación para lidiar con la temática abordada. **Conclusión:** es imprescindible repensar la formación profesional del enfermero que lidia con el suicidio, notificando los casos ocurridos en los servicios de salud y creando políticas públicas direccionadas a la prevención de ese fenómeno.

Descriptores: Intento de Suicidio; Enfermería; Servicios Médicos de Urgencia.

INTRODUCCIÓN

O sentido de la vida ha sido una inquietud representada en todo el transcurso de la historia de la condición humana y un cuestionamiento en instrumentos históricos y filosóficos. De esa forma, pensar y entender tal sentido, remetiéndonos al fin de la vida por medio del autoexterminio, provoca en la sociedad un sentimiento de estigma, algo de naturaleza delicada, que genera polémica, principalmente cuando la vida se encierra por deseo propio.

El suicidio, que representa uno de los comportamientos humanos más enigmáticos y perturbadores, puede caracterizarse como un acto deliberado y ejecutado por el propio individuo, de forma consciente e intencional, cuyo deseo y objetivo final terminar con su vida. El comportamiento suicida se refiere a los pensamientos, a los planes e intentos que resultan directa o indirectamente en un acto que, respectivamente, puede ser positivo – tiro por arma de fuego – o negativo – huelga de hambre, infligido por la propia víctima⁽¹⁾. Por otro lado, la intención de suicidio se define como un acto interrumpido antes que resulte en muerte.

Más de que una cuestión filosófica, religiosa o social, se trata de un grave problema de salud pública, se estima que más de 800 mil personas mueren debido al suicidio todos los años^(1,2). Además, el número de casos de suicidio está aumentando substancialmente en el mundo. En Brasil, estudios mostraron que fueron registradas, en 2012, 11.821 muertes, el equivalente a cerca de 30 muertes por día⁽³⁾.

Para comprender el suicidio, se necesita tener una visión atenta sobre las singularidades de las situaciones y la población donde ocurre, ya que la complejidad del fenómeno señala factores asociativos internos y externos al suicida. Considerando que este fenómeno está presente en todas las civilizaciones, él adquiere diferentes

significados de acuerdo con cada cultura⁽⁴⁾.

Por eso, sus significados almacenados en la imaginación de la sociedad, principalmente entre los enfermeros de los servicios de urgencia y emergencia, permiten que se les atribuyan valores morales divergentes entre sí sobre la problemática, que se hacen evidentes durante el posicionamiento del profesional en un puesto de emergencia, lo que puede influenciar en la forma que se atiende al usuario.

Aquí, el servicio de urgencia constituye la puerta de entrada de los usuarios que necesitan tratamientos de cuño emergencia y de referencia psiquiátrica, como los casos de tentativa de suicidio, presentándose como un sector fundamental para evaluar los casos atendidos y de potente visualización del fenómeno. Se caracteriza, por tanto, como un servicio de cuidado primario ofrecido al individuo⁽⁵⁾.

Delante de eso, la literatura actual se muestra fragilizada respecto a los estudios acerca del fenómeno suicidio y los servicios de emergencia. Se observa también, que los estudios refieren cada vez más, la falta de manejo clínico de estos usuarios, restringiéndose a los compendios de psiquiatría. Además, la falta de orientación académica y profesional de los enfermeros, ha perpetuado un abordaje con enfoque clínico y físico al individuo, cuyo restablecimiento de la salud biopsicosocial se queda perjudicado.

De esta manera, se puede pensar acerca de las contribuciones del profesional de enfermería en este proceso y de qué forma un cuidado humanizado, principalmente dentro del contexto de urgencia y emergencia, es capaz de influenciar la prevención de otras posibles tentativas.

Por lo tanto, es posible que el cuidado humanizado, la atención y la acogida que el profesional de enfermería le ofrece al paciente que vivencia el contexto del suicidio influyen el proceso de recuperación biopsicosocial del individuo. En este sentido, el presente estudio

objetiva analizar la visión del enfermero del sector de urgencia y emergencia acerca del cuidado ofrecido al paciente que intentó suicidio.

MÉTODO

Se trata de una investigación de carácter exploratorio-descriptivo, con abordaje cualitativo, ya que envuelve un universo de significados, relaciones, actitudes y valores más profundos, donde el nivel de realidad no se puede cuantificar⁽⁶⁾.

