



Robertha Maria Gabardo Stoppa

**A Abordagem ao Comportamento Suicida pelos Profissionais
de Saúde de um Distrito Sanitário de Curitiba-Pr**

Curitiba – Paraná

2018



Robertha Maria Gabardo Stoppa

A Abordagem ao Comportamento Suicida pelos Profissionais de Saúde de um Distrito Sanitário de Curitiba-Pr

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná, como requisito necessário para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Claudia N. S. Wanderbroocke

Curitiba – Paraná

2018

Dados Internacionais de Catalogação na fonte
Biblioteca "Sydnei Antonio Rangel Santos"
Universidade Tuiuti do Paraná

S883 Stoppa, Roberta Maria Gabardo.
A abordagem ao comportamento suicida pelos profissionais
de saúde de um distrito sanitário de Curitiba-Pr / Roberta
Maria Gabardo Stoppa; orientadora Prof^a. Dr^a. Ana Claudia N.S.
Wanderbroocke.
177f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Tuiuti do Paraná,
Curitiba, 2018.

1. Comportamento suicida. 2. Profissionais de saúde.
3. Rede de atenção psicossocial. 4. Capacitação profissional.
5. Integralidade. 6. Psicologia social comunitária. I. Dissertação
(Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia/
Mestrado em Psicologia. II. Título.
CDD – 616.858445

Nome: Roberta Maria Gabardo Stoppa

Título: A Abordagem ao Comportamento Suicida pelos Profissionais de Saúde de um Distrito Sanitário de Curitiba-Pr.

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná para obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Banca Examinadora

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Claudia N. S. Wanderbroocke

Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná

Assinatura_____

Membro Titular: Prof.^o Dr.^o Cloves Antônio de Amissis Amorim

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Assinatura:_____

Membro Titular: Prof.^a Dr.^a Maria Sara de Lima Dias

Instituição: Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Assinatura_____

Agradecimentos

Meu agradecimento à Prof.^a Dr.^a Ana Claudia N. S. Wanderbroocke, pelas orientações, palavras de incentivo, por ter compartilhado seu conhecimento, que possibilitou a realização deste trabalho, e por ter aceito percorrer comigo esse tema delicado que desperta comoção.

Minha eterna gratidão a todos os profissionais de saúde que aceitaram gentilmente o convite em participar da pesquisa e, generosamente, compartilharam seus saberes comigo.

Aos coordenadores dos diferentes pontos de atenção à saúde que me receberam respeitosamente e se disponibilizaram em colaborar com o projeto.

Aos meus colegas mestrandos pelos momentos de alegria, incentivos mútuos e memoráveis superações de desafios.

A todos os professores do Mestrado, que incentivaram o saber, apontaram caminhos e, nos momentos difíceis, souberam dar suporte, compreensão e carinho.

Um agradecimento especial para Marilise Isabele de Paula, do Comitê de Ética da Universidade Tuiuti do Paraná, que sempre se disponibilizou a ajudar, além da simpatia constante.

Para minha mãe, que compreendeu minhas ausências por saber o quanto essa jornada acadêmica é importante para mim. Obrigada pelo carinho!

Ao meu pai (*in memoriam*), que me ensinou o valor da generosidade, humildade e da importância de ser solidário com o sofrimento alheio.

Aos membros da Banca Examinadora de defesa desta dissertação, Prof.^o Dr^o. Cloves Antônio de Amissis Amorim e Prof.^a Dr^a Maria Sara de Lima Dias, pelas pertinentes contribuições.

A todos aqueles que de certa forma colaboraram para a produção desta pesquisa, o meu muito obrigada!

*Um agradecimento especial ao meu esposo,
Marcelo, que sempre me proporcionou palavras de
incentivo, e aos meus encantadores filhos, Felipe e
Matheus, fonte de força para os desafios da vida!
Obrigada pela torcida, obrigada por tudo!*



*E, por fim, dedico esse trabalho a todos
aqueles que decidiram nos deixar antes
do tempo... Desejo que essa produção
possa dar voz onde eles deixaram um
silêncio, que essas linhas escritas
perpetuem suas existências...*

Palavras¹

Golpes

*De machado na madeira,
E os ecos!
Ecos que partem
A galope.*

A seiva

*Jorra como pranto, como
Água lutando
Para repor seu espelho
Sobre a rocha*

Que cai e rola,

Crânio branco

Comido pelas ervas.

*Anos depois, na estrada,
Encontro*

Essas palavras secas e sem rédeas,

Bater de cascós incansável.

*Enquanto do fundo do poço, estrelas fixas
Decidem uma vida.*

¹ Poema de Sylvia Plath (1932 – 1963). Poetisa, romancista e contista, se suicidou aos 30 anos de idade.

Resumo

A presente pesquisa teve por objetivo compreender como os profissionais de saúde de um Distrito Sanitário na cidade de Curitiba-Pr têm abordado a problemática do comportamento suicida em sua área de abrangência, e como objetivos específicos se propôs a: 1) identificar as razões que os profissionais apresentam para os índices elevados do fenômeno suicida na atualidade; 2) descrever as dificuldades que vivenciam ao terem que realizar os cuidados àqueles que apresentam comportamento suicida; e 3) conhecer as ações adotadas aos usuários que ingressam na RAPS por uma tentativa de suicídio, assim como para a prevenção comunitária do ato suicida. As informações foram coletadas por meio de entrevista semiestruturada, com gravação em áudio e com base em um roteiro de perguntas previamente estabelecidas. Participaram da pesquisa 15 profissionais de saúde de diferentes profissões, sendo 4 enfermeiras, 2 psicólogas, 3 agentes comunitários de saúde, 1 assistente social, 2 terapeutas ocupacionais, 1 psiquiatra e 2 médicos. As entrevistas ocorreram no Centro de Atenção Psicossocial para Tratamento de Transtornos Mentais (CAPS TM), em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Na análise dos dados utilizou-se a metodologia qualitativa, as respostas das entrevistas foram submetidas à Análise das Práticas Discursivas, de acordo com Spink e Medrado (2004, 2013), que visa elucidar as formas pelas quais as pessoas, por meio da linguagem, produzem sentidos e posicionam-se nas relações sociais cotidianas e no uso institucionalizado da linguagem. Apresentou como elementos indispensáveis os enunciados orientados por falas, as formas e os conteúdos como repertórios interpretativos com base no referencial teórico da Psicologia Social Comunitária (Montero, 2000, 2004a, 2004b; Serrano-Garcia *et al.*, 1992, Sarriera, 2014) e do construcionismo social (Gergen, 1997, 2010). Analisaram-se as categorias: 1) razão para o comportamento suicida; 2) dificuldades encontradas pelos profissionais em suas práticas cotidianas; e 3) ações no atendimento e prevenção do suicídio na comunidade. O estudo permitiu concluir que os profissionais entrevistados entendem que a sociedade pós-moderna tem promovido um desamparo social desencadeando sentimentos de isolamento e vulnerabilidade que podem culminar em um ato suicida. Relataram que não obtiveram uma capacitação profissional suficiente que os assegurassem a lidar com a demanda, assim como ocorrem falhas consideráveis no princípio da integralidade na RAPS que obstaculiza o cuidado psicossocial. Também identificaram um número reduzido de profissionais para atendimento nos diferentes pontos de atenção à saúde, assim como leitos ou vagas insuficientes como um dificultador do processo de atendimento. Quanto as ações de prevenção, ocorrem em sua maioria quando o usuário ingressa na RAPS por uma tentativa de suicídio e em ações pontuais na UBS, contudo, ainda não são efetuadas a nível comunitário. Destaca-se a necessidade de investir na capacitação dos profissionais de saúde para que possam compreender melhor sobre o tema, assim como superar os desafios com os quais se deparam na RAPS em seus exercícios cotidianos, para dessa maneira assegurar um cuidado que fortaleça os princípios que norteiam o SUS, a cidadania e o direito dos cidadãos.

Palavras-chave: Comportamento Suicida. Profissionais de Saúde. Rede de Atenção Psicossocial. Capacitação Profissional. Integralidade. Psicologia Social Comunitária.

Abstract

The present research had by objective to comprehend how the health professionals of a Sanitary District in the city of Curitiba-PR have addressed the problematic of suicidal behavior in its area of coverage, and as specific objectives it has proposed itself to: 1) to identify the reasons that the professionals present for the elevated indices of the suicidal phenomenon nowadays; 2) to describe the difficulties they experience in having to provide care for those who present suicidal behavior; and 3) to know the actions adopted to users who enter the RAPS by an attempt of suicide, just as for the communal prevention of the suicide act. The information was collected through a semi-structured interview, with audio recording and based on a script of previously established questions. Fifteen health professionals from different professions participated, including 4 nurses, 2 psychologists, 3 community health agents, 1 social worker, 2 occupational therapists, 1 psychiatrist and 2 physicians. The interviews took place on the Psychosocial Care Center for Treatment of Mental Disorders (CAPS TM), in an Emergency Care Unit (UPA) and in a Basic Health Unit (UBS). In the analysis of the data the qualitative methodology was used, the answers of the interviews were submitted to the Analysis of Discursive Practices, according to Spink and Medrado (2004, 2013), which aims to elucidate the ways in which people, through language, produce meanings and position themselves in everyday social relations and in the institutionalized use of language. It presented as indispensable elements the statements oriented by speeches, forms and contents as interpretive repertoires based on the theoretical reference of Community Social Psychology (Montero, 2000, 2004a, 2004b; Serrano-Garcia et al., 1992, Sarriera, 2014) and of social constructionism (Gergen, 1997, 2010). The categories were analyzed: 1) reason for suicidal behavior; 2) difficulties encountered by professionals in their daily practices; and 3) actions in the care and prevention of suicide in the community. The study allowed concluding that the interviewed professionals understand that the postmodern society has promoted a social helplessness triggering feelings of isolation and vulnerability that can culminate in a suicidal act. They reported that they did not obtain sufficient professional capacitation assuring themselves to deal with the demand, just as occur considerable failures in the integrality principle in the RAPS that hinders the psychosocial care. They also identified a reduced number of professionals for care in the different health care points, as well as insufficient beds or vacancies as additional difficulties in the care process. As for prevention actions, they occur in its majority when the user joins the RAPS by an attempted suicide and in one-off actions in the UBS, however, they are not yet done at the communal level. The need to invest in the capacitation of health professionals so that they can better comprehend about the topic is highlighted, just as overcome the challenges with which themselves come across in RAPS in their daily exercises, in order to ensure care that strengthens the principles that orientate SUS, citizenship and citizens' rights.

Keywords: Suicidal Behavior. Health Care Professionals. Psychosocial Attention Network. Professional Capacitation. Integrality. Community Social Psychology.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Taxa de suicídio em 2012 no Brasil.....	35
Tabela 2 - Características dos casos de tentativas de suicídio no Brasil entre 2011 e 2016..	38
Tabela 3 - Taxa de mortalidade por suicídio no Brasil entre 2011 e 2015.....	39
Tabela 4 - Números de suicídios em Curitiba entre 2011 e 2015.....	42
Tabela 5 - Números e percentuais de tentativas de suicídio segundo o sexo e faixa etária em Curitiba no ano de 2015.....	43
Tabela 6 - Números e percentuais de métodos usados para tentativas de suicídio segundo o sexo em Curitiba no ano de 2015.....	44
Tabela 7 - Percentuais de tentativas de suicídio por intoxicação exógena em Curitiba no ano de 2015.....	44
Tabela 8 - Números de tentativas de suicídio de acordo com os Distritos Sanitários de Curitiba no ano de 2015.....	45

Lista de Figuras

Figura 1 – Distribuição de taxa de mortalidade por suicídio no Paraná, 2016.....	41
Figura 2 – Dimensão individual, social e programática da vulnerabilidade	74

Lista de Quadros

Quadro 1 – Componentes e pontos de atenção da RAPS	58
Quadro 2 – Participantes da pesquisa	94
Quadro 3 – Resultados	98

Listas de Abreviaturas e Siglas

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABS	Atenção Básica à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFM	Conselho Federal de Medicina
CVV	Centro de Valorização da Vida
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEASE	Departamento de Atendimento Socioeducativo
DSM V	Manual de Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais 5 ed.
ESF	Estratégia da Saúde da Família
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSC	Psicologia Social Comunitária
PTF	Plano Terapêutico Familiar
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SEJU	Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIVA	Vigilância de Violência e Acidentes

Sumário

1 Introdução	16
2 Revisão de Literatura	20
2.1 Suicídio, um Fenômeno Multideterminado	20
2.2 Pós-Modernidade: a Era da Desproteção Social.....	27
2.3 Dados Epidemiológicos: o Suicídio em Números.....	35
2.3.1 Perfil Sociodemográfico do Suicídio e das Tentativas de Suicídio	35
2.3.2 Curitiba, Cidade Sorriso?	41
2.3.3 A Subnotificação: uma Pedra no Meio do Caminho da Prevenção do Suicídio	46
2.4 Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio	48
2.5 O Cuidado em Saúde Mental	54
2.5.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil	54
2.5.2 A Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).....	57
2.5.3 Promoção em Saúde Mental e o Conceito de Vulnerabilidade Social	69
2.6 A Prevenção do Suicídio e os Profissionais de Saúde	77
3 Objetivos	89
3.1 Objetivo Geral	89
3.2 Objetivos Específicos	89
4 Método	90
4.1 Perspectiva Teórico-Metodológica	90
4.2 Delineamento do Estudo	92
4.3 Participantes e Local	93
4.4 Instrumento	94
4.5 Procedimentos de Coleta de Dados	94
4.6 Procedimento de Análise de Dados	96
5 Resultados e Discussão	98
5.1 Razões para o Comportamento Suicida na Atualidade.....	99
5.1.1 Desemprego Social	99
5.1.2 Dificuldade Familiares	101
5.1.2.1 Suicídio de Idosos.....	101
5.1.2.2 Suicídio de Adolescentes.....	106
5.1.3 Dificuldades Socioeconômicas.....	114
5.1.4 Transtornos Mentais	118

5.2 Dificuldades Encontradas pelos Profissionais na Prática Cotidiana	120
5.2.1 Quando a Integralidade está Fragmentada.....	121
5.2.2 Falhas na Capacitação para Atendimento em Saúde Mental.....	129
5.2.3 Falhas de Estrutura no SUS	138
5.3 O Cuidado Àqueles que Tentaram o Suicídio e as Ações de Prevenção Comunitária do Ato Suicida.....	143
6 Considerações Finais	150
Referências	155
Apêndices	167
Apêndice 1 – Roteiro da Entrevista	167
Apêndice 2 – Carta de Autorização para Realização da Pesquisa	169
Apêndice 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	170
Anexo	173
Anexo 1 – Certificado de Aprovação do CEP	173

1 Introdução

O suicídio é uma morte diferenciada das outras mortes, apresenta as suas especificidades, suas características particulares. É uma morte que corrompe o percurso natural da vida pela razão de ser um ato voluntário, decidido, determinado pelo próprio indivíduo. Essa interrupção definitiva da vida realizada de forma intencional provoca emudecimento, silencia, comove, desperta sentimentos diversos e suscita mais perguntas do que entendimentos, afinal, por que alguém tiraria a própria vida? O que se tornou insuportável para essas pessoas?

Na tentativa de elucidar esse fenômeno complexo, vários discursos se dispuseram a encontrar explicações, desde a filosofia, religião, psiquiatria, sociologia, psicanálise, antropologia, medicina e a psicologia. Cada qual com sua visão particular apropriou-se de um aspecto desse comportamento humano, que, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), é multideterminado, possuidor de combinações de vários fatores, que, justapostos, culminam em uma manifestação de autoviolência. Contudo, uma característica associou-se a esse ato na atualidade: o suicídio é uma questão de saúde pública. O aumento de casos em todo o mundo fez com que o Conselho de Assuntos Econômicos e Sociais da Organização das Nações Unidas (ONU) e o Departamento de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1992, decretassem o suicídio como um grave problema de saúde pública, convocando os países para a implantação de Políticas Públicas para a prevenção dessa morte violenta (Bertolote, 2012).

Os números de tentativas e suicídios realizados justificam a iniciativa da ONU e da OMS para que essa morte não seja mais ignorada. Somente no ano de 2012 foram registrados no mundo 804.000 suicídios, o que contabiliza 2.000 mortes por dia e uma a cada 40 segundos. No mesmo ano, o Brasil foi considerado o oitavo país do mundo em números absolutos de suicídios. Com relação às tentativas de suicídio, estima-se que os números sejam até vinte vezes maiores.

Importante ressaltar que os dados estão subnotificados, ou seja, os registros oficiais brasileiros não são fiéis à realidade (OMS, 2014).

No ano de 2006, objetivando a prevenção do suicídio, o Ministério da Saúde (MS) instituiu as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio sob a Portaria nº 1.876, visando implementar medidas de prevenção em todo o território brasileiro (Ministério da Saúde, 2006). Em 2014, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS), cidade onde a presente pesquisa foi realizada, lançou o Programa de Prevenção do Suicídio, que objetiva capacitar os profissionais da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) a realizarem estratégias no acolhimento e acompanhamento àqueles que se mostram vulneráveis ao ato suicida (Prefeitura de Curitiba, s/d).

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta como princípios a universalidade de acesso aos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, assim como a equidade e integralidade na assistência. No que compete à assistência em saúde mental, o SUS é composto pela RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), que apresenta como objetivo garantir a articulação entre os pontos de atenção em sua área de abrangência territorial, promovendo o cuidado integral (Ministério da Saúde, 2015). A prevenção do ato suicida, assim como o tratamento dado àqueles que tentaram o suicídio, é um importante desafio para a RAPS, que deve ofertar atendimento para a população que padece de sofrimento emocional, garantindo o acesso em saúde mental previsto para todo o cidadão brasileiro.

Para que as estratégias de prevenção do suicídio sejam eficazes, além da articulação entre os diferentes pontos de atenção em saúde mental, é importante capacitar os profissionais de saúde para lidarem com o tema. Estudos afirmam que a maioria dos profissionais têm dificuldades sobre como proceder diante de uma situação associada à agressão autoprovocada. Desconforto emocional, sentimento de impotência, insensibilidade, preconceito e hostilidade foram algumas dificuldades encontradas nos profissionais em suas práticas do cuidado (Cassorla,

1991a & Ringo, 2013). Os profissionais de saúde precisam estar capacitados tecnicamente para promover os cuidados necessários, assim como sensibilizados para a acolhida dessa demanda, eliminando reações negativas e opiniões desfavoráveis que possam prejudicar o tratamento terapêutico, colocando o usuário em risco para futuras tentativas (OMS, 2000). Da mesma maneira, como apontam Machin (2009) e Ringo (2013), o desejo pela morte contraria a lógica cartesianas dos profissionais que receberam formação para lidarem com o desejo de viver de seus pacientes, em almejar a cura das doenças que ameaçam a vida. Quando ingressa um usuário que realizou uma tentativa de suicídio, essa lógica é subvertida desencadeando reações impróprias que podem obstaculizar um cuidado humanizado. Falhas no processo de acompanhamento do usuário na RAPS foi outra dificuldade significativa apontada em estudos, o que contradiz um princípio importante do SUS, a integralidade para ofertar um cuidado psicossocial (Chiavagatti, 2012).

Enquanto psicóloga clínica atuando em Curitiba há cinco anos e atenta às questões envolvendo a saúde mental, venho percebendo que o suicídio tem sido um fenômeno recorrente no cotidiano social, o que torna urgente um estudo abrangente sobre o tema. Uma taxa preocupante de comportamento suicida concentrada em uma região tem implicações com o modo de viver das pessoas. Afinal, por quais razões um comportamento autodestrutivo tem-se mostrado frequente na atualidade? Para além da Psicologia Clínica, na qual deparo-me com o comportamento suicida, é preciso também refletir sobre as questões sociais implicadas nesse fenômeno, o que motivou-me a realizar um estudo em Mestrado com abordagem em Psicologia Social. Da mesma maneira, os profissionais de saúde do SUS têm vivenciado o aumento desta demanda em suas práticas cotidianas, o que despertou o desejo em abordar esta temática nesta área de cuidado em saúde. Entendendo que o suicídio é um tema complexo e a implantação de um projeto de prevenção é bastante desafiador, interessou-me escutá-los para que

compartilhassem suas experiências, sejam as exitosas como as dificuldades que encontram neste processo.

Com base na problemática exposta, o estudo buscou analisar como os profissionais de um Distrito Sanitário de Curitiba têm incorporado essa demanda e articulado ações em suas práticas cotidianas de atenção à saúde. Para tanto, partiu-se do pressuposto que o tema apresenta relevância para a saúde pública e que o SUS é um dispositivo imprescindível para a prevenção e acompanhamento das pessoas que tentaram suicídio por sua abrangência e acesso à população.

Portanto, buscou-se desenvolver a presente pesquisa sob a perspectiva da Psicologia Social Comunitária (PSC), que tem como diretriz criar espaços de diálogo com a comunidade, a fim de conhecer a realidade local e identificar, a partir da aproximação e da relação dialógica com os principais atores sociais, os problemas e dificuldades enfrentados a fim de promover práticas transformadoras (Montero, 2004a). No caso da presente pesquisa, entende-se que o diálogo com os profissionais da saúde sobre suas ações envolvendo o comportamento suicida possa vir a indicar caminhos e estratégias para o desenvolvimento da saúde coletiva e o fortalecimento das redes comunitárias de proteção e cuidado.

A pesquisa é composta por quatro partes principais. A primeira diz respeito ao enquadramento teórico que apresenta uma breve revisão de literatura sobre: a) O suicídio como um fenômeno multideterminado; b) Aspectos da era pós-moderna; c) Os dados epidemiológicos; d) Políticas Públicas de prevenção do suicídio; e) O cuidado em saúde mental; e f) A prevenção do suicídio e os profissionais de saúde. A segunda parte refere-se à apresentação do objetivo e à metodologia, na qual explicitamos a perspectiva teórico-metodológica, o delineamento do estudo, a seleção dos participantes e o local, o instrumento utilizado, o procedimento de coleta de dados, bem como os relacionados aos aspectos legais e o procedimento de análise dos dados. Segue-se a terceira parte, onde apresentamos os resultados obtidos e as discussões. Por último, as considerações finais na qual discutimos os resultados e reflexões sobre as principais conclusões.

2 Revisão de Literatura

2.1 Suicídio, um Fenômeno Multideterminado

“-E os que pensam em colocar um ponto final na vida, procuro vender uma vírgula.

- Uma vírgula? – perguntou confuso.

- Sim, uma pequena vírgula para que eles continuem a escrever a sua história!”

(Augusto Cury)

O suicídio é um fenômeno humano complexo de relevante impacto social. A complexidade em compreender o que leva alguém a deliberadamente tirar a própria vida tem produzido estudos nas mais diversas áreas do conhecimento, seja na filosofia, sociologia, psicologia, psiquiatria, dentre outras. A abordagem multidisciplinar aponta para o fato que o fenômeno suicida não é de fácil compreensão, o que conduz Alvarez (1999) em afirmar que “os processos que levam alguém a pôr fim à própria vida são no mínimo tão complexos e difíceis quanto aqueles através dos quais ele continua a viver” (Alvarez, 1999, p.127).

A palavra suicídio, como vocábulo, surgiu em 1642, na obra de Thomas Browne. Mais tarde, em 1737, o abade francês Desfontaines a utilizou como um substituto aos termos ‘assassinato de si mesmo, automassacre ou auto-homicídio’, usado até então por esse fenômeno estar intimamente relacionado ao homicídio. Etimologicamente a palavra ‘suicídio’ origina-se do latim, *sui* (si mesmo) e *caederes* (ação de matar), portanto, significa uma ação de matar a si mesmo. A dificuldade em nomear o ato suicida revela o quanto a atitude de desejar a própria morte causa desconforto, mesmo nos dias de hoje. Da mesma maneira, sua definição não abrange a complexidade desse comportamento humano (Meleiro & Bahls, 2004).

A humanidade desde os primórdios depara-se com o ato suicida, contudo a significação ao longo da história configurou-se de diferentes maneiras. Até meados do século XVII pertenceu ao interesse predominantemente da teologia e da filosofia, e mais tarde passou a ser objeto de estudo de várias outras ciências (Bertolote, 2012). Alguns estudos se destacaram e deixaram importantes contribuições para esse tema de relevante questão social, tornando-se ‘leituras clássicas’ para o estudo do suicídio, tais como Marx (2006/1846), Durkheim (2014/1897), Menninger (1970/1938) e Camus (2014/1942).

O filósofo alemão Karl Marx dedicou-se a escrever um artigo sobre o ato suicida intitulado Sobre o Suicídio (*Peuchet, vom Selbstmord*), no ano de 1846, publicado em uma revista proletária alemã. Ainda jovem, Marx interessou-se pelo assunto a partir de pesquisas estatísticas de um arquivista policial francês, Jacques Peuchet, publicadas em *Mémoires Tirés des Archives de la Police de Paris*. Marx apropriou-se desse estudo entusiasmado com a crítica que Peuchet fez ao sistema social vigente, concebendo o suicídio como diretamente implicado às questões sociais. Escolheu narrar em seu texto quatro casos de suicídio descritos pelo arquivista francês, três de mulheres e um de homem, analisando o tema pela metodologia descritiva de estudos de casos. Não se trata de uma obra que se limita a abordar contextos econômicos, mas em formular sobre as questões éticas e sociais da sociedade moderna (Marx, 2006/1846). Por muito tempo esse texto de Karl Marx foi esquecido, somente no ano de 2006 foi realizada a primeira tradução para o português, inaugurando sua chegada ao Brasil.

Mais de cinquenta anos depois, foi o sociólogo francês Émile Durkheim que, em 1897, publicou uma obra intitulada *O Suicídio Estudo de Sociologia*, consagrando o estudo do suicídio a partir de uma perspectiva social, tornando-se um dos maiores clássicos na literatura sobre o tema. O autor analisou o suicídio não como um comportamento individual, mas de ordem eminentemente social. Através de duas dimensões - a integração e a regulação social - entre a sociedade e indivíduos, Durkheim teceu sua teoria social sobre o suicídio, afirmando que fatores

que levem a uma desorganização dessas dimensões provocariam a elevação das taxas de suicídio. A integração liga o indivíduo ao grupo, e falhas nesse aspecto provocariam os suicídios que o autor denominou de egoístas ou altruístas. No suicídio egoísta há uma baixa integração com a sociedade, enquanto que no altruísta uma excessiva integração social. Já a regulação social refere-se a requisitos normativos ou morais necessários para o pertencimento ao grupo. Uma baixa regulação na sociedade provocaria o que Durkheim chama de suicídio anônimo, ao passo que uma alta regulação entre a sociedade e o indivíduo levaria ao suicídio chamado fatalista (Durkheim, 2014/1897). Os quatro tipos de suicídio que o autor concebeu, o egoísta, o altruísta, o anônimo e o fatalista, tendo como pano de fundo a integração e a regulação na sociedade, apesar de há tempos terem sido formulados, pode-se afirmar que ainda são de cunho importante para o entendimento desse fenômeno social.

No que compete a estudos psíquicos, destaca-se o trabalho do psiquiatra e psicanalista Karl Menninger, que, através de seu livro *Eros e Tânatos o Homem Contra Si Próprio* (1970/1938), discursou sobre fatores subjetivos para o processo autodestrutivo. O estudo do inconsciente e de suas forças psicodinâmicas traz uma visão para as causas intrapsíquicas do comportamento suicida. O autor afirmou que “o suicídio é um ato muito complexo e não um simples, incidental e isolado ato de impulsão” (p. 35). Tendência construtivas e destrutivas da mente humana estão em dinâmicas interações, tanto para criar como para destruir (pulsão de vida e pulsão de morte). Deduz em seus estudos que, para consumar o ato suicida, é preciso que haja a presença de três fatores: o desejo de morrer, o desejo de matar e, por fim, o desejo de ser morto (Menninger, 1970/1938).

Em 1942, o filósofo Albert Camus realizou a seguinte afirmação em seu livro *O Mito de Sísifo*: “só existe um problema filosófico realmente sério: o suicídio. Julgar se a vida vale ou não vale a pena ser vivida é responder à pergunta fundamental da filosofia” (2014/1942, p.17). Nesta obra, Camus utilizou o mito de Sísifo para abordar o problema do suicídio por um prisma

filosófico. No início do livro Camus já aponta a direção que levará a sua obra: “O tema deste ensaio é justamente essa relação entre o absurdo e o suicídio, a medida exata em que o suicídio é uma solução para o absurdo. A crença no absurdo da existência deve então comandar sua conduta” (p. 20). Para Beato (2004), Camus não tratou o suicídio por razões sociais, “mas através de reflexões necessárias frente a uma alternativa possível de ação; o suicídio atuaria como um catalizador de significados fundamentais à existência humana no mundo moderno” (p. 72). Realizar um diálogo entre o suicídio e as relações de sentimentos de absurdo foi a proposta de Camus. As relações permeiam “na medida exata em que o absurdo conduz ao suicídio; a dúvida sempre presente naqueles que consideram seriamente a hipótese de suicídio e que, segundo Camus são a maioria; e a esperança numa outra vida possível que é preciso merecer” (Beato, 2004, p. 72).

Os estudos supracitados ainda comportam um espaço relevante para o aprofundamento da suicidologia - estudo do comportamento suicida - contribuindo para reflexões atuais importantes. Na atualidade o tema é amplamente estudado, sendo interesse de vários estudiosos, de ciências diferentes, cada uma colaborando com sua própria perspectiva, o que indica que o suicídio permanece com seus contornos indefinidos e, como nunca, um grave problema social.

Dentre os estudos mais recentes destaca-se o do autor Roosevelt Cassorla, um pesquisador do suicídio no Brasil, no qual afirma que as pessoas podem se suicidar de forma consciente (ato voluntário) ou inconsciente (doenças psicossomáticas, por exemplo). O autor aponta que há vários comportamentos que levam à autodestruição, mesmo a longo prazo, como fumar compulsivamente ou colocar-se em situações de alto risco. Traz o conceito de ‘suicídio parcial’, que o autor define quando alguém mata parte de si mesmo, seja pela automutilação, frigidez ou prejuízo nas potencialidades emocionais, como amar, trabalhar ou ser criativa. Uma questão relevante abordada por Cassorla trata-se do fato de que o suicida não procura a morte, mas sim procura outra forma de vida que está fantasiada em sua mente. A pessoa que se suicida tem como

‘planos de vida’ encontrar a proteção, o amor, a ausência de sofrimento, se vingar, se punir ou encontrar outros que já morreram. Também versa sobre o suicídio em uma perspectiva da interação entre fatores sociais e individuais, tais como o suicídio dos idosos, que perdem o reconhecimento social, sentem-se isolados e sem valor; ou no suicídio por ‘fracasso’, que surge em sociedades competitivas, que valorizam o *status* e o poder de consumo. O ‘fracasso’ pode levar à humilhação social e à desesperança e, então, ao desejo de morte (Cassorla, 1985).

Como representantes de uma perspectiva sociológica contemporânea do suicídio, encontram-se os estudos de Kalina e Kovadloff (1983). Para esses autores, o ato suicida é o resultado de uma sociedade autodestrutiva, não sendo somente uma escolha livre do suicida, mas um fracasso da coletividade. Desta maneira explanaram sobre o desamparo social:

[...] em cada sujeito que se mata fracassa uma proposta comunitária. Não se trata apenas do derrubar de uma esperança pessoal. Trata-se também da inviabilidade de um projeto coletivo posto ao alcance do indivíduo e elaborado por ele através da família, a educação e o trabalho. Ali onde os suicídios são frequentes e numerosos cabe reconhecer que se está ante uma sociedade com alto potencial autodestrutivo (Kalina & Kovadloff, 1983, p. 64).

