

# Monitoramento telefônico de pacientes atendidos na unidade de Emergência por tentativa de suicídio: estratégia de prevenção

Telephone monitoring of patients treated in the Emergency unit for attempted suicide: prevention strategy

## Camila Louise Baena Ferreira

Mestre Multidisciplinar em Saúde; psicóloga do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC/EBSERH, Florianópolis, SC, Brasil;  
E-mail: camila.baena@ebserh.gov.br; ORCID: 0000-0002-5813-4250

## Luciana Bohrer Zanetello

Mestre e Doutoranda em Psicologia; psicóloga do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC/EBSERH, Florianópolis, SC, Brasil;  
E-mail: luciana.zanetello@ebserh.gov.br; ORCID: 0009-0005-0800-0405

Contribuição dos autores: CLBF contribuiu para o delineamento do estudo e escrita do manuscrito. LBZ contribuiu com a escrita e revisão final do manuscrito. Como se trata de um relato de experiência, não houve coleta e análise de dados. Ambas se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Recebido em: 26/02/2024

Aprovado em: 26/10/2024

Editor responsável: Frederico Viana Machado

**Resumo:** A inserção do psicólogo na Emergência Adulto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) iniciou em 2009, e entre suas principais demandas destacam-se as tentativas de suicídio. O psicólogo, diante desta demanda, realiza intervenções para oferecer apoio emocional, avaliar o risco do comportamento suicida, orientar a rede de apoio e encaminhar a outros serviços de saúde conforme as diferentes necessidades. Além do atendimento na unidade de Emergência, a equipe de psicologia realiza monitoramento telefônico com pacientes e/ou rede de apoio após a alta hospitalar por tentativa de suicídio. O artigo apresenta um estudo qualitativo descritivo, por meio de relato de experiência de psicólogas da unidade de Emergência Adulto do HU/UFSC - sob a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) - acerca do monitoramento telefônico de pacientes e/ou rede de apoio após alta hospitalar devido tentativa de suicídio. O objetivo geral do monitoramento é verificar a condição emocional do paciente e adesão ao acompanhamento em saúde mental após alta hospitalar da unidade de Emergência do HU/UFSC devido tentativa de suicídio. Através dos relatos, de alguns pacientes, observa-se que a intervenção foi efetiva ao promover o interesse em buscar acompanhamento em saúde mental após a alta hospitalar. Possibilitou também, ampliar vínculo entre psicólogas da unidade de Emergência e pacientes, visto que estes acionam as profissionais através de contatos telefônicos quando necessário após a alta hospitalar.

**Palavras-chave:** Tentativa de suicídio; Monitoramento telefônico; Emergência; Psicologia; Saúde mental.

**Abstract:** The insertion of psychologists in the Adult Emergency of the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina (HU/UFSC) began in 2009, and among its main demands were suicide attempts. The psychologist, faced with this demand, carries out interventions to offer emotional support, assess the risk of suicidal behavior, guide the support network and refer to other health services according to different needs. In addition to providing care in the Emergency unit, the psychology team carries out telephone monitoring with patients and/or the support network after hospital discharge due to a suicide attempt. The article presents a qualitative descriptive study, through the experience report of psychologists from the Adult Emergency unit at HU/UFSC - under the management of the Brazilian

Hospital Services Company (EBSERH) - regarding telephone monitoring of patients and/or support network after discharge from hospital due to attempted suicide. The general objective of the intervention presented is to verify the emotional condition and adherence to treatment of the patient after discharge from the HU/UFSC Emergency Unit due to a suicide attempt. The specific objectives include: a) verifying the presence of current suicidal thoughts/ideation; b) understand the possible barriers to accessing treatment; c) carry out strategies that encourage adherence and maintenance of mental health monitoring; d) contribute to the prevention of suicidal behavior. Through reports from some patients, it was observed that the intervention was effective in promoting interest in seeking mental health follow-up after hospital discharge. It also made it possible to strengthen the Bond between psychologists from the Emergency unit and patients, as they activate the service through telephone contacts when necessary.

**Keywords:** Suicide attempt; Telephone monitoring; Emergency; Psychology; Mental health.

## INTRODUÇÃO

Dados epidemiológicos demonstram que no Brasil, em 2021, o suicídio configurou-se como a terceira principal causa de mortes entre pessoas de 15 a 19 anos, e a quarta principal causa entre 20 a 29 anos. Nesse mesmo ano, Santa Catarina apresentou a 5ª maior taxa de suicídio entre os estados brasileiros<sup>1</sup>. O Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) localiza-se no município de Florianópolis. Dos casos de violência notificados em tal município no ano de 2024 (dados coletados até outubro) em torno de 40% são autoprovocadas, no qual se inclui as tentativas de suicídio<sup>2</sup>.

A inserção do psicólogo no HU/UFSC iniciou em 2009, e entre suas principais demandas destacam-se as tentativas de suicídio. O psicólogo, diante desta demanda, realiza intervenções para oferecer apoio emocional, avaliar o risco do comportamento suicida, orientar a rede de apoio e encaminhar a outros serviços de saúde conforme as diferentes necessidades; atuando assim com a prevenção do suicídio.