El estudio se desarrolló en un puesto de emergencia del municipio de Natal, localizado en el estado de Rio Grande del Norte, que atiende, mensualmente, cerca de 12.000 usuarios que vienen de la ciudad-sede y del interior del estado, porque el servicio es referencia y dispone de equipamientos para realizar un atendimento de urgencia e internamientos de media y alta complejidad. Por eso, muchas ocurrencias de suicidio y de tentativas de suicidio se encaminan para esta unidad.

La población de estudio fue constituida por enfermeros que actuaban en escalas de guardias fijas en el puesto de emergencia en estudio, totalizando 33 profesionales. Se consideraron criterios de inclusión: primero, actuar por lo menos un año en el sector, porque mientras mayor tiempo de servicio mejor oportunidad de tener mayores experiencias, a respecto de la atención ofrecida al paciente que intentó suicidio; y segundo haber presenciado u ofrecido cuidados a pacientes de agresiones autoinfligidas. Se excluyeron del estudio a los enfermeros que se encontraban de vacaciones o de receso durante la colecta de datos. Por lo tanto, la población del estudio fue constituida por 13 enfermeros, porque dos se encontraban de receso durante el período de la colecta de datos; siete se negaron a participar, dos no le dieron respuestas a los

investigadores después del contacto realizado; y nueve actuaban en el servicio menos de un año.

Los datos fueron colectados en el periodo del 10 de junio al 12 de julio de 2015 por medio de una entrevista semiestructurada, porque ella permite obtener informaciones contenidas en los relatos de los actores sociales, habiendo un abordaje libre del tema propuesto, con el auxilio de preguntas previamente elaboradas⁽⁶⁾.

Para eso, se elaboró una entrevista con cuestiones abiertas relacionadas al atendimento de enfermería ofrecido al paciente víctima de tentativa de suicidio, abordando aspectos acerca de la humanización de la atención que se le da al paciente y a la familia, de las principales dificultades encontradas al abordar al paciente y de la visión del profesional al paciente. Las entrevistas se realizaron individualmente después de la firma del Término Termo de Consentimiento Libre y Aclarado (TCLA), grabadas con consentimiento de los participantes del estudio y realizadas en el ambiente por ellos escogido. Para garantizar el anonimato, los entrevistados fueron identificados por la letra "E", precedida de un número arábigo.

El proceso de análisis de los datos ocurrió a la luz de la constitución de núcleos de significación. Para esto, se realizó la transcripción de los relatos, objetivando la familiarización con el texto que expresa la experiencia vivida. Posteriormente, se realizaron varias relecturas, para destacar los pre-indicadores que, una vez articulados, permitieron la elaboración de significados a partir de la expresión emocional del sujeto. El proceso de análisis siguió con la aglomeración de los pre-indicadores, a medida que ellos presentaban similares, complementares o contrapuestos, dando origen a los indicadores. A partir de eso, se encadenaron los núcleos significativos, evidenciando el fenómeno estudiado y los aspectos a él relacionados. Finalmente, se procedió a la interpretación de los datos, seña-

lando la articulación de los elementos traducidos en la entrevista, en los presupuestos del investigador y en los marcos teóricos de referencia^(4,7,8).

Referente a las cuestiones éticas, el proyecto respetó las normas y los procedimientos previstos en la Resolución N° 466/13 del Consejo Nacional de Salud, que regulariza a nivel nacional las investigaciones con seres humanos, y obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Pesquisas (CEP) de la Universidad Federal de Rio Grande del Norte, con el Parecer N° 1.086.418 de 29/ 05/2015, (CAAE 44895315.3.0000.5568).

RESULTADOS

Los datos que emergieron de las entrevistas realizadas fueron analizados y categorizados en cuatro núcleos de significación: La enfermería y el atentado a la vida por el autoexterminio; urgencia en el atendimento al suicida; el cuidado a aquellos que escogen el suicidio; dificultades encontradas en el abordaje al paciente que intenta suicidio.

La enfermería y el atentado a la vida por el autoexterminio

Los participantes del estudio demostraron un discurso cuya realidad traduce un cuidado exclusivamente clínico, que no considera el contexto biopsicosocial del individuo que intenta suicidio, conforme se presenta en los relatos a continuación:

E1: El tratamiento es como cualquier otro. Llega a la emergencia y hacemos el atendimento inicial, del médico, después de la enfermería [...].