Desta maneira, a pessoa que realiza o suicídio tem intrínseca relação com a família e a sociedade em que está inserida. Apontam que o desenvolvimento tecnológico avançou, mas concomitantemente a ética entrou em depreciação. A ciência não nos fez mais humanos, a solidão, a concorrência entre as pessoas, o afastamento social, a violência, dentre outros, produziram uma sociedade tanatóxica (Kalina & Kovadloff, 1983).

M. M. Silva (2008) realizou um estudo sobre o ato suicida partindo do pressuposto de tratar-se de um gesto de comunicação e de transformação. O ato de matar-se é uma maneira de se comunicar, de transmitir uma mensagem para as outras pessoas. Por esse gesto de

comunicação, o suicida realiza um rito de passagem, uma transformação necessária para retornar à sociedade com um outro ‘status’, como um novo membro. Através desse novo personagem que ocupará o imaginário social, o suicida permanece vivo, agora com uma outra identidade, retornando à sociedade e garantido uma existência simbólica. Mais do que um gesto solitário, o suicídio é um ato de comunicação para uma sociedade que não soube ‘ouvi-lo’, que o impediu de comunicar-se de outras formas. O suicídio, então, é um instrumento de comunicação, uma forma de expressão, um signo para comunicar ao mundo alguma coisa. É também um ato que busca uma transformação na maneira como a pessoa ocupa um lugar na sociedade. Assim sendo, o morto ‘vive’, sendo agregado novamente ao social através das imagens mentais, vivendo simbolicamente com uma nova identidade.

No discurso da psiquiatria atual, o suicídio não pertence a uma categoria nosológica específica, assim como demonstra o DSM V. Para Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010), os comportamentos suicidas não constituem uma doença, contudo a maior parte deste ato está relacionada com transtornos mentais, dentre os mais recorrentes estão o transtorno de humor (principalmente a depressão), os transtornos por uso de substâncias psicoativas, as esquizofrenias e os transtornos de personalidade. Desta maneira, os autores afirmam que “a presença de um transtorno mental é um dos mais importantes fatores de risco para o suicídio. Em geral, admite-se que 90% a 98% das pessoas que se suicidam têm transtorno mental por ocasião do suicídio” (Bertolote *et al.*, 2010, p. S89). A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2014) define o suicídio como “um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser fatal” (p. 9). É um ato que resulta de vários fatores que se acumulam durante a vida, não sendo constituído apenas de acontecimentos pontuais, simplistas, mas de um conjunto de fatores que constituem a vida de alguém.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014) considera o suicídio como um fenômeno que apresenta várias causas subjacentes que interagem entre si, tais como fatores psiquiátricos, sociais, culturais, psicológicos, biológicos e fatores relacionados ao histórico de vida da pessoa. Portanto, o suicídio é um fenômeno multicausal e complexo por apresentar inúmeras variáveis, razão que justifica diversos estudos em diferentes campos de saber. Além disso, a OMS (2014) coloca o suicídio na atualidade como um grave problema de saúde pública, orientando os países-membros, dentre eles o Brasil, a implantar Políticas Públicas para a sua prevenção que foquem a sociedade, assim como grupos ou indivíduos que apresentam comportamentos de riscos (Botega, 2007 & OMS, 2014).

Em razão de muitas discrepâncias a respeito da terminologia para referenciar atitudes suicidas, optou-se nesta pesquisa por utilizar os termos propostos pela OMS, que define como ‘comportamento suicida fatal’, também chamado de ‘suicídio completado’ ou somente ‘suicídio’, os atos suicidas que resultam em morte, e em ‘comportamento suicida não-fatal’ para atos suicidas que não resultam em morte, também chamados de ‘tentativas de suicídio, parassuicídio ou autolesão deliberada’. Já ‘ideias suicidas’ é um termo utilizado quando há pensamentos em matar-se. A denominação ‘comportamento suicida’ engloba tanto os pensamentos, planejamentos, tentativas, como o ato em si (OMS, 2002). As tentativas de suicídio englobam atitudes variadas, desde atos graves que necessitam de intervenção médica ou até mesmo internação hospitalar, até aqueles de baixa gravidade que não precisam de atenção médica (Bahls & Botega, 2007).

No CID-10 da OMS (1993), a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, o suicídio é registrado no Capítulo XX, Causas Externas de Morbidade e de Mortalidade, através dos códigos X-60 a X -84, denominadas como ‘Lesões Autoprovocadas Intencionalmente’, mesma nomenclatura utilizada pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e nos registros de óbitos no Brasil (OMS, 1993 & Ministério da Saúde, s/d).

Pelo fato de o suicídio estar contornado por múltiplas causas, abrem-se caminhos para se aproximar desse fenômeno com uma abordagem psicossocial, ampla, que convide várias mãos para tecer uma reflexão sobre a relação do homem com a vida e todas suas implicações contidas. Compreender melhor o ato suicida envolve uma maior intimidade com as relações coletivas em um momento sócio-histórico, o que faz deste gesto uma responsabilidade social. Portanto, a prevenção do suicídio transcende a questão de reduzir os números estatísticos, mas de aceitar o desafio de dialogar com o homem da pós-modernidade e seus conflitos inerentes, o que denota um ato político.

2.2 Pós-Modernidade: a Era da Desproteção Social

“Nunca o nosso mundo teve ao seu dispor tanta comunicação. E nunca foi tão dramática a nossa solidão. Nunca houve tanta estrada. E nunca nos visitamos tão pouco”

(Mia Couto)

O sociólogo polonês Zygmunt Bauman (2009) apresentou uma descrição sobre como as relações sociais estão sendo configuradas na era pós-moderna, que o autor denominou de ‘modernidade líquida’. A metáfora utilizada à forma líquida deve-se à perda de referências consolidadas, permanentes e confiáveis. O duradouro cedeu à velocidade, a permanência cedeu ao transitório e o sentimento de coletividade foi substituído pela liberdade individual. O efêmero é o adjetivo que insiste em definir a pós-modernidade. Talvez o que esteja insistindo em permanecer seja justamente o volátil, o descartável, os ciclos curtos. Tudo é movimento, nada está parado. Na era do ‘não se apegue!’, as relações tornam-se fragilizadas, sem solidez. Assim, como o autor pontua, as pessoas que não acompanham o ritmo acelerado da era pós-moderna ficam destinadas ao lugar de ‘retardatários’, temerosas em serem excluídos. A exclusão, como afirma Bauman (1998), surge nas sociedades que produzem o que o autor denomina de

“estranhos”, que “são as pessoas que não se encaixam”, “impedem a satisfação de ser totalmente satisfatória”, “geram incertezas”, “poluem a alegria com angústia” ou ‘transgridem os limites’ (p.27).

Para Bauman (1998), o indivíduo pós-moderno esvazia-se da cidadania promotora de uma força coletiva e infla-se de individualismo, no qual o bem comum que promove a justiça e a união é permutado pela competitividade e dissolução da solidariedade, o que promove um sentimento de desproteção social e sofrimento psíquico. Desta maneira, houve uma ruptura com o período anterior que prevalecia de modo mais estável as noções de integralidade social, sendo que, na era atual, a coesão e o sentimento de pertencimento ficaram ameaçados pela exarcebamento ao individualismo.

Constata-se também que o processo de globalização deixou marcas profundas nas relações sociais, econômicas e culturais na pós-modernidade. Bauman (1998) caracteriza esse processo de “desregulamentação universal” (p.34), afirmando que não há uma lógica de mercado que possa gerar uma previsibilidade. As leis do mercado ao mesmo tempo que estão autônomas, no sentido em que o Estado sucumbiu às pressões da competitividade, não conseguem desenhar uma lógica previsível capaz de assegurar uma regularidade socioeconômica que possa garantir, por mínimo que seja, uma determinabilidade para o futuro. A incerteza no que ainda está por vir diante da impossibilidade de desenhar uma rota mais previsível é o adubo para o medo e a insegurança generalizada. Da mesma maneira, o clima de insegurança é reforçado pelo desaparecimento do emprego estável e duradouro. Diante do panorama da fluidez, não há um compromisso com a classe trabalhadora, mas com a qualidade dos produtos feitos com menor custo e tempo de produção. Com isso, as sensações de impotência no indivíduo pós-moderno afloram com intensidade, e o caráter do imprevisível costura as relações atuais deixando marcas de desnorteamento e temor. Diante do quadro, a ética passa a não reger as relações

mercadológicas, entra em decadência face à hipercompetitividade, à globalização que torna o mundo um grande comércio livre, onde as leis reguladoras enfraquecem frente à sobrevivência no mercado. Não há mais um projeto coletivo social, mas um ‘salve-se quem puder’, o que desvincula os laços e fomenta a individualidade. Os destinos passam a ser traçados pela individualidade, e não pelo bem de produção comum, e a incerteza e o risco acabam sendo constantes na vida pós-moderna.

Caniato (2017) realiza importantes reflexões sobre os indivíduos e as relações com o trabalho na era atual. Diante das contingências atuais, o trabalho não tem sido um promotor nos cuidados à integralidade física, social e mental. Há uma produção de sofrimento humano nas relações de trabalho, sejam àqueles que estão inseridos no mercado, como os que estão à sua margem. Uma questão importante trazida para a discussão pela autora, baseando-se nos estudos do professor e diretor do Laboratório de Psicologia do Trabalho e da Ação, Christophe Dejours, refere-se que há uma dicotomia entre aquele que sofre e a injustiça social, no sentido que o sofrimento é identificado como uma fatalidade e pertencente ao foro íntimo do indivíduo. Sendo assim, a responsabilidade pelo sofrimento e adoecimento mental recai sobre o trabalhador, o que impossibilita que seja percebido como um produto da relação perversa das configurações de trabalho na atualidade. Neste sentido, promove-se a ideia que o homem/trabalhador ‘exemplar e herói’ é aquele que se abdica de queixas e suporta calado as pressões e a supercompetitividade, possui resistência frente a própria dor e a dos outros. Assim, constata a autora que “o modelo de homem da contemporaneidade não pode sentir dor, deve ser insensível a ela, [...] é feito um apelo inebriante à virilidade do homem” (Caniato, 2017, p. 86). Tal constatação aponta que há uma violência quando a pessoa adoece e não consegue desempenhar as muitas exigências do mercado de trabalho, o trabalhador porta a sensação que foi incompetente e que seu sofrimento é de cunho psíquico, e não de uma ordem mais ampla oriunda das relações de trabalho.

Indo nessa mesma direção reflexiva, Bauman (1998) aponta que, assim como houve modificações nos modos de produção quando o capital se globalizou, ocorreu também uma desintegração dos laços pessoais de segurança provindos das famílias e comunidades. Assim descreve:

[...] outras redes de segurança, do tipo autotecidas e automantidas – essa linha de trincheira um dia oferecido pela vizinhança e pela família, onde poderíamos nos retirar para curar as feridas deixadas pelas escaramuças do mercado-, caíram aos pedaços ou foram consideravelmente enfraquecidas (Bauman, 1998, pp. 113 e 114).

Corroborando as ideias de Baumam, Bittar (2007) entende que as transformações ocorridas nas relações de produção passaram a exigir um indivíduo sempre a postos para relações de trabalho cada vez mais conectadas e informais, assim como aptos para as exigências de qualificações advindas do aumento da competitividade. Da mesma maneira que o sistema do capital se globalizou implicando em mudanças significativas que trouxeram novos desafios à sociedade, a identidade da família não poderia deixar de ser afetada; “os laços se afrouxaram e sua *éthos* interior se degrada” (p. 597). Assim continua o autor:

[...] a casa perde a força centrípeta que possui de drenar o olhar para dentro, e os olhares são cada vez mais direcionados ao exterior, donde a auto-identidade de seus membros se torna cada vez menos aderente e cada vez mais escorregadia (Bittar, 2007, p. 597).

Partindo do princípio que a família não é um núcleo isolado, mas está em interação dialética com o social, as mudanças que se processaram no interior do capital desencadearam transformações significativas na família. Como as relações de trabalho exigem um ser ubíquo, sempre em prontidão ao mercado e em permanente trânsito, a família acaba por seguir os rumos desenfreados do capital. O efeito das exigências do mundo do trabalho afetou o *modus vivendi*

na atualidade, onde “acabou se tornando pesada a forma sólida da família do início da modernidade produtivista e, por isso, um suplemento desnecessário e redundante para o mundo de produção atual” (Bittar, 2007, p. 597). O autor entende que a família acabou por tornar-se um complemento adicional da vida profissional das pessoas, senão um obstáculo para o processo produtivo, diferente da ideia que havia anteriormente, de sustentáculo para a vida no trabalho.

Importante destacar que o capitalismo, na maneira como tem sido configurado na era pós-moderna, não tem como foco a família como um todo, mas a cada um como um indivíduo-consumidor. A família deixa de ser uma instituição forte, para se tornar uma conveniência ao mercado, deixando de ser uma coerência em si mesma e ser para a família, para se tornar consumidora de produtos, o que a desvincula como um grupo. O mercado de trabalho e as necessidades insaciadas de consumo, para “atingir padrões de normalidade, ser reconhecido como um membro pleno, correto e adequado da sociedade” (Baumam, 2008, p. 159), atravessam as famílias e suas categorias que dão suporte ao processo de formação identitária.

Na sociedade de consumo temos a mercantilização dos modos de vida. Produtos são descartados com rapidez, na busca de novos objetos que possam satisfazer a desenfreada procura pela novidade. O permanente e duradouro ficaram relegados ao passado, sendo que na era pós-moderna buscar sensações prazerosas, novas e imediatas tornou-se o comportamento dominante. No entanto, como bem pontua Bauman (1998), a satisfação do consumo que chega rápido evapora-se na mesma velocidade. A promessa de felicidade propagada pelo consumismo na era pós-moderna é enganosa, não cumpre a alegria que anunciou proporcionar. Então, é necessário desejar mais, e mais, para, quem sabe, no próximo objeto, na próxima compra ou na próxima relação, encontre-se a satisfação total, a tão buscada (e cobrada) felicidade. Como o autor afirma, a felicidade é alardeada como um bem supremo, contudo, é justamente na insatisfação e na infelicidade das pessoas que a sociedade de consumo encontra o combustível para perpetuar-se.

As repetidas frustrações levam a novas vontades e a novas tentativas. A indústria do consumo sabe bem apropriar-se deste fato para mercantilizar a ilusão.

Questão importante também para ser refletida na era atual trata das crises de identidade, sobre as quais Hall (2006) argumenta que “as velhas identidades, que por tanto tempo estabilizaram o mundo social, estão em declínio, fazendo surgir novas identidades e fragmentando o indivíduo moderno” (p.7). As referências identitárias na era pós-moderna tornaram-se provisórias e passageiras, o que instaura uma crise de identidade no indivíduo proporcionando uma ‘descentralização’ se comparada com momentos sociais anteriores. A crise de identidade provoca incertezas abalando os pontos de referência que anteriormente ancoravam as sociedades de maneira mais estável.

As reflexões trazidas neste item sobre as complexidades e entrelaçamentos do mundo pós-moderno são importantes para compreender melhor as questões referentes ao comportamento suicida. Como aponta Caniato (2017), o modo e vida na atualidade ficaram distantes do prometido pela verdade das ciências, a chegada da sofisticada tecnologia, pela economia capitalista ou pelas revoluções sociais, políticas e culturais. Observa-se um mundo paradoxal, no qual, apesar das realizações velozes e as fantásticas tecnologias, percebe-se nas grandes capitais ou no interior; entre ricos e pobres; adultos, idosos ou adolescentes; no íntimo familiar ou na esfera pública, que a sensação de desamparo tem deixado suas manifestações, dentre estas, os suicídios.

Fensterseifer e Werlang (2006) trazem relevantes discussões sobre comportamentos autodestrutivos na vida pós-moderna, período este que tem propiciado um sentimento de vazio e desesperança. Afirmam que em cada época ou momento histórico há formas específicas de ‘patologias/adoecimentos emocionais’ que representam uma estrutura de caráter subjacente, o que gera efeitos sobre a subjetividade coletiva. Dizem, ainda, que estamos vivendo na era da

depressão, do abuso de substâncias psicoativas e de outros comportamentos destrutivos, que são manifestações representantes do mundo atual. Coadunando com Baumann (1998), os enfraquecimentos dos laços sociais surgem quando se vive sob a sombra da competição, na qual ‘vence o melhor’, o que empobrece o investimento nas relações e se cultua o imediatismo, tornando as relações efêmeras, sem que haja um compromisso mais próximo com os outros. Da mesma maneira, Fensterseifer e Werlang (2006) trazem para a reflexão acerca do suicídio a experiência de desenraizamento vinculada na perda de referências simbólicas, o que traduz em um “sofrimento psíquico que denuncia a insegurança e, principalmente, a instabilidade identitária, e que pode ser chamado de desamparo. Quem está desamparado está à mercê.” (p. 39). Observa-se nos tempos atuais as pessoas construindo suas identidades através de referências passageiras, mutantes, o que caracteriza uma ausência de pontos de fixação que balizam e asseguram um modo de ser. O tempo pós-moderno é marcado pelo imperativo do prazer, pelo consumismo, pelo enfraquecimento dos elos sociais, pela imagem a ser construída de felicidade, beleza e sucesso. Neste sentido, aqueles que ‘fracassam’ diante das exigências atuais sucumbem, são excluídos, podendo adoecer, voltando a agressão sentida pelo social para si próprio (Bauman, 1998; Fensterseifer & Werlang, 2006).

Portanto, a configuração da sociedade individualista e competitiva da pós-modernidade acaba debilitando os laços sociais, surgindo um sentimento de não-pertencimento, de não estar agregado em uma comunidade, o que propicia uma desproteção emocional culminando em uma sensação de vulnerabilidade. Falhas na proteção social geram sentimentos de desamparo, fragmentação, indiferença e isolamento. Quando os protetores sociais que devem manter a coesão mostram-se insuficientes, o suicídio pode surgir como um gesto que revela esta desproteção. Assim como lembram as autoras Berzins e WadaWatanabe (2012), “o suicídio é um processo que não termina com a morte. Ele é um gesto de comunicação que visa a ampliar a compreensão do relacionamento entre quem se mata e a sociedade que foi palco do seu ato” (p. 1960).

No sentido em obter um olhar que contenha a dimensão social, Pinheiro (2007) aponta para a importância de estudar o ato suicida como um fruto da interação do indivíduo com a sociedade, analisando as relações sociais e seus conflitos. Taxas elevadas de suicídio em uma localidade revelam os vínculos entre as pessoas com a cultura e a sociedade. Segundo o autor, “a sociedade se projeta nesse gesto individualizante [o suicídio]” (p. 99). Lane (1984), quando aborda as contribuições da Psicologia Social para a compreensão dos processos do adoecimento e das práticas direcionadas para a sua prevenção, enfatiza a importância do olhar psicossocial. A autora mantém que a análise da saúde/adoecimento precisa ser vista através da intersecção do indivíduo com sua história e com a história de sua sociedade, ou seja, “a história individual é considerada enquanto história social que antecede e sucede à história do indivíduo” (p. 14). Assim sendo, é preciso abandonar a dicotomia indivíduo e sociedade para não correr o risco de uma leitura com viés psicologizante, que enfatiza somente as características individuais, ou uma leitura socializante, na qual o indivíduo é visto como um produto social (Pinheiro, 2007). Spink (2003), da mesma maneira, entende o adoecimento como um fenômeno psicossocial, coletivo e historicamente construído em uma determinada sociedade, o que implica diretamente nas ações de promoção da saúde e na prevenção, nas quais um olhar comunitário se faz imprescindível.

2.3 Dados Epidemiológicos: o Suicídio em Números

2.3.1 Perfil Sociodemográfico do Suicídio e das Tentativas de Suicídio

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), foram registradas, no mundo, 804.000 mortes por suicídio no ano de 2012, representando uma taxa de 11,4 a cada 100.000 habitantes, o que contabilizou mais de 2000 mortes por dia. A cada 40 segundos alguém tira a própria vida, e a cada 3 segundos realiza-se uma tentativa de suicídio. O impacto desse quadro coloca o suicídio como um relevante problema de saúde pública, reforçando a prioridade de os governos desenvolverem estratégias para a prevenção deste ato (OMS, 2014).

O Brasil está situado entre os 10 países com maior número absoluto de mortes por suicídio. Segundo dados publicados pela OMS (2014), em 2012, ocorreram 11.821 mortes oficialmente registradas, gerando um coeficiente (taxa) de 5,8/100.000 habitantes, sendo 9.198 suicídios de homens (9,4/100.000) e 2.623 de mulheres (2,5/100.000), o que representa em média 32 mortes por dia. Os números indicam que o Brasil segue a tendência mundial de a taxa de suicídio ser mais elevada entre os homens, sendo geralmente em uma proporção três a quatro vezes maior. Já os coeficientes em relação à idade são mais elevados em pessoas acima de 70 anos entre os homens e entre 50-69 anos para as mulheres, como apontado na Tabela 1.

Tabela 1- Taxa de suicídio em 2012 no Brasil.

	5-14 anos	15-29 anos	30-49 anos	50-69 anos	70 + anos	Total
Ambos sexos	0,4	6,7	8,4	8,0	9,8	5,8
Mulheres	0,3	2,6	3,7	3,8	3,3	2,5
Homens	0,4	10,7	13,3	12,7	18,5	9,4

Fonte: Organização Mundial de Saúde (OMS), 2014

A morte por suicídio no Brasil apresenta considerável variedade regional. Em 2012, ocorreram 693 suicídios na Região Norte, enquanto que na Região Sul foram 2.361. Contudo, entre 2002 e 2012, a Região Norte apresentou um aumento de 77,7%, enquanto que na Região Sul houve no mesmo período um aumento de 15,2%, a menor taxa do Brasil. Com os dados expostos, entende-se que a taxa de 5,8 a cada 100.000 habitantes representa a média total do Brasil, contudo há considerável diversidade local, como, por exemplo, em 2012 foram 21 mortes por suicídio registradas no estado do Amapá, já no mesmo ano foram 1.178 mortes no Rio Grande do Sul (Waiselfisz, 2014). Em termos absolutos há mais suicídios nas grandes metrópoles, mas os maiores coeficientes estão em cidades de médio e pequeno porte. Em algumas localidades, como no interior do Rio Grande do Sul, os coeficientes alcançam os números de 15 a 30 mortes por 100 mil habitantes (Botega, 2015).

Além de variações regionais, de idade e sexo, em termos de grupos populacionais há uma preocupação com as elevadas taxas de suicídio nas populações indígenas da Região Norte e Centro-Oeste do Brasil, principalmente entre os jovens do sexo masculino. A maior parte encontra-se nos estados do Mato Grosso do Sul, Roraima e Amazonas. De acordo com Waiselfisz (2014), a cidade de São Gabriel da Cachoeira, no Amazonas, apresentou a maior taxa de suicídio em 2012, de 51,2/100.000 habitantes, sendo que os índios representam 93,2% da população. Em Mato Grosso do Sul, pelo Censo de 2010, os grupos indígenas representavam 2,9% da população, mas representavam sete vezes mais em números de suicídios.

De modo geral, estudos também demonstram que há uma maior prevalência de comportamento suicida em pessoas homossexuais e bissexuais, principalmente entre adolescentes e adultos jovens. Assim como a taxa de suicídio é quatro vezes maior em pessoas separadas, divorciadas e viúvas. Solteiros apresentam o dobro da taxa dos casados. No que se

refere às profissões, médicos têm taxas de suicídio cinco vezes maiores do que a população em geral, e dentistas duas vezes (Botega, 2015).

Se os homens se suicidam mais, o quadro se inverte em relação às tentativas de suicídio, sendo três vezes mais comum no sexo feminino, contudo dados indicam que há mais atendimento hospitalar em homens, o que denota que utilizam métodos mais agressivos (Bahls & Botega, 2007). Com referência aos métodos empregados para o suicídio, ainda nos registros oficiais há elevada indefinição, o que obstaculiza medidas de prevenção para reduzir o acesso a esses meios. Os métodos prioritariamente são os enforcamentos, usos de arma de fogo e envenenamentos por pesticida. Minayo (2005) aponta que os laudos periciais dos casos suspeitos de intoxicação exógena e envenenamento necessitam de exames toxicológicos, o que demanda tempo e gera registros por causas indeterminadas. No entanto, mesmo confirmado o suicídio não há a modificação na certidão de óbito, o que mascara os números.

O Ministério da Saúde (MS) publicou em 2017 um boletim epidemiológico com dados referentes às tentativas de suicídio e suicídios consumados entre o período de 2011 a 2016, realizando uma análise descritiva das características sociodemográficas. Os dados foram extraídos de Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (VIVA/ SINAN) (Ministério da Saúde, 2017a). Nesse período, foram notificadas 33.269 (69,0%) tentativas de suicídio do sexo feminino e 14.931 (31,0%) do sexo masculino. A seguir, a Tabela 2 apresenta as características para as tentativas de suicídio:

Tabela 2 – Características dos casos de tentativas de suicídio no Brasil entre 2011 e 2016.

Características	Masculino		Feminino	
	nº	%	nº	%
Raça/cor				
Branco	7.792	52,2	17.689	53,2
Negro	5.194	34,8	10.923	32,8
Amarelo	79	0,5	207	0,6
Indígena	54	0,4	69	0,2
Ignorado	1.812	12,1	4.381	13,2
Escolaridade				
Analfabeto	123	0,8	178	0,5
E.F. incompleto	3.428	23,0	7.239	21,8
E.F. completo	1.054	7,1	2.236	6,7
E.M. incompleto	1.421	9,5	3.621	10,9
E.M. completo	1.963	13,1	4.841	14,6
E.S. incompleto	414	2,8	1.035	3,1
E.S. completo	364	2,4	990	3,0
Ignorado	6.109	40,9	13.028	39,2
Não se aplica	55	0,4	101	0,3
Faixa etária				
< 10	62	0,4	117	0,4
10 – 19	2.565	17,2	8.018	24,1
20 – 29	4.646	31,1	8.551	25,7
30 – 39	3.398	22,8	7.760	23,3
40 – 49	2.142	14,3	5.333	16,0
50 – 59	1.260	8,4	2.521	7,6
> 60	858	5,7	968	2,9
Zona Residência				
Urbana	13.417	89,9	30.640	92,1
Rural	978	6,6	1.584	4,8
Periurbana	184	1,2	365	1,1
Ignorado	352	2,4	680	2,0
Local Ocorrência				
Residência	12.246	82	29.565	88,9
Escola	30	0,2	111	0,3
Local público	212	1,4	232	0,7
Via pública	807	5,4	779	2,3
Outro	569	3,8	503	1,5
Ignorado	1.067	7,1	2.079	6,2

Fonte: SINAN Violência

Observa-se que a ocorrência de tentativas se concentrou entre as faixas etárias entre 10 a 39 anos, representando 73,1% nas mulheres e 71,1% nos homens. Quanto à distribuição pelas

regiões brasileiras, na região Sudeste foram registradas 44,8% das tentativas femininas e 42,8% masculinas, em seguida a região Sul, com 33,4% e 34,9%, respectivamente. Chama atenção os casos ignorados, o que denota um preenchimento inadequado na Ficha de Notificação Individual, desafio a ser superado para que os dados sejam mais fidedignos.

Quanto à taxa de mortalidade por suicídio, entre os anos de 2011 e 2015 foram notificadas 55.649 mortes, gerando uma taxa de 5,5/100.000 habitantes, variando de 5,3 em 2011 e 5,7 em 2015. Nesse período, para o sexo masculino a taxa subiu de 8,4 para 9,1/100.000 habitantes, e para o sexo feminino de 2,3 para 2,5/100.000 habitantes. Segue Tabela 3 com a taxa de mortalidade do sexo masculino e feminino, onde observa-se o grupo indígena com o número mais elevado, sendo que 44,8% entre os adolescentes (10 a 19 anos), valor oito vezes maior que o observado entre brancos e negros na mesma faixa etária.

Tabela 3 – Taxa de mortalidade por suicídio no Brasil entre 2011 e 2015.

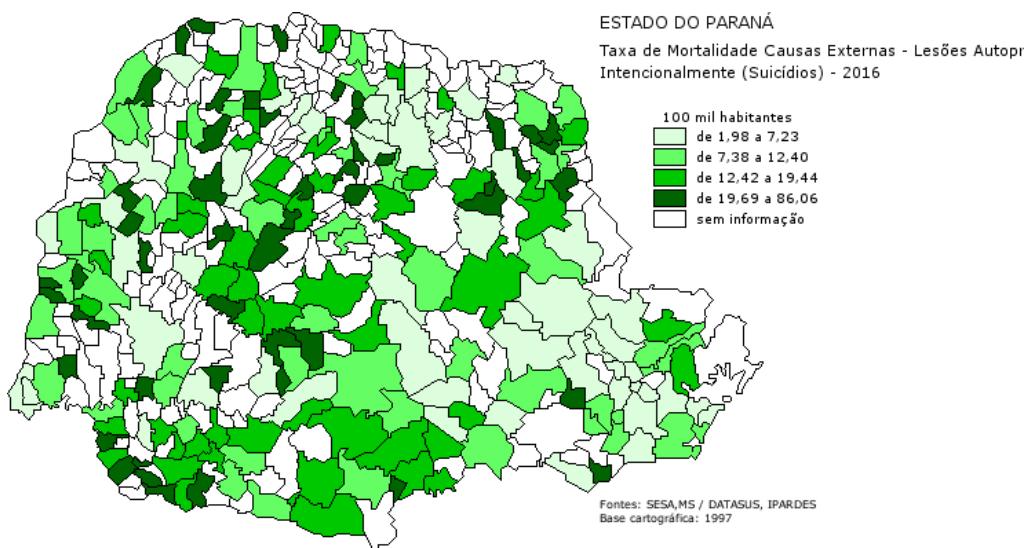
Características	Masculino	Feminino	Total
Raça/cor			
Branco	9,5	2,7	5,9
Negro	7,6	1,9	4,7
Amarela	3,8	1,2	2,4
Indígena	23,1	7,7	15,2
Escolaridade (anos estudo)			
0 – 3	10,9	2,6	6,8
4 – 7	9,7	2,5	6,1
8 – 11	5,2	1,6	3,3
12 e mais	5,3	2,4	3,4
Faixa etária			
5 – 19	2,3	1,1	1,7
20 – 29	11,0	2,5	6,8
30 – 39	11,9	3,0	7,4
40 – 49	12,4	3,6	7,9
50 – 59	12,5	3,8	8,0
60 – 69	12,9	3,2	7,7
> 70	17,1	3,0	8,9

Fonte: SINAN Violência

Observa-se que entre os homens o maior valor está para a faixa etária acima de 70 anos (17,1/100.000 hab.), já entre as mulheres a faixa mais acometida foi de 50 a 59 anos (3,8/100.000 hab.), seguida de 40 a 49 anos (3,6/100.000 hab.). As maiores taxas de óbito foram registradas nos estados do Rio Grande do Sul (10,3/100.000 hab.), Santa Catarina (8,8/100.000 hab.) e Mato Grosso do Sul (8,5/100.000 hab.). Quanto ao método usado, o enforcamento esteve em 66,1% entre os homens e 47,0% entre as mulheres. A intoxicação exógena foi o segundo meio mais utilizado em ambos os sexos, sendo 13,9% nos homens e 31,2% nas mulheres, seguido de arma de fogo, 10,0% e 4,0%, respectivamente. Quanto ao estado civil, 60,4% das pessoas que se suicidaram entre o período estudado eram solteiros, viúvos ou divorciados, e 31,5% casados/união estável (Ministério da Saúde, 2017a).