No ano de 2010, teve início o programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) no HU/UFSC, nas áreas de concentração Atenção em Urgência e Emergência e Atenção em Alta Complexidade<sup>3</sup>. Atualmente, o programa conta com mais uma área de concentração - Atenção em Saúde da Mulher e da Criança<sup>4</sup>. Caracteriza-se como uma Pós-Graduação *lato sensu*, através da educação em serviço<sup>5,6</sup>, que visa “favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde”<sup>5:3</sup>. Os psicólogos residentes de todas as áreas de concentração possuem oportunidade de realizar atendimentos na unidade de Emergência, conforme demanda de rotina ou durante os plantões de finais de semana e feriados.

Diante do breve histórico apresentado, a unidade de Emergência do HU/UFSC configura-se como um importante espaço de prática e de ensino-aprendizagem para diversos profissionais, incluindo a psicologia. A unidade conta com o apoio do Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina (Ciatox/SC), referência para todo o estado, localizado no Hospital. Este Centro realiza atendimentos por meio telefônico e/ou presencial em regime de plantão 24 horas; com o objetivo de fornecer informações, em caráter de urgência, aos profissionais de saúde sobre condutas diante de casos de intoxicações acidentais ou intencionais<sup>7</sup>. Desse modo, a unidade de Emergência do HU/UFSC recebe pacientes encaminhados de outros serviços ou por demanda espontânea, que necessitam de atendimento após tentativa de suicídio por intoxicação exógena.

O tempo de permanência dos pacientes na unidade de Emergência do HU/UFSC, para o atendimento por tentativa de suicídio, geralmente é breve (em torno de um a dois dias). Ressalta-se que o referido hospital não possui leitos psiquiátricos/ médicos psiquiatras em período integral. Assim, em casos com risco elevado de suicídio, é realizado encaminhamento para avaliação no Hospital Psiquiátrico de referência do estado de Santa Catarina ou para CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) 24 horas.

O atendimento psicológico na unidade de Emergência do HU/UFSC, possui entre seus principais objetivos, sensibilizar paciente e rede de apoio para o acompanhamento em saúde mental após alta hospitalar. Para tal, busca-se

definir em conjunto com o paciente, o serviço mais adequado para manter o acompanhamento em saúde mental após a alta hospitalar - conforme a necessidade e dispositivos existentes no território.

Além do atendimento na unidade de Emergência, a equipe de psicologia realiza monitoramento telefônico com pacientes e/ou rede de apoio após a alta hospitalar por tentativa de suicídio. Nesse momento, busca-se verificar a atual condição emocional do paciente, compreender as possíveis barreiras de acesso ao acompanhamento em saúde mental e realizar estratégias que incentivem a adesão e manutenção. Tais estratégias envolvem esclarecer dúvidas sobre o funcionamento dos serviços de saúde, redirecionar encaminhamento para outros serviços se necessário, realizar contatos com os profissionais da rede intersetorial para discussão de casos e planejamento de intervenções; bem como reforçar com a rede de apoio sobre medidas de vigilância.

Diante do exposto, este artigo apresenta o relato de experiência das psicólogas na unidade de Emergência Adulto do HU/UFSC sobre o monitoramento telefônico com pacientes e/ou rede de apoio após a alta hospitalar devido tentativa de suicídio. Tal intervenção é uma importante estratégia de prevenção para o comportamento suicida, ao oferecer cuidado com paciente através de canal de comunicação de fácil acesso, estimulando para o acompanhamento em saúde mental se necessário. Quando possível, prioriza-se que o contato telefônico com o paciente após alta hospitalar seja realizado pela mesma psicóloga que o atendeu na unidade de Emergência.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo qualitativo descritivo, através do relato de experiência das psicólogas de referência da unidade de Emergência do HU/UFSC sobre o monitoramento telefônico com pacientes e/ou rede de apoio após aproximadamente 15 dias da alta hospitalar devido tentativa de suicídio. Nesse período, é realizado um contato telefônico com pacientes e/ou rede de apoio. O monitoramento pode ser realizado em outros momentos, sem frequência definida, conforme a busca dos próprios pacientes e/ou rede de apoio; quando estes efetuam contato telefônico com as psicólogas da unidade de Emergência.

Neste estudo, não houve coleta de dados com pessoas, assim não foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa (CEP). Os dados obtidos referem-se às observações das profissionais durante a prática realizada.

O objetivo geral do monitoramento telefônico é verificar a condição emocional do paciente e adesão ao acompanhamento em saúde mental após alta hospitalar da unidade de Emergência do HU/UFSC devido tentativa de suicídio. Entre os objetivos específicos, cita-se: a) verificar presença de pensamentos/ideação suicida atual; b) compreender as possíveis barreiras de acesso ao acompanhamento em saúde mental; c) realizar estratégias que incentivem a adesão e manutenção do acompanhamento em saúde mental; d) contribuir para prevenção de comportamentos suicidas.