E2: Cuando el paciente llega, él es visto por el médico, y nosotros realizamos los

cuidados prescritos. En el caso, cuando hay ingestión de veneno o de medicamentos, pasamos una sonda nasogástrica, dependiendo de la substancia, y buscamos saber si se puede hacer un lavado gástrico o no [...].

E3: El paciente es atendido, sale del riesgo de vida y va para su casa de la misma forma que vino. No existe nada para dar continuidad [...].

Urgencia en el atendimento al suicida

Los relatos a seguir señalan que el cuidado de enfermería basado en el modelo biomédico se articula con la ausencia de un ambiente propicio para realizar prácticas más humanizadas, hecho característico de los ambientes de urgencia.

E4: Generalmente, como el puesto de emergencia es bien agitado, intentamos dar prioridad. El paciente con intoxicación exógena, que es el que más llega aquí, le buscamos acomodación. A veces no hay camillas, solo sillones para. Entonces tenemos que pasar la sonda en el sillón. Pero el atendimento es ese: acomodar y realizar el procedimiento, que es la sonda nasogástrica, realizar el lavado y darle medicamentos [...].

E5: nos quedamos angustiados porque vemos que aquello que está siendo ofrecido no es lo adecuado, no es lo que debería hacerse. El día de hoy, por ejemplo, si un paciente llega, no tenemos como atenderlo adecuadamente, infelizmente. Estamos muy sobrecargados. El propio sector no tiene un ambiente adecuado para colocar a esa persona [...].

E3: El paciente estabiliza y si vive, va para casa. Pero esa parte de nosotros abordarlo e intentar darle un encaminamiento no acontece. Nunca vi.

El cuidado a aquellos que escogen el suicidio

Los enfermeros del estudio comprenden que existe un gran número de factores externos, asociados al contexto del suicidio, que contribuyen para que un individuo decida ponerle fin a su vida. Se observó también, que muchos reconocen la importancia de ofrecer un cuidado más humanizado, pero acaban por no hacerlo.

E6: Yo creo que un atendimento humanizado va a hacer la diferencia en esa persona, pero no sé si será al punto de evitar otras tentativas, pues los factores que generaron la situación, no dependen del cuidado, son factores externos. Si él volver a la misma situación, va a intentar suicidarse de nuevo. Yo creo que esa parte es muy intrínseca del paciente, y su recurrencia no depende de la atención ofrecida.

E7: Mi contacto es muy rápido. No tengo casi tiempo para conversar, para intentar hacer alguna cosa. Conversamos poco. Tenemos que intentar colocar una sonda.

E8: Aquella acogida a la entrada no se realiza, porque no da tiempo. Normalmente, le preguntamos por qué hizo eso.

E9: Usa la contención física. Si él está se está machucándose con la contención, va para química. La justificativa es que no tenemos profesionales suficientes

para realizar ese cuidado integral; y cuando logras sacar ese paciente de la urgencia, es como si nuestro deber hubiese acabado allí. El después es solo un paciente que está gritando [...].

Dificultades encontradas al abordar un paciente que intenta suicidio

Los entrevistados afirman tener dificultades para abordar al paciente que intentó suicidio por no sentirse capacitados para realizar tal acción. Además, el contacto con el familiar que acompaña al paciente se restringe al recogimiento de informaciones asociadas al acto.

E10: Yo tengo dificultad de entrar en el asunto. A veces, tengo deseos de comentar, pero no sé exactamente cómo hacerlo. Por eso que llamo a la asistente social [...].

E11: Existen dificultades si, y muchas personas no están preparadas para eso. Debería ser un punto abordado con más cursos, palestras, para nosotros poder tener un diálogo más accesible. Estudiamos psicología, teoría y práctica, pero esas disciplinas no son muy vividas en nuestro día a día. Esa deficiencia viene desde la graduación. Tiene que haber más de esa práctica direccionada para la atención al suicidio [...].

E12: Yo creo que son personas débiles, tanto del punto de vista emocional, espiritual [...].

E08: La humanización enfoca justamente en el familiar, conversar con el

familiar para intentar recoger informaciones que puedan prevenir una reincidencia.