No estado do Paraná, ocorreram 716 suicídios, sendo 562 de homens e 154 de mulheres, em 2015. Entre os adolescentes de 15 a 19 anos foram registradas 51 mortes, já entre 20 e 69 anos, 600 registros, e de 70 anos ou mais 60 óbitos. Abaixo de 15 anos foram 3 mortes e 2 registos de idade ignorada. Ocorreu um aumento se comparado ao ano anterior, 2014, que foram notificadas 620 mortes, sendo 507 de homens e 113 de mulheres (Ministério da Saúde, s/d). Segundo dados do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), a taxa de suicídio no ano de 2016 no Paraná foi de 6,6/100.000 habitantes (IPARDES, s/d). O Paraná acompanha a tendência de as maiores taxas de suicídio estarem na região interiorana, fora das capitais, o que Waiselfisz (2014) denomina de ‘interiorização da violência’.

Figura 1 – Distribuição de taxa de mortalidade por suicídio no Paraná, 2016.



Fonte: http://www.ipardes.pr.gov.br/imp/gera_mapa.php

Os dados epidemiológicos fornecem informações úteis para estratégias de prevenção, pela razão de revelarem quais são os grupos de pessoas que estão em maior risco e possibilitarem a elaboração de Políticas Públicas que contornem a problemática. A prevenção do suicídio deve ser dirigida para toda a população, através de diversas maneiras, no entanto, há características que indicam maior risco em um conjunto de pessoas, o que exige medidas imediatas. Se os números de mortes ou tentativas de suicídio podem assustar nos dias atuais, que possam também apontar em qual direção os cuidados na promoção da vida se fazem urgentes.

2.3.2 Curitiba, Cidade Sorriso?

Segundo os dados do Perfil da Violência Autoprovocada em Curitiba 2015 da Secretaria Municipal de Saúde (SMS, 2016), a morte por causas externas (acidentes e violências) é a terceira causa de morte, ficando atrás de óbitos por doenças do aparelho respiratório e neoplasias, o que aponta para um problema que necessita do aperfeiçoamento das políticas de prevenção. Em 2015,

11,9% do total de óbitos foram por causas externas; os números denunciam a urgência em sanar esse problema de saúde pública. Dentre essas mortes, os homicídios estão no topo, seguidos de acidentes de trânsito e quedas. Os suicídios ocupam o quarto lugar, com um total de 92 mortes, resultando em uma taxa de 4,9 a cada 100 mil habitantes (Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 2006).

O ano de 1998 foi o maior índice de taxa de suicídio em Curitiba, 6,6/100.000 habitantes, nos anos seguintes ocorreu uma queda; em 1999 a taxa registrada foi de 4,2/100.000 habitantes e em 2000 3,5/100.000 habitantes. Já em 2001, alcançou o índice de 5,4/100.000 habitantes, e a partir disso, nos anos seguintes, a taxa mostra pequenas oscilações. No ano de 2010, a taxa caiu para 3,3/100.000 habitantes. A Tabela 4 indica o contexto dos anos subsequentes, com os números de óbitos; é possível observar que o ano de 2015 obteve um significativo aumento:

Tabela 4 – Números de suicídios em Curitiba entre 2011 e 2015.

Ano	Homens	Mulheres	Total
2011	55	18	73
2012	55	25	80
2013	55	28	83
2014	41	15	56
2015	70	22	92

Fonte: 1980 a 2014 = DATASUS. 2015 = SIM/SESA

Curitiba segue a propensão mundial da sobremortalidade masculina. Em 2015, 76,1% dos óbitos foram de homens, enquanto que 23,9% de mulheres. Outro dado importante que os números de óbitos por suicídio apontam refere-se à faixa etária. Em Curitiba, tem sido uma constante na última década maior óbito entre 20 a 39 anos. Nos anos de 2012, 2013 e 2015, a maior prevalência foi entre adultos de 30 a 39 anos, enquanto que em 2014 culminou a faixa etária entre as idades de 20 a 29 anos. Isso aponta um diferencial em comparação com os dados do estado do Paraná; no mesmo ano, no estado, foi registrado um número maior de óbitos entre 40 e 49 anos. Com relação à taxa de suicídio, a cada 100 mil habitantes (calculado com o nº da

população de Curitiba de 2012), os grupos que revelam maior risco estão entre 30 a 39 anos, em seguida a faixa etária de 50 a 59 anos, e, por fim, idosos acima de 60 anos. Em 2014, o grupo de maior risco encontrava-se em pessoas de 20 a 29 anos, mas em 2015 ocorreu uma queda significativa para essa faixa etária, enquanto as supracitadas tiveram ascensão.

Já no que compete às tentativas de suicídio, o sexo feminino apresenta maior número, com 624 casos registrados (69%) no mesmo ano, enquanto ocorreram 281 (31%) notificações para o sexo masculino. Como observa-se na Tabela 5, a faixa etária predominante de tentativas de suicídio no sexo masculino encontra-se entre 20 e 29 anos de idade, enquanto que entre o sexo feminino, a maior taxa pertence à faixa etária de 10 a 19 anos.

Tabela 5 – Números e percentuais de tentativas de suicídio segundo o sexo e faixa etária em Curitiba no ano de 2015.

Faixa etária	Masculino		Feminino	
	nº	%	nº	%
< 10	1	0,4	0	0,0
10 a 19	43	15,3	171	27,4
20 a 29	83	29,5	164	26,3
30 a 39	76	27,0	121	19,4
40 a 49	44	15,7	96	15,4
50 a 59	21	7,5	55	8,8
> 60	13	4,6	17	2,7
Total	281	100,0	624	100,0

Fonte: SINAN Violência

Quanto ao método utilizado para o suicídio entre os homens, está o enforcamento, seguido de arma de fogo (17,1%) e precipitação de lugar elevado (7,1%). Já para as mulheres, o método mais utilizado foi também o enforcamento (40,9%), seguido de precipitação de lugar elevado (18,2%) junto com autointoxicação (18,2%). Com relação ao meio utilizado para a tentativa de suicídio, o envenenamento encabeça a lista dos meios de agressão, tanto nos homens como nas mulheres, em seguida estão os objetos perfurocortantes e o enforcamento, conforme Tabela 6:

Tabela 6 – Números e percentuais de métodos usados para tentativas de suicídio segundo o sexo em Curitiba no ano de 2015.

Método	Masculino		Feminino	
	nº	%	nº	%
Envenenamento	218	76,8	587	92,9
Objeto Perfurocortante	35	12,3	28	4,4
Enforcamento	16	5,6	6	0,9
Armas de fogo	3	1,1	1	0,2
Substância/objeto quente	3	1,1	0	0,0
Precipitação de local elevado	5	1,8	5	0,8
Evento envolvendo veículo	4	1,4	5	0,8
Total	284	100,0	632	100,0

Fonte: SINAN Violência. Os eventos envolvendo veículos referem-se a colisões contra anteparos, atropelamentos e jogar-se de veículo em movimento.

As substâncias mais utilizadas para a tentativa de suicídio por envenenamento são os medicamentos (77,4%), número bastante expressivo, e, em seguida, o uso de raticidas (10,3%), que contêm um grau relevante de letalidade e são fáceis de encontrar no comércio negro para a venda. A faixa etária de maior tentativa de suicídio por envenenamento está entre 20 a 29 anos, seguida pela idade entre 10 a 19 anos (adolescentes com mais de 16 anos correspondem a 69%), e, por fim, de 30 a 39 anos. A Tabela 7 descreve a distribuição percentual de tentativas de suicídio por intoxicação exógena, em 2015, com as respectivas faixas etárias:

Tabela 7 – Percentuais de tentativas de suicídio por intoxicação exógena em Curitiba no ano de 2015.

Idade	%
<10	0,1
10 a 19	22,2
20 a 29	25,7
30 a 39	21,6
40 a 49	17,4
50 a 59	9,3
> 60	3,7

Fonte: SINAN Intoxicação

O número de reincidências registradas em 2015 foram um total de dezoito, sendo que em dezessete delas ocorreram duas tentativas pela mesma pessoa e em 1 caso a mesma vítima tentou suicídio 3 vezes durante o mesmo ano. Quanto aos serviços de atendimentos nos pontos de atenção que socorrem vítimas de tentativas, a maior parte foi realizada nas Unidades de Pronto Atendimento (66,2%), em seguida os Hospitais (27,0%), e as Unidades Básicas de Saúde (3,2%). E, por fim, na Tabela 8 encontra-se a distribuição dos números de registros por tentativas de suicídio segundo os Distritos Sanitários de Curitiba, na qual observa-se que Boa Vista, Pinheiro, Cajuru e Portão estão entre as territorialidades com as maiores notificações:

Tabela 8 – Números de tentativas de suicídio de acordo com os Distritos Sanitários de Curitiba no ano de 2015.

Distrito Sanitário	nº
Boa Vista	143
Pinheirinho	134
Cajuru	131
Portão	102
Boqueirão	100
Bairro Novo	92
CIC	89
Matriz	63
Santa Felicidade	51
Total	905

Fonte: SINAN Violência

Segundo os dados do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), a taxa de suicídio em Curitiba no ano de 2014 foi de 3,00/100.000 habitantes, já em 2015 foi de 5,0 /100.000 habitantes, apontando para um considerável aumento. Já em relação à taxa para acidentes de trânsito, a capital paranaense registrou em 2015 uma taxa de 13,14/100.000 e 26,76/100.000 para mortes por homicídio. Os números revelam a violência que atinge o

município, o que demanda urgência em Políticas Públicas para reduzir essas mortes violentas (IPARDES, s/d).

2.3.3 A Subnotificação: uma Pedra no Meio do Caminho da Prevenção do Suicídio

Dentre as denominadas mortalidades ocasionadas por causas externas, encontram-se os acidentes de trânsito, os homicídios, conflitos civis, e, também, os suicídios. Contudo, há um complicador para definir se houve de fato um suicídio, ou se foi um acidente de trânsito, uma queda, um afogamento, um atropelamento, ou, ainda, em caso de confirmação do suicídio, se este ocorreu por indução. Botega (2015) afirma que as mortes com intenção indeterminada ou de causas mal-definidas camuflam considerável proporção de casos de suicídio, assim como a OMS (2002) reconhece que algumas mortes que são registradas por causa natural podem ocorrer quando pessoas, principalmente os idosos, deixaram de tomar os medicamentos que os mantinham vivos, o que mascara a morte intencional.

Minayo (2005) aponta que os números reais de morte por suicídio são mais elevados do que os notificados nas fontes oficiais, e, para isso, levanta alguns motivos para dada deturpação das informações. Além da dificuldade de diferenciar algumas formas de suicídio de outras que também provocam morte ou lesões, como os exemplos supracitados, a autora chama a atenção para a interferência de ordem cultural, religiosa e moral para as subnotificações de essa morte violenta. Afirma que pelo motivo de o Brasil ter forte influência da cultura judaico-cristã, com frequência os familiares tentam esconder a morte de um parente por suicídio, o que revela dificuldades microssociais. Da mesma forma, a sociedade de uma maneira em geral apresenta preconceitos frente ao suicídio, culpabilizando e estigmatizando o ato, inibindo a honesta notificação (Minayo, 2005). A OMS (2002) afirma que os números podem estar mascarados

para evitar o estigma à pessoa que tirou a própria vida e às pessoas da família, por motivos de conveniência social, razões políticas, para as pessoas poderem se beneficiar de apólices de seguro, ou porque o suicídio foi deliberadamente mascarado como um acidente pela pessoa que o cometeu, por exemplo, como um acidente rodoviário (OMS, 2002, p.187).

No que tange às tentativas de suicídio, calcula-se que os índices são no mínimo dez a vinte vezes maiores que os registrados, ou seja, a cada pessoa que se suicida, estima-se que 10 a 20 pessoas tentaram o mesmo. Um estudo realizado por Botega (2015) mostrou que a cada três tentativas de suicídio, uma chega a ser atendida nos dispositivos de saúde e é notificada, ou seja, os dados oficiais registrados de tentativas não representam a realidade. Corrobora com estudos realizados pela OMS (2002), que aponta que somente 25% daqueles que tentam o suicídio buscam ajuda nos sistemas de saúde.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (2016), a partir de 2014 houve uma melhora das notificações em razão de a Portaria nº 1.271/2014 (Ministério da Saúde, 2014a) exigir a imediata notificação dos casos de tentativas de suicídio na esfera municipal, com o objetivo de proporcionar atendimento em saúde mental precoce e monitoramento das vítimas. Desta maneira, em 2014 ocorreram 245 notificações de violência autoprovocada, o que abrange autoagressões, automutilações, tentativas de suicídio e ideações suicidas, enquanto que em 2015 esse número subiu para 1.034 registros. Sendo assim, percebe-se o reflexo da melhora da notificação com o aumento de registros tanto de tentativas como de suicídios em Curitiba.

As tentativas de suicídio constituem uma considerável carga social e de impacto psicológico para o indivíduo e para a sua família, além de ônus decorrente da incapacitação de longa duração que pode ser ocasionada pelo ato suicida. Importante ressaltar que uma tentativa de suicídio é considerada como um dos principais fatores de risco de morte por suicídio, ou seja,

quem já intentou pôr fim à vida corre um risco muito maior de se suicidar (OMS, 2014). Portanto, as tentativas de suicídio devem ser atendidas como um sinal de alerta para futuros riscos, o que exige atenção especial nas estratégias de prevenção.

Realizar um estudo sobre os dados torna-se um importante instrumento para a prevenção do suicídio no sentido que baliza as implantações de Políticas Públicas, para tanto, é necessário ter um registro civil confiável. Analisar as características demográficas, como idade, os métodos utilizados e sexo, propicia a identificação de onde estão as pessoas em situação de risco (OMS, 2014). Contudo, Ayres (2003, 2010) traz para a reflexão que os números descritos nas estatísticas podem apontar para uma direção dos grupos de riscos ao adoecimento, ou, no caso desta pesquisa, ao suicídio, mas são insuficientes acerca dos significados mais amplos e concretos, o que os torna limitantes para ações preventivas mais resolutivas. Parte-se do conceito que o adoecimento é um processo dinâmico, resultante de vários entrelaçamentos, sejam biológicos, comportamentais, psicossociais, técnicos e políticos, o que implica que os cuidados em saúde mental vão além de proteger os grupos de riscos, mas de alcançar os determinantes envolvidos no processo do sofrimento. A partir de então, Políticas Públicas precisam ser desenhadas com a finalidade de prevenir o suicídio, antevendo os grupos de risco.

2.4 Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio

As Políticas Públicas visam atender às demandas e necessidades sociais, sejam na ordem da educação, segurança, moradia, saúde, entre outras tantas. São ações que objetivam responder a problemas sociais que são identificados na vida coletiva (A. F. Silveira *et al.*, 2007). Como um conjunto ordenado de ações, Bucci (2006) afirma que:

[...] política pública é o programa de ação governamental que resulta de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados – processo eleitoral, processo de

planejamento, processo de governo, processo orçamentário, processo legislativo, processo administrativo, processo judicial – visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados (Bucci, 2006, p.39).

De fato, as Políticas Públicas são um conjunto de decisões governamentais, que podem ser a nível nacional, como estadual ou municipal, que objetivam responder a um problema social de interesse público através de leis, projetos, esclarecimentos públicos, propagandas publicitárias, coordenações em redes, programas públicos, dentre outros.

No que diz respeito à prevenção do suicídio, historicamente a preocupação com as mortes autoinfligidas e suas possíveis prevenções não é algo recente. No começo do século XX havia esforços para a prevenção do suicídio, mas eram apenas de cunho filantrópico, religioso e humanitário, tais como o Exército da Salvação, em Londres (1906), ou a Liga Nacional Salve uma Vida, em Nova York (1906). Foi somente no ano de 1994 que o tema da prevenção do suicídio surgiu como questão de saúde pública, em uma reunião convocada pelo Conselho para Assuntos Econômicos e Sociais da Organização das Nações Unidas (ONU) e pelo Departamento de Saúde Mental da Organização Mundial Saúde (OMS), realizada no Canadá. Deste encontro surgiu a publicação da ONU, em 1996, de um documento intitulado “Prevenção do suicídio: diretrizes para a formulação e a implementação de estratégias nacionais” (Bertolote, 2012). Quental (2009) afirma que o suicídio como uma questão de saúde pública é retirar o problema da invisibilidade levando-o para a esfera pública, devendo ser discutido e prevenido por todos. Desta maneira, abre possibilidades “de introduzir métodos eficazes na sua resolução, assim como novas perspectivas sob o ponto de vista do acolhimento, do cuidado da valorização da vida e das possibilidades de solidariedade” (p. 236).

No ano de 1999, a OMS lançou em âmbito mundial o guia denominado SUPRE (*Suicide Prevention*) para a prevenção de suicídio. Esse guia representou um elo numa longa e

diversificada cadeia que envolve uma variedade de pessoas e grupos, incluindo profissionais de saúde, educadores, serviços sociais, governos, legisladores, membros da comunicação social, magistrados, famílias e comunidades (OMS, 2014). No ano seguinte, a OMS (2000) publicou uma série de manuais, cada um dirigido a um elo dessa corrente de prevenção do suicídio, com o objetivo de informar sobre as ações de prevenção que compete a cada profissional responsável em sua área. São eles: (1) Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais; (2) Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia; (3) Prevenção do suicídio: manual para professores e educadores; (4) Prevenção do suicídio: manual para profissionais da saúde em atenção primária; (5) Prevenindo o suicídio: diretrizes para agentes penitenciários; (6) Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros; (7) Prevenindo o suicídio: diretrizes para um ambiente de trabalho; (8) Prevenindo o suicídio: diretrizes para policiais, bombeiros e outros agentes de intervenção em emergências; (9) Prevenindo o suicídio: diretrizes para a formação de grupos de sobreviventes; e (10) Prevenindo o suicídio: diretrizes para o registro de casos (OMS, 2000 & Bertolote, 2012).

No Brasil, já reconhecendo como um problema de saúde pública, em 22 de dezembro de 2005, o Ministério da Saúde (MS) instituiu um Grupo de Trabalho para elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio através da Portaria nº 2.542. Esse trabalho teve como referências estudos realizados pelo Ministério da Saúde (MS), pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) do Sistema Único de Saúde (SUS), e por experiências publicadas em países como o Canadá, Áustria, Estados Unidos e outros (D’Oliveira, 2014 & Ministério da Saúde, 2005).

No ano seguinte, 2006, em 14 de agosto, instituiu-se as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio sob a Portaria nº 1.876, para dar orientação para a implantação da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, que devem ser seguidas pelos diversos níveis da

administração pública (federal, estadual e municipal), assim como instituições da sociedade, quer pública ou privada (Ministério da Saúde, 2006). São formadas por diferentes eixos com propostas de execução a curto, médio e longo prazo. Segundo o Art. 2º devem:

I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;

II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;

III - organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;

IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;

V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;

VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;

VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e

VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (Ministério da Saúde, 2006).

No Inciso II que aborda sobre a importância da sensibilização, ocorre no Brasil desde 2014 a campanha denominada ‘Setembro Amarelo’, que tem como objetivo conscientizar a população sobre a importância da prevenção do suicídio. Setembro foi escolhido pelo motivo de o dia 10 do mesmo mês ser definido como o Dia Mundial da Prevenção do Suicídio. Monumentos públicos são iluminados com a cor amarela, tais como o Congresso Nacional e a ponte Juscelino Kubitschek em Brasília, o Cristo Redentor na cidade do Rio de Janeiro, o estádio Beira Rio em Porto Alegre, e a Universidade Federal do Paraná, em Curitiba. No Brasil, a campanha Setembro Amarelo é uma iniciativa do Centro de Valorização da Vida (CVV), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). (recuperado em 15, maio, 2017).

No que compete à importância da coleta dos dados, em 2014 o MS incluiu, sob a Portaria nº 1.271, a tentativa de suicídio (lesão autoprovocada) na lista de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, estabelecendo que a notificação deve ser em até 24 horas (Ministério da Saúde, 2014a). A notificação de violências autoprovocadas é importante para conhecer a magnitude e a gravidade do problema em cada localidade, para que se possa intervir nos cuidados à saúde mental. Como aponta o MS (2017b), “a notificação é um elemento-chave na atenção integral às pessoas, retirando os casos de violência da invisibilidade, prevenindo a violência da repetição e permitindo que a rede de proteção e de garantias de direitos seja acionada e se articule” (Ministério da Saúde, 2017b, p. 9).

Na cidade de Curitiba, local onde a presente pesquisa foi realizada, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) lançou em 10 de outubro de 2014 - Dia Mundial da Saúde Mental - o Programa de Prevenção do Suicídio, que tem como objetivo a capacitação dos profissionais da saúde, melhoria ao acolhimento dos pacientes e acompanhamento sistemático das pessoas que já realizaram alguma tentativa de tirar a própria vida ou que apresentam algum transtorno mental (<http://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/prefeitura-de-curitiba-lanca-programa-de-prevencao-ao-suicidio/34395>, recuperado em 05, outubro, 2016).

Diante do exposto, as Políticas Públicas de prevenção do suicídio no Brasil tiveram início quando entraram para a agenda do governo como um problema de saúde pública. Desde então foi preciso elaborar um conjunto de decisões políticas plausíveis para sanar a questão. Para tanto, assim como afirma a OMS (2014), é preciso que se considere a realidade local para a implantação de estratégias de prevenção do suicídio, com uma abordagem direcionada àquela população em seus contextos sociais específicos. A complexidade do fenômeno suicida determina um procedimento local para formulação de Políticas Públicas.

Freitas (2015), em seu texto Políticas Públicas e Psicologia Social Comunitária: Interfaces e Desafios, convoca para a reflexão de se considerar as especificidades nas quais a população vive como ponto essencial na implantação de Políticas Públicas. A autora defende a ideia de realizar recortes territoriais (bairros, distritos, setores censitários etc.), visto que as Políticas Públicas apresentam uma visão mais ampla, homogênea, apontando, assim, para a necessidade de moldá-las a fim de atender às demandas locais próprias àquela comunidade.

Neste sentido, a PSC faz-se importante nessa interação entre as Políticas Públicas e a comunidade, em razão daquelas terem um compromisso com as “necessidades sentidas” que foram construídas em circunstâncias sociais e históricas específicas, em um cotidiano próprio, formando subjetividades particulares e características comuns naquela população (Freitas, 2015, p. 32). Apropriar-se das vivências para compreender os problemas locais para o

planejamento das soluções é o eixo centralizador da PSC. Assim sendo, é preciso que as Políticas Públicas sejam formatadas em um local delimitado, como, por exemplo, um Distrito Sanitário de uma cidade.

2.5 O Cuidado em Saúde Mental

2.5.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

“Estou vivendo no mundo do hospital, tomando remédio de psiquiatria mental. Haldol, Diazepam, Rohypnol, Prometazina, meu médico não sabe como me tornar um cara normal”
(Música: Sufoco da Vida)

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) realizado na década de 1970 referiu-se a um movimento social que protagonizou críticas ao modelo psiquiátrico vigente, propondo novas formas de assistência aos portadores de transtornos mentais. Até então havia a hegemonia dos hospitais psiquiátricos, na qual os internos estavam submetidos à exclusão social, privados de cidadania e direitos humanos. A Reforma Psiquiátrica no Brasil surgiu contemporaneamente a essa luta da superação do modelo manicomial para a assistência humanizadora e comunitária em saúde mental (Delgado *et al.*, 2007).

A Reforma Psiquiátrica caracterizou-se como um conjunto de ações sociais e políticas que impulsionou a um novo modelo psicossocial de atenção à saúde mental, rompendo com o modo de exclusão e tratamento direcionado ao biológico, para o modelo da inclusão da subjetividade, dos diretos humanos, das dimensões socioculturais e da atenção integral ao portador de sofrimento mental (Paiva, 2010). O modo psicossocial de cuidar entende que o adoecimento mental tem implicações também nas dimensões sociais e culturais, na garantia dos direitos, no acesso a um sistema de qualidade e na humanização do cuidado, o que amplia o processo saúde/doença visto como individual e organicista (Schneider, 2015). Como afirma

Hirdes (2009), o movimento pela desinstitucionalização configurou-se, portanto, como um marco histórico importante para uma nova assistência de atenção à saúde mental, saindo do controle da doença para um olhar ao doente, sendo este portador de cidadania, de uma subjetividade construída nas relações, do direito à reinserção social e, principalmente, a um projeto de vida.

As mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica vão além de indicar uma mudança na logística do tratamento em saúde mental, pois alcançam uma ampla transformação política e social no cuidado àqueles com transtorno mental (Souza & Rivera, 2010). Portanto, não se refere somente a uma descentralização da assistência hospitalar, mas a uma reorganização de um modelo em saúde que garanta maior qualidade de vida às pessoas que padecem de transtornos mentais (Hirdes, 2009). É possível destacar que os movimentos sociais pela reforma no tratamento em saúde mental buscaram a democratização do acesso aos cuidados integrais, reivindicando novas políticas sociais que garantissem a universalidade do direito à saúde.

Desta maneira, a Reforma Psiquiátrica brasileira foi adquirindo seu verdadeiro contorno com outros importantes movimentos sócio-políticos. Dentre esses, destacam-se a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído no ano de 1990, e a Lei Federal nº 10.216, em 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Lei nº 8.080, 1990 & Lei nº 10.216, 2001).

O SUS foi instituído sob a Lei nº 8.080 (1990), denominada Lei Orgânica da Saúde, que dispôs a saúde como um direito fundamental dos cidadãos, devendo ao Estado estabelecer as condições de promoção, prevenção e recuperação da saúde, assim como apontou as diretrizes que embasam o sistema, tais como: a universalidade, integralidade e equidade no atendimento, além de execução em vigilâncias (sanitárias, epidemiológicas e de saúde do trabalhador), a descentralização política-administrativa para os municípios visando o interesse regionalizado,

como também a organização e funcionamento dos serviços. Já em dezembro do mesmo ano foi sancionada a Lei nº 8.142 que imprimiu ao sistema a participação da comunidade como atores no processo através das instâncias colegiadas, a saber: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde (Lei nº 8.142, 1990). Desta forma, fica evidenciado que o SUS trata-se de um sistema que deve garantir atendimento integral, universal e gratuito para toda a população brasileira e com a participação de todos na gestão pública.

Em 2001, foi sancionada a Lei nº 10.216, que dispõe dos direitos do portador de transtorno mental, sua assistência humanizada, sua proteção e reinserção social, além dos procedimentos em casos que exigem internação. Este fato é relevante, pois, além de dar uma nova configuração ao tratamento em saúde mental, redemocratizando sua assistência, o conceito social de pessoas com transtornos mentais foi configurado não mais pelo viés da doença, segregação ou estereótipos, mas por um novo olhar, mais acolhedor, de cuidado e promoção da saúde. A referida Lei, em seu Artigo 2º, parágrafo único, garante à pessoa portadora de transtorno mental, dentre outros fatores, receber um tratamento humanizado e respeitoso, visando sempre a sua recuperação no seio familiar e social, juntamente com a devida proteção contra abusos e preconceitos (Lei nº 10.216, 2001).

Com esse breve histórico pode-se acompanhar a trajetória que construiu novos modelos na assistência à pessoa mentalmente enferma. Do tratamento pela exclusão em instituições psiquiátricas, que afastava o paciente do convívio social, para a construção de diretrizes mais humanas e com viés comunitário, promotoras de vínculos, foi importante a conquista da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para tanto, não basta a criação de serviços substitutivos, mas de dispositivos que promovam o cuidado de maneira integral e contínua, gerando atendimento centrado na comunidade, de maneira multiprofissional, transdisciplinar, e que rompa definitivamente com o modelo hospitalocêntrico.

Assim, desde a luta pela consolidação da Reforma Psiquiátrica, o SUS foi acumulando experiências e superando aos poucos os desafios que ocorreram no atendimento em saúde. Essa experiência foi abrindo possibilidades de reconfigurações que buscavam um aprimoramento aos cuidados em saúde, inclusive a importante superação da dicotomia entre saúde e saúde mental. Sempre visando o cuidado integral em rede, com um olhar psicossocial, o SUS passa a se organizar no que se denomina atualmente de Rede de Atenção à Saúde (RAS), que está articulada em diferentes redes temáticas, dentre estas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tema importante para esta pesquisa.

2.5.2 A Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

O estímulo à organização em redes integradas adquire maior culminância com a publicação da Portaria nº 4.279, de dezembro de 2010, que estabeleceu diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Ministério da Saúde, 2010a, p. 09). Assim, os usuários do SUS circulam pela rede recebendo atendimento integral e contínuo através dos pontos de atenção que devem suprir as necessidades de atenção à saúde.

Com forma de garantir a integralidade, universalidade e equidade na atenção à saúde, a RAS implantou algumas Redes Temáticas (RT). Dentre estas encontra-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual tem relevante importância para a discussão desta pesquisa, que aborda a prevenção e os cuidados ao risco suicida (Ministério da Saúde, 2014b). A RAPS foi instituída sob a Portaria nº 3.088, em 2011, com republicação em 2013, e “dispõe sobre a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno

mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde” (Ministério da Saúde, 2011a).

Segundo o Ministério da Saúde (2014c), a RAPS é composta por serviços e equipamentos variados que devem atender à demanda em saúde mental da população nos diversos níveis de assistência, realizando intervenções na promoção, prevenção, atenção e a reabilitação em saúde mental. É composta pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Apresenta-se no Quadro 1 os pontos de atenção referentes em cada componente:

Quadro 1 – Componentes e pontos de atenção da RAPS.

Componente	Pontos de Atenção
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Consultórios de Rua; Centro de Convivência e Cultura.
Atenção Psicossocial Estratégica	Centro de Atenção Psicossocial em suas diferentes modalidades.
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, unidades básicas de saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de acolhimento; Serviço de atenção em Regime Residencial CTs.
Atenção Hospitalar	Leitos de saúde mental em hospital geral.
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços residenciais terapêuticos; Programa de Volta pra Casa.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de geração de trabalho e renda; Fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares.

Fonte: Ministério da Saúde, 2014c

Como parte integrante do SUS, a RAPS apresenta como princípio o acesso universal e gratuito, garantindo a democratização aos serviços públicos de saúde que estão articulados em

uma rede comunitária de cuidados. Os pontos de atenção estão integrados formando um conjunto vivo que assegure a consolidação do acesso e a participação da comunidade (Delgado *et al.*, 2007). Segundo a Portaria nº 4.279/10 (Ministério da Saúde, 2010a), o Art. 3º aponta como objetivos da RAPS:

I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;

II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;

III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Seguindo as diretrizes da RAS que determinam que a Atenção Básica à Saúde é o elemento de estrutura que opera como centro comunicador e coordenador do cuidado na rede, ou seja, ela tem como função realizar as pontes entre os vários pontos de atenção que a compõem, o que torna necessário explicitar sobre o funcionamento deste ordenador dispositivo.