O atendimento psicológico é realizado presencialmente na unidade de Emergência do Hospital aos pacientes admitidos devido tentativa de suicídio. Após a alta hospitalar, as mesmas profissionais que realizaram o atendimento psicológico presencial são responsáveis pelo monitoramento telefônico dos pacientes. Para fins didáticos, a seção de desenvolvimento apresentada a seguir será dividida em dois momentos: “atendimento psicológico na unidade de Emergência” e “intervenções após alta hospitalar”.

## DESENVOLVIMENTO

### Atendimento psicológico na unidade de Emergência

Pesquisa realizada no HU/UFSC demonstrou o perfil psicossocial dos pacientes adultos atendidos por psicólogas na unidade de Emergência devido tentativa de suicídio, durante 18 meses. Foram apresentados dados de 245 pessoas; sendo 180 mulheres e 65 homens, e 64% na faixa etária de 20 a 40 anos. A maioria das tentativas de suicídio ocorreu na residência dos pacientes (76%), de forma não planejada/impulsiva (83%), por ingestão de medicamentos (83,6%) e em 66,9% destes casos as medicações pertenciam ao paciente. Acima de 20% das pessoas comunicaram à rede de apoio - antes da tentativa de suicídio - acerca do desejo de morrer ou a intenção suicida; e 34,7% solicitaram ajuda após a tentativa<sup>8</sup>.

O Ministério da Saúde corrobora alguns dados apresentados acima ao demonstrar que, em 2021, a maior taxa de violências autoprovocadas foi do sexo feminino (70,3%); na faixa etária entre 20 a 29 anos (30,4%) e entre 30

a 49 anos (29,8%). Em relação ao método utilizado, predominou a intoxicação exógena (67,1%) em ambos os sexos<sup>1</sup>. Acerca do local de ocorrência das violências autoprovocadas, predominou a residência (70,11%). Nesse mesmo ano, 83,67% das violências autoprovocadas ocorreram na residência<sup>9</sup>.

A pesquisa realizada no HU/UFSC revelou também que 59% das pessoas possuíam tentativas de suicídio prévia. Aproximadamente 25% das pessoas possuíam histórico de internação psiquiátrica, sendo que 34,4% dessas internações ocorreram após uma tentativa de suicídio. A maioria das pessoas (58%) relataram, no último ano, procura por atendimento em saúde mental (26,5% buscaram atendimento psiquiátrico, 9% atendimento psicológico, 22% atendimento de ambos os profissionais e uma pessoa - 0,4% - buscou outro profissional de saúde mental). Acrescenta-se que 72,1% das pessoas faziam uso contínuo de psicofármacos; entretanto apenas 16,4% estavam em acompanhamento psicológico<sup>8</sup>.

Os dados apresentados são importantes para compreender o perfil dos pacientes atendidos na Emergência Adulto do HU/UFSC, de forma a qualificar o atendimento e estratégias de prevenção dos comportamentos suicidas. Assim, por exemplo, as orientações para a rede de apoio sobre ações de vigilância devem envolver especialmente o acesso às medicações na residência; visto que os dados demonstram que tal local e método têm sido predominantes na população estudada. Outros dados que se destacam é o alto índice de pessoas com tentativa de suicídio prévia e a busca por atendimento em saúde mental no último ano; e por outro lado, baixo índice de pessoas em acompanhamento psicológico. Desse modo, é importante verificar a compreensão dos pacientes sobre o acompanhamento psicológico e as dificuldades de acesso.

A unidade de Emergência Adulto do HU/UFSC possui duas psicólogas efetivas e duas psicólogas residentes (integrantes do Programa de Pós-Graduação com duração de dois anos). O Hospital possui também psicólogos efetivos e residentes em outras unidades; que podem ser acionados para atendimento na unidade de Emergência quando os profissionais de referência não estão presentes em determinados dias/ períodos. Assim, o Serviço de Psicologia é organizado de forma a possibilitar o atendimento aos pacientes na

Emergência durante todos os dias das 07 às 19 horas, incluindo finais de semana e feriados. No caso de pacientes admitidos durante o período noturno na Emergência, após tentativa de suicídio, a equipe médica realiza os primeiros cuidados e indica mantê-los na unidade para aguardar avaliação do Serviço de Psicologia no dia seguinte.

Desse modo, busca-se atender todos os pacientes admitidos por tentativa de suicídio e a rede de apoio. Através de entrevista clínica, é realizada a avaliação dos fatores protetivos e de risco do suicídio, considerando entre outros aspectos: o histórico de saúde mental e tratamento, sintomatologia atual, rede de apoio familiar e social, eventos estressores prévios e atuais, recursos de enfrentamento, disponibilidade para acompanhamento em saúde mental. Através da avaliação de risco de suicídio é definido o serviço da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) mais adequado para realizar acompanhamento do paciente após o atendimento hospitalar. Assim, é realizado o encaminhamento do paciente ao referido serviço; orientando sobre as formas de acesso e estimulando para que compareça o mais breve possível. Em alguns casos, especialmente quando envolve médio ou alto risco de suicídio, é realizada avaliação também pela equipe de psiquiatria do hospital antes da alta.