DISCUSIÓN

El proceso salud-enfermedad pasa, cada vez más, por una evolución histórica, ampliando, a los pocos, el pensamiento y el conocimiento científico reduccionista, centralizado en la fragmentación del saber, dando espacio a una visión comprometida con la subjetividad del sujeto y en la complejidad de las relaciones sociales⁽⁹⁾.

No obstante, aunque se observe un discurso teóricamente pautado en una dimensión biopsicosocial en la atención del paciente, normado por la promoción de la salud, por parte de los profesionales que actúan en los servicios de salud, se ha observado, en la práctica, una actuación en la que el enfoque está centralizado en la enfermedad y no en el enfermo⁽⁹⁾.

Los profesionales de los servicios de urgencia, en especial los enfermeros, por presentar un contacto más próximo y directo con el paciente, como por ejemplo, aquellos que intentan suicidio, acaban por convertirse en actores fundamentales en el cuidado. Sin embargo, muchas veces, ese proceso se traduce como una perspectiva clínica, pautada en la intervención técnica, que no reconoce la subjetividad y la historia de vida del individuo.

La acogida del sufrimiento, tan característico de un paciente víctima de una tentativa de suicidio, también es dejado de lado, haciéndose evidente, a partir de eso, que los motivos psíquicos que envuelven a toda y cualquier tentativa de suicidio son descuidados.

Los profesionales de salud necesitan superar el modelo biomédico del cuidado de la salud, dirigido a la enfermedad, el diagnóstico y a la conducta terapéutica, e invertir en el modelo de

atención que enfoca la promoción de la salud, teniendo en consideración las dimensiones sociocultural, biológica, psicológica y la historia de vida del paciente que intenta suicidio⁽⁹⁾.

En este sentido, el primer contacto con el paciente que intentó suicidarse debe ser capaz de crear vínculos que puedan garantizar confianza y colaboración, ya que el individuo se encuentra debilitado emocionalmente y muchas veces, no colabora con los profesionales, por lo que es esencial oírlo atentamente⁽¹⁰⁾.

En contrapartida, muchos enfermeros reconocen y atribuyen el cuidado de enfermería exclusivamente clínico a la ausencia de un ambiente acogedor y favorable para realizar dichas prácticas más humanizadas, hecho característico de los ambientes de urgencia.

Sin embargo, se observa, que más allá de la problemática referente a un ambiente desfavorable para realizar un cuidado integral y continuo, que considere el contexto de vida del paciente victimizado por el intento de suicidio, la sobrecarga de trabajo, presente en el cotidiano de los profesionales de enfermería, puede contribuir para un mayor agravamiento de esa realidad.

Entonces, el enfermero debe estar capacitado para lidiar con el ambiente de trabajo en el cual está inserido y, principalmente, estar preparado para actuar con el paciente que se encuentra en sufrimiento psíquico a punto de querer interrumpir su vida. Además, la búsqueda por la mejoría de las condiciones de trabajo necesita ser pensada y colocada en práctica por los profesionales, para culminar en un mejor desempeño profesional y, consecuentemente, en un cuidado de enfermería más efectivo.

El profesional de salud inserido en el servicio de emergencia necesita estar preparado para comprender la situación y para depararse con las características comúnmente observadas en el paciente suicida, principalmente pensamientos

que retraten desesperanza, miedo, desespero y desamparo. En este sentido, el contacto empático empobrecido y apresurado y el propio ambiente de urgencia y emergencia pueden impedir una evaluación clínica y un relacionamiento terapéutico eficaz⁽¹⁰⁾.

El cambio de guardia entre los profesionales en el establecimiento acaba por dificultar la continuidad de la atención y el enfermero, muchas veces, no se articula con el equipo para promover la continuidad por medio de la referencia del paciente para otros servicios después del alta hospitalaria. Con eso, la recurrencia de ese fenómeno podrá sufrir fuerte influencia.

En ese sentido, la fragmentación de un cuidado continuo en los servicios de salud de emergencia puede superarse a medida que haya un enfoque en el trabajo multiprofesional y, principalmente en el registro de los casos de tentativa de suicidio en el prontuario. De esta manera, la interdisciplinariedad se presenta como importante estrategia terapéutica que posibilita la integración de los profesionales responsables por el cuidado del paciente de tentativa de suicidio, culminando en una atención calificada y eficaz en el ámbito de la complejidad del comportamiento del suicida. Existe una fragilidad referente al reconocimiento de la persona que intenta suicidio como un ser que necesita, más que una visión clínica y de urgencia, una mirada diferenciada, humanizada, continuada y global.