A ABS comporta um papel essencial aos cuidados em saúde mental da população pertencente ao seu território. Por encontrar-se no primeiro nível de atenção à saúde (atenção primária), destaca-se por apresentar uma relação próxima com a população, efetuando atendimentos que contemplam a família, as relações sociais e os vínculos dos sujeitos que vivenciam uma situação de sofrimento. Desta forma, ampliam-se os efeitos da Reforma Psiquiátrica brasileira, ofertando tecnologias para os cuidados à saúde mental de forma comunitária. Para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do Ministério da Saúde (2012), a Atenção Básica à Saúde tem como característica um conjunto de ações de saúde que

[...] abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Ministério da Saúde, 2012, p. 19).

Os profissionais da atenção primária em saúde realizam práticas em saúde mental a partir das vivências em seu território. As intervenções não se restringem à cura de uma doença, mas à promoção da qualidade de vida, seja individual ou coletiva. Para tanto, os profissionais formam vínculos com a comunidade através dos encontros cotidianos, conhecem a realidade local, acolhem as demandas, coordenam os cuidados e oferecem suportes, ainda que em articulação com outros dispositivos da RAPS (Ministério da Saúde, 2013a).

A ABS organiza-se através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas quais a maioria dispõe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é formada por uma Equipe de Saúde da Família, composta por, no mínimo, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem, médico especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade, e agentes comunitários de saúde. Podem integrar a equipe cirurgião dentista, técnico de saúde bucal e auxiliar em saúde bucal. A ESF abrange no máximo 4.000 pessoas de uma territorialidade (Ministério da Saúde, 2012).

No Caderno de Atenção Básica Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2013a), há apontamentos na forma como os profissionais de saúde precisam proceder diante de alguém com sofrimento psíquico. O acolhimento realizado em uma UBS é uma ferramenta indispensável para a formação de um vínculo positivo, ofertando uma escuta qualificada a fim de que o usuário se sinta seguro para falar de si, proporcionando um momento de cuidado e gerador de suporte emocional. Como pontua Ayres (2009), é preciso saber ouvir para além do “arsenal de

tecnologias diagnósticas, terapêuticas e prognósticas desenvolvidas ao longo do século XX”, oferecendo uma escuta que capture as singularidades de cada um, ou de um grupo, através de suas narrativas que constituem as formas de viver e estar no mundo (p. 18).

Com a finalidade de ampliar as ações da Atenção Básica, aumentar a resolutividade e contribuir para a integralidade do cuidado à população, o Ministério da Saúde, a partir de experiências municipais que foram acumuladas no atendimento aos usuários, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (Ministério da Saúde, 2008). Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os NASFs são compostos por profissionais de diversas áreas do conhecimento que devem atuar de forma integrada apoiando os profissionais da Atenção Básica à Saúde, ofertando práticas e saberes em resoluções de problemas tanto clínicos como sanitários (Ministério da Saúde, 2012).

Assim sendo, o trabalho do NASF consiste em um arranjo composto por vários profissionais que devem atuar de forma integrada para oferecer assistência às equipes de referência, com o objetivo de sanar problemas comuns no território de abrangência, aumentando a resolutividade e a qualidade no atendimento aos usuários (Ministério da Saúde, 2014c). Segundo o Caderno de Atenção Básica Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família, do Ministério da Saúde (2010b), a missão do NASF apresenta os seguintes aspectos:

- a) Não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às equipes de Saúde da Família;
- b) Vincula-se a um número de equipes de Saúde da Família em territórios definidos, conforme sua classificação;

- c) A equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família criarão espaços de discussões para gestão do cuidado: reuniões e atendimentos compartilhados constituindo processo de aprendizado coletivo;
- d) O NASF deve ter como eixos de trabalho a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende pela Saúde da Família (Ministério da Saúde, 2010b, p.16).

Desta forma, pode-se afirmar que o NASF assume uma função complementar aos profissionais da ABS, contudo, não constitue em um espaço físico próprio, mas atua em pontos de atenção referentes à territorialidade de atuação. Importante ressaltar que além do apoio com e para as equipes da ABS, as ações do NASF também abrangem o caráter coletivo “como ações sobre riscos e vulnerabilidades populacionais ou mesmo em relação ao processo de trabalho coletivo de uma equipe” (Ministério da Saúde, 2014c, p. 14). Portanto, desenvolvem ações não somente de forma direta aos casos clínicos específicos dos usuários, mas vão além, desenvolvendo ações de forma ampla, tendo como objeto de atuação os aspectos sociais, subjetivos e biológicos da territorialidade onde atua.

Outro ponto de atenção da RAPS importante a ser estudado no que compete ao atendimento em pacientes com risco ou tentativas de suicídio são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), uma das maiores conquistas da Reforma Psiquiátrica. Os CAPS surgiram como um dispositivo que propõe assistência comunitária e integradora, em contraponto à antiga institucionalização do portador de transtorno mental. Delgado *et al.* (2007) afirmam que “o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento” (p. 59).

Segundo o caderno Saúde Mental do SUS: os Centros de Atenção Psicossocial, do Ministério da Saúde (2004), o primeiro CAPS surgiu na cidade de São Paulo, no ano de 1986, fruto dos movimentos sociais que buscaram um melhor atendimento àqueles que necessitam de tratamento mental. A partir de então, surgiram vários outros CAPS no Brasil, consolidando, assim, um dispositivo importante que está articulado a outras redes de saúde psicossocial, visando oferecer “atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (p. 13).

O Ministério da Saúde (2015) destaca que o CAPS tem como missão a reabilitação psicossocial dos usuários, a sua reintegração na comunidade promovendo a autonomia e o exercício da cidadania, assim como o cuidado às suas famílias. Deve oferecer atendimentos diurnos e noturnos, ser acolhedor, principalmente em momentos de crise de um usuário. Propor atividades tanto individuais como em grupo, assim como destinadas às famílias e à comunidade.

A integração da comunidade com os CAPS é imprescindível, visto que essa articulação promove laços afetivos e trocas sociais. Atividades como festas ou realização de um projeto conjunto com a comunidade faz com que este ponto de atenção seja uma instituição que participa da vida diária da população, integrando-se e respeitando a cultura local. Desta maneira, este dispositivo torna-se um importante organizador de assistência ao portador de sofrimento mental na rede de saúde mental, assim como na promoção da saúde comunitária (Ministério da Saúde, 2004).

O CAPS é constituído por uma equipe interdisciplinar, em uma determinada área territorial, atendendo pessoas com sofrimento mental intenso ou persistente, assim como àqueles que necessitam de atendimento em razão do uso de substâncias psicoativas. Oferece regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Segundo o § 4º da Portaria nº 3.088/2011,

os CAPS estão organizados em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPS i e CAPS ad III, que diferem no porte, na especificidade do atendimento, horário de funcionamento e da faixa etária (Ministério da Saúde, 2011a). Como a Reforma Psiquiátrica propôs a construção de uma rede comunitária de cuidados à saúde mental em substituição ao modelo asilar excludente, a articulação do CAPS com os demais pontos de serviços da RAPS é o que efetua o acesso integral e garante a cidadania aos usuários (Delgado *et al.*, 2007).

E, por fim, outro ponto de atenção importante no acolhimento à saúde mental e que, portanto, torna-se objeto de estudo dessa pesquisa, refere-se às Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPAs), que são um dos dispositivos que compõem a Atenção de Urgência e Emergência da RAPS e comumente realizam atendimento àqueles que tentaram o suicídio, efetivando a estabilização do paciente e realizando os encaminhamentos necessários aos demais dispositivos da RAPS.

Em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências instituída em 2003, estabeleceu-se, através da Portaria nº 1.601 de 7 de julho de 2011, as diretrizes para a implantação das Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPAs), como um componente pré-hospitalar fixo às Redes de Atenção Integral às Urgências. As diretrizes que foram estabelecidas no primeiro artigo, parágrafo primeiro e segundo são:

Art. 1º Esta Portaria estabelece diretrizes para implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências.

§ 1º A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a

Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências.

§ 2º As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) devem ser implantadas em locais/unidades estratégicas para a configuração da rede de atenção às urgências, em conformidade com a lógica de acolhimento e de classificação de risco (Ministério da Saúde, 2011b).

Segundo a Portaria supracitada, compete às UPAs acolherem os pacientes trazidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); avaliar sempre a emergência de cada caso para priorizar o atendimento; realizar adequadamente os registros nos prontuários; realizar atendimento integrado aos demais pontos de atenção da RAPS. Há outras competências das UPAs, contudo salientou-se apenas as de implicações diretas na realização de um atendimento de uma tentativa de suicídio.

A Portaria nº 342, de 4 de março de 2013, define como função de uma UPA:

[...] prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade (Ministério da Saúde, 2013b).

Em razão das UPAs funcionarem como uma modalidade intermediária entre a ABS e a Atenção Hospitalar, tendo também como objetivo reduzir o fluxo do pronto-socorro nos hospitais, viabilizando desta maneira o acesso ao atendimento imediato, devem funcionar 24

horas por dia, inclusive finais de semana e feriados ou pontos facultativos (Ministério da Saúde, 2011b).

A importância de se ter abordado a Atenção Básica à Saúde, assim como os Centros de Atenção Psicossociais e a Unidades de Pronto Atendimento, destacando também as funções das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, se deve ao fato de esta pesquisa ter sido realizada com profissionais de saúde que atuam nestes dispositivos. O atendimento àqueles que estão em risco ou tentaram o suicídio podem ocorrer nos pontos de atenção destacados acima, portanto, relevantes para compreender quais as ações realizadas, as dificuldades encontradas e as concepções sobre o suicídio dos profissionais que atuam no atendimento a essas pessoas.

Relevante destacar que os diferentes dispositivos tecnológicos da RAPS precisam ser norteados pelos princípios da universalidade, que define que a saúde é um direito de todos e um dever do Poder Público; da equidade, para pactuar com todos o que cada um necessita, e da integralidade, que, como define Ayres (2007), “nos desafia a saber e fazer *o que* e *como* pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um” (Ministério da Saúde, 1990 & Ayres, 2009, p.14).

A PSC, justamente por se ocupar de fenômenos psicossociais produzidos nas relações comunitárias, considerando aspectos sociológicos, culturais e políticos (Montero, 2004b), propõe uma importante contribuição para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, sendo agora personificada no SUS. Entende-se que a rede de atenção à saúde precisa ser próxima da comunidade, direcionada àquela territorialidade específica, considerando sua realidade local em seu momento histórico. Para tanto, é preciso definir o que seja uma comunidade, e a PSC surge como uma disciplina que se inclina sobre esse conceito por interessar-se pelo coletivo, pelas relações das pessoas com seus contextos de vida e suas formas de relação, considerando o momento histórico e político. Assim Montero (2004b) define que “uma comunidade, entonces,

está hecha de relaciones, pero no sólo entre personas, sino entre personas y um lugar [...] construído física y emocionalmente del cual nos apropiamos y que nos apropria” (p. 99).

Da mesma maneira, a construção do modelo de cuidado em saúde mental teve como característica a substituição do tratamento da pessoa com sofrimento psíquico como alguém passivo, isolado, segregado, para um sujeito ativo em sua condição de vida, sendo assistido em uma rede de caráter aberto e comunitário. A ação participativa passa a ser um agente protagonista, um elemento central na nova configuração do atendimento à saúde. A participação de todos, sejam usuários, profissionais, famílias e comunidade, é uma conquista histórica da Reforma Psiquiátrica que se incorporou no sistema público de saúde brasileiro (Ronzani, Mota e Costa, 2015). Neste sentido, a PSC é contributiva por ter como pressuposto um compromisso social, ético e político com a participação comunitária, na medida que pode ser compreendida como um eixo centralizador para as transformações psicossociais. Assim, como afirma Sarriera (2014), “fazer com que a comunidade participe do processo da intervenção comunitária é tão importante como o conteúdo que se pretende desenvolver” (p. 153).

No modelo proposto pelo SUS em promover assistência à saúde, não mais entendida como a prevenção e tratamento de doenças, mas de um modo psicossocial de cuidar, conceitos importantes emergem para subsidiar as ações. Portanto, a PSC tem a contribuir com as práticas psicológicas que permeiam o SUS por desenvolver categorias como *empowerment*, o desenvolvimento de processos de conscientização, participação e fortalecimento da comunidade em ações de promoção e prevenção em saúde.

Assim sendo, promover o *empowerment* com o objetivo de ‘tomar para si’ o exercício da cidadania, escapar do discurso fatalista, de assujeitamento, para a construção de autonomia de si, seja individual ou coletiva. Da mesma forma, desenvolver uma postura crítica da realidade é importante para gerar ações concretas de transformação social, é um ato político de

conscientização frente às condições de vida. Na ausência de uma postura crítica da realidade, ocorre uma alienação que impede um movimento de mudança, o que torna as pessoas/comunidades incapazes de promover sua autonomia, suas escolhas, e, na impossibilidade disto, não há promoção de saúde mental. A consciência crítica desloca a posição de submissão em direção à uma cidadania ativa. Em relação ao fortalecimento, este propicia que as pessoas se tornem autoras de suas próprias histórias, promovendo organizações coletivas, de interajuda, desenvolvendo competências para ações políticas e sociais. A conscientização, *empowerment*, participação e fortalecimento comunitário são categorias interdependentes, atuam de forma conjunta formando um discurso que precisa estar presente na atuação dos profissionais de saúde do SUS, o que denota a importância de convocar conceitos da PSC por apresentarem subsídios que sustentam esse processo.

As categorias da PSC propõem práticas de ações interventivas e preventivas na comunidade através da participação de todos, buscando soluções para os problemas, o que a configura como um ato político e social (K. G. B. Silveira & Dias, 2016). Assim expõem as autoras K. G. B. Silveira e Dias (2016) sobre a importância das categorias da PSC para as práticas em atuar no território local convocando todos os atores sociais:

[...] nessas categorias, estão presentes as concepções da capacidade do indivíduo e da própria comunidade de serem responsáveis e competentes na construção de suas vidas, necessitando a presença de certos processos de facilitação social apoiados na ação local e na conscientização, compreendendo a importância da Psicologia Social Comunitária como um processo de facilitação dentro de um contexto agregador – como uma rede complexa de interações (p. 12).

Da mesma maneira, no novo quadro de atenção à saúde mental, sobressaiu-se o respeito à qualidade da escuta, da natureza das interações subjetivas entre os profissionais de saúde e a

comunidade, da criação de vínculos, das melhores condições para oferecer respostas efetivas e da importância da integralidade entre o saber, a técnica e a ética (Ayres, 2009). Portanto, a Reforma Psiquiátrica não está contida somente em desfazer o sistema manicomial promotor de exclusão, mas é um movimento de transformação social. Reconfigurou-se o modelo de assistência, e inovações importantes foram sendo impressas nesse processo. O novo modelo potencializa os Direitos Humanos e o exercício da cidadania, a força dos recursos na comunidade e a superação da racionalidade médica-cartesiana, propiciando o entendimento das pessoas de forma holística. Indo nesta direção, um conceito importante surge para legitimar o modo de exercer os cuidados: o da vulnerabilidade social.

2.5.3 Promoção em Saúde Mental e o Conceito de Vulnerabilidade Social

A partir do momento que a saúde não foi mais considerada simplesmente como a ausência de doença, com a superação do modelo biomédico que concebia o adoecimento mental como uma desordem da razão e uma falha de caráter que transgredia a lógica social, a ideia de promoção e prevenção em saúde passa a ser amplamente estudada, abrindo novos horizontes para formas de intervenções aos cuidados em saúde. Assim, a saúde é concebida como a relação de determinantes de ordem microssociais, que diz respeito ao indivíduo e seu estilo de vida, passando por fatores de ordem comunitária, que atuam como cenário da vida cotidiana, e por determinantes de ordem macrossocial, que se referem às condições de trabalho, socioeconômicas e culturais. Neste sentido, as ações para a promoção da saúde devem agir nos determinantes individuais, comunitários e sociais, e deve priorizar como estratégia “a constituição de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes sustentáveis, a reorientação dos serviços de saúde e o fortalecimento de ações comunitárias e o desenvolvimento da autonomia individual e comunitária”, atuando sobre “aspectos como educação, saneamento,

habitação, emprego e trabalho, meio ambiente, cultura da paz e solidariedade, visando melhorias na condição de vida da população” (Schneider, 2015, p.48).

Diante do exposto, entende-se que o conceito de promoção de saúde parte do princípio que não se trata somente da ausência de doenças, mas de investimentos que busquem resultados na qualidade de vida da população, promovendo desta maneira o bem-estar coletivo, seja físico, mental e social. Portanto, a promoção da saúde, o que engloba a saúde mental, foco desta pesquisa, tem características mais abrangentes, atuando nos macrodeterminantes do processo saúde-doença, objetivando ações que favoreçam a saúde da população. Desta forma, a promoção de saúde requer uma compreensão das dimensões biológicas, assim como individuais, comunitárias e sociais, pois entende que a vida humana é um diálogo entre múltiplos fatores (Ávila, Pitombeira & Catrib, 2016).

Visando as condições de melhoria da população, o conceito de promoção da saúde foi sendo consolidado em diferentes encontros entre técnicos, gestores, políticos e ativistas (Ottawa, Canadá, 1986; Adelaide, Austrália, 1988; Sundsvall, Suécia, 1991; Jacarta, Indonésia, 1997; México, 2000 e Bangkok, Tailândia, 2005), nos quais sete princípios foram formulados para orientar as estratégias políticas na formulação da promoção de saúde, a saber: (1) concepção integral de saúde; (2) intersetorialidade; (3) *empowerment*; (4) participação social; (5) equidade; (6) ações multiestratégicas; e (7) sustentabilidade. Contudo, no final do século XX, um conceito importante integrou-se aos demais ampliando as abordagens na saúde pública e aprimorando as estratégias de promoção de saúde: o desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade social (Ayres, Paiva & França, 2010).

Para Ayres *et al.* (2010), o conceito de vulnerabilidade torna-se um eixo organizador importante nas intervenções em saúde em razão de conter a ideia que a promoção, prevenção, assim como o tratamento e a reabilitação estão implicados conjuntamente nos processos do ato

de cuidar. Da mesma maneira, como já supracitado, entende-se que o processo de adoecer está vinculado não somente em causas específicas, mas é resultado de fatores de ordem cultural, sócio-políticas e de contextos intersubjetivos nos quais as pessoas vivem e se relacionam. Outra questão fundamental que os autores trazem sobre o olhar da vulnerabilidade no processo do cuidado trata-se que há uma História Social da Doença, ampliando o conceito da História Natural da Doença (HND) proposto por Leavell e Clarkporque (1965). Assim os autores afirmam:

[...] o que o quadro da vulnerabilidade nos mostra é que não há uma História Natural da Doença, senão uma História Social da Doença, não só porque são sociais e históricos os conteúdos dessa história, mas porque social e histórica é também a forma de ‘contá-la’. A história de uma doença e das intervenções que a acompanham admite diferentes avaliações, dependendo da perspectiva teórica e, também, ético-política de quem a descreve assim como dos conhecimentos e recursos tecnológicos disponíveis ou que se prioriza tornar acessíveis (p. 10).

O conceito de vulnerabilidade foi sendo construído no âmbito da saúde pública como uma resposta à epidemia da AIDS, contudo, pode ser estendido para qualquer agravo ou condições de relevância pela razão de apresentar-se como

[...] um movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (Ayres, França, Calazans & Saletti, 2003, p.122).

Essa concepção marca uma importante diferença com o conceito de ‘risco’, apesar de estarem bastante próximos e por vezes serem confundidos. Entende-se por ‘risco’ a identificação

de pessoas e de características que as colocam sobre maior ou menor riscos às exposições que as podem comprometer física, psicológica e também socialmente. Sendo assim, ‘risco’ está diretamente implicado nas chances de pessoas ou grupos adoecerem por algum agravo de saúde, tendo um caráter epidemiológico que aponta para traços específicos que os identifiquem. Já a vulnerabilidade revela os potenciais de adoecimento e de não adoecimento relacionados a todas as pessoas e a cada uma delas que vivem em um certo conjunto de condições, assim como às capacidades de enfrentamento.

Os autores não excluem a importância da matemática probabilística que denuncia grupos de riscos, sendo até importante identificá-los, contudo, antes disso há de considerar as suscetibilidades potenciais que podem inferir antes que se formem os riscos que afetam as pessoas ou grupos (Ayres *et al.*, 2003). Paiva (2010), em seu texto A Dimensão Psicossocial do Cuidado, traz reflexões importantes quando aponta que os dados numéricos são relevantes, contudo, podem reduzir “o encontro do profissional de saúde com as pessoas como um encontro técnico com o ‘fator de risco’ ou a variável encarnada” (p. 5). Assim sendo, a pessoa pode ser interpretada como ‘o’ deprimido, ‘um’ suicida, ‘o’ portador de transtornos mentais com comportamento suicida, o que compromete a singularidade e a trajetória pessoal de cada um, induzindo a estereótipos que minam os fatores de dimensões psicossociais que estão implicados em todas as interações sociais.

A afirmação da autora corrobora com os estudos de Netto (2013), os quais indicam que a insistência de vincular o comportamento suicida aos ditos ‘portadores de transtornos mentais’ é um obstáculo para inserir as pessoas em uma dimensão para além das reducionistas biológicas e individuais. Portanto, o quadro para a redução da vulnerabilidade deve compreender as pessoas em um processo dinâmico, ativo, inseridas em um contexto sociocultural e político.

As análises de vulnerabilidade buscam integrar de forma dinâmica três dimensões que interdependem umas das outras, para desta maneira compreender os aspectos que podem tornar suscetíveis pessoas, grupos e até mesmo nações para um adoecimento, a saber: dimensão individual, social e programática da vulnerabilidade (Ayres *et al.*, 2003).

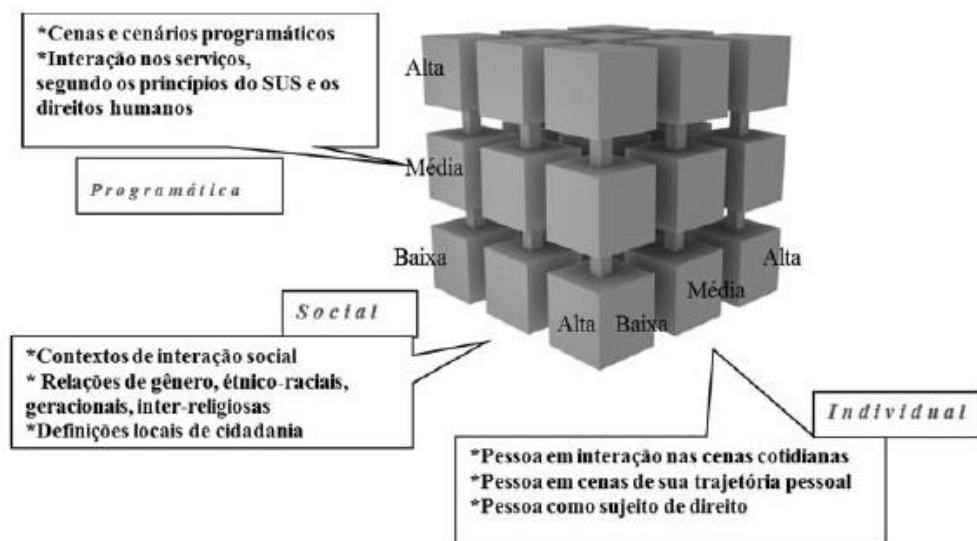
1) Dimensão individual da vulnerabilidade: qualquer pessoa pode adoecer em um determinado momento de sua vida, dependendo de seus aspectos físicos ou da maneira de conduzir seu dia a dia. Ressaltando que cada um possui a sua trajetória pessoal e também psicossocial, que são construídas em contextos relacionais, intersubjetivos e estruturais. Imersos nas diversas redes, sejam familiares, comunitárias, sociais, de trabalho e amigos, além dos desejos pessoais, tecem-se formas de ser e estar em cena, como pessoas em seus cotidianos. A dimensão individual considera os aspectos próprios ao modo de vida que possam deixar suscetíveis aos agravos, tanto quanto aos aspectos de proteger-se. Para tanto, a qualidade da informação disponível sobre os agravos, mais a capacidade de assimilar essas informações e incorporá-las em seus cotidianos, e, acima de tudo, a capacidade de transformá-las em práticas de prevenção são aspectos a serem considerados na dimensão individual, visto que os comportamentos não são determinados apenas por vontades próprias, mas por condições sociais.

2) Dimensão social da vulnerabilidade: entendendo o processo saúde-doença como processos sociais, a vulnerabilidade individual estende-se a aspectos materiais, culturais, políticos e morais que contornam a vida das pessoas em sociedade. Assim sendo, o acesso às informações, as suas elaborações e suas capacidades de incorporá-las em seus cotidianos independem somente das pessoas individualmente. Não caberia, portanto, somente a uma vontade própria, mas acima de tudo às possibilidades de acesso aos meios de comunicação, acesso à escolarização, a recursos materiais, participação política, emprego, cultura, lazer, entre outros. Na dimensão da vulnerabilidade social, deve-se considerar também as diversas relações

sociais que são experimentadas, tais como as relações econômicas, raciais, de gênero, assim como a religiosidade é vivenciada e os aspectos referentes à desigualdade social ou outras formas de exclusão.

3) Dimensão programática da vulnerabilidade: as instituições sociais precisam ofertar de forma democrática e de qualidade os serviços necessários que respondam às necessidades das pessoas. Compete às diversas instituições (saúde, justiça, educação, cultura etc.) perceber, diagnosticar e elaborar propostas que superem questões que gerem vulnerabilidades em seus contextos sociais. Assim, a dimensão programática engloba o acesso aos serviços, a sua forma de organização, a importância do vínculo com o cidadão-usuário, as ações essenciais para as prevenções e os cuidados, além do respeito aos valores e tradições locais.

Figura 2 – Dimensão individual, social e programática da vulnerabilidade.



Fonte: <http://pepsic.bvsalud.org/img/revistas/tp/v21n3/a02fig01.jpg>

Através do exposto, o conceito de vulnerabilidade abrange as questões psicossociais a qual um conjunto de dimensões – social, programático e individual – está em constante

interação com a vida cotidiana das pessoas, sendo que o processo de adoecer é um fenômeno implicado em circunstâncias próprias em uma determinada sociedade e em determinado tempo histórico (Ayres *et al.*, 2003). Por essa razão, a perspectiva construcionista da psicologia social é colaborativa para a compreensão das dimensões psicossociais do adoecimento, pois privilegia a interação dinâmica entre as pessoas e a sociedade na qual estão inseridas.

Abordar o conceito de vulnerabilidade social é considerar também o quadro dos Direitos Humanos. Quando as pessoas não sabem de seus direitos sobre o acesso à saúde, ao cuidado integral, ou quando esses serviços não estão disponíveis com qualidade, seja na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, as pessoas não são concebidas como cidadãos de direitos, o que implica também em um quadro de vulnerabilidade. Na perspectiva psicossocial de atenção à saúde, todas as pessoas devem ter seus direitos garantidos por razão de serem indivíduos-cidadãos, o que implica em uma visão mais ampla no cuidado. As ações que devem direcionar as práticas psicossociais do Cuidado devem ter como premissa os Direitos Humanos, pois “estão comprometidos com a proteção e a promoção do direito à não-discriminação das pessoas em sofrimento mental, com seu direito ao trabalho, à moradia digna e à convivência familiar, entre outros, além do seu direito ao cuidado integral com qualidade” (Paiva, 2010, p. 8).

Portanto, o suicídio pode ser pensado pela perspectiva dos Direitos Humanos quando acesso à moradia, saúde, educação, trabalho, lazer e qualidade de vida são negados em uma sociedade que fere os direitos fundamentais aos seus cidadãos. Em uma oficina sobre prevenção do suicídio promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em junho de 2017, a psicóloga Ana Sandra Nóbrega, que representou a Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde (CNS), afirmou que:

[...] quando discutimos a questão do suicídio, precisamos lembrar que vivemos em uma sociedade capitalista, fundamentada na exploração e profundamente marcada pela opressão, pela desigualdade, pela competitividade e pelo individualismo. Precisamos nos perguntar onde estão estes elementos quando analisamos as ideações, as tentativas suicidas e o suicídio consumado (<http://site.cfp.org.br/o-suicidio-e-os-direitos-das-pessoas/>, recuperado em 08, junho, 2017).

Da mesma maneira que Ayres *et al.* (2010) apontam que quando não são supridas as garantias básicas das pessoas e seus direitos são desrespeitados, elevam-se o sofrimento, as doenças e a morte de uma população. O quadro de vulnerabilidade social, individual e programática está diretamente implicado com a proteção dos Direitos Humanos fundamentais, e que a violação ou a negligência dessas garantias é uma forma de violência que gera impacto da saúde. Portanto, o processo saúde e doença também é determinado pela responsabilidade de o governo gerar ações que promovam, respeitem, protejam e efetivem a cidadania de cada local, assim como em um contexto legal e político nacional.

O conceito de vulnerabilidade permeia as propostas de intervenções na prevenção do suicídio pela OMS (2014). Parte-se do princípio que as prevenções do suicídio devem ser compostas em intervenções denominadas universais, seletivas e indicadas, as quais abrangem desde a população em geral até aquelas pessoas mais vulneráveis ao ato. Desta maneira, as intervenções devem partir do todo e dirigir-se para o individual, perpassando todas as formas de vulnerabilidade. Pela razão de atribuir o ato suicida a múltiplas causas, entendendo que “*es um fenômeno complejo que se ve afectado por vários factores interrelacionados: personales, sociales, psicológicos, culturales, biológicos y ambientales*”, as prevenções precisam ser realizadas a partir da leitura de como esses fatores atuam podendo causar vulnerabilidade às

pessoas, quer seja em toda uma comunidade, em grupos específicos ou em indivíduos (OMS, 2014, p. 11).

A promoção de saúde e a prevenção de agravos, apesar de estarem bem próximas, apresentam características específicas. Segundo o Ministério da Saúde (2013a), do ponto de vista de intervenções preventivas, o objetivo é reduzir o risco de adquirir uma doença específica, minimizando a probabilidade que uma desordem venha a afetar as pessoas. Pode-se afirmar que as ações preventivas têm como propósito “diminuir a incidência e a prevalência de transtornos mentais, seja evitando o seu surgimento, seja minimizando seus agravos” (Abreu, Barletta & Murta, 2015, p. 56). Se a prevenção pretende evitar o adoecimento e a promoção busca por uma melhor qualidade de vida, a compreensão sobre a importância de ações intersetoriais torna-se imprescindível, pois abrange mais do que somente o setor da saúde.

Esse modelo de cuidado à saúde vai ao encontro dos princípios da integralidade propostos pelo SUS e, no que diz respeito à saúde mental, ao RAPS. O cuidado integral em várias dimensões, perpassando todos os níveis de atendimento ao usuário, assim como as ações intersetoriais com outros campos (educação, justiça, etc.), seja na promoção da saúde ou na prevenção do adoecimento, é o que caracteriza a atenção psicossocial.