Importante ressaltar que, ao se abordar os fatores de risco e proteção, não basta contar os eventos como se fosse um “*checklist*”; os fatores precisam ser avaliados de forma cuidadosa conforme o contexto individual. Assim, um mesmo aspecto pode aumentar o risco em um contexto, e reduzir em outro<sup>10</sup>. Por exemplo, ter filhos pequenos pode ser um fator protetivo quando os pais se sentem no dever de criar e assumir esse compromisso apesar das adversidades envolvidas. Em contrapartida, para outros pais, pode significar uma tarefa muito difícil por inúmeras razões – como financeiras e/ou emocionais – acarretando maior aflição, e torna-se um fator de risco<sup>11</sup>.

Acrescenta-se ainda que alguns fatores podem ser modificáveis rapidamente e alterar o risco; o que demonstra a complexidade da avaliação. É necessário atentar-se também aos fatores de proteção, tanto identificáveis pelo próprio paciente quanto avaliados pelo profissional; visto que muitas vezes são ignorados na avaliação. Por fim, é importante ressaltar que alguns aspectos

enquanto são avaliados já indicam pontos de intervenção. Desse modo, se a rede de apoio é frágil, parte da intervenção pode envolver estratégias para ampliar o suporte social<sup>10</sup>.

O atendimento psicológico, nesse contexto, também possui como objetivo oferecer apoio emocional, identificar e reforçar laços com rede de apoio, estimular recursos de enfrentamento funcionais, sensibilizar para adesão ao acompanhamento em saúde mental. É oferecido apoio emocional à rede de apoio; bem como orientação sobre serviços de saúde, manejo com o paciente, vigilância e restrição de acesso aos medicamentos e outros meios letais.

Ressalta-se que, umas das principais restrições do atendimento psicológico no hospital é o breve tempo para a intervenção. Esse fator torna-se ainda mais evidente na Emergência, visto que possui maior rotatividade de pacientes em comparação às outras unidades. Os procedimentos de avaliação e monitoramento clínico das intoxicações são relativamente rápidos, e a maioria dos pacientes possui condições clínicas para a alta médica no mesmo dia ou no dia seguinte à admissão na unidade de Emergência do HU/UFSC. Assim, o acompanhamento em saúde mental deve ser realizado em outros serviços da Rede de Atenção à Saúde, de forma que o paciente receba a devida assistência.

### **Intervenções após a alta hospitalar**

Apesar do aumento das ações de prevenção do suicídio, a mortalidade por tal causa tem apresentado crescimento em muitos países<sup>12</sup>. Botega expõe que, através dos resultados de diversos estudos populacionais, conclui-se que a tentativa de suicídio é o principal fator de risco para um futuro suicídio. Destaca assim, que as tentativas de suicídio indicam a presença de fenômenos psicossociais complexos; e intervenções voltadas a uma pessoa que tentou suicídio é uma das principais estratégias de prevenção para um suicídio futuro<sup>13</sup>. Andrade reforça que a avaliação do risco de suicídio se constitui em um importante fator para a prevenção de novas tentativas, e sobre a importância das intervenções após a alta hospitalar<sup>14</sup>.

Autores alertam que o período de maior risco de reincidências das tentativas de suicídio é principalmente nos 06 primeiros meses após a alta hospitalar

por tal causa; e reforçam assim, a necessidade de intervenções mais próximas da alta hospitalar. Relatam ainda que 57% da amostra estavam em tratamento de saúde mental quando ocorreu a tentativa de suicídio; e após atendimento na emergência esse percentual aumentou para 78,7%. Tal dado demonstra que o atendimento em emergência pode gerar importante impacto para o tratamento após a alta hospitalar<sup>15</sup>.

Em 2019, foi publicado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030; e entre suas metas, encontra-se deter o crescimento dos suicídios no Brasil<sup>16</sup>. Também em 2019, foi sancionada a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio no Brasil (PNPAS), que prevê entre seus objetivos: “garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio”<sup>17:1</sup>. Destaca-se também que “O poder público manterá serviço telefônico para recebimento de ligações, destinado ao atendimento gratuito e sigiloso de pessoas em sofrimento psíquico”<sup>17:4</sup>.

Anterior à Política mencionada, em 2017, o Ministério da Saúde assinou termo de cooperação técnica com o Centro de Valorização da Vida (CVV) e tornou as ligações gratuitas a tal serviço (com funcionamento em regime de plantão 24 horas), facilitando o acesso da população. Inicialmente, o funcionamento do número telefônico 188 abrangeu alguns estados brasileiros, com previsão de até 30 de junho de 2018 ser expandido a todo território nacional. Seis meses após o início da gratuidade de tal serviço, verificou-se aumento de 367% de atendimentos ao mês<sup>18</sup>.

Autores apresentam estudos sobre a continuidade de cuidado após alta hospitalar de indivíduos internados em Hospital Psiquiátrico; e entre as intervenções encontram-se os contatos telefônicos. Os objetivos de tais contatos envolvem a redução da readmissão hospitalar e do risco de suicídio, bem como melhorar a adesão ao tratamento<sup>19</sup>. Através de revisão integrativa de literatura das estratégias utilizadas em serviços de emergência acerca das tentativas de suicídio, verifica-se que o contato telefônico é uma intervenção válida<sup>20</sup>.