Por otro lado, la humanización se refiere a la oferta de un cuidado de calidad, permitiendo la articulación de los avances tecnológicos con acogimiento, mejoría de los ambientes de cuidado y de las condiciones de trabajo de los profesionales⁽¹¹⁾.

De esta manera, un atendimento humanizado, enfatizando la escucha calificada, el diálogo, la información y el empleo de actitudes que reflejen positivamente la atención, como, por ejemplo, el toque al paciente, puede influenciar,

de forma significativa, la toma de decisión del profesional durante una emergencia, contribuyendo para prevenir otras posibles tentativas de suicidio.

No obstante, se cree que, en la mayoría de las veces, esa atención no es un factor determinante en la prevención de la recurrencia del fenómeno, ya que un gran número de factores externos, vinculados a la historia de vida del sujeto y asociados al contexto del suicidio, contribuye para que un individuo decida poner fin a su vida.

De ese modo, el encaminamiento adecuado del individuo hacia otras especialidades, tales como la psiquiatría, cuando necesario, y la psicología, es fundamental, para que los sentidos y los significados que están por detrás del deseo de perder la vida sean reflexionados y profundizados. Por eso, es importante que el equipo esté conciente de que, además del currículo de un cuidado con perspectivas y prácticas humanizadas, un trabajo multiprofesional se hace necesario.

Se observa también, que los profesionales reconocen la importancia de ofrecerse una atención humanizada, basada en la necesidad de oír atentamente al paciente, para promover un cuidado acogedor y principalmente, comprender los determinantes socioculturales que cercan la vida del individuo. Pero por causa principalmente de la alta demanda de servicios, acaban no realizando ese cuidado.

El individuo que intenta suicidio, a su vez, se encuentra en sufrimiento psíquico, y realiza tal acto en una tentativa de externar su sufrimiento. No obstante, ese contexto, muchas veces, el enfermero no lo comprende, generando un abordaje inadecuado y deshumanizado, caracterizado principalmente por un diálogo inquisidor sobre las razones por lo que escogió realizarlo.

Por otro lado, el ambiente de urgencia y emergencia, es estresante en la mayoría de las

veces, y la falta de preparación de los profesionales para lidiar con la temática en cuestión, acaba por contribuir negativamente para tal abordaje humanizado. En ese sentido, durante el abordaje a los pacientes en ese contexto en especial, debe tenerse en consideración el comportamiento del individuo en el momento del atendimento y a partir de ahí, el profesional pensar como dialogar y la conducta que irá establecer frente al paciente.

Estudios corroboran con esa idea, reflexionando acerca del uso de la contención física y química durante ese proceso, generalmente rutinario en algunos servicios de emergencia, principalmente dentro de la perspectiva de salud mental ⁽¹²⁾. De ese modo, no se favorece la práctica acogedora y humanizada tanto cuestionada en la atención ofrecida al individuo que intenta suicidio. A partir de eso, el uso de la contención física debe ser utilizado en casos necesarios, por ejemplo, un paciente agitado, agresivo y no colaborativo, y no como práctica rutinaria de los servicios de urgencia.

Algunas técnicas, como la comunicación terapéutica, en la que el enfermero utiliza habilidades de comunicación objetivando apoyar, informar y promover educación y capacitar al individuo en el proceso de transición de salud-enfermedad, constituye un conjunto de intervenciones terapéuticas con enfoque en la recuperación del paciente. Con eso, los métodos que promueven deshumanización del cuidado pueden ser evitados y minimizados, favoreciendo la recuperación biopsicosocial del individuo que intenta suicidio ^(12,13).

Se observó, que los enfermeros que viven diariamente el cuidado del paciente que intentó suicidio en los servicios de urgencia, muchas veces, no están capacitados para realizar ese atendimento. A partir de eso, acaban designando esa acción a los demás profesionales del servicio de salud, como psicólogos y asistentes sociales.