2.6 A Prevenção do Suicídio e os Profissionais de Saúde

A prevenção do suicídio é um processo complexo, demanda longo prazo e exige grandes esforços intersetoriais para que as estratégias implantadas tenham resolubilidade. Assim afirma a OMS, que, em 2014, lançou um informe Prevención del Suicidio um Imperativo Global, no qual apresentou uma proposta de intervenção a ser inserida em todos os países-membros:

[...] las actividades de prevención del suicidio requieren coordinación y colaboración entre múltiples sectores de la sociedad, públicos y privados, incluídos el de la salud y

otros, como los de educación, trabajo, agricultura, comercio, justicia, defensa, así como los responsables de las leyes, la política y los medios. Estos esfuerzos deben ser integrales y sinérgicos y estar integrados, porque ningún abordaje singular es suficiente para uma cuestón tan compleja como la del suicidio (OMS, 2014, p.11).

O Governo precisa desenvolver diretrizes para implantar estratégias de prevenção do suicídio que tenham objetivos e metas bem-definidas, mensuráveis, que realizem avaliações permanentes dos resultados, enfatizem a colaboração intersetorial e convoquem abordagens multidisciplinares. Para tanto, realizar investimentos financeiros e em recursos humanos é primordial para obter resultados satisfatórios nas intervenções, pois, sem um comprometimento político, o projeto de prevenir o ato suicida permanecerá pouco eficaz, apenas com alguns resultados isolados. O comprometimento político para a prevenção do suicídio, apesar de ser um processo longo e com muitas dificuldades, é a decisão que fará a diferença para a efetivação das diretrizes propostas (OMS, 2012).

Parte-se do princípio que é possível tentar evitar a morte por suicídio, em razão de os fatores que contribuem para esse ato violento, denominados ‘fatores de risco’, poderem ser identificados e, portanto, medidas para a sua redução devem ser elaboradas (OMS, 2014). Os fatores de risco são os indicativos se um indivíduo, uma comunidade ou até uma nação, está particularmente vulnerável ao comportamento suicida. Podem existir em diferentes níveis, seja individual, sociocultural ou contextual, sabendo que há pontos de interseção (OMS, 2012).

No que diz respeito aos riscos individuais, a OMS (2002, 2014) enumera como ser portador de um transtorno mental (depressão, bipolaridade, abuso de substância psicoativas etc.), sentimentos de desesperança, estar acometido com uma doença crônica ou terminal, ter realizado tentativas de suicídio, sentimento de isolamento, ter antecedentes familiares com

comportamento suicida, ter histórico de abusos ou traumas ou questões de ordem neurobiológica.

Já no que compete ao nível sociocultural, os riscos podem estar nas dificuldades de acesso à atenção na rede de saúde e receber a assistência necessária, assim como a disponibilidade facilitada aos métodos de suicídio, o sensacionalismo na mídia que propaga o ato suicida, estigmas associados ao sofrimento mental podendo inibir um pedido de ajuda, estar em uma comunidade que esteja em conflitos, guerras ou ter sofrido um desastre, discriminação (raça, orientação sexual etc.), dentre outros.

Há também certas situações geradoras de estresse que acometem pessoas deixando-as expostas ao risco, como estar desempregado ou ter sofrido perdas financeiras, perdas relacionais ou violência social. É uma forma ampla de apontar fatores de risco para o comportamento suicida, mas importante destacar que estes não se esgotam, podendo outros contingentes agregar-se às categorias citadas. Da mesma forma, fatores de risco podem se somar entre si, o que aumenta consideravelmente o risco para o suicídio, como, por exemplo, um jovem-adulto que esteja em um rompimento amoroso e que apresenta um quadro de depressão e com tentativas prévias de suicídio.

Lembrando o perfil sociodemográfico para o comportamento suicida exposto no item 2.3, que aponta para grupos de riscos: homens apresentam taxa de suicídio maior, idosos estão entre a população de maior risco; pessoas viúvas, separadas e divorciadas apresentam taxas quatro vezes maior que as casadas; solteiros apresentam o dobro da taxa de casados e os grupos indígenas têm taxas alarmantes de suicídio no Brasil. Acrescentando também que o período após a alta hospitalar por tratamento em saúde mental apresenta risco, assim como o período de internação em um hospital psiquiátrico (Botega, 2015; Meleiro & Teng, 2004).

Dada a natureza multideterminada dos riscos para o suicídio, como as supracitadas, a sua prevenção também implica em intervenções multifacetadas, gerando um esforço coletivo por parte dos todos os setores envolvidos, seja através de intervenções individuais, em grupos específicos e à comunidade como um todo. Neste sentido, a OMS (2014) propõe as prevenções denominada Universais, que são destinatárias para toda a população independentemente do grau do risco; as Seletivas, direcionadas para grupos que, por suas características, apresentam um risco superior à média da população, e, por fim, as prevenções Indicadas, que são para indivíduos que apresentam sinais significativos de risco. As estratégias de prevenção do suicídio devem contemplar programas que combinem as três formas de intervenções.

Quanto às prevenções Universais, essas englobam as ações de Políticas Públicas de Saúde Mental, Políticas Públicas para reduzir o consumo de drogas, acesso ao sistema de saúde com qualidade, restrição aos métodos usados para o suicídio, combater a subnotificação, instrução aos meios de comunicação para uma abordagem responsável do tema, conscientizar a população sobre problemas de saúde mental e os riscos do suicídio. Já no que se refere às prevenções Seletivas, capacitar as pessoas que entram em contato com os membros da comunidade de forma regular (profissionais de saúde, professores, líderes religiosos, policiais, etc.), elaborar programas para vítimas de abuso, assim como disponibilizar uma linha telefônica para atendimento àqueles que se encontram em sofrimento emocional. E, por fim, ações Indicadas estão em identificar indivíduos que apresentam risco elevado, sendo necessário intervenções urgentes, como a remoção de métodos de suicídio (medicamentos, armas, etc.) e oferta de apoio psicossocial (OMS, 2012). O exemplo citado anteriormente do jovem-adulto com diagnóstico de depressão, vivendo uma situação de um rompimento amoroso e com histórico de tentativas prévias de suicídio, enquadra-se no grupo de risco que necessita de intervenção imediata (Indicada) para evitar um desfecho fatal.

No caminho oposto aos fatores de risco, estão aqueles que protegem as pessoas contra o suicídio, os chamados ‘fatores de proteção’. A maioria das intervenções para a prevenção ocupa-se em reduzir os fatores de risco e fortalecer os fatores de proteção. Pessoas que têm redes de apoio social, emocional, financeiro, e pertencem a círculos sociais apresentam mais capacidade de amenizar situações estressantes. Comunidades com maior sentimento de pertencimento e integração social têm menores riscos ao comportamento suicida. Cabe citar também como proteção um sistema que promova acesso e qualidade na atenção à saúde mental, uma sociedade que promova maior qualidade de vida, adesão aos valores e normas socialmente compartilhados e programas que agregam os idosos na sociedade evitando o isolamento social, além de programas de combate ao uso de drogas. Também são apontados como proteção pessoas casadas e com filhos, com maior resiliência emocional e capacidade para resolver problemas, assim como aquelas que têm crenças religiosas (Botega, 2015 & OMS, 2014).

Bertolote (2004) reforça a importância de saber que as articulações para a prevenção do suicídio não cabem somente ao âmbito da saúde pública, mas devem ser intersetoriais, convocando também o setor da educação, de justiça, de segurança, dos meios de comunicação e de setores ligado à religião, como já apontado pela OMS (2014). As ações isoladas têm muito menos força que as integradas. Importante relembrar também que as estratégias utilizadas para a prevenção do suicídio devem ser locais, considerando a cultura própria, não sendo possível generalizá-las de maneira ‘mecânica’.

A proposta intersetorial defendida por Bertolote (2004) corrobora com as afirmações defendidas por Montero (2004b), nas quais a ideia da Psicologia Comunitária apenas tem um sentido se houver a participação da comunidade, tendo um compromisso com atores ativos, participantes de um processo social. Campos (2015) parte do princípio que as transformações sociais são frutos de diálogos que surgem pelas análises das situações, buscando novas formas

de atuação, de interpretações que propiciem mudanças à comunidade. A prevenção do suicídio fundamenta-se pela participação de todos os setores sociais, ampliando o potencial das contribuições, envolvendo os profissionais da saúde, os líderes comunitários, os professores, a polícia, o bombeiro, líderes religiosos, mídia - para citar alguns - proporcionando atendimento integral à saúde mental, exercendo, desta maneira, os direitos civis de todos os cidadãos (OMS, 2014).

No que compete aos cuidados dos profissionais de saúde da RAPS para a prevenção ou a condução de uma tentativa de suicídio, estes precisam estar capacitados para o enfrentamento desse sério problema, técnica e sensivelmente, sendo agentes que possam desempenhar condutas efetivas no cuidado integral à saúde. Como já descrito, a ABS, por estar em contato próximo e permanente com os usuários, promovendo um elo essencial entre a comunidade e o serviço de saúde, está em posição privilegiada para oferecer cuidados à saúde mental. A OMS (2014) afirma que as pessoas frequentemente emitem sinais que estão em sofrimento psíquico, o que aponta para a importância de esses profissionais serem capacitados para perceber, proporcionar os cuidados e realizar as intervenções necessárias. Quando identificados pessoas/grupos de risco, é preciso que haja uma rede em saúde mental apta em oferecer um tratamento eficaz. Quando um profissional identifica um risco, mas não tem para onde encaminhar o usuário, surge um sentimento de angústia e desamparo, além do receio de sentir-se responsabilizado caso o suicídio se efetive (Botega, 2015).

Um dado importante que confirma a relevância dos profissionais em identificar um usuário em condições de sofrimento emocional, segundo Brás *et al.* (2014), está no fato que em torno de 75% das pessoas que se suicidaram procuraram um serviço de atenção primária à saúde no ano anterior à sua morte e um terço teve contato com os serviços de saúde mental. Portanto, os profissionais, no encontro com o paciente, devem procurar ouvi-lo, se interessar pelo paciente,

oferecer apoio, questionar sobre ideações suicidas em momento adequado, solicitar uma avaliação com um profissional especializado em saúde mental, se preciso contatar a família e outras redes de apoio e procurá-lo com maior frequência, somente para citar as atitudes mais importantes (OMS, 2000).

Os Centros de Atenção Psicossocial, junto com a atenção de Urgência e Emergência, são atores com papéis fundamentais em intervenção de crise suicida, compondo um local privilegiado à assistência prestada. Quando se efetua uma tentativa de suicídio, um atendimento qualificado para essas pessoas e a sua família é um elemento essencial para a adesão do paciente ao tratamento em saúde mental. A postura de compreensão, e não de julgamento, propicia uma relação de segurança e de confiança entre a equipe, paciente e família. Realizar uma avaliação das condições psicossociais, para elaborar uma estratégia psicoterápica, assim como efetuar os encaminhamentos necessários tornam-se requisitos importantes para restabelecer a saúde e evitar novas tentativas (ABP, 2014). Em um momento de crise, a disponibilidade e a capacitação da equipe em acolher e se engajar no atendimento ao paciente são ferramentas essenciais, pois demonstram interesse na segurança de sua vida, o que pode despertar sentimentos de estar conectado e de ser cuidado. Os familiares também precisam ser cuidados e orientados, pois, pelo impacto do acontecimento, podem apresentar reações e sentimentos dos mais variados, desde raiva, medo, culpa, preocupação, acusação, frustração, superproteção, irritação e hostilidade (Botega, 2015).

Como mencionado anteriormente, o acesso de qualidade aos serviços de atenção à saúde é um fator de prevenção do suicídio, na medida que oferece atendimento integral na atenção ao usuário com comportamento suicida, seja na UBS, identificando ideação suicida em um usuário, ou no acompanhamento, após uma tentativa, para que não ocorra a recidiva, no atendimento

humanizado pelos profissionais que socorrem uma tentativa de suicídio em uma UPA, ou também no tratamento em saúde mental pela equipe do CAPS. Como bem afirma Botega (2015),

[...] se tivermos sucesso em nossas empreitadas de oferecer mais apoio a uma pessoa que tentou o suicídio por meio da conexão de vários níveis de serviços assistenciais, naturalmente se formará uma rede de proteção baseada em laços e no interesse compartilhado pelos profissionais que, pessoalmente, engajam-se no atendimento (p. 267).

Contudo, estudos revelam algumas questões que dificultam o atendimento aos usuários pelos profissionais de saúde, dificuldades que perpassam pelo cuidado de exigir uma ruptura com a lógica biomédica; sentimento de insegurança e hostilidade; estigmas em relação àqueles que tentam o suicídio e falhas no encaminhamento para a continuidade no atendimento em saúde mental (Cassorla, 1991a; Chiavagatti *et al.*, 2012; Da Silva, Sougeu & Silva, 2015; P. I. E. Gonçalves *et al.*, 2015; Kohlraush, Lima, Abreu & Soares, 2008; Machin, 2009; Ringo, 2013). Essas questões podem ser um obstáculo para uma intervenção psicossocial que é muito necessária aos cuidados dessas pessoas. Como enfatiza a OMS (2014), é um fator de risco uma assistência ineficaz prestada pelos profissionais, o que denota uma prioridade em realizar capacitação profissional para lidar com o tema e as emoções que surgem nos atendimentos.

Uma capacitação insuficiente na formação desses profissionais pode interferir no atendimento, levando a uma conduta inadequada por parte do profissional, comprometendo o tratamento necessário que o paciente precisa receber para a reabilitação em saúde mental, ou mesmo obstaculizar a adesão ao tratamento. Neste sentido, é essencial incluir o tema na educação formal dos diversos profissionais e desenvolver programas de formação continuada, a fim de transmitir informações relevantes que aprimorem o atendimento aos usuários com comportamento suicida. A prevenção do suicídio requer, como exposto anteriormente, ações

em diversas áreas, dentre estas inclui-se o setor educacional. Assim sendo, quando os profissionais recebem um preparo no qual desenvolvem habilidades para manejar esse tema delicado, o paciente tem mais probabilidades em aderir ao tratamento, afastando-o de riscos iminentes ou futuros (Brás *et al.*, 2014).

Um fator relevante na identificação de alguns fatores que obstaculizam o cuidado ao paciente com comportamento suicida foi apontado em uma pesquisa realizada por Machin (2009) em um hospital público de emergência. Observou-se que aqueles que ingressaram no hospital em busca de atendimento emergencial por terem realizado alguma agressão autoprovocada, tais como abuso por droga ou álcool, tentativa de aborto ou de suicídio, escapam da lógica biomédica do adoecer. Esses usuários não são vistos pela equipe de saúde como pessoas que legitimamente necessitariam de um atendimento hospitalar, mas que houve uma ‘opção’, uma ‘escolha’ em estar no hospital necessitando de cuidados. Isso acarreta uma dicotomia entre pacientes que merecem atenção e aqueles que atrapalham o fluxo do atendimento, podendo os pacientes com esse perfil serem até tratados com desprezo ou agressividade.

A pesquisa da autora supracitada aponta para a prevalência do modelo biomédico que tem por base *o corpo* como lócus privilegiado da doença e que é voltado para as práticas reparadoras de lesões ou disfunções. A tentativa de suicídio não tem a legitimidade de ‘doença’ em razão de ser um efeito de uma escolha, descaracterizando as vivências psicológicas ou sociais daqueles que estão em sofrimento psíquico (Machin, 2009). Sobre esse aspecto, Cassorla (1991a) alega que na formação profissional há um excesso de cientificismo, de procura da relação causa-efeito visível, o que colabora para que se perca certa sensibilidade e intuição tão necessárias aos cuidados profissionais. Como também observaram P. I. E. Gonçalves *et al.* (2015), as práticas de cuidado com esses pacientes acabam por vezes se limitando à

estabilização dos sinais vitais, lavagens gástricas, acesso venoso, entre outros, ou seja, os pacientes são socorridos clinicamente, sem que haja um olhar mais integral. Contudo, sem uma reflexão mais ampla do que significa tentar o suicídio, do sofrimento que está implicado nesse ato, se os profissionais não dirigirem um olhar para além de aspectos biológicos e curativos, corre-se o risco de não efetuar o encaminhamento do paciente para a rede de atenção em saúde mental.

Sobre as reações hostis da equipe de saúde, Cassorla (1991a) entende que a reação assustada e agressiva dirigida ao paciente ocorre pelo motivo de ser uma resposta ao comportamento, da mesma maneira, assustado e agressivo que o ato suicida implica. Para o autor, o ato suicida não é somente agressivo para aquele que tenta, mas também agride aos familiares, às pessoas próximas, e, de certa forma, à sociedade. A equipe, por mais dedicada e sensível que seja, apreende a agressividade do ato, e, em um processo de contratransferência, como em um espelho, reage da mesma maneira. A agressão da equipe emerge também de um sentimento de frustração e impotência, já que em suas formações acadêmicas os profissionais foram preparados para salvar vidas, no entanto esses pacientes cometem um ato de buscar a morte, o que acaba por confundir a vocação dos profissionais de saúde. Assim esclarece,

[...] médico e paciente têm objetivos conflitantes [...] será compreensível, portanto, que a equipe de Saúde, atacada, frustrada e impotente, reaja agressivamente ou procure dar mais atenção aos outros pacientes, aqueles que realmente querem viver e não usam a doença e a morte para atacar o mundo (Cassorla, 1991a, p. 153).

Rigo (2013) desenvolve essa problemática apontando que a pessoa com comportamento suicida desorganiza a lógica médica, capitalista, e subverte a ordem religiosa. Profissionais de saúde estão sob o discurso de ‘salvar vidas’, desde a formação há um direcionamento em defendê-la (a vida), assim como para as leis cristãs que compete a Deus o poder sobre a vida e a morte, e,

finalmente, para o atual discurso capitalista, a tristeza, o sofrimento ou o fracasso ocupam um lugar incômodo aos olhos sociais. Logo, o comportamento suicida pode ser um gerador de desconforto quando subverte lógicas pré-determinadas, e deixa evidências que não há garantias preestabelecidas no que compete ao sofrimento humano. Essas questões induzem a preconceitos/estigmas na maneira de conceber um comportamento suicida. Da Silva, Sougey e Silva (2015) realizaram uma revisão de literatura integrativa em artigos científicos que abordaram o tema do estigma que permeia pessoas que realizaram tentativas de suicídio. Os estudos apontaram que o estigma, ou seja, adjetivos pejorativos associados ao ato, prejudica tanto aquele que realizou o comportamento suicida quanto a sua família, o que pode ser um fator desencadeador para novas tentativas de suicídio. Além de esse fato poder tolher uma pessoa em busca de ajuda, as famílias que possuem um parente que tentou suicídio ou o consumou passam a serem julgadas, o que agrava mais o sofrimento e o processo de luto.

Por fim, aponta-se como um processo dificultador no atendimento àquele envolvido na problemática do suicídio a subutilização do sistema intersetorial, na qual o sistema de referência e contrarreferência nem sempre se efetiva. Kohlrausch, Lima, Abreu e Soares (2008) realizaram uma pesquisa com enfermeiras de uma Unidade Básica de Saúde, sendo uma queixa dessas profissionais de saúde a não valorização do documento de contrarreferência em razão de não conter as informações básicas para que os cuidados com esses pacientes pudessem ter continuidade. A construção de uma rede comunitária de cuidados em diferentes pontos de atenção, proporcionando uma comunicação de ações e serviços, é o que garante o cuidado integral aos usuários em sofrimento psíquico. Cada serviço de saúde apresenta suas especificidades, contudo devem se organizar de forma articulada, em rede, assim como preconiza o Ministério da Saúde, oferecendo dinamismo ao atendimento. Chiavagatti *et al.* (2012) apontaram em um estudo que há dois modelos distintos de referenciação no atendimento ao usuário, sendo um típico modelo triangular, no qual identifica-se uma ênfase na

hierarquização, e um modelo circular, que tende a flexibilizar a hierarquia em prol de uma relação mais aproximada que se dirige à lógica do círculo, o que mantém um diálogo (ir e vir) no interior do sistema. Da mesma maneira, os autores revelam como um dificultador a fragmentação do trabalho em saúde, ainda baseada em conhecimentos especializados, o que fortalece somente a lógica dos encaminhamentos. Assim, afirmam que “a lógica dos encaminhamentos, muitas vezes, mascarados no sistema de referência e contrarreferência, gerou o que alguns autores sugerem chamar de uma ‘assistência partida’ [...] esta lógica tende à destruição de vínculos e à desresponsabilizarão” (p. 15).

Para finalizar, importante destacar, como já apontado em outros momentos desta pesquisa, que a prevenção do suicídio implantada em uma comunidade precisa considerar as suas especificidades sociais, políticas e históricas. É preciso desenvolver uma abordagem territorial em saúde, considerando que o processo saúde-doença tem contornos nas relações sociais, o que rompe com um olhar natural, imutável ou patológico. Uma leitura sócio-histórica opõe-se às visões mecanicistas e reducionistas, propondo conceber a saúde ou a doença como processos multideterminados e com significados e sentidos. Nesta direção, esse olhar contribui para os cuidados a serem propostos pelo SUS, auxiliando na desnaturalização dos processos familiares, das relações de trabalho, dos índices de violência, uso de substâncias psicoativas, dentre outros, o que implica na reorientação e reordenação nos processos de cuidado (Rosa, 2015). Portanto, para falar de prevenção de suicídio é preciso antes perguntar: afinal, como se vive hoje?

3 Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Analisar como os profissionais de saúde de um Distrito Sanitário na cidade de Curitiba têm vivenciado em suas práticas a problemática do comportamento suicida em sua área de abrangência.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar as razões que os profissionais de saúde apresentam para o comportamento suicida na atualidade.
- Descrever as dificuldades encontradas pelos profissionais no âmbito dos serviços públicos de saúde frente ao atendimento àqueles que apresentam comportamento suicida.
- Identificar as práticas adotadas nos cuidados aos usuários que realizaram uma tentativa de suicídio, assim como para a prevenção comunitária do ato suicida.

4 Método

4.1 Perspectiva Teórico-Metodológica

Este estudo foi desenvolvido a partir do campo teórico e metodológico da Psicologia Social Comunitária (PSC). A PSC emerge de um movimento que se dispunha a compreender e promover as transformações na realidade concreta das populações menos favorecidas sócio e economicamente, área de atuação negligenciada até então pela Psicologia, que se voltava à clínica, escolas ou empresas. Sendo assim, a PSC, por meio de um olhar voltado aos interesses coletivos, surge como uma nova diretriz para atuar diretamente nas comunidades que sofrem por questões sociais e em realizar intervenções que possam transformar a realidade local (M.A. Gonçalves & Portugal, 2012).

Desde sua origem até os dias atuais, a PSC volta o seu olhar para as relações sociais e para os interesses coletivos com uma perspectiva reflexiva, crítica e transformadora. Como afirma Montero (2000), as pessoas constroem historicamente uma realidade, e ao mesmo tempo são construídas por ela em um processo dinâmico e contínuo. O sujeito constrói uma realidade, que, por sua vez, o transforma, o limita e o impulsiona. Da mesma maneira, Serrano-Garcia *et al.* (1992) propõem que a PSC investigue as formas de integração das pessoas na sociedade e as formas com que esta integração tem se modificado ou pode se modificar.

Entende-se que a PSC se aproxima da perspectiva do Construcionismo Social, pela razão de realizar importantes contribuições quando propõe pensar os discursos sociais que produzem sentido à realidade, como produtos de um processo construído sócio-historicamente. Parte-se do princípio que a realidade não é determinada pela natureza das coisas, mas construída a partir dos processos dialógicos presentes nos acontecimentos, práticas e relações sociais em um dado momento histórico. Ao considerar o conhecimento da realidade como algo socialmente

produzido, o Construcionismo Social privilegia o estudo dos sentidos atribuídos às experiências que derivam da própria prática social, apreendendo os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam e compreendem o mundo (Gergen, 2010).

De acordo com Gergen (1997), a ciência deve estar comprometida com a perspectiva sócio-histórica, superando desta maneira a visão descritiva-objetiva em que se retrata a realidade observada, tão usada pela epistemologia positivista. Considerando que a apropriação da realidade é algo socialmente construído através das interações sociais, o método de investigação deve permear através das narrativas coletivas que atribuem sentidos à realidade. Desta maneira, a linguagem ganha lugar de destaque no Construcionismo Social, pela razão de ser concebida como uma ação, uma prática que produz efeitos no mundo. Corroborando que a realidade é construída, e que, portanto, pode ser transformada, a Psicologia Social Comunitária, conforme Montero (2004a), propõe investigar os fenômenos psicosociais produzidos em um contexto sócio-histórico e desenvolver transformações sociais através dos sujeitos ativos construtores de suas próprias realidades.

Sendo assim, a presente pesquisa tem como pressuposto metodológico que os fenômenos não possuem uma natureza social predeterminada, mas foram concebidos através das práticas sociais, da mesma maneira que o conhecimento é produzido pelos processos sociais que constroem o real a partir de diferentes descrições. As verdades são produções sociais de versões construídas coletivamente, configuradas na história de sua produção. A presente pesquisa comprometeu-se em se aproximar dos discursos que dão corpo ao comportamento suicida, um ato que recebe um lugar no sistema público de saúde e que contorna ações implicadas às práticas ofertadas. O suicídio é uma morte pública, é um problema social, e a PSC, como portadora de estudos de práticas sociais, “se ocupa de fenômenos psicosociais produzidos nas relações com

processos de caráter comunitário, levando em conta o contexto cultural e social na qual surgem” (Montero, 2004a, p 34).

Compreende-se também que cada pesquisa é um pequeno passo para a compreensão dos discursos que sustentam a realidade, mas tal passo não é menos importante se for pensado como orientador de um caminho. A partir da compreensão dos discursos que dão sentido às ações e explicam as dificuldades enfrentadas, as práticas poderão, em um segundo momento, serem delineadas junto à comunidade local de profissionais a fim de se buscar meios que potencializem as ações de cuidado, tal como proposto pela PSC.

4.2 Delineamento do Estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa que permite ao pesquisador descrever, compreender e interpretar o fenômeno estudado a partir da perspectiva dos entrevistados, aprofundar em suas experiências, concepções, pontos de vista e significados em um ambiente natural e em relação ao contexto (Sampieri, Collado & Baptista Lucio, 2013). O desenho da pesquisa caracterizou-se em transversal, descritiva-exploratória, na qual os dados foram coletados em um determinado momento, descritos e analisados em suas características para buscar informações sobre o tema da pesquisa, familiarizar-se com o fenômeno e obter novas percepções e ideias através de relações existentes entre seus elementos componentes (Cervo, Bervian & R. Silva, 2007).

A pesquisa buscou identificar, assim como descrever e interpretar através da coleta de dados verbais, a maneira pela qual a temática do estudo é abordada pelos profissionais de saúde entrevistados, as dificuldades na condução dessa demanda, assim como as concepções sobre o fenômeno estudado. Na perspectiva Construcionista Social, a experiência humana é construída

num contexto linguístico que opera sentidos e práticas que engendram e são engendradas entre si. A maneira como descrevemos sobre um determinado fenômeno cria sentidos sobre ele, e modos de agir são realizados a partir desses sentidos (Corradi-Webster, 2014). O delineamento da pesquisa proposta conduz à compreensão das significações que estão sendo construídas pelos profissionais de saúde perante o ato de tentar suicídio.

4.3 Participantes e Local

A pesquisa foi realizada em um Distrito Sanitário na cidade de Curitiba – PR. Curitiba, de acordo com os dados do IBGE (2016), apresenta uma população estimada de 1.893.997 habitantes, distribuídos em setenta e cinco bairros, e é constituída atualmente por dez Distritos Sanitários. Efetuou-se a coleta de dados em três pontos de atenção à saúde pertencentes ao Distrito Sanitário selecionado, a saber: uma Unidade Básica de Saúde (UBS), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A escolha do local foi sugerida por profissionais do Departamento de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e do próprio Distrito Sanitário pesquisado, pela razão de o comportamento suicida ser um fenômeno preocupante nesta localidade.

Participaram dessa pesquisa 15 profissionais de saúde de diferentes categorias profissionais, sendo 4 enfermeiras, 2 psicólogas, 3 agentes comunitários de saúde, 1 assistente social, 2 terapeutas ocupacionais, 1 psiquiatra e 2 médicos. Foi considerado como critério de inclusão já ter efetuado atendimento a usuários que realizaram tentativa(s) de suicídio nos respectivos locais do trabalho atual. Os participantes tinham entre 24 e 58 anos, e o tempo de atuação profissional variou entre 2 anos e 10 meses e 24 anos (Quadro 2). Os participantes da pesquisa foram nomeados pela associação da letra P (da palavra Profissional), para garantir o anonimato dos informantes.

Quadro 2 - Participantes da pesquisa.

Participantes	Profissão	Local
P1	Enfermeira	UBS
P2	Enfermeira	UPA
P3	Enfermeira	UPA
P4	Enfermeira	CAPS
P5	Psicóloga	NASF
P6	Psicóloga	CAPS
P7	Agente Comunitário	UBS
P8	Agente Comunitário	UBS
P9	Agente Comunitário	UBS
P10	Assistente Social	UBS
P11	Terapeuta Ocupacional	CAPS
P12	Terapeuta Ocupacional	CAPS
P13	Psiquiatra	CAPS
P14	Médico	UPA
P15	Médico	UPA

4.4 Instrumento

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada individual, a qual, segundo Minayo (2009), é uma forma de entrevista que estabelece uma ordem nas perguntas, mas o entrevistado tem a liberdade de ampliar suas respostas, além de permitir outras questões, caso necessário. As entrevistas ocorreram no período de 21 de junho de 2017 a 14 de agosto de 2017, foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra.

O roteiro previamente estabelecido (Apêndice 1) continha questões que abordavam as ações desenvolvidas para a prevenção do suicídio e atendimento ao usuário que realizou tentativa, assim como as concepções que os profissionais têm sobre esse ato e as dificuldades encontradas ao realizarem o atendimento em suas práticas.

4.5 Procedimentos de Coleta de Dados

Num primeiro momento, o projeto da pesquisa foi apresentado para o diretor do Departamento de Saúde Mental da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, para explicar o

objetivo da pesquisa e solicitar autorização (Apêndice 2). Após a devida autorização, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Tuiuti do Paraná, tendo recebido parecer favorável sob o CAAE número 53447715.10000.5529 (Anexo 1). De posse das autorizações, iniciou-se a coleta de dados.

Realizou-se contato com o coordenador da Unidade Básica de Saúde, do Centro de Atenção Psicossocial e da Unidade de Pronto Atendimento, que, já de posse do projeto da pesquisa, agendou um encontro para que a pesquisadora pudesse explicar os objetivos da pesquisa, procedimento para coleta dos dados e realizar eventuais esclarecimentos. Os profissionais de saúde que participaram da coleta de dados foram indicados pelos coordenadores, que indicaram aqueles que atingiam os critérios de seleção. Apresentada aos profissionais de saúde indicados, a pesquisadora esclareceu o objetivo da pesquisa e efetuou o convite para participação, convite esse que todos aceitaram prontamente. Na UPA, as entrevistas foram realizadas no mesmo dia que a pesquisadora foi apresentar o projeto à coordenadora, tendo em vista que os profissionais se encontravam no local e se dispuseram a participar naquele momento, alegando ser difícil prever novo horário que estivessem disponíveis devido à imprevisibilidade da demanda local. Na UBS e no CAPS, foram agendados o dia e a hora estabelecidos pelos profissionais. Todas as entrevistas foram gravadas, após o consentimento do participante, e posteriormente transcritas.