Estratégias com contatos telefônicos são realizadas há muitos anos, e uma importante referência é o Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida/ SUPRE-MISS, da Organização Mundial de Saúde, em oito países em desenvolvimento (Brasil, Estônia, Índia, Irã, China, África do Sul, Sri Lanka e Vietnã). O referido estudo comparou dois tipos de tratamento em indivíduos atendidos em uma unidade de pronto-socorro após tentativa de suicídio: atendimento de rotina e intervenção psicossocial. O primeiro envolvia apenas o encaminhamento aos serviços de saúde após alta hospitalar; já a intervenção psicossocial incluía tais encaminhamentos, entrevista motivacional e seguimento telefônico regular<sup>21</sup>.

No Brasil, o Estudo foi realizado em Campinas-SP com 2.238 indivíduos; que receberam aproximadamente nove ligações telefônicas durante 18 meses. Após tal período, verificou-se uma taxa 10 vezes maior de reincidência de tentativa de suicídio no grupo que não recebeu os telefonemas periódicos<sup>21,22</sup>. Outro estudo também apresentou resultados positivos, na Espanha, com a realização de contatos telefônicos sistemáticos durante 12 meses após alta hospitalar com pacientes que tentaram suicídio. Nesta população, os casos de tentativas de suicídio apresentaram redução de 6% quando comparado ao grupo controle<sup>23</sup>. Outra pesquisa demonstra que, após atendimento no hospital devido tentativa de suicídio, 07 pacientes haviam recusado realizar tratamento com profissional após a alta. Foi realizada reavaliação após uma semana, e 06 pacientes apresentaram interesse em realizar o tratamento<sup>24</sup>.

Diante da literatura apresentada, entende-se que a estratégia de contatos telefônicos tem sido utilizada para o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, e para estimular a adesão ao acompanhamento em saúde mental após alta hospitalar. Constitui-se em estratégia de baixo custo, e sua eficácia pode estar relacionada à facilidade para o paciente comunicar suas dúvidas e necessidades; permitindo assim que o profissional reavalie os pensamentos suicidas e estimule a adesão ao tratamento ambulatorial<sup>22,23</sup>.

Pesquisa realizada com pacientes e profissionais de saúde, sobre o “itinerário terapêutico” de indivíduos após a tentativa de suicídio, expõe sobre fatores dificultadores para o acompanhamento em saúde mental. Entre eles, cita: distância entre a residência do paciente e o serviço de saúde; ausência de

rede de apoio familiar; comorbidades que dificultam adesão ao tratamento (como uso de substâncias psicoativas); dificuldade do paciente para adaptar-se à medicação psicotrópica que acarreta na desistência do tratamento; e resistência para atendimento psicológico referindo introspecção/desconforto para abordar aspectos emocionais. Os profissionais de saúde relatam sobrecarga de trabalho que impossibilita ações como a visita domiciliar; dificuldade de contato telefônico com outros serviços; e ausência de prontuário único entre os diferentes serviços envolvidos no cuidado do paciente<sup>25</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A intervenção apresentada nesse artigo inicia-se com o atendimento psicológico, de forma presencial, aos pacientes admitidos na unidade de Emergência do Hospital devido tentativa de suicídio. Em torno de 15 dias após alta hospitalar, a psicóloga que atendeu de forma presencial os pacientes, realiza contato telefônico com os mesmos e/ou rede de apoio. Nesse momento, verifica-se a condição emocional e se conseguiram comparecer ao serviço para qual foram encaminhados. Quando necessário, realiza-se também contato com os serviços de saúde para discussão de caso. Entretanto, conforme também apresentado na revisão de literatura, observam-se dificuldades relacionadas aos contatos telefônicos com outros serviços e a ausência de prontuário único.

Acerca das dificuldades de contatos telefônicos com outros serviços notam-se, principalmente, duas questões: a característica inerente da unidade de emergência hospitalar, marcada pela imprevisibilidade dos casos e alta rotatividade de pacientes. Assim, muitas vezes não é possível realizar as ações previamente planejadas; sendo necessário priorizar outras intervenções e atendimentos. A segunda questão está relacionada aos demais serviços da rede intersetorial, que diante da sobrecarga de trabalho associada ao reduzido número de profissionais para as demandas, não conseguem atender/responder aos contatos telefônicos.

Diante do exposto, o prontuário único facilitaria o acesso às informações sobre o acompanhamento de saúde do paciente e possivelmente diminuiria a necessidade de contatos telefônicos entre os serviços. O objetivo não é eliminar tal forma de contato, o qual é importante para melhor compreensão

sobre condutas realizadas e as possibilidades de intervenções entre os serviços de saúde. Entretanto, determinadas informações poderiam ser acessadas de forma mais ágil através de um prontuário eletrônico único; permitindo, por exemplo, conhecer o histórico de acompanhamento dos pacientes nos serviços de saúde e observar se compareceu ao serviço que foi encaminhado após a alta hospitalar. Frente às dificuldades encontradas, as psicólogas da unidade de Emergência Adulto do HU/UFSC têm se utilizado também da comunicação com demais serviços via aplicativo de mensagem WhatsApp e e-mails institucionais.