La fragilidad encontrada para realizar un abordaje efectivo al paciente de carácter integral y multiprofesional, muchas veces, está ligada a una deficiencia en la formación profesional. De ese modo, se cree que los cursos de graduación en enfermería necesitan incorporar, cada vez más, a su currículo, disciplinas capaces de generar mayor discusión y una visión mejor sobre la dimensión biopsicosocial de las enfermedades y los enfermos, como aquel que intenta suicidio, tanto en la teoría como en la práctica.

Entonces, teniendo en cuenta la búsqueda personal e individual de los profesionales por una educación continuada, los servicios de salud también necesitan estimular y promover cursos de capacitación, para darle una atención eficaz al paciente que intenta suicidio.

Por otro lado, las dificultades al realizar un abordaje adecuado al paciente que intenta suicidio también están ligadas al estigma y a las creencias relacionadas a ese fenómeno, fundamentadas en aspectos religiosos, sociales y morales, que atraviesan la formación del profesional como persona y, sobre todo, influyen la postura y el acogimiento ofrecido a ese tipo de paciente.

Puede ser observado, también, que la relación de los profesionales con la familia del paciente que intenta suicidio está íntimamente limitada al recogimiento de informaciones inherentes al acto. De ese modo, el aspecto biopsicosocial que permea la vida de esas personas fragilizadas es dejado de lado.

Datos de estudios estiman que 60 personas sean directamente afectadas en cada muerte por suicidio, incluyendo familia, amigos y colegas de clase. Así, la terapia familiar presenta bastante utilidad, porque contribuye a la mejoría de la comunicación con el paciente, del soporte social y de la adhesión al tratamiento ⁽³⁾.

Por lo tanto, el trabajo con la familia es fundamental en ese proceso, principalmente al

ofrecer apoyo frente al sufrimiento y de propiciar una concientización sobre la importancia de la psicoterapia y del acompañamiento psiquiátrico, cuando necesario, al individuo que intentó suicidio, alertando para la posibilidad de otras tentativas futuras caso no tengan tratamiento adecuado.

Por otro lado, el registro de datos completos sobre la tentativa de suicidio no ocurre en la mayoría de los casos, lo que acaba por desencadenar la falta de conocimiento de la realidad epidemiológica de ese fenómeno. Por lo que se cree que el hecho de los profesionales de enfermería descuidar la historia de vida del paciente victimizado por la tentativa de suicidio contribuye para la falta de registro de los casos.

CONCLUSIÓN

Por todo eso, la visión de los profesionales que lidian cotidianamente con la problemática del suicidio en los servicios de urgencia, en especial el enfermero, tiene una perspectiva mecanicista, con enfoque en un cuidado exclusivamente clínico.

Sin embargo, la habilidad para lidiar con esa temática, a partir de una atención permeada por un eje biopsicosocial, humanizado y acogedor ofrecido al individuo que intenta suicidio, podrá disminuir considerablemente el índice de ese fenómeno, principalmente si los factores internos y externos asociados al intento, intrínsecos al paciente y al medio sociocultural donde él está inserido, se tienen en consideración

Se observa, así, que este estudio evidencia la necesidad de un mayor soporte referente al establecimiento de procesos de educación continuada y permanente, ya que dificultades al abordar a esos pacientes todavía son comúnmente relatadas en las prácticas asistenciales.

Además, temáticas referentes a la finitud de la existencia, como el suicidio, aun les genera a los profesionales una serie de conflictos cuya esencia moral, religiosa e histórica provoca una serie de pensamientos con diferentes significados. De ese modo, el suicidio acaba siendo visto como tabú, resultando en un cuidado exclusivamente clínico.

Se observa también, la necesidad de notificar las ocurrencias y el desarrollo de estrategias que perfeccionen el cuidado ofrecido al paciente que intenta suicidio, que deconstruya los conceptos preconcebidos relacionados a ese fenómeno, viéndolo a partir de su totalidad. Además, se cree que sea fundamental la elaboración de políticas públicas dirigidas para prevenir este fenómeno.

La relación del enfermero con el paciente, enfatizando la escucha, es una importante herramienta para el planeamiento efectivo del cuidado humanizado, ya que él debe ser realizado con seguridad, prontitud y calidad y debe envolver un trabajo multiprofesional para, consecuentemente, ayudar a minimizar la angustia y el sufrimiento presentes frecuentemente en las familias, contribuyendo, de esa forma, para la prevención de otras posibles tentativas.