Os princípios éticos foram respeitados conforme determina a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. No início de cada entrevista, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3) foi apresentado, lido e assinado pelos participantes antes da coleta de dados, para que ficassem cientes de sua participação, da possibilidade de interromper a entrevista em qualquer momento, e decidir não responder alguma pergunta que causasse desconforto, assim como a garantia do sigilo dos dados e do anonimato.

4.6 Procedimento de Análise de Dados

Para tratamento dos dados, foi utilizada a Análise das Práticas Discursivas. Na visão de Spink e Medrado (2013), os discursos representam a linguagem em ação, e, por sua via, produzem sentidos que conduzem posições nas interações sociais. O sentido produzido pelo discurso, ou seja, nos momentos ativos da linguagem, é resultado que foi tecido pelo coletivo contextualizado em um determinado momento histórico e cultural. Desse modo, a produção de sentido, como afirmam os autores, é um fenômeno sociolinguístico em razão de a linguagem ser uma prática social que é produto e produtora das ações.

Spink e Gimenes (1994) afirmam que diferentes narrativas têm as suas próprias regras de construção, portanto, faz-se importante prestar atenção aos repertórios linguísticos. É preciso analisar a variabilidade destes repertórios, como as associações de ideias presentes quando um tema está sendo debatido, assim como os indicadores linguísticos, as ambiguidades, as contradições, a inconsistência ou a incoerência.

Para tanto, realiza-se o denominado Mapas de Associação de Ideias, que na verdade é uma tabela que permite construir colunas com temas que sistematizam as entrevistas. Os *Mapas* iniciam-se com a transcrição sequencial das entrevistas, seguidas de um resumo no qual é elaborada uma síntese da fala de cada entrevistado, obtendo, desta maneira, uma visão do conjunto dos temas discutidos. Isso possibilita perceber quais os temas devem ser incluídos nas colunas, assim como organizar os conteúdos e proporcionar interpretações. São transpostos os temas nas colunas e realizada a análise das narrativas buscando a produção de sentidos dada pelos entrevistados (Spink, Gimenes, 1994 & Spink, 2010).

Assim sendo, os significados do fenômeno estudado são extraídos através das experiências dos participantes, conduzidos em um ambiente natural, considerando suas

idiossincrasias envolvidas no processo, o que proporciona identificar e interpretar os dados e analisar como estes se relacionam (Cervo, Bervian & R. Silva, 2007).

5 Resultados e Discussão

Quadro 3 - Resultados.

Categorias	Subcategorias
Razões para o comportamento suicida na atualidade	Desamparo social Dificuldades familiares Dificuldades socioeconômicas Transtornos mentais
Dificuldades encontradas pelos profissionais na prática cotidiana	Quando a integralidade está fragmentada Falhas na capacitação para atendimento em saúde mental Falhas de estrutura no SUS
Cuidados àqueles que tentaram o suicídio e as ações de prevenção comunitária do ato suicida	Atividades grupais com os idosos Atividades grupais com a comunidade Capacitação nas escolas Reunião comunitária

5.1 Razões para o Comportamento Suicida na Atualidade

5.1.1 Desamparo Social

“Existem várias formas de pobreza. E há, entre todas, uma que escapa às estatísticas e aos indicadores numéricos: é a penúria da nossa reflexão sobre nós mesmos. Falo da dificuldade de nos pensarmos como sujeitos históricos, como lugar de partida e como destino de um sonho.”

(Mia Couto)

Quando perguntado aos profissionais de saúde sobre quais implicações que podem estar contidas em um ato suicida ou nas tentativas de suicídio, surgiram questões referentes a um sentimento de desamparo vivido na atualidade. A fragilidade nas relações sociais, a prevalência da individualidade e o tempo acelerado foram alguns dos fatores trazidos pelos entrevistados para a preocupante taxa de comportamento suicida na atualidade:

A sociedade está perdendo a essência, os valores... estamos sem valores, suportes...sem suporte familiar, religioso. [...]A sociedade cobra para sermos o máximo! (P2, enfermeira, UPA).

É um problema de saúde pública! A nossa sociedade está muito assim... ‘O’ indivíduo... ‘O’ indivíduo! [...] A gente só trabalha e ‘tá lá numa rotina bem estressante (P4, enfermeira, CAPS).

Perdemos a noção do sagrado, tudo virou descartável, rápido, falta um cuidado (P6, psicóloga, CAPS).

A vida tá muito corrida, tem estresse no trabalho, no relacionamento, a família está fragilizada, as pessoas estão desmotivadas... hoje tem muito sofrimento mental e as pessoas não têm com quem dividir... (P10, assistente social, CAPS).

As pessoas estão em vulnerabilidade social, sem suporte, têm muita pressão... (P11, terapeuta ocupacional, CAPS).

As narrativas dos participantes evidenciam elementos do discurso sobre a vida na pós-modernidade, tal como apresentada por Bauman (1998, 2009), Berzins e WadaWatanabe (2012), Bittar (2007), Caniato (2017), Fensterseifer e Warlang (2006). Entendem que a sociedade atual vivencia uma experiência de desamparo, seja pela ausência do “*sagrado*”, do “*cuidado*” (P6, psicóloga, CAPS), da perda “*dos suportes*” (P11, terapeuta ocupacional, CAPS), pela perda da “*essência e suporte familiar, religioso*” (P2, enfermeira, UPA).

Apontam também para as condições do ritmo acelerado com “*a rotina bem estressante*” (P4, enfermeira, CAPS), “*tem estresse no trabalho*” (P10, assistente social, CAPS); nas cobranças sociais para as realizações, sendo que “*a sociedade cobra para sermos o máximo*” (P2, enfermeira, UPA) ou “*tem muita pressão*” (P11, terapeuta ocupacional, CAPS); da fragilização dos laços sociais, na qual “*as pessoas não tem com quem dividir*” (P10, assistente social, CAPS), ou da emergência do indivíduo em detrimento do coletivo, em que “*na sociedade é ‘O’ indivíduo, ‘O’ indivíduo*” (P4, enfermeira, CAPS), o que indica que alcançam os determinantes sociais no adoecimento emocional que podem resultar em um comportamento suicida.

Os profissionais de saúde entrevistados aproximam-se do discurso da pós-modernidade, entendem que a sociedade está promovendo um sentimento de desagregação e individualismo, que gera isolamento e sentimento de desproteção, e, portanto, riscos para o suicídio. Nesse sentido, o antídoto seria ir na contraproposta. A PSC apresenta importantes categorias que conjugam em promover a participação social, o fortalecimento da comunidade, assim como a consciência crítica aliada ao desenvolvimento do processo do *empowerment*, o exercício da cidadania, como já exposto na revisão de literatura (K. G. B. Silveira & Dias, 2016). Sem um pensamento crítico não há saúde mental! Sem um sistema que promova a saúde coletiva não há

saúde mental! É preciso desenvolver ações coletivas para promover a participação comunitária nos processos de transformações necessárias, fortalecendo as organizações em rede, com todas as pessoas sendo atores sociais. Assim, como já apontaram os autores argentinos Kalina e Kovadloff, já em 1983, “se é certo que na atualidade a patologia suicida é uma patologia social, então a terapêutica não pode ser senão comunitária” (p. 23). A PSC ressalta o caráter da transformação social, sendo a reflexão promotora de ações coletivas, criando espaços para elaboração de saberes e recursos para propiciar mudanças necessárias em seu entorno. Promover o fortalecimento comunitário é estar implicado com o desenvolvimento humano e social (Montero, 2004a), o que denota que a prevenção do suicídio é um ato político.

5.1.2 Dificuldades Familiares

5.1.2.1 Suicídio de Idosos

Outra questão trazida pelos profissionais entrevistados que também denuncia uma fragilidade nas relações atuais refere-se às dificuldades de ordem familiar que culminam em suicídios/tentativas de idosos e adolescentes.

As famílias estão muito desestruturadas. Hoje as pessoas perderam a noção do que é ter uma família, não tem diálogo em casa. Também têm muitos idosos isolados, sabe? Têm muitos idosos sozinhos, perdidos... e os adolescentes estão perdidos também (P7, agente comunitária, UBS).

Segue uma fala de um entrevistado compartilhando sua preocupação sobre a vulnerabilidade dos idosos:

Então a gente vê muito idoso que fica sozinho... fica em casa, muitas vezes sozinho, então eles não têm muitos vínculos.... Nossa sociedade de maneira em geral não se prepara para essa longevidade que está acontecendo, aí isso traz um monte de conflitos (P1, enfermeira, UBS).

O suicídio entre a população idosa no Brasil é uma realidade preocupante, que deveria ocupar lugar de destaque nas atenções públicas à saúde. Segundo a OMS (2014), no ano de 2012 a taxa de suicídio de pessoas acima de 70 anos foi de 9,8/100.000 habitantes, a maior entre as faixas etárias, sendo de 3,3 do sexo feminino e 18,5 do sexo masculino. A segunda maior taxa de suicídio foi entre pessoas de 50 a 69 anos, de 8,0/100.000 habitantes. Na cidade de Curitiba, em 2015, os idosos ocuparam a terceira faixa etária que mais suicidou-se. No entanto, no mesmo ano, das notificações de tentativas de suicídio, 4,6 % foram de pessoas acima de 60 anos do sexo masculino e 2,7 % do sexo feminino, as menores porcentagens entre todas as faixas etárias, o que significa que os idosos usam métodos mais definitivos, resultando, quase sempre, na fatalidade do ato.

Os autores R. M. Silva (2015) *et al.* realizaram uma pesquisa em diferentes localidades do país, na qual entrevistaram idosos com 60 anos ou mais que apresentavam histórico de ideação ou tentativa de suicídio, com o objetivo de identificar quais as dificuldades encontradas que desencadearam o comportamento suicida. Os entrevistados demonstraram tristeza, sentimento de abandono, isolamento, incompreensão de seus desejos pelos familiares e a ausência de manifestações de afeto e respeito. Essa pesquisa vai ao encontro com a fala do profissional P1 entrevistado:

A vida das pessoas é muito dinâmica, então eles [idosos] não têm muito vínculo... a gente já teve aqui no bairro, por exemplo, de um idoso que mora sozinho adoecer, aí você vai fazer uma busca pra alguém acompanhar, aí não tem familiar, aí não tem um amigo, a

dificuldade de alguém acompanhar o idoso, pra acompanhar no internamento, num exame, numa consulta especializada, temos essa dificuldade, que triste isso, porque é muito triste, e a gente vê aí (P1, enfermeira, UBS).

A falta de apoio familiar pode propiciar um disparador para o comportamento suicida nos idosos, pelo motivo que as relações próximas são esvaziadas, tornando o ambiente familiar incoeso, sem amparo emocional e suporte adequado, desfazendo os elos que os mantêm dispostos à vida.

Werlang (2012) da mesma forma pontua que os idosos, por viverem uma queda progressiva de suas funções corporais, cognitivas e socioeconômicas, ou serem acometidos por doenças que os limitam físico, sensorial ou mentalmente, deixando-os dependentes de cuidados constantes atuando como desencadeantes que fragilizam os recursos internos, deixando-os mais vulneráveis ao adoecimento psíquico. Assinalam que “o impacto cumulativo de fatores estressantes (tais como doenças, deficiências, crises pessoais, sociais ou econômicas) foi observado por nós em muitos casos de suicídio, produzindo uma falência no sistema de defesa interior” (p.1961). Portanto, idosos podem vivenciar estados de tensões que ameaçam o equilíbrio interno e social, justamente em um momento de suas vidas que estão mais frágeis, e até mesmo cansados dos desafios da vida.

Minayo, Cavalcante, Mangas e Souza (2011) realizaram um estudo qualitativo na cidade do Rio de Janeiro buscando reconstruir as razões que levaram idosos ao ato suicida. Para tanto, efetuou-se a autópsia psicológica, que visa, através de relatos das pessoas próximas, coletar pistas verbais, comportamentais e sociais, com o objetivo de reconstituir, ou ao menos se aproximar, dos motivos que levaram a decisão de um suicídio. A pesquisa apontou que a maior parte do suicídio entre os idosos esteve associada à depressão. Além dos casos em que a depressão indica maior gravidade, ela aparece associada a outros fatores, como enfermidades físicas ou mentais,

fatores socioculturais, como decadência profissional e socioeconômica, e as dificuldades diante do envelhecer.

R. M. Silva *et al.* (2015) também apontaram o processo migratório como um fator que contribui para a vulnerabilidade dos idosos, pois esses processos são sentidos como uma perda. A velhice é um momento da vida em que lembranças do passado se tornam presentes, surgindo um sentimento de falta do que se distanciou, principalmente se está longe da terra natal ou do lugar onde a vida foi construída. Isso ocorre com mais força quando se sentem sozinhos e não há um apoio social presente. Este dado corrobora com a fala do profissional P1, quando narra novamente sua experiência com os idosos:

Têm idosos aqui que, por exemplo, tiveram uma infância lá no sítio, vieram pra cidade pros filhos ter uma condição melhor, só que os filhos casaram, criaram a sua estrutura familiar, e eles daí ficam sem ter aquela coisa que eles tinham lá da infância, aqui eles não conseguiram se adaptar totalmente nessa vida moderna, de uma grande metrópole sem autonomia de sair de casa, pegar um ônibus, pra caminhar, pra fazer compras (P1, enfermeira, UBS).

Até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Entre os anos de 1980 e 2000, a população com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000. O aumento da expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país. Contudo, este aumento na longevidade precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida (OMS, 2005). O envelhecimento da população demanda implantações em Políticas Públicas que possam garantir o acesso à saúde integral, seja física, social e mental. Deve-se, portanto, desenvolver meios e recursos para minimizar o sofrimento dos idosos proporcionando dignidade nessa etapa de suas vivências. A prevenção do suicídio entre os idosos deve considerar as fragilidades expostas acima, desenvolvendo um

constante enriquecimento dos elos familiares e comunitários, e aumentando o apoio social que fortalece as referências protetoras.

A conexão social traça efeitos positivos e alimenta o desejo de viver. Como apontam Andrade e Seabra (2014), o constructo teórico da coesão social é especialmente importante para compreender o fenômeno suicida no idoso e, portanto, desenvolver estratégias de prevenção. Segundo os autores, a ameaça ao sentimento de pertença é uma das causas para o surgimento da ideação suicida, portanto, o constructo teórico da coesão social torna-se especialmente importante para compreender o fenômeno suicida no idoso, para, desta maneira, desenvolver estratégias de prevenção. Assim sendo, é importante, por exemplo, que as UBSs realizem atividades que convoquem os idosos para a participação social. Realizar caminhadas semanais, atividades em grupo, oferecer um espaço de escuta para que possam falar sobre si, são exemplos de ações que enlaçam para a vida. Da mesma maneira, Berzins e WadaWatanabe (2012) apontam para “a importância da previdência e da assistência social, do apoio às famílias, de serviços proativos que saiam das salas das instituições e vão até onde os idosos estão” (p. 1960). O cuidado aos idosos homens merece uma especial atenção em razão de estarem no grupo de risco para o suicídio. As autoras assinalam a importância de promover-lhes preparação para a aposentadoria, propiciar novos papéis sociais, além de combater a cultura machista. Proporcionar qualidade de vida para a terceira idade está diretamente implicada em ofertar respeito e dignidade, garantindo seus lugares na vida social.

Minayo *et al.* (2011) trazem um dado bastante considerável exposto na pesquisa citada anteriormente: parentes e amigos muitas vezes não levam com a seriedade devida as intenções de suicídio verbalizadas pelos idosos, o que demonstra o quanto é necessária uma educação ampla que capacite as pessoas para apreender os riscos do suicídio. Pessoas que verbalizam sobre suas ideias suicidas já se encontram em vulnerabilidade, o que exige uma intervenção imediata.

Da mesma maneira, o risco de suicídio de idosos demonstra a importância do trabalho dos agentes comunitários de saúde, que precisam estar capacitados para efetuar prevenção nessa faixa etária tão propícia ao ato. Somente assim, quem sabe, os números estatísticos não mais reflitam uma triste realidade em ver os idosos se despedindo da vida de maneira tão brutal.

Importante destacar que os profissionais que relataram sobre os suicídios entre a população idosa encontram-se na UBS. Como já apontado, os idosos costumam efetuar o suicídio completado, portanto, não é uma população que comumente ingressa na RAPS por efetuar uma tentativa de suicídio. Os idosos acabam por serem mais atendidos na UBS pelos riscos da depressão e outros fatores de vulnerabilidade, o que demonstra a importância da prevenção e promoção de saúde para que essa população não efetue o ato suicida.

5.1.2.2 Suicídio de Adolescentes

“Nunca se teve tão fácil acesso à informação, assim como também nunca se teve tanta falta de consistência linguística”.

(C. Pinheiro)

Um fator também apontado com relação às dificuldades nas relações familiares trazidas por alguns profissionais de saúde diz respeito ao comportamento suicida entre os adolescentes. De fato, no que concerne a essa faixa etária, as tentativas de suicídio têm sido uma situação recorrente na atualidade, principalmente entre o sexo feminino. Os dados epidemiológicos em Curitiba, no ano de 2015, apontaram que, entre a faixa etária de 10 a 19 anos, ocorreram 27,4 % de notificações de tentativas de suicídio do sexo feminino, a maior entre as demais idades. Contudo, quanto ao suicídio consumado, a porcentagem entre os adolescentes foi a mais baixa, o que demonstrou que são as tentativas de suicídio que prevalecem nos adolescentes.

Diante do exposto, importante relembrar que uma tentativa de suicídio e o suicídio consumado, embora próximos, ocorrem com características diferentes. Nas tentativas costuma-se usar métodos menos letais, o que facilita o socorro, e geralmente não há um preparo prévio, sendo atos mais impulsivos. As tentativas, sem o objetivo da busca efetiva da morte real, podem ser pensadas como um pedido de ajuda, como um apelo de um sofrimento que já atravessa o suportável, como uma mensagem que busca o olhar dos outros para que percebam seus sofrimentos emocionais. Junto a isso, há uma ambiguidade no desejo de morrer, pois, o que a pessoa deseja é livrar-se de um sofrimento, sendo que nas fantasias é recorrente encontrar a busca por uma ‘nova vida’.

Como o comportamento de autoagressão (ex. automutilação) e as tentativas de suicídio são mais frequentes na adolescência do que o suicídio consumado, esses atos precisam ser compreendidos como fenômenos que denunciam as dificuldades pessoais/familiares/sociais que podem estar deixando essa faixa etária vulnerável, fazendo com que os adolescentes recorram a um método agressivo para representar a intensidade de um sofrimento ou para livrar-se dele (Cassorla, 1985). Segue um apontamento realizado por uma profissional entrevistada sobre atendimento aos adolescentes que idealizaram ou realizaram uma tentativa de suicídio:

Adolescentes não têm necessariamente um desejo da morte morrida, mas um desejo de mostrar ‘eu ‘tô aqui’, morrer algo, matar algo de uma dor, às vezes sem a noção que matando algo desse sofrimento ele vai junto, queria matar algo de uma dor, de um sofrimento, que nem tem muita clareza que vai morrer junto nisso (P5, psicóloga, NASF).

Pesquisas realizadas entre adolescentes que apresentavam ideações suicidas, ou já realizaram tentativas de suicídio, apontaram como razões para tais atos os vínculos familiares fragilizados, choque entre os interesses e valores dentro da ordem familiar, conflitos relacionados à identidade sexual, rompimentos amorosos ou não correspondidos, *bullying*, exposição à

violência, abuso de álcool e outras drogas, sintomas depressivos, solidão, dentre outros (Hildebrandt, Zart & Leite, 2011; Kuczynski, 2014; Moreira & Bastos, 2015).

Algumas têm na média dezoito, dezenove [anos] que brigou com o namorado. Normalmente esses adolescentes, é alguém que brigou com alguém da família, sabe? Ou é como o pai ou com a mãe, ou brigou com o namorado. E daí tinha que tomar comprimido, ou também ingeriram bebida alcóolica ou alguma outra coisa né! (P3, enfermeira, UPA).

Vemos adolescente fazendo automutilação hoje, se cortam. Isso vem muito da estrutura familiar, vejo os vínculos muito fragilizado hoje, às vezes nem é negligência! É questão da dinâmica familiar, está tudo muito corrido hoje (P10, assistente social, CAPS).

Aparece bastante adolescentes que brigaram com o namorado, adolescentes que fazem uso de drogas. Assim, percebo que falta estrutura familiar, eles ficam em casa com a internet livre, usam drogas... estão, assim, largados (P14, médico, UPA).

Os jovens estão muito insatisfeitos, porque nada mais satisfaz eles, parece que é tudo muito rápido, logo se alcança e eles perdem o interesse. Os pais às vezes são muito ausentes e compensam às vezes com coisas materiais, né? Eu acho que eles sentem .. tipo .. um vazio... (P9, agente comunitário, UBS).

Os pensamentos sobre a morte, inclusive a própria, são comuns na adolescência, não sendo considerados um comportamento de risco (Botega, 2015), sendo que alguns fantasiam a sua morte imaginando quem sentiria a sua falta, quais pessoas os amavam de verdade ou quem iria chorar no seu velório. Os adolescentes, através dessas fantasias, ou mesmo com uma tentativa de suicídio, estão buscando respostas para o lugar que ocupam na vida das outras pessoas, qual o valor que eles têm para os outros (Cassorla, 1991b). Essa afirmação vai ao encontro de uma

descrição que uma profissional entrevistada expôs sobre uma tentativa de suicídio de uma adolescente:

Por exemplo, uma adolescente me falava assim, ela fez uma tentativa de suicídio e o que ela queria mesmo, de verdade, era ser uma mosquinhos pra saber quem que ia chorar no enterro dela ... ela queria saber que lugar que ela tinha junto do outro, quem vai chorar por mim, quem vai sentir a minha falta, quem que vai ficar culpado, uma agressividade também porque não me amou como deveria, às vezes até uma agressividade, né? No adolescente eu escutava muito isso... (P5, psicóloga, NASF).

Contudo, quando esses pensamentos sobre a própria morte estão mais intensos e permanentes que o esperado para um adolescente, se faz necessária uma intervenção que busque prevenir uma tentativa de suicídio, que, por um risco mal-calculado, pode acabar com um desfecho fatal. É preciso diferenciar as fantasias de morte ditas esperadas daquelas que sinalizam um perigo, para tanto, os sinais que os adolescentes emitem devem ser observados pelos adultos de sua convivência (Botega, 2015).

Uma questão relatada por uma profissional entrevistada trouxe uma importante discussão sobre a relação dos adolescentes com as redes sociais.

Assim a gente atende muita criança, muito adolescente que passa muito tempo no celular, nas redes sociais, a gente que trabalha com adolescente percebe muito o efeito disso, o que que é o efeito de uma rede social e dos adolescentes com relações muito imaginadas, muito fantasia.... na rede é fácil lidar com a frustração, agora ali no dia a dia você tem que exercitar a frustração, exercitar a relação, a resiliência, as situações, as dificuldades, esse exercício eu vejo que parece que tá ficando menos ... menos...eu acho que isso com certeza interfere na questão de vida mesmo, capacidade de

enfrentamento de problemas, capacidade de lidar com as situações, com a frustração, com as faltas da vida, enfim (P5, psicóloga, NASF).

Da mesma maneira, como também colocou a profissional P13 sobre a vulnerabilidade dos adolescentes nas redes sociais, deixando-os expostos aos riscos:

Mas a questão do desafio da Baleia Azul, tudo isso são, são aquelas pessoas que já estão mais sensíveis, que já estão buscando isso, né? Não é uma coisa “Ah! Eu vou pegar você aqui ó”. Não! É que eles estão vulneráveis (P13, psiquiatra, CAPS).

A força do ‘virtual’ surge como uma saída para a ausência de referências na convivência real, próxima, e que exige resoluções. Os adolescentes na atualidade vivem relações virtuais, fazem amigo ou namorados/das por internet, mas, no encontro real, frente a frente, a insegurança surge, os desafios reais aparecem, mas não há encorajamento para a superação que o fariam caminhar para a vida adulta com maior preparo (Pinheiro, 2011), assim como afirmou P5, psicóloga do NASF: “*na rede social é fácil lidar com a frustração, agora ali no dia a dia você tem que exercitar a frustração, exercitar a relação, a resiliência, as situações, as dificuldades*”. Como aponta M. M. Silva (2008), o ato suicida é um gesto de comunicação dirigida para uma sociedade, é um ato que representa um rito de passagem na qual o suicida tenta reintegrar-se como um novo membro, um novo personagem. O autor defende que o suicídio é um ato de comunicação, apesar de solitário, para uma sociedade que o impediu de comunicar-se de outras maneiras que não fosse através desse gesto.

Diante das discussões supracitadas, a questão importante a refletir sobre o comportamento suicida dos adolescentes é pensar sobre ‘qual lugar’ estão querendo ocupar no social com suas mortes e o que estão buscando nas tentativas de suicídio. Realizar a leitura psicossocial do comportamento suicida entre os adolescentes, fato de preocupação social, é importante para

compreensão do fenômeno, pois ela nos encaminha para além de um ato que se encerra em si mesmo, mas estende-se para questões mais amplas que denunciam as vulnerabilidades nos adolescentes.

Como já exposto em outros momentos desta pesquisa, a prevenção do suicídio deve ser efetuada nos mais variados dispositivos, de forma comunitária e intersetorial, como afirma a OMS (2014) e os princípios que embasam a PSC. No entanto, a escola é um local privilegiado para a promoção da saúde e prevenção do suicídio entre os adolescentes/jovens, pela razão de ser o ambiente no qual essa faixa etária está concentrada e onde realizam vivências importantes para seu desenvolvimento na convivência entre seus pares. Tavares, Lordello e Montenegro (2015) apontam como estratégias preventivas de comportamento de risco nas escolas a preparação dos gestores e dos professores para se sentirem aptos para lidar com o tema e realizar um trabalho eficaz com os estudantes. As promoções dos fatores de proteção que visem desenvolver habilidades sociais, competências emocionais e sociais devem ser implementadas em um ambiente escolar como necessárias para a promoção da saúde mental.

Para Tavares *et al.* (2015), os fatores de proteção devem ser a nível pessoal, que se refere às habilidades desenvolvidas por técnicas grupais que objetivem o desenvolvimento da autoestima, elaboração e expressão das emoções, assertividade, entre outros. Assim como devem ser a nível ambiental, primando pela qualidade da rede de suporte, sendo que os gestores, professores, outros profissionais escolares, pais e a comunidade precisam realizar uma rede de apoio na qual todos estejam implicados. Já a abordagem para os fatores de risco ao suicídio, abordado de forma diretiva, precisa ser efetuada com cuidados para que não ocorra efeito contrário. Para isso, profissionais especializados sobre o tema são necessários para a implantação de prevenção do suicídio em escolas. Na pósvençao, ou seja, quando os estudantes vivem a

experiência da perda de alguém por suicídio na comunidade escolar, a prevenção seletiva deve ser encaminhada visando diminuir riscos futuros.

Um relato de uma profissional entrevistada aponta para a importância de o meio escolar perceber quando um adolescente se encontra em risco, para que não ocorra um agravamento que o coloque em situação de maior vulnerabilidade.

O adolescente não chega na atenção primária, ele chega menos, mas quando ele chega, precisa correr, porque alguém traz, e quando não é nem alguém que traz que ele tem que vir sozinho tem que correr mais ainda. Quando o adolescente escutado ele volta, ele vem, tudo o que ‘tá em jogo é questão do manejo, forma da abordagem, forma de acolhida, conforme acolhe o adolescente ele volta ou ele não volta (P5, psicóloga, NASF).

Quando a entrevistada narra, “*não chega na atenção primária, mas quando ele chega, precisa correr*”, aponta que ocorreram falhas anteriores de prevenção na territorialidade. Por exemplo, a escola é um ambiente favorável para desenvolver promoção da saúde e prevenção do suicídio, lembrando que os demais setores precisam estar igualmente preparados para lidar com essa demanda entre os adolescentes, principalmente porque a sociedade tem vivido esse drama. Os profissionais do CAPS-I (infância), da mesma maneira, que atendem crianças e adolescentes até 18 anos com comprometimento em saúde mental, também estão vinculados em um ambiente favorável para mobilizar os recursos essenciais na prevenção do suicídio. Os profissionais da UBS, que estão próximos das famílias, precisam estar atentos e oferecer uma escuta qualificada, assim como os profissionais de uma UPA, que socorrem adolescentes com tentativas de suicídio, que eles possam realizar um atendimento humanizado, sem críticas ou julgamentos e que estejam sempre ‘em prontidão’ para oferecer apoio emocional, seja para o adolescente como para os familiares.

No período da realização desta pesquisa, estava em curso o fenômeno denominado “Jogo da Baleia Azul”, que consiste em convocar adolescentes para desafios que culminam em um ato suicida, assim como discussões provindas de seriado intitulado “*Thirteen Reasons Why*” (Os Treze Porquês), que abordou a questão do suicídio de uma adolescente. Os profissionais entrevistados mostraram-se sensíveis com a vulnerabilidade que envolve os adolescentes atualmente, percebem os riscos e apontam o “*desejo de matar uma dor*” (P5, psicóloga, NASF); os “*vínculos fragilizados*” (P10, assistente social, UBS); a “*ausência dos pais*” (P9, agente comunitário, UBS); o “*sentimento de vazio*” (P9, agente comunitário, UBS); os “*efeitos das redes sociais*” (P5, psicóloga, NASF); ou a “*falta de estrutura familiar*” (P10, assistente social, CAPS e P14, médico, UPA) como fatores precipitantes para o comportamento suicida. Portanto, entendem que é um momento de vida que necessita de investimentos parentais eficazes na preparação para a vida adulta, e, na falta destes, os adolescentes mostram-se vulneráveis, como aponta a profissional entrevistada P9 (agente comunitário, UBS): “*quando ele tem uma família, que tem uma estrutura, que tem amor por ele e se propõe cuidar, o êxito é melhor, então a família é fundamental, a gente já sabe, né?*”.

Neste sentido, os profissionais entrevistados nesta pesquisa estão alinhados com os contextos apresentados pela era pós-moderna em relação às dificuldades familiares, percebem que há famílias que passam por consideráveis dificuldades, contudo, o olhar não pode ser de culpabilidade em relação aos pais, mas de alcançar que se os filhos estão cumprindo os cinquenta desafios da Baleia Azul, os pais estão realizando os ‘cinquenta desafios da sobrevivência da era capitalista’. Como apresentado na revisão de literatura, as famílias na atualidade sofrem os efeitos das configurações impostas pelas novas formas do mercado de trabalho, do declínio nos modelos de identificação, do hiperconsumismo e do individualismo, das relações ‘virtuais’, para citar alguns. As famílias não estão desvinculadas das relações sociais, portanto, há um movimento dialético que implica em reajustes históricos. Se há um discurso em atribuir culpa às famílias

pelos conflitos dos adolescentes na atualidade, isso será um obstáculo em promover um cuidado de forma sistêmica. Como já afirmou M.M. Silva (2008), há um gesto de comunicação na tentativa de suicídio. Cabe, então, aos profissionais aprimorarem a escuta para alcançar o que eles estão tentando transmitir.