Autores afirmam que o aplicativo de mensagem WhatsApp tem sido bastante utilizado entre os profissionais de saúde na assistência ao paciente; citando entre as vantagens observadas em tal recurso: possibilita uma comunicação ágil, é fácil de utilizar, e assim auxilia na tomada de decisão<sup>26</sup>. O Serviço de Psicologia da Emergência do HU/UFSC utiliza o WhatsApp também para a comunicação com pacientes e rede de apoio após a alta hospitalar.

O uso de tal aplicativo para a comunicação dos psicólogos com pacientes/rede de apoio teve início, no HU/UFSC, durante a pandemia Covid-19. Em tal período, diante da restrição de visitas e acompanhantes aos pacientes internados, o aplicativo começou a ser utilizado em aparelhos de celular e *tablet* pertencentes ao Serviço de Psicologia em diferentes unidades do hospital. Assim, aos pacientes sem acesso ao aparelho celular ou com limitações da autonomia, eram realizadas as chamadas “visitas virtuais”; promovendo assim aproximação com seus familiares através de videochamadas<sup>27</sup>.

Diante de tais experiências, o Serviço de Psicologia HU/UFSC manteve o uso do WhatsApp mesmo após o fim das restrições impostas pela pandemia. Na unidade de Emergência, geralmente, é realizado contato telefônico ou mensagens pelo aplicativo com o paciente em torno de 15 dias após a alta hospitalar devido tentativa de suicídio. Nesse momento, verifica-se a condição emocional, pensamentos/ ideiação suicida e se compareceu ao serviço de saúde (ou demais serviços da rede intersetorial, se for o caso) para o qual foi encaminhado. Busca-se checar possíveis barreiras à adesão ao

tratamento, de modo a auxiliar em estratégias que incentivem a adesão e manutenção do tratamento.

Quando necessário, são reforçadas as orientações de manejo para situações de crise, bem como as medidas de vigilância para rede de apoio. É priorizado o contato diretamente com o paciente; porém, se não for possível, é realizado com a rede de apoio ou serviço de saúde para o qual foi encaminhado. Se o paciente demonstrar que ocorreu dificuldade de acesso aos serviços de saúde, busca-se a compreensão de tais fatores para elaborar estratégias que auxiliem o acompanhamento. Assim, por exemplo, é possível realizar contato com profissionais dos serviços de saúde para a discussão de caso e verificar as possibilidades de intervenção; bem como reformular o encaminhamento, orientando sobre outros serviços se necessário.

Acrescenta-se ainda, o fornecimento de informações sobre os direitos que facilitam o acesso aos serviços. No município de Florianópolis, a lei complementar nº 648/2018 criou nova modalidade de cartão para o transporte público, denominado “Cartão Saúde Mental”. Assim, concede a gratuidade no transporte coletivo para “pessoas com transtorno mental crônico que estejam em tratamento regular e intensivo na Rede de Saúde Pública do município”<sup>28:1</sup>.

Alguns pacientes demonstram que nunca haviam buscado atendimento em saúde mental antes da admissão hospitalar; mesmo diante de situações prévias de intenso sofrimento psíquico e/ou histórico de encaminhamento aos serviços de saúde. Assim, muitas vezes, o atendimento psicológico na unidade de Emergência do HU/UFSC constitui o primeiro contato do paciente e/ou rede de apoio com tal categoria profissional; e contribui para a desconstrução de possíveis estigmas sociais relacionados ao acompanhamento em saúde mental. Autores expõem o atraso na procura de ajuda profissional, como uma das consequências do estigma associado com a saúde mental<sup>29</sup>.

Ressalta-se que é realizado contato telefônico também com os pacientes que não foram atendidos por psicólogas na unidade de Emergência, devido evasão hospitalar. É realizada a busca ativa de tais pacientes, de forma a possibilitar o acolhimento emocional, avaliação do risco de suicídio,

sensibilização para o retorno ao hospital se necessário e orientações sobre demais serviços de saúde.

Por fim, os pacientes recebem esclarecimentos acerca do funcionamento do Serviço de Psicologia da unidade de emergência através dos contatos telefônicos, o qual não se configura como um teleatendimento para situações de crise. Assim, não é assegurado que os contatos telefônicos ou via WhatsApp serão respondidos imediatamente; sendo orientados sobre os serviços que podem acionar em situações de urgência. Ressalta-se que não há profissionais na unidade exclusivamente para realizar o monitoramento telefônico.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento psicológico na unidade de Emergência, aos pacientes admitidos devido tentativa de suicídio, possui fundamental importância na prevenção do suicídio; ao oferecer apoio emocional e avaliação de risco, na qual se indica o serviço de saúde para acompanhamento após alta hospitalar conforme cada caso. A literatura demonstra que a tentativa de suicídio é o principal fator de risco para o suicídio, e reforça assim, a necessidade de maior atenção aos indivíduos que possuem tentativa de suicídio. São indicadas intervenções após a alta hospitalar por tentativa de suicídio, visto que tal período constitui risco para novas ocorrências; e entre as possibilidades encontram-se os contatos telefônicos com pacientes.