De ese modo, la escucha y la acogida que el profesional le da al paciente irán a demarcar, principalmente, el modo como la relación entre él y el enfermero será construida. A partir de eso será posible observar si dicha relación será permeada por la confianza, por el miedo o por la resistencia.

Se sugiere la continuidad de los estudios que reflexionen y demuestren los beneficios de un cuidado humanizado para el paciente suicida dentro del contexto de urgencia y emergencia, principalmente para prevenir un hecho fatal. Vale reforzar la importancia de que el enfermero desarrolle estrategias para prevenir el fenómeno, ya que la literatura refiere que pacientes que intentan suicidio tienden a repetirlo.

Por lo tanto, la acogida adecuada y la realización de los debidos encaminamientos, como psicoterapia y/o psiquiatría cuando necesarias, son fundamentales para prevenir otras tentativas, principalmente porque contribuyen al proceso de construcción de los sentidos y de los significados traídos a lo largo de la historia de vida del sujeto.

El registro del máximo de informaciones sobre la tentativa en el prontuario del paciente contribuye con la continuidad de la asistencia en los servicios de urgencia y emergencia. Además, permite proporcionar los datos para conocer mejor esa realidad y subsidiar futuras investigaciones en el área.

La formación del enfermero y la de los otros profesionales de la salud necesita ser repensada, ya que las temáticas como suicidio son todavía poco abordadas en los currículos de los cursos de graduación. Entonces, para actuar e intervenir en un fenómeno aun poco estudiado y tan presente en los servicios de salud de urgencia y emergencia, es necesario conocer la realidad en la que el individuo está inserido.

De esa forma, ver al paciente a partir de su totalidad, realizar un cuidado integral y humanizado y principalmente, junto con un equipo multiprofesional, actuar en el resignificado de la vida de la persona que decide poner un fin a su vida, todavía representan un desafío que necesita ser superado en los servicios de urgencia y emergencia.

CITAS

1. Durkheim E. O suicídio: estudo sociológico. 3 ed. Lisboa, Portugal: Editorial Presença, 2001.
2. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva; 2014.
3. Associação Brasileira de Psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir. Brasília; 2014. 55p.
4. Azevedo AKS, Dutra EMS. Relação amorosa e tentativa de suicídio na adolescência: uma questão de (des)amor. Rev abordagem gestalt [Internet]. 2012 [Cited 2015 20 aug 2015];18(1):20-29. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000100004.
5. Zeppegno P et al. Suicide attempts and emergency room psychiatric consultation. BMC Psychiatry [Internet]. 2015 [Cited 2015 10 aug];15:13. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/15/13>.
6. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
7. Cruz NM, Tavares VS, Gomes NP, Silva Filho CC, Magalhães JRF, Estrela FM. Meanings of the reports of violence against women: a descriptive study. Online braz j nurs [Internet]. 2015 mar [Cited 2015 10 sept];15(2):144-50. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4717>.
8. Aguiar WMJ, Ozella S. Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. Rev bras est pedag [Internet]. 2013 [Cited 2015 19 jun];94(236):299-322. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbeped/v94n236/15.pdf>.
9. Backes MTS, Rosa LM, Fernandes GCM, Becker SG, Meirelles BHS, Santos SMA. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. Rev enferm UERJ [Internet]. 2009 [Cited 2015 13 aug]; 17(1):111-117. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf>.
10. Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. Detecting suicide risk in psychiatric emergency services. Rev bras psiquiatr (Online) [Internet]. 2010 [Cited 2015 21 ago];32:87-95. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/en_v32s2a05.pdf.
11. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
12. Kondo EH, Vilella JC, Borba LO, Paes MR, Maftum MA. A nursing team's approach to users of a mental health emergency room. Rev Esc Enferm USP

[Internet]. 2011 [Cited 2015 30 aug];45(2):501-507. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/en_v45n2a27.pdf.

13. Sequeira C. Comunicação Terapêutica em Saúde Mental. *Rev Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. [Internet]. 2014 [Cited 2015 22 jun];s/v(12):6-8. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n12/n12a01.pdf>.

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 07/12/2016
Revisado: 31/01/2017
Aprobado: 02/02/2017