Atribuir culpa aos pais/responsáveis ou aos próprios adolescentes impede o desenvolvimento de estratégias de cuidado, seja em abuso de álcool, drogas, sofrimentos mentais e problemas familiares. Como aponta Rosa (2015), quando os profissionais patologizam modos de vida, atitudes ou configurações familiares, acabam impossibilitando acionar as redes (assistência, educação, justiça) para responder por algumas situações familiares. Da mesma maneira, há um considerável risco em conceber esses casos como ‘sem solução’, como afirma a agente comunitária de saúde P9, “*sou descredula, em dezesseis anos nunca vi um drogadito ser recuperado*”, ou ter uma perspectiva moralista, o que cria dificuldades em desenvolver estratégias de cuidado.

5.1.3 Dificuldades Socioeconômicas

Os profissionais de saúde entrevistados também refletiram sobre causas geradoras do comportamento suicida, a atual crise econômica que o país está vivenciando:

A gente tem uma carga de pessoas desempregadas, né? Então, com a crise no Brasil, por exemplo, né, desde 2015, eu acho que aumentou o número, pelo menos ao meu ver, de tentativas de suicídio. Aparece pra gente as pessoas muito desesperadas, que perderam o emprego, daí diversos outros problemas decorrentes disso (P12, terapeuta ocupacional, CAPS).

Ele se suicidou porque estava endividado, então hoje em dia, né, o que a gente vê é isso. Muitas pessoas estão se suicidando por causa de dívidas, parte pro desespero, né? (P8, agente comunitário, UBS).

Pessoas que vêm encaminhadas por ideação suicida, eu tenho percebido, é por causa de falta de trabalho, de desemprego... isso eu percebi mesmo, antes não era tanto. O que eu tenho visto mais recentemente é por causa de desemprego mesmo (P6, psicóloga, CAPS).

Os autores portugueses M. Silva, Cardoso, Saraceno e Almeida (2015) realizaram um estudo reunindo evidências científicas sobre o impacto da crise econômica na morbidade psiquiátrica, concluindo que fatores como o desemprego, empobrecimento, endividamento e perda de status socioeconômico estão associados ao agravamento de perturbações depressivas, perturbações de ansiedade, consumo de substâncias psicoativas e o suicídio. Apontam que as experiências anteriores de crises econômicas, tais como a Grande Depressão nos Estados Unidos da América (EUA) em 1929 – 1937, a recessão após o colapso da União Soviética no início dos anos 1990, e a crise do sudeste asiático de 1997 apresentam como consequências um aumento do suicídio e da mortalidade por abuso de álcool. A crise econômica global, desencadeada a partir de 2008 com o colapso do crédito e do mercado imobiliário dos Estados Unidos, já provoca efeitos negativos na saúde mental. Em 54 países europeus e americanos, particularmente entre os homens e em países em níveis mais elevados de perda de emprego, ocorreu um aumento no número de suicídio, assim como nos números relativos à depressão e outras perturbações psiquiátricas. Assim explicam os autores sobre a relação entre a instabilidade econômica e os sofrimentos psíquicos que podem levar ao comportamento suicida:

[...] em períodos de crise econômica, os fatores protetores da saúde mental são enfraquecidos, os fatores de risco são reforçados e a saúde mental é negativamente afetada. À medida que o nível socioeconómico decresce, devido ao desemprego,

empobrecimento e endividamento, as pessoas vivem maior incerteza, insegurança e perda, instalando-se a desesperança e os problemas de saúde mental. À subjetividade dos sentimentos de incerteza (financeira, laboral, em relação ao futuro) e de perda (de rendimento, de emprego, de rede social, de estatuto socioeconómico, de autoestima) associa-se muitas vezes um acesso a cuidados de saúde que é objetivamente inadequado e tardio, culminando no estabelecimento e/ou agravamento de uma perturbação psiquiátrica (p. 68).

O impacto psicológico de estar desempregado, vivenciar uma mudança social que reduz a segurança financeira, sofrer sentimentos de estigmatização, vergonha, isolamento e humilhação por estar endividado/desempregado são fatores desencadeantes para o adoecimento mental e para o comportamento suicida. Barnes *et al.* (2016) produziram uma pesquisa no Reino Unido, na qual entrevistaram 19 pessoas que realizaram uma tentativa de suicídio pelo motivo de estarem sofrendo severas dificuldades econômicas resultantes da recessão (desemprego, dívida, falência, etc.). Importante ressaltar desta pesquisa que os entrevistados que participaram relataram já possuírem outras questões anteriores em suas vidas, tais como terem sofrido abusos, negligências, *bullying*, terem baixa estima, etc., dentre as quais a crise financeira advinda da recessão econômica foi o fator contribuinte final para a tentativa de suicídio. Reforçando que a OMS (2014) afirma que o suicídio sempre apresenta múltiplas causas, desde ordem pessoal, assim como também ordens sociais, sendo que para compreender esse fenômeno é preciso resgatar a biografia da pessoa juntamente com um olhar psicossocial, promovendo uma mediação entre os múltiplos fatores.

M. Silva *et al.* (2015) concluem em seus estudos que após uma recessão os resultados em saúde podem variar em razão de dependerem das causas e contextos da crise, mas principalmente da resposta que o país oferta. É esperado que crises econômicas possam gerar

consequências na saúde mental das pessoas, e é preciso ações políticas para minimizar os efeitos negativos. É importante que os cuidados em saúde mental sejam acessíveis e de qualidade, atendendo às necessidades da comunidade com soluções que se “adequem às mudanças sociais, laborais e de estatuto socioeconômico da população, que melhorem a detenção precoce dos problemas de saúde mental, da ideação suicida [...] e que dêem particular atenção aos grupos mais vulneráveis e à prevenção” (p. 71).

Importante ressaltar que políticas concretas devem ser efetuadas nos diversos setores, não somente no âmbito da saúde mental, mas também em programas ativos de reinserção no mercado de trabalho, apoio psicológico aos grupos de pessoas vulneráveis (desempregados, endividados, crianças, idosos, portadores de doenças crônicas, etc.), programas de apoio financeiro às famílias, programas de alívio e controle das dívidas e acesso a microcréditos, assim como intervenções de combate à exclusão econômica promovendo a participação social.

Os profissionais de saúde entrevistados compreendem que a atual crise que o Brasil está enfrentando gera efeitos na saúde mental da comunidade, como narra o profissional P6 (psicóloga, CAPS), “*a pessoa perde o lugar, perde o papel que ela exercia, perde o sentido da vida*”, no entanto, eles próprios também se sentem vulneráveis, como desabafa a entrevistada P7: “*nós vamos perder o emprego...*”, ou a profissional P3 (enfermeira, UPA): “*ultimamente o clima aqui está muito pesado [...], tem que pensar em alguma coisa porque a demanda está aumentando muito!*”. Se eles são profissionais implicados nos cuidados de saúde mental de toda uma comunidade, afinal, quem cuida da saúde mental destes profissionais?

5.1.4 Transtornos Mentais

“O sofrimento dos depressivos funciona como um sinal de alarme contra aquilo que faz água na grande nau da sociedade maníaca em que vivemos. A tristeza, os desânimos, as simples manifestações da dor do viver parecem intoleráveis em uma sociedade que apostou na euforia como valor agregado a todos os pequenos bens em oferta no mercado.”

(Maria Rita Kehl, O Tempo e o Cão)

Por fim, poucos profissionais relacionaram o comportamento suicida, seja no ato consumado ou na tentativa, com uma questão diretamente implicada com transtornos mentais, como apontam P3 (enfermeira, UPA) e P9 (agente comunitário, UBS):

É transtorno mesmo, a pessoa já nasce assim. Eu trato assim como uma pessoa doente... a gente fica com pena, com dó né? Mas você sabe que é uma pessoa doente. Doente, mas é de cabeça, né, mental. É da psiquiatria penso que é assim...da cabeça (P3, enfermeira, UPA).

O suicídio é mais nessas pessoas, depressivas, bipolares. São pessoas difíceis de lidar! (P9, agente comunitário, UBS).

Muitos estudos afirmam que o comportamento suicida está, em sua maioria, associado aos transtornos mentais. Um recorte para elucidar essa afirmação: cita-se uma entrevista realizada por Botega (2007) para a Revista Brasileira de Psiquiatria: “apesar de o suicídio envolver questões socioculturais, genéticas, psicodinâmicas, filosófico-existenciais e ambientais, na **quase totalidade** [grifo da pesquisadora] dos casos um transtorno mental encontra-se presente” (p. 7).

Contudo, realizando um estudo do fenômeno suicida, Netto (2013) aponta para os excessos de discursos com abordagens de cunho patológico e muitas vezes biológico que escamoteiam as questões sociais tão importantes para a compreensão do ato suicida. Contesta as

publicações nas quais afirmam que cerca de 90% dos casos de suicídio e 40% das tentativas estão associadas aos transtornos mentais, principalmente à depressão e ao abuso de álcool e outras drogas. Esses dados vão na contramão da definição do suicídio como um ato complexo e multideterminado, justamente por restringem esse fenômeno quase que totalmente às questões de ordem orgânica e psíquica. O autor chama a atenção para que não se perca de vista as profundas raízes sociais no fenômeno suicida, pois, desta maneira, corre-se o risco de abordar o tema de forma individualizante, enquanto trata-se de um problema que tem também implicações sociais (Netto, 2013).

Neste sentido, a pesquisadora não pretende ignorar que transtornos mentais apresentam risco considerável para o suicídio. É de fato imprescindível o cuidado próximo com as pessoas acometidas com depressão, bipolaridade, dentre outras. Contudo, para uma compreensão mais próxima das razões que determinadas comunidades/sociedades apresentam taxas preocupantes de comportamento suicida, é imperioso ampliar o olhar para as questões psicossociais. Se estamos vivendo em uma sociedade com índices de depressão alarmantes, é preciso perguntar o porquê que isto está ocorrendo. Além disso, o suicídio é muito complexo para ter uma resposta direta de causa e efeito, e é um equívoco cometer generalizações. As taxas de suicídio de uma grande metrópole podem ser por razões diferentes de uma cidade do interior, e por razões mais diferentes ainda dos grupos indígenas, apesar de nesses lugares a depressão poder aparecer como um fator desencadeante para o suicídio. O suicídio não pode ser abordado somente como uma questão individual, pois está envolto pelas relações sociais.

Diante da exposição das falas dos profissionais de saúde entrevistados, quando interrogados sobre as razões que possam levar pessoas a um comportamento suicida, observou-se que as diversas categorias profissionais apontam para as dificuldades sociais contemporâneas como um fator contributivo. Desta maneira, o suicídio é visto por psicólogos, psiquiatras,

enfermeiros, médicos, terapeutas ocupacionais e agentes comunitários de saúde como um fenômeno que também é atravessado por questões sociais, pelo modo de viver das pessoas. Somente uma enfermeira (P3) da UPA concebe o ato suicida, ou a tentativa, como causa de ser portador de um transtorno mental, “*a pessoa já nasce assim*”, e uma ACS (P9) que entende que as pessoas ditas depressivas ou bipolares são as que cometem o ato. Os transtornos mentais são riscos de suicídio, de fato, mas não são as causas.

O suicídio de idosos foi trazido principalmente pela enfermeira (P1) da UBS, pois a entrevistada considera esse um grupo de risco. Essa faixa etária chega para atendimento mais pela via da depressão do que por tentativa de suicídio. Já os adolescentes foram bastante citados pelos profissionais dos três dispositivos pesquisados, e eles entendem que as dificuldades familiares estão na base do uso de drogas e do comportamento suicida.

Neste sentido, a questão do suicídio perpassa por questões abrangentes, macrossociais, tais como o modo de vida das pessoas, suas relações com o trabalho e com a família. É uma questão de saúde pública porque aponta para as configurações da sociedade atual e suas vulnerabilidades. A prevenção do suicídio é um ato político justamente por se tratar de um ato coletivo, cultural e institucional. Não se trata da soma de vários indivíduos que têm comportamento suicida, mas de um todo que responde um *modus operante* na maneira da relação com o social.

5.2 Dificuldades Encontradas pelos Profissionais na Prática Cotidiana

Durante as entrevistas concedidas, os profissionais relataram o procedimento dirigido aos usuários que ingressam na RAPS por terem realizado uma tentativa de suicídio. É importante

ressaltar que a partir de 2014, sob a Portaria nº 1.271/2014, tornou-se obrigatória a notificação em até 24 horas dos casos de tentativas de suicídio (Ministério da Saúde, 2014a).

Os profissionais de saúde ouvidos durante a coleta de dados relataram que há um grande esforço para obter sucesso no tratamento daqueles que apresentam comportamento suicida. Há muitos casos onde a condução obteve resultados significativos, todavia, dificuldades consideráveis obstaculizam o processo e podem comprometer o empenho coletivo.

5.2.1 Quando a Integralidade está Fragmentada

“Não é possível prevenir o suicídio de maneira solitária”

(K. Fukumitsu)

Um ponto relatado pelos profissionais entrevistados refere-se aos encaminhamentos promovidos na RAPS, na qual a articulação entre os pontos de atenção apresenta desvios que fogem da lógica do cuidado, o que pode comprometer o resultado desejado, assim como a corresponsabilidade. Da mesma maneira, entendimentos equivocados sobre saúde mental, incluindo o comportamento suicida, prejudicam o encaminhamento na rede de atenção. Surgiram queixas sobre a necessidade de urgência em encaminhar o paciente para outro ponto de atenção, assim como equívocos na avaliação de sofrimento emocional ou clínico. A seguir, os relatos da psicóloga do CAPS (P6) e da terapeuta ocupacional (P12), que abordaram sobre essas dificuldades:

A gente ainda não sabe direito, mas da última vez que a gente teve informação parece que a Unidade de Saúde internava mais que o CAPS, deveria ser ao contrário, né? Só a gente internar. [...] Muitas vezes chega aqui um acolhimento de um paciente do nosso território que acabou de sair do hospital, então a Unidade marca “Ah, tem que marcar

um paciente de vocês que acabou de sair do Bom Retiro”. Só que não passou por aqui... então ainda acontece, sabe? [...] Eu acho que a UPA, eles não conseguem avaliar o que que é tentativa de suicídio ou não, e eles encaminham qualquer pessoa, isso eu acho bem ruim (P6, psicóloga, CAPS).

Mesmo tentativa mais leve, às vezes chegam pessoas aqui que nem é tentativa. Vem pra cá também, porque a UPA, ela nunca... eles não... não se responsabilizam, eles nem fazem escuta, então a pessoa vem direto pra cá. Eles fazem a limpeza lá, eu acho que eles nem.... nem escutam nada, parece. [...] É, tem encaminhamentos que são ridículos. Você olha e fala: “tá, mas a pessoa tem 65 anos, ela abriu o quadro agora?”, claro que não, isso aqui é clínico. Isso aí a pessoa ‘tá tendo alguma questão neurológica e você está mandando pra um CAPS. Da gente receber na porta paciente morrendo, a gente mandou pra UPA, internar o rapaz... ‘tava morrendo mesmo (P12, terapeuta ocupacional, CAPS).

Os relatos dos profissionais apontam que o modelo de assistência integral ainda apresenta fraturas que obstruem o atendimento em rede, tornando o sistema por vezes desordenado e com menor efetividade, o que aumenta a vulnerabilidade social dos usuários, conforme exposto por Ayres (2010). Os diferentes equipamentos precisam funcionar de forma harmônica, em um mesmo compasso, complementando-se, e não se sobrepondo ou competindo entre si. O fato da “*Unidade [UBS] interna mais que o CAPS*” (P6, psicóloga, CAPS) pode demonstrar uma incompreensão das competências do CAPS, na qual estes surgem justamente com a proposta de substituir o modelo hospitalocêntrico evitando internações e favorecendo o atendimento na territorialidade. Há um desafio a ser superado no que compete às dificuldades de articulação, em que as UBS precisam se aproximar do trabalho do CAPS e, da mesma maneira, os profissionais do CAPS precisam se aproximar da atenção básica de saúde para construírem projetos terapêuticos articulados, como narra a enfermeira do CAPS (P4), “*na Unidade isso falha um*

pouco, lá na Unidade, eles não avaliam direito, nem percebem os sinais, quando chega aqui ou na UPA, já foi, né?". O espaço em conjunto precisa ser valorizado, construindo corresponsabilidades, para não ficarem repassando para os outros pontos de atenção ou cobrando por respostas.

Da mesma maneira que os depoimentos “*eles [UPA] encaminham qualquer pessoa*” (P6, psicóloga, CAPS) ou “*a UPA, eles não se responsabilizam [...] têm encaminhamentos que são ridículos*” (P12, terapeuta ocupacional, CAPS) denunciam uma fragmentação do trabalho em saúde baseada na lógica dos encaminhamentos em substituição à corresponsabilização, como pontuado por Chiavagatti *et al.* (2012). Uma subutilização do sistema intersetorial, na qual o sistema de referência e contrarreferência nem sempre são executados de forma resolutiva, compromete o olhar para o cuidado integral que precisa ser dirigido a todos os cidadãos. As ações conjuntas dos diferentes pontos de atenção é o que constitui a rede de cuidados e prevenção do suicídio.

Uma fragmentação de um olhar pode ser deflagrada quando há uma insistência no modelo de cuidado de saúde mental como exclusivo do CAPS, o que sobrecarrega a responsabilidade e enfraquece as ações integrais. Assim desabafa a terapeuta ocupacional do CAPS (P12):

Não é uma maravilha, às vezes a gente brinca que não tem rede, às vezes parece que é só o CAPS, que a cobrança é bem grande em cima da gente. Você vai em qualquer reunião discutir sobre saúde mental, eles nos bombardeiam, a gente se sente super acuado, assim. Pelo menos, assim, é a minha impressão. Mas a gente tenta!

Da mesma forma a psicóloga (P6), do mesmo dispositivo, afirma: “*isso assusta muito na Unidade de Saúde [pensamento de morte], eles já encaminham pra cá [...] e se a gente for tratar no CAPS todas as pessoas que pensam em morrer...ou basta chorar na Unidade eles*

encaminham pra cá". Com a luta histórica pela Reforma Psiquiátrica os cuidados passaram a ser em âmbito comunitário, implicando em um modelo psicossocial. A RAPS é mais que vários dispositivos de serviços, é uma rede que deve superar a visão tradicional de que ‘mental’ é para o CAPS, para, enfim, promover os cuidados integrados. Quando responsabiliza o CAPS para o atendimento em saúde mental, não identifica as ações possíveis aos cuidados pelas equipes na atenção básica, e os profissionais do CAPS podem ser rechaçados por não resolverem todos os casos. O modelo que dita que os cuidados ‘mentais’ pertencem aos profissionais do CAPS reforça o conceito ‘hospitalocêntrico’, o que demonstra que essa concepção ainda encontra-se presente nas ações atuais.

Outra dificuldade relatada pelos profissionais refere-se a quando os usuários não aderem ao tratamento oferecido pelo CAPS, o que ocasiona a necessidade de o atendimento ser efetuado na própria UBS. O relato a seguir aponta para a importância de ações alicerçadas no conceito de integralidade, que buscam o diálogo e a articulação dos diversos saberes e dispositivos. No enfraquecimento destes, pode ocorrer um deslocamento do cuidado criando uma lógica de responsabilidade fragmentada.

Geralmente esses casos precisam de uma atenção mais especificamente do CAPS, acaba acontecendo é que às vezes alguns casos não conseguem se vincular no CAPS, então a gente na atenção primária vai vinculando e acaba tendo que atender no território. Se não vincula a gente acaba buscando, do tamanho da perna. Às vezes na atenção primária a gente acaba ficando com casos muito graves também, mas a realidade insiste em bagunçar os planos, acontece que a gente fica às vezes com casos muito graves que ficam na atenção primária, que ficam por exemplo, com o NASF, com a equipe na Unidade, porque não consegue chegar no CAPS, de tão grave não consegue se deslocar até o CAPS ou porque o CAPS está inchado e não pode receber naquele momento, ou por divergência às vezes, desentendimento mesmo né, que a gente acha

que é um caso que precisaria de atenção, o CAPS acha que precisaria de outra, ou por que às vezes ele não quer ir por CAPS ele recusa, isso é uma angústia, porque têm muitos casos muitos graves que ficam com a gente na atenção primária é uma angústia! (P5, psicóloga, NASF).

Em um contraponto, a psicóloga (P6) do CAPS afirma que eles realizam atendimentos em usuários crônicos, como em quadros psicóticos que se tornam agressivos, o que gera um ambiente tenso, portanto, “*não é um ambiente acolhedor para alguém que tentou o suicídio, que ‘tá com depressão, então eu acho uma grande dificuldade*” (P6, psicóloga, CAPS).

Observa-se que a atenção básica, apesar de ser a porta de entrada do SUS, muitas vezes acaba por receber muitos usuários que são encaminhados de outros dispositivos para serem atendidos pelas equipes da ESF e NASF. O quadro indica que a atenção primária acaba realizando funções que vão além dos cuidados mentais menos severos, precisando acompanhar casos graves que teriam indicação de acesso a serviços especializados, como o CAPS. Dentre as razões para estarem em atendimento na atenção básica a profissional inclui que há pessoas que “*não conseguem chegar no CAPS de tão grave*”, “*porque o CAPS está inchado*”, por “*divergências*” entre as opiniões dos profissionais e também “*ele [usuário] não quer ir para o CAPS*” (P5, psicóloga, NASF). Contudo, assim como apontam Frosi e Tesser (2015), cabe tomar a realidade dos usuários como prioridade e favorecer um conjunto de abordagens psicossociais em qualquer serviço da rede de saúde, mesmo em casos mais graves. Neste sentido, a atenção básica deve acompanhar as questões mais comprometidas de adoecimento mental, remetendo quando possível e necessário aos pontos de atenção especializados e, de forma compartilhada, construir um projeto terapêutico para cada usuário. O Ministério da Saúde (2004) determina que quando o paciente está sem condições de acessar os serviços do CAPS, poderá ser assistido por um profissional deste dispositivo de forma articulada com os outros profissionais da atenção básica de saúde.

O NASF é importante para a descentralização do cuidado em saúde mental, oportunizando que a terapêutica seja realizada na própria atenção básica de saúde, mas é preciso ampliar essa equipe para que se possa alcançar com maior resolutividade as demandas surgidas, que são de grandes proporções na atualidade. Como relata a psicóloga do NASF (P5):

[..] isso é uma das dificuldades mesmo, em função de todas as outras demandas ... da dificuldade de dar conta mesmo dessa demanda, não só do suicídio, mas de todas as demandas que vêm pra atenção primária. Então a gente organiza os processos de trabalho, divide um pouco pra poder estar trabalhando com algumas questões, é um desafio.

Uma problemática que pode emergir desta situação está em acentuar o processo de cronificação dos pacientes, pelo sistema não conseguir manter todos os que necessitam sob cuidados.

Uma colocação relevante apontada por uma entrevistada diz respeito tanto a um preconceito, que será discutido posteriormente, como a uma negação dos direitos dos usuários por serem portadores de transtornos mentais. O encaminhamento para a assistência complementar necessária acaba não sendo efetuado:

Hum, mas ainda tem, ainda tem muito, né? Acho que isso ainda vai ter que caminhar muito pra mudar, assim. Pra eles alcançarem os espaços aqui, a qual eles têm direito, né? Por exemplo, esses tempos um CRAS falou que não queria mais que a gente encaminhasse os usuários pro CRAS. Um CRAS que tem a obrigação de atender. Falou: “Aí, a gente não quer mais aceitar, assim, encaminhamento”. Eles não queriam atender o usuário com transtorno mental (P12, terapeuta ocupacional, CAPS).

A colocação supracitada mostra que pessoas com transtorno mental ainda podem ser tolhidas no exercício de sua cidadania, o que vai na contramão da Reforma Psiquiátrica brasileira

e dos cuidados baseados nos Direitos Humanos, deixando o usuário em vulnerabilidade, como afirmado por Ayres (2010). O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) “é responsável pela organização e oferta de serviços da proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social” (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009, p. 9). Situações de vulnerabilidade social são fatores de risco para o suicídio, o que implica em organizar medidas de prevenção articuladas às outras redes de cuidados. Quando ocorre uma negativa em ofertar assistência social para um portador de transtorno mental é preciso investigar quais as razões que poderiam estar obstaculizando o atendimento, para que medidas sejam aplicadas garantindo o cuidado integral, comunitário e não excludente. Não pode haver, por exemplo, a concepção que pessoas com transtornos mentais são ‘perigosas’ e não podem participar da circulação social.

Diante dos relatos supracitados das profissionais entrevistadas, entende-se que a integralidade precisa ser aprimorada para que o processo de encaminhamento para outros dispositivos de cuidado à saúde não se torne um ato burocrático. Como bem lembra Ayres (2009), entre os três princípios, a universalidade, equidade e integralidade, a última se “conduz a realizar os valores de justiça, democracia e efetividade do acesso à saúde e “[...] nos desafia a saber e fazer o ‘quê’ e ‘como’ pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um” (p. 14). Assim como a psicóloga do NASF (P5) pontua: “*a comunicação entre os dispositivos, melhor do que já foi um dia, mas longe de um ideal*”, mostra que o diálogo precisa ser tecido por todas as mãos para que a lógica do encaminhamento se transforme em lógica de tratamento integral.

Quanto à baixa adesão a um tratamento proposto, este fato precisa ser analisado como um fenômeno multidimensional, que podem estar permeado por fatores socioeconômicos, fatores relacionados ao paciente, fatores relacionados à doença, fatores relacionados ao tratamento e, finalmente, ao sistema e equipe de saúde. Importante apropriar-se dessas

dimensões para que a responsabilidade não recaia somente no usuário que não adere ou abandona o tratamento proposto, pelo contrário, há uma rede complexa que precisa ser analisada, identificando as falhas e buscando resolubilidade, para que não agravem as condições daqueles que já se encontram em sofrimento.

A RAPS está sustentada na corresponsabilidade pelo cuidado da saúde da população nos diversos pontos de atenção, como proposto pelo MS (2014c), todavia, também é preciso incentivar a autonomia dos usuários no cuidado à saúde, o que potencializa os resultados. Da mesma maneira, os gestores têm responsabilidade direta pois devem oferecer infraestrutura adequada, educação permanente, assim como recursos materiais e financeiros. A realização de uma tentativa de suicídio é um considerável fator de risco para novas tentativas, o que torna imprescindível oferecer um tratamento contínuo e resolutivo. Quando o usuário não adere aos cuidados em saúde mental permanece em condições de vulnerabilidade, o que favorece ao suicídio.

Ainda sobre não aderir ao tratamento no CAPS, segue relato de uma profissional de saúde da UPA:

Normalmente, sempre o CAPS. Eles [UPA] nunca mandam embora, eles sempre acabam encaminhando para ter um acompanhamento, daí é deles, né? Procura vaga, às vezes até eles chegam lá, conversam uma vez por que o CAPS tem que ‘tá fazendo o tratamento, estabelecendo vínculo lá. Vão uma vez e depois nunca mais voltaram. Tipo assim... Eles abandonam bastante! (P3, enfermeira, UPA).

É urgente aprofundar a Reforma Psiquiátrica articulando os cuidados integrais nos três níveis de atenção. Não se trata de responsabilizar o CAPS quando ocorre uma recusa em receber atendimento em sofrimento mental, isso reforça o antigo modelo hospitalocêntrico. Os cuidados iniciam-se quando o usuário ingressa na UPA e é acolhido no seu sofrimento e a atenção é

estendida para os outros dispositivos, numa relação horizontal e de responsabilidade mútua. A expressão “*daí é deles, né?*” demonstra que há uma visão de encaminhamento que obstaculiza a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Como afirma Estellita-Lins (2012), “a ruptura com o modelo hospitalocêntrico dispendioso é uma tarefa contínua e incontornável” (p. 46).

5.2.2 Falhas na Capacitação para Atendimento em Saúde Mental

Uma questão que surge denunciando uma preocupação legítima dos profissionais que realizam atendimento àqueles que ingressam na RAPS por tentativa de suicídio está na ausência de capacitação tanto na formação acadêmica como na continuada. Seguem relatos de alguns profissionais demonstrando as falhas na capacitação profissional:

A gente ainda tem esse problema, não tem formação em saúde mental, por quê?

[...] assim, é um trabalho que ainda ‘tá fluindo, mas ainda tem muitas dificuldades ... é um desafio ter que lidar com isso ... agora o distrito ‘tá começando a ser treinado, mas é assim ‘pô, como é que lida com o suicídio? O que eu vou falar pro cara que tentou o suicídio? Vou chamar aquela pessoa aqui, o que eu vou dizer pra ela ? (P1, enfermeira, UBS).

O duro é assim, eu.. eu fico muito desconfortável em atender psiquiatria! Eu, eu, não me sinto bem, eu fico apavorada quando chega um... [...] A gente não tem a especialidade de lidar com eles assim, então, eu fico assim com um peso... Falta condições de especialidades, porque igual como a gente atende tudo e uma coisa que eu não gosto é psiquiatria mesmo, essa parte psiquiátrica, assim, eu não gosto. Então, acho que tinha que ter um treinamento alguma coisa pra isso, sabe? Eu acho que de todos, porque todos nós acabamos cuidando, todos a equipe inteira acaba cuidando,

desde os auxiliares, os enfermeiros, os médicos, todos acabam cuidando! Eu não me sinto bem preparada! (P3, enfermeira, UPA).

Porque muitos profissionais falam: “na formação não tive nada”. Pra ser bem sincera, nem na minha. Então o que eu tenho de experiência é depois que eu vim pra cá, né? (P4, enfermeira, CAPS).

A gente tem aula de amamentação, de gestação, de tudo a gente vê...de saúde mental eu não me lembro, de saúde mental a gente não teve... De suicídio a gente nunca teve... seria bom pra gente saber como lidar melhor! (P8, agente comunitário de saúde, UBS).

Nós quando entramos, nós tivemos mais capacitação, as que entraram depois bem pouco, mas nós tivemos e...é...acho que dois anos atrás nós tivemos, mas mais pra drogadição...[...] ...é, alcoolismo e drogadição. De suicídio, não. (P9, agente comunitário de saúde, UBS).

Tem que trabalhar mais a formação, é preciso isso! (P10, assistente social, CAPS).

A capacitação teórica na formação dos profissionais de saúde mostra-se insatisfatória, o que gera insegurança e desconforto emocional no atendimento. Assim como apontado pela revisão de literatura, uma capacitação insuficiente induz a defesas, condutas equivocadas no acolhimento e na escuta, o que pode obstaculizar o processo de adesão ao tratamento ou a resultados insatisfatórios no tratamento proposto (Brás *et al.*, 2014). Portanto, uma ação indispensável para a prevenção do suicídio está em incluir o tema e a que tudo a isso esteja implicado, seja na educação formal ou em programas de formação continuada, a fim de capacitar técnica e sensivelmente os profissionais.

A maioria dos profissionais relatam desconhecimento acerca do manual da OMS (2014) que aborda sobre a prevenção do suicídio, o que aponta para uma falha na capacitação dos

profissionais da rede de atenção à saúde, justamente em um momento no qual o tema é de relevância social e questão importante de saúde pública. Como desenvolvido na revisão de literatura, no Caderno de Atenção Básica Saúde Mental – Saúde Mental do MS (2013a), é afirmado que a prática em cuidados em saúde mental é responsabilidade de todos os profissionais de saúde, pela razão de não ocorrer uma dissociação das questões emocionais da saúde geral. Portanto, o aprimoramento específico para o manejo do comportamento suicida precisa estar agregado em toda a RAPS, para que os profissionais possam responder a essa demanda seguros e com atitudes responsivas frente a urgência que a situação atual exige.

Percorrendo nessa mesma direção sobre as dificuldades encontradas no cotidiano dos profissionais de saúde, a entrevistada P1 (enfermeira, UBS) narra com clareza alguns aspectos que perpassam a atuação dos profissionais diante do tema:

O que acontece, na nossa formação, a gente é muito preparada para lidar com a vida, salvar o paciente, pra dar o remédio, curar, a gente é muito pouco preparado para lidar com as questões da morte, seja ela por suicídio, por morte natural, a gente tem uma dificuldade muito grande de lidar com isso, e na nossa formação a gente é preparado muito pouco pra lidar com a morte natural com a família, pouquíssimo, era isso que eu tive na minha formação. Não quero, não gosto, não sei...eu tenho medo de enfrentar, medo de lidar, o que fazer? [...] É pouco mais subjetiva que a medicina cartesiana, essa coisa tradicional de $2 + 2 = 4$, como é que você mede a questão do suicídio? O paciente chega ali, qual é o risco dele, né? Será que realmente ele vai fazer, será que ele não vai fazer? Existem indicativos, mas o profissional de saúde... ele tem esse medo, pela própria formação que a gente tem... dei o remédio, a pressão abaixou, a pressão 'tá tanto, fiz o eletro, o coração aquela coisa assim .. 'tô fazendo um exame onde eu tenho dados que validam a minha conduta ... e na saúde mental a coisa é diferente, então isso deixa os

profissionais de saúde mais fragilizados e mais inseguros na hora de fazer o atendimento.

[...] Uma defesa mesmo, como eu não sei lidar com isso direito é melhor eu não me envolver, ou eu negar, ou eu julgar que fica mais fácil. Como é que eu dimensiono esse sofrimento, como é que eu ajudo, por onde eu começo, como é que eu sei se esse paciente está melhorando, se ele está piorando... a coisa da impotência ... é impotência mesmo .. lidar com a frustração, por exemplo, dependência química, como o profissional lida com isso? (P1, enfermeira, UBS).

Fica evidente, pelos relatos expostos, que os profissionais se sentem desconfortáveis no atendimento em saúde mental, assim como sentem frustração pelo não saber como agir, o que compromete o atendimento psicossocial. Uma dificuldade advinda desse fator surge quando, pela insegurança, torna-se uma constante encaminhar os usuários com sofrimento mental ao psiquiatra, o que vai em desencontro de um modelo que supere o discurso tradicional cartesiano pautado na prescrição de medicamentos e exames. É preciso formar espaços para que os profissionais recebam apoio técnico e teórico, e também apoio emocional. Reflexões sobre os desconfortos experimentados nas práticas cotidianas dos trabalhadores de saúde criam vivências que promovem a superação do desafio do saber-fazer no cuidado em saúde. Além disso, o modelo mecanicista e fragmentado de atendimento ‘indivíduo-queixa’ turva o olhar para os determinantes sociais no processo do sofrimento mental, o que leva a um não alcance de que no adoecimento “há fortes relações com o atual modo de produção, produção material, produção de subjetividades, produção de sentidos para o que é sofrimento, e em contraponto, para o que seria o bem viver” (Fioroni & Costa, 2015, p. 122).

Portanto, há necessidade de investimento constante na formação profissional para que o modelo fragmentado seja definitivamente superado, que o atendimento integral aos usuários seja garantido e que mecanismos de defesa por parte dos trabalhadores de saúde sejam vencidos pela

segurança no acolhimento àqueles que sofrem, proporcionando uma ajuda efetiva, a qual, se tratando do suicídio, pode salvar vidas, como já pontuado por Cassorla (1991a) e Machin (2009). Como afirma Botega (2015), antes de qualquer coisa, é preciso “mobilizar mentes e corações para a problemática do suicídio, que não é do campo da morte, como pode inicialmente parecer, mas dos mistérios da existência” (p. 267). Para muitas pessoas, a RAPS é o único caminho que podem percorrer na busca de um suporte emocional, o que evidencia a responsabilidade humana em oferecer condições dignas de amparo, e isso está diretamente implicado no comprometimento governamental de preparar e dar apoio aos profissionais para as demandas surgidas, para dessa maneira não precisar mais relatar que “*tem muita gente que é mal tratada ou na Unidade ou na UPA*” (P6, psicóloga, CAPS).

Importante ressaltar que a capacitação deve ocorrer nas diversas áreas, tais como da educação, imprensa, segurança pública, assistência social, ONGs, dentre outros. As várias categorias profissionais que podem enfrentar a situação do comportamento suicida precisam estar aptas para acolher essa demanda. Todos precisam trabalhar articulados entre si promovendo uma mobilização frente às pessoas vulneráveis, criando uma rede de prevenção, promoção e cuidados.

Dando continuidade nas falhas da formação profissional trazidas para a reflexão por alguns profissionais, e que merecem bastante atenção, tratemos dos estigmas direcionados às pessoas com sofrimento/transtorno mental, o que vai ao encontro dos estudos de Da Silva, Sougey e Silva (2015). Assim relata uma profissional de saúde entrevistada: “*Então, acontece, a pessoa é taxada, tem transtorno mental...Ah! Esse aqui é um esquizofrênico, aquele um bipolar, esse é um depressivo, a pessoa ainda é taxada na rede!*” (P12, terapeuta ocupacional, CAPS). Como aponta P1: “*essa questão do julgamento ainda permeia bastante na área da saúde!*” (enfermeira, UBS). Acompanhando a questão do estigma que pode ocorrer na RAPS, também se encontra essa questão entre os familiares, assim como descreve a psiquiatra do CAPS:

Então pro paciente, é muito difícil também . . . porque o familiar não acredita. Então a gente lida muito com essa psicoeducação. Do próprio familiar não acreditar: “é preguiçoso, não quer sair da cama”. Não, mas ele está deprimido!! Então assim... tem, a gente tem como na própria especialidade, né? A gente até brinca: o paciente está com dor de cabeça . . . “Ah, mas ele é psiquiátrico!” Gente, mas o paciente está com dor de cabeça, ele não é psiquiátrico por si, né? (P13, psiquiatra, CAPS).

Corroborando com a questão de o estigma estar presente na família e no social, segue uma passagem relatada por outra profissional entrevistada:

Mas ainda tem essa ... tem a família, a própria família, eles ainda tentam esconder, então quando a gente liga, se identifica, “aqui é da unidade de saúde, a gente recebeu uma notificação... Mas como que vocês souberam? Não, ele ‘tá ótimo, maravilhoso, ele já tá em acompanhamento...’. Não, imagina, o que que vão pensar, vão pensar que a minha família tem problema, começa assim, a culpabilidade, o que que vão julgar, o que que vão pensar de mim como mãe que o meu filho tentou o suicídio, o que que vão pensar de mim como filho porque meu pai ou minha mãe tentou o suicídio... a culpabilidade, de quem é a culpa...de ser julgado pela sociedade, e o próprio paciente às vezes tenta negar “não, com medicamento, foi acidental, eu não tinha a intenção”, tem toda essa questão ainda né? (P1, enfermeira, UBS).

Como aponta a psiquiatra do CAPS (P13): “*O estigma é algo que eu elencaria como uma coisa bem importante! Dá vergonha ter um problema de saúde mental. E toda a vez que falo, por exemplo, que tenho um problema mental e vou ao psiquiatra, é como se você tivesse um carimbo de louco, e então você tem que ficar longe dele*”. Sendo assim, pessoas que podem estar com sofrimento mental ou que tentaram o suicídio sentem-se inibidas em buscar um apoio, do mesmo modo que a família procura manter esse acontecimento ‘em segredo’, justamente por

temerem um julgamento negativo. Esse dado corrobora com a pesquisa das autoras Da Silva, Sougei e Silva (2015), que demonstraram que em países que desenvolveram projetos para diminuir estigmas associados ao suicídio, constatou-se um aumento em buscas de tratamento em saúde mental.

A questão de o suicídio ser visto com vergonha não é sem razão. Tanto para a Igreja como para o Estado na Europa cristã, “o suicida era tão desprezível quanto o mais desprezível dos criminosos” (Alvarez, 1999, p. 60). No século XIX, permanece uma culpabilização do ato suicida, sendo colocado como uma prática imoral e, portanto, intolerável. A medicina desta época utiliza o ‘tratamento moral’ baseado na punição para tratar a propensão ao suicídio, o que contribui para que seja visto como uma ‘doença vergonhosa’ (Kurcgant & Wang, 2004). Atualmente, apesar dos esforços para a prevenção do suicídio, o olhar moral ou de doença mental ainda vigoram intensamente sobre o senso comum, segundo relatos descritos acima. Para Spink e Medrado (2013), há conceitos que antecedem a vivência das pessoas, sendo discursos construídos em tempos passados que se fazem presentes por meio de costumes, normas, modelos, enfim, discursos que ainda definem repertórios para produzir sentidos.

É preciso que ocorra uma reconstrução naquilo que a sociedade entende sobre o sofrimento/transtorno mental. Em uma sociedade como a nossa, que privilegia o sucesso, o exibicionismo, a competitividade e a euforia, aqueles que se encontram em sofrimento psíquico acabam sendo porta-vozes das más notícias sobre as falhas que o sistema produz. A falta de empatia que encontramos na sociedade diante daqueles que ‘fracassam’ gera sentimentos de exclusão, isolamento e vulnerabilidade, receita eficaz para uma tentativa ou realização do ato suicida. Campanhas para minimizar os estigmas dirigidos àqueles que ‘desafinam o coro dos contentes’ são urgentes, tanto à população como nos espaços institucionais, visto que dentro do próprio sistema de saúde encontram-se profissionais que apresentam incompreensões sobre o

tema. Como as produções discursivas são construídas sócio-historicamente, assim como as constituições de sentidos, o comportamento suicida precisa reconstruir uma nova identidade social, na qual os verbos julgar, incriminar e culpar possam ser permutados por acolher, ajudar e compreender.

Outro desdobramento que tem relação com as questões do preparo profissional encontra-se na concepção dicotômica entre cuidado clínico e mental.

Mas a gente tem muito hoje ainda profissionais que dizem ‘Ah eu não quero atender saúde mental’, como se a saúde mental fosse uma coisa separada, e não é... se a pessoa tem transtorno mental, se tem saúde mental ou não tem, ela é uma pessoa! (P1, enfermeira, UBS).

A atenção primária à saúde tem como premissa ofertar um cuidado integral e humanizado, sempre considerando as múltiplas dimensões dos usuários, contudo, muitas vezes não consegue alcançar esse pressuposto quando se destitui as questões de ordem subjetiva. Os trabalhadores de saúde precisam superar o modelo racionalista, fragmentado e biologicista herdado por determinações históricas e sociais, e comprometer-se com práticas integrais e descentralizadas. Para tanto, é preciso dar suporte, empoderá-los com ferramentas técnicas e relacionais, para que possam lidar com suas dificuldades e resistências, e, a partir de então, novas construções de sentidos possam advir.

Assim como afirma Ayres (2009), o conceito de integralidade tem uma “enorme vitalidade e capacidade de aglutinar em torno de si conjuntos diversos de ideias e sujeitos interessados na melhoria da qualidade, democratização e justiça das ações de atenção à saúde” (p. 14). Contudo, é preciso dialogar um acolhimento sensível, juntamente com sinergismos que otimizem o desenvolvimento das ações, considerando os saberes interdisciplinares, com a

construção de condições efetivamente dialógicas entre todos os sujeitos participantes nos cuidados de atenção à saúde. No termo integralidade está contido os saberes mediados das várias ciências, assim como uma técnica que supere a visão fragmentada e empobrecida sobre o adoecer e, por fim, a ética que reconhece a dignidade do encontro entre sujeitos plenos de direitos a uma atenção psicossocial à saúde.

Em uma UPA, o atendimento de uma tentativa de suicídio caracteriza-se como emergencial e, como afirma Estellita – Lins *et al.* (2012), existe uma desvalorização do paciente dito ‘psiquiátrico’ nas emergências em geral, onde são vistos como chatos, causadores de problemas e não clínicos, o que os colocam em uma posição desfavorável e de vulnerabilidade. Da mesma forma observaram P. I. E. Gonçalves *et al.* (2015) e Machin (2009), que as práticas de cuidado com esses pacientes acabam por vezes se limitando à estabilização dos sinais vitais, lavagens gástricas, acesso venoso, entre outros, ou seja, eles são socorridos clinicamente, sem que haja um olhar mais integral sobre o ato. Um trabalhador da saúde da UPA relata: “é tudo muito rápido, entra um enfartado, um esfaqueado e um que quis se matar, é atendimento clínico e pronto”. Como bem aponta Ayres (2006), a formação de saúde pautada somente na segurança de procedimentos padronizados, lineares, regulares, fragmentados do processo de saúde e doença, bem como a medicalização do corpo (e do sofrimento), produz discursos disciplinantes e normatizadores, com poucas oportunidades para a singularidade e respostas mais eficientes para as necessidades reais dos usuários.

No modelo psicossocial do cuidar, cada pessoa é vista como um cidadão, portadora de direitos, inseridos em relações sociais e comunitárias. Possui uma lógica ampla para a compreensão do adoecimento, não excluindo os fatores biológicos, mas agregando a eles os fatores psicológicos e sociais. Desta maneira, Schneider (2015) esclarece sobre o modelo psicossocial:

[...] acolher implica aceitar o sujeito como ele é, na situação concreta com que ele se encontra, com a diversidade da experiência que traz, ainda que rompa com a lógica da ‘normalidade’ ou da ‘expectativa social’ em torno do seu comportamento. Daí respeitá-lo como cidadão de direito, corresponsável por seu tratamento. Esses são pressupostos do modo psicossocial (p. 44).

O estigma e a discriminação, assim como o modelo fragmentado, precisam ser superados, para que as pessoas com sofrimentos/transtornos mentais sejam tratadas com dignidade. Mais uma vez é apontado sobre a importância da capacitação permanente para os trabalhadores de saúde. O lapso na formação acaba por gerar somente um privilégio na avaliação médica/clínica, ou em cuidados pontuais em saúde mental, o que causa distanciamento dos eixos fundamentais da atenção psicossocial. O encontro com a dor do outro é sempre da ordem intersubjetiva, sendo imprescindível criar recursos para que os profissionais reconheçam esse processo e sintam-se menos temerosos nos manejos em saúde mental (Fioroni & Costa, 2015).

5.2.3 Falhas de Estrutura no SUS

No que se refere aos obstáculos estruturais/operacionais citados pelos profissionais entrevistados, questões importantes foram elencadas, muitas delas narradas de maneira preocupante, senão até mesmo com angústia. Importante ressaltar que os desafios do SUS são consideráveis, contudo, é preciso e urgente que soluções eficazes sejam construídas para que os direitos dos usuários ao atendimento em saúde mental permaneçam garantidos, não abrindo um quadro de vulnerabilidade programática, conforme bem definem Ayres *et al.* (2003).

A falta de leitos e o número de profissionais abaixo do necessário para oferecer um atendimento resolutivo aos usuários do sistema foram queixas recorrentes, como o exemplo abaixo descreve.

Fora se tiver leito, às vezes não tem, às vezes não tem médico, a gente tá com falta de médico bem importante. A gente tá com 16 horas de médico atualmente aqui. Num CAPS que era pra ter 60 horas de médico, né? [...] Hum, que tem acontecido bastante, até porque a gente não tem tido leito. A gente ‘tá até com fila de espera aqui de leito, ‘tá meio complicado. A gente faz internação domiciliar, que daí a família se compromete a supervisionar a medicação e o paciente 24 horas, né? [...] [...] E, à noite, eles têm o serviço da UIP, que é o que cobre a gente aqui à noite, porque a gente não tem médico, né? Então tem a UIP, a UIP cobre todos os CAPS de Curitiba e cobre todas as UPAS. Um (1), um (1) psiquiatra pra toda Curitiba, no caso, né? Para todas as UPAS e todos os CAPS (P12, terapeuta ocupacional, CAPS).

É recorrente a queixa da falta de estrutura (leitos e profissionais), principalmente nos últimos anos quando a demanda aumentou consideravelmente e o sistema não conseguiu absorver.

Dificuldade de funcionário na Unidade de Saúde, a gente percebe nos últimos dois anos, esse aumento da procura também, e as pessoas vêm adoecidas, em crise, em momento de crise, enfim, são demandas que vão crescendo!! (P5, psicóloga, NASF).

As vagas são poucas, são muitos casos e poucas vagas, isso é certeza! A gente sai, a gente observa, a gente ‘tá aí há mais anos e deve ter muitos pacientes e poucos lugares para atendimento. O SUS é bom, só o que acontece, são muitas pessoas para serem atendidas e poucos locais para atender. Ela precisa ser ampliada e aprofundada! (P7, agente comunitário de saúde, UBS).

A demanda da saúde mental tem crescido muito e.... e profissionais pra atendimento é pouco... que nem a nossa fila, todo dia o clínico consulta e manda encaminhar para a

psiquiatria, vai lá ver a pasta da psiquiatria, ‘tá lotada e não tem vaga. A demanda é grande pra consulta e a oferta é pequena ... Como o município é obrigado a dar, acabou com os convênios, agora é os CAPS e os NASF (P9, agente comunitário de saúde, UBS).

A demanda está muito excessiva, não dá pra parar um minuto, é um atendimento atrás do outro. É bem intenso! (P15, médico, UPA).

Esses fatores que obstaculizam o fluxo dos atendimentos geram desgaste emocional onde seria importante ofertar cuidados em saúde mental aos próprios profissionais de saúde. Assim declara a enfermeira da UPA (P3):

Ultimamente o clima por aqui está bastante pesado, demanda aqui está graaande também! Olha já tive colegas que colapsaram. Porque aqui a gente enfrenta tudo, né? É o atendimento, é a população homens que não aceita a demora, que na verdade não sabe o que acontece que vai passar na frente quem tiver pior. São agressivos, agride verbalmente. É isso que deixa a gente bem baixo astral! Têm colegas que saíram daqui porque têm pavor de trabalhar na UPA. Infelizmente não temos preparação de como lidar com isso (P3, enfermeira, UPA).

O trabalho em saúde é dialético, sendo preciso cuidar daqueles que cuidam da saúde dos usuários do sistema público. A falta de ações para cuidar da saúde dos trabalhadores é determinante na dificuldade em produzir resultados satisfatórios no atendimento em saúde mental. Eles não se sentem considerados como pessoas, mas como funcionários que precisam dar resolutivas à sobrecarga de demanda, independentemente de como se sentem e das implicações decorrentes dos desgastes (Fioroni & Costa, 2015). Vale ressaltar, nesse momento da pesquisa, que as taxas de suicídio entre os médicos são maiores que as da população em geral. Fatores como a depressão, abuso de substâncias, grande carga de trabalho, privação do sono, dificuldade com pacientes, ambientes insalubres, preocupações financeiras ou a

sobrecarga de informações estão entre as principais causas apontadas, segundo estudo de Santa e Cantilino (2016). A pesquisadora não possui dados específicos de Curitiba sobre o suicídio entre os médicos, mas, seguindo a literatura, é preciso que a gestão pública se atente para essa preocupação, evitando que aqueles que precisam acolher o sofrimento dos outros tenham condições emocionais, visto que na saúde todos precisam ser cuidados.

Marazina (1989), em seu texto intitulado Trabalhador da Saúde Mental: Encruzilhada da Loucura, traz uma importante reflexão sobre as condições dos profissionais no atendimento ao sofrimento mental dos usuários. A autora, já nessa longínqua data, apontou para o adoecimento dos próprios trabalhadores que precisam cuidar daqueles que estão em sofrimento. Afirma que há um discurso visível, explícito, que se refere aos objetivos propostos aos cuidados em saúde mental, a citar: reintegração do doente à sociedade, diminuição do sofrimento psíquico, cura, proteção da dignidade humana, dentre outros. Contudo, há um discurso oculto, implícito, que não se encontra nos documentos oficiais, no qual estão, por exemplo, a violência (física, moral, psicológica) exercida a alguns pacientes, a burocratização que obstaculiza a implantação de projetos resolutivos, o desamparo dos trabalhadores de saúde, os baixos salários, as más condições de trabalho e a falta de espaço para reflexões compartilhadas. A dificuldade surge quando precisam realizar os objetivos propostos, muitas vezes como um ato heroico, no entanto as falhas implícitas apontam para as impossibilidades que, desta maneira, fazem emergir o incômodo e o sofrimento dos trabalhadores de saúde. Quando há o sofrimento mental dos agentes de saúde devido às suas práticas cotidianas, estes acabam pertencendo ao mesmo rol daqueles a que precisam fornecer assistência, o que gera forte ansiedade.

Neste sentido, é preciso aliar essas questões à PSC, que entende os profissionais de saúde como uma ‘comunidade’ capaz de reflexões, consciência crítica e ações coletivas promotoras de transformações. Os profissionais de saúde são atores legítimos, capazes de mobilizações políticas e sociais para enfrentar a realidade que desejam transformar. Como

aponta Marazina (1989), é necessário que essas questões sejam coletivizadas, faladas através de espaços públicos, e que a luta dos trabalhadores de saúde mental encontre legitimidade para propiciar a tão esperada mudança. Empoderar os profissionais é ir na contramão de esperar um poder externo salvador, que muitas vezes está submetido às ordens maiores de intencionalidade da desvalorização dos cuidados psicossociais em saúde mental.

Além das dificuldades supracitadas, a pesquisadora entendeu a importância de ter acesso disponível, mesmo via telefone, que pudesse acolher alguém que se encontra em grande sofrimento psíquico e que precise solicitar ajuda em caráter de urgência. Visto que são nesses momentos de crise que podem ocorrer uma tentativa ou mesmo o suicídio. Ofertar um acolhimento, portanto, seria uma ação preventiva importante. Quando perguntado aos profissionais entrevistados o que o SUS oferece, por exemplo, quando alguém está em agudo sofrimento durante a madrugada, a quem poderia solicitar apoio emocional?, ocorreram dúvidas ou sugestões, tais como: “*liga pro SAMU*”, “*tem que ir na UPA 24 horas*”, “*quem atende é o CAPS, mas de madrugada não pode chegar lá, tem que ser encaminhado pela Unidade*”, ou até mesmo “*não sei*”. Uma sugestão apontada por alguns profissionais foi o Centro de Valorização da Vida (CVV) como possibilidade de atendimento em emergência emocional, mas é sabido que o Centro não faz parte da RAPS. O CVV é uma associação filantrópica na qual o trabalho é realizado por voluntários.

A SMS de Curitiba, quando lançou o programa de prevenção de suicídio, em 2014, dentre as suas propostas estava a instalação de um plantão técnico 24 horas, conforme exposto na revisão de literatura. Segundo respostas dos entrevistados, ainda há um desconhecimento de que o projeto do plantão técnico tenha sido efetuado. Da mesma maneira, é preciso efetuar um apoio aos sobreviventes, que são as pessoas próximas que vivenciaram a morte de alguém por suicídio. O luto por alguém que comete suicídio tem as suas especificidades, sendo comum

sentimento de culpa, medo, revolta, impotência ou ansiedade, sendo importante disponibilizar apoio àqueles que sofreram a perda de alguém por essa morte escolhida.

5.3 O Cuidado Àqueles que Tentaram Suicídio e as Ações de Prevenção Comunitária do Ato Suicida.

Durante as entrevistas concedidas, os profissionais relataram o procedimento dirigido aos usuários que ingressam na RAPS por terem realizado uma tentativa de suicídio. Recordando que a partir de 2014, sob a Portaria nº 1.271/2014, tornou-se obrigatória a notificação em até 24 horas dos casos de tentativas de suicídio (Ministério da Saúde, 2014a).

Quando o usuário ingressa na UPA por realizar uma tentativa de suicídio, efetua-se o procedimento para a estabilização clínica e, após uma avaliação das condições mentais ou dos riscos para novas tentativas, encaminha-se para um Hospital Psiquiátrico nos casos mais graves (surtos esquizofrênicos, por exemplo), ou para efetuar o cuidado em saúde mental no CAPS. A UPA, por ser o local de emergência que o usuário ingressa por uma tentativa de suicídio, desempenha um papel importante nos cuidados. É preciso que haja um atendimento acolhedor, que possibilite vínculo entre o usuário, familiares e os profissionais de saúde, para que esse momento de angústia possa ser transformado em uma oportunidade de auxílio. Um acolhimento qualificado pelos profissionais da emergência torna-se um ‘convite’ para a adesão ao tratamento oferecido na RAPS, em razão dos usuários e familiares sentirem-se respeitados no sofrimento. Contudo, a UPA ainda restringe os cuidados ao restabelecimento clínico, não ampliando para um atendimento psicossocial. Quando a pesquisadora esteve na UPA aguardando os profissionais que entrevistaria, em conversa informal com outros trabalhadores da saúde, foi ouvido: “*toda a equipe apresenta dificuldades com o tema*”, “*não temos nem estrutura para dar apoio emocional nos casos de tentativa de suicídio, não há salas reservadas para isso, não tem como dar privacidade*”. Há estigmas e falta de estrutura para um acolhimento humanizador.

É importante superar a tendência antiga de que um pronto atendimento propõe somente medidas intervencionistas, tratando de um corpo e ignorando a subjetividade. Mudanças significativas são imperiosas, pois não basta somente uma nova configuração estrutural nos atendimentos, mas de investimentos na qualificação dos profissionais para superar preconceitos, o modelo biomédico e o encaminhamento como um ato de ‘passar adiante’.

Já no que compete ao CAPS, usuário e a sua família são recebidos por um dos profissionais de saúde com formação superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social etc.), quando é elaborado o PTF (Plano Terapêutico Familiar), no qual são desenhadas as configurações do tratamento, após discussão do caso com a equipe. Quando um usuário é encaminhado para o CAPS, há o que se denomina de ‘acolhimento aberto’, que são para casos mais graves e que necessitam de urgência na avaliação e tratamento terapêutico, os quais frequentemente são enviados pela UPA. Já os ‘agendamentos fechados’ referem-se aos casos que podem aguardar posterior atendimento, mais frequentemente encaminhados pela UBS. Por oferecer atendimento 24 horas, possui 9 (nove) leitos para internamentos. Os internamentos ocorrem quando o paciente está em crise emocional ou quando a família não apresenta condições de realizar um cuidado domiciliar. A prevenção do suicídio efetua-se a nível de impedir uma reincidência, ou seja, que o paciente não tente o suicídio novamente.

A UBS, como ponto de articulação entre os demais dispositivos da RAPS, realiza acompanhamento dos casos de menor risco e gravidade com o auxílio da NASF, assim como o monitoramento de todos os pacientes que ingressam na rede. As agentes comunitárias entrevistadas relataram que quando notificado para a UBS que um usuário da territorialidade realizou uma tentativa de suicídio é realizada uma visita na moradia para uma avaliação inicial, e também ele é convocado a participar da Roda de Conversa, além de ser feito seu acompanhamento na rede caso se efetue o tratamento em outros pontos de atenção. Os

procedimentos citados fazem parte de um esquema amplo e complexo existente na RAPS, conforme descrito na Portaria nº 3.088 do MS (Ministério da Saúde, 2011a).

Quanto às ações para a prevenção, ainda não há uma organização sistemática no sistema público de Curitiba. O Programa de Prevenção do Suicídio, lançado em 2014, é um importante projeto para combater esse grave problema de saúde pública, todavia, é sabido que os desafios são enormes, exigem esforços sistemáticos e a longo prazo. Sendo assim, é esperado que o Programa ainda esteja se consolidando e encontre dificuldades na implantação.

Na UBS há atividades para idosos, como o Grupo de Jardinagem e a Escola de Postura, que promovem, além da participação nas atividades propostas, os laços sociais e o sentimento de pertencimento, tão importantes na prevenção do suicídio. Há também um grupo terapêutico denominado ‘Roda de Conversa’, no qual, após uma avaliação psicológica, o usuário é convidado a participar. Com a orientação de um psicólogo, o grupo dialoga sobre os problemas emocionais que enfrentam, compartilhando suas dificuldades, o que o torna um importante espaço para a construção de subjetividades. Também há grupos para realizar atividades físicas e que são abertos para toda a comunidade, apesar de ter mais a participação de idosos. As atividades propostas funcionam como fatores de proteção, pois, além de promoverem a participação social, são momentos nos quais podem ser identificados fatores de risco, como, por exemplo, uma depressão.

Os profissionais de saúde da UBS procuram estar atentos ao comportamento dos usuários, assim como explica a psicóloga do NASF (P5):

Na Unidade o que a gente tem feito, mantido o cuidado mesmo assim... fazer funcionar essa rede de captação...de alerta, de puxar as pessoas que a gente vai localizando... as enfermeiras, as auxiliares que fazem a triagem elas também estão com um olhar mais atento, então, por exemplo, vem uma pessoa pedir um encaminhamento pro clínico geral, mas eu achei que 'tá diferente ... elas estão com um olhar... elas conhecem os

usuários, de repente um usuário que começa a vir mais para a Unidade mais entristecido, já tem uma sensibilidade, vem pra Unidade, o que tá acontecendo? Mas, claro que com toda a dificuldade, com toda a demanda...

As agentes comunitárias de saúde relatam, quanto à prevenção do suicídio, que procuram acompanhar de maneira mais próxima as pessoas que são portadoras de transtornos mentais, em razão de ser considerado um fator de risco. Esse cuidado é importante, sendo que há risco nesse grupo de pessoas, contudo, e as outras pessoas que não têm esse perfil? Nem sempre as pessoas que realizam um suicídio têm um diagnóstico de transtorno mental. Há sofrimentos que estão em outra ordem, mais ‘latentes’ ou ‘discretos’, que não podem passar despercebidos pelos cuidados na UBS. Não é preciso que ocorra uma desordem mais visível, como um surto ou uma grave depressão, para passar a ter os cuidados necessários.

A prevenção em âmbito comunitário ainda não se efetua, apesar de os cuidados com aqueles que demonstram riscos para o suicídio terem tido um avanço nos últimos anos, segundo relato dos profissionais entrevistados. A prevenção denominada Universal (OMS 2014) precisa ganhar força e ser implantada em todo o território, para que o suicídio seja, de fato, um tema discutido e prevenido por toda a sociedade.

Uma ação de prevenção do suicídio foi realizada com as escolas após surgir o jogo da Baleia Azul. Relembrando que no momento da coleta de dados estava ocorrendo esse fenômeno com os adolescentes em Curitiba. A psicóloga relata como têm sido realizados os cuidados necessários:

Como foi esse jogo da Baleia Azul que o próprio distrito se mobilizou, a Secretaria da Saúde com a da Educação fez então um trabalho... sei que esse é um assunto que ‘tá em pauta nas reuniões intersetoriais hoje. Foi feita uma fala em reuniões dos diretores de todas as escolas aqui do distrito, as escolas municipais, dos CMEIS, a tentativa era

assim, mesmo com as crianças pequenas, dar um panorama dessa questão do suicídio na cidade e trabalhar com os diretores as questões de como nas escolas é possível trabalhar as questões dos fatores protetivos, porque a gente lida com a tentativa de suicídio lá na frente, mas como lidar