O Serviço de Psicologia da unidade de Emergência HU/UFSC realiza contato telefônico com pacientes após a alta hospitalar por tentativa de suicídio com objetivo de verificar a condição emocional e se compareceu ao serviço de saúde para o qual foi encaminhado. Nesse momento, é possível compreender os fatores que interferem na adesão ao tratamento e auxiliar na elaboração de estratégias para viabilizar o acompanhamento em saúde mental.

Muitas vezes, é na unidade de Emergência que o indivíduo possui o primeiro contato com psicólogo; o que pode contribuir para melhor compreensão sobre o acompanhamento em saúde mental e desconstrução de possíveis estigmas sociais. Assim, o atendimento acolhedor e humanizado na unidade de Emergência é fundamental para a vinculação do paciente não apenas aos

profissionais do Hospital, mas também diante do potencial para promover o vínculo com outros serviços de saúde.

Alguns pacientes relatam interesse em buscar acompanhamento em saúde mental após o contato telefônico realizado pelas psicólogas da unidade de Emergência. Entretanto, mesmo que o paciente não busque acompanhamento em saúde mental, há benefícios no monitoramento telefônico. Tal intervenção demonstra ao paciente que há profissionais disponíveis para lhe auxiliar quando necessário, permitindo manutenção do vínculo e reduzindo sentimentos de solidão.

Entende-se que o ideal, se possível, é manter o monitoramento telefônico de paciente após tentativa de suicídio de forma regular por determinado período; conforme apresentado em alguns estudos. Entretanto, há limitações no atual contexto do serviço apresentado neste artigo devido número restrito de profissionais diante das demandas de atendimento.

Por fim, ressalta-se que é possível realizar a intervenção apresentada nesse artigo em outros contextos além do comportamento suicida ou outras questões de saúde mental; como por exemplo, para monitorar pacientes com histórico de interrupção de tratamentos e/ou de atendimentos recorrentes em unidades de Emergência. Assim, tal ação é benéfica diante do potencial para estimular o acompanhamento em saúde, conforme a necessidade de cada paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente. Boletim Epidemiológico, v. 55, n. 4, 2021 [citado em 20 out. 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf/view>
2. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Vigilância em Saúde. Sala de Situação de Vigilância Epidemiológica. 2024 [citado em 20 out. 2024]. Disponível em: <https://sites.google.com/view/gerve/agrivos/violencias>
3. Universidade Federal de Santa Catarina. Inscrições para Residência Integrada Multiprofissional em Saúde terminam em 19 de janeiro. [Internet]. 2010 jan. 12 [citado em 01 set. 2023]; Notícias da UFSC [1 p]. Disponível em: <https://noticias.ufsc.br/2010/01/inscricoes-para-residencia-integrada-multiprofissional-em-saude-terminam-em-19-de-janeiro/>

4. Universidade Federal de Santa Catarina. Abertas as inscrições para Residência Multiprofissional da UFSC. [Internet]. 2022 nov. 29 [citado em 01 set. 2023]; Notícias da UFSC [1 p]. Disponível em: <https://noticias.ufsc.br/2022/11/abertas-as-inscricoes-para-residencia-multiprofissional-da-ufsc/>
5. Brasil. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2005 jul. 01; 125 (seção 1): 1 [citado em 02 set. 2023]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=01/07/2005>
6. Brasil. Portaria nº 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui o programa de bolsas para Educação pelo Trabalho e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2005 [citado em 02 set 2023]. Disponível em: [https://www.gov.br/mec/pt-br/areas-de-atuacao/es/residencia-multiprofissional/copy\\_of\\_legislacao-especifica](https://www.gov.br/mec/pt-br/areas-de-atuacao/es/residencia-multiprofissional/copy_of_legislacao-especifica)
7. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Informações e Assistência Toxicológica de Santa Catarina: Relatório Anual 2022. [Internet]. 2023 ago. 09 [citado em 30 set. 2023]; Repositório Institucional UFSC [65 p]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/249263>
8. Silva HR. Compreender para prevenir: perfil psicossocial dos pacientes atendidos na emergência de um hospital universitário após tentativa de suicídio [trabalho de conclusão de especialização]. [Florianópolis]: Universidade Federal de Santa Catarina; 2021 [citado em 25 set. 2024]. 17 p. Disponível em: [https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/168489/browse?rpp=20&sort\\_by=1&type=title&offset=20&etal=-1&order=ASC](https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/168489/browse?rpp=20&sort_by=1&type=title&offset=20&etal=-1&order=ASC)
9. Brasil. Tecnologia da informação a serviço do SUS/ DataSUS. Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN) [Internet]. TabNet. 2021 [citado em 23 out. 2024]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/violebr.def>
10. Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio. Abeps. Manual de orientações para o atendimento à pessoa em risco de suicídio. Brasília, DF: Secretaria de Saúde; 2021 [citado em 25 set. 2023]. Disponível em: [https://abeps.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Manual\\_de\\_orientacoes\\_para\\_o\\_atendimentoa\\_pessoa\\_em\\_risco\\_de\\_suici%CC%81dio.pdf](https://abeps.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Manual_de_orientacoes_para_o_atendimentoa_pessoa_em_risco_de_suici%CC%81dio.pdf)
11. Werlang B, Botega NJ. Comportamento Suicida. 1. Ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. 204 p.
12. Nagahavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The BMJ [Internet]; 2019 [citado em 01 out. 2023];364(194). Disponível em: <https://www.bmj.com/content/364/bmj.l94>
13. Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2022. 344 p.
14. Andrade M. Fatores associados à recorrência de tentativas de suicídio: uma revisão integrativa da literatura de 2000 a 2020. Rev Bras Psicoter [Internet]. 2022 jan. [citado em 10 nov. 2023];24(1):107-23. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1371670>

15. Azcárate-Jiménez L, López-Goñi JJ, Goñi-Sarriés A, Montes-Reula L, Portilla-Fernández A, Elorza-Pardo R. Repeated suicide attempts: a follow-up study. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2019 [citado em 10 out. 2023];47(4):127-36. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31461152/>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis 2021-2030. Brasília; 2021. [citado em 22 out. 2024]. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view)
17. Brasil. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. *Diário Oficial da União*. 2019 abr. 29;81(seção 1):1 [citado em 25 set. 2023]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796>
18. Bonelli B. Ministério da Saúde libera meio milhão para o CVV como ajuda de prevenção ao suicídio. *Fiocruz* [Internet]. 2018 mar. 05 [citado em 01 nov. 2023]; Canal saúde: construindo a cidadania: [2 p.]. Disponível em: <https://www.canalsaude.fiocruz.br/noticias/noticiaAberta/ministerio-da-saude-libera-meio-milhao-para-o-cvv-como-ajuda-de-prevencao-ao-suicidio-2018-03-05>
19. Tyler N, Wright N, Waring J. Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: systematic review and narrative synthesis. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2019 [citado em 10 out. 2023];19(883). Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4658-0>
20. Ramos A, Conceição T, Lourenço L. Estratégias adotadas pelos serviços de emergência frente à tentativa de suicídio. *Glob Acad Nurs J* [Internet]. 2021 [citado em 03 out. 2023];2(1):e85. Disponível em: <https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/134>
21. Botega NJ, Rapeli B, Cais S. Comportamento Suicida. In: Botega (Org). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2012. 536 p.
22. Botega NJ, Silveira U, Mauro F. *Telefonemas na crise: percursos e desafios na prevenção do suicídio*. 1ª Ed. Rio de Janeiro: ABP; 2010. 92p.
23. Cebrià A, Parra I, Pàmias M, Escayola A, Garcia-Páres G, Puntí J, et al. Effectiveness of a telephone management programme 221 for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: Controlled study in a Spanish population. *J Affective Disorders* [Internet]. 2013 [citado em 23 out. 2024]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23219058/>
24. Verwey B, Waarde A, Bozdog A, Rooji V, Beurs E, Zitman G. Reassessment of suicide attempters at home, shortly after discharge from hospital. *Crisis* [Internet]. 2010 [citado em 23 out. 2024];31(6):303-10. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21190928/>
25. Santos L, KIND L. Itinerários terapêuticos percorridos por pessoas que tentaram suicídio. *Psicologia Teoria e Pesquisa* [Internet]. 2022 [citado em 01 out. 2023];38:e38412. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/S7Wx3qfkds9nvGBjcKYtWGp/#>

26. Moreira A, Souza C, Turrini R. Comunicação eletrônica entre profissionais da saúde na assistência ao paciente: revisão integrativa. Rev SOBECC [Internet]. 2019 [citado em 01 out. 2023];24(2):99-106. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/492>

27. Gabarra L, Ferreira C, Nunes ME, Zanetello L. A atuação da psicologia no contexto hospitalar durante a pandemia de Covid-19. Rev Plural [Internet]. 2020 ago. [citado em 05 out. 2023];01(1):18-30. Disponível em: [https://crpsc.org.br/ckfinder/userfiles/files/Revista%20Plural-v1n1-1-Agosto%202020\(1\).pdf](https://crpsc.org.br/ckfinder/userfiles/files/Revista%20Plural-v1n1-1-Agosto%202020(1).pdf)

28. Florianópolis (SC). Lei complementar nº 648/2018. Inclui o inciso X e o parágrafo único ao art. 1 da lei complementar nº 507, de 2014, revoga dispositivos das leis n.s 5,185, de 1997 e 3.969, de 1993, e dá outras providências. Florianópolis: Câmara Municipal; 2018 [citado em 25 set. 2023] Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sc/f/florianopolis/lei-complementar/2018/65/648/lei-complementar-n-648-2018-inclui-o-inciso-x-e-o-paragrafo-unico-ao-art-1-da-lei-complementar-n-507-de-2014-revoga-dispositivos-das-leis-ns-5185-de-1997-e-3969-de-1993-e-da-outras-providencias>

29. Javed A, Lee C, Zakaria H, Buenaventura RD, Cetkovich-Bakmas M, Duailibi K, et al. Reducing the stigma of mental health disorders with a focus on low- and middle-income countries. Asian J Psychiatr [Internet]. 2021 abr. [citado em 01 set. 2023]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33611083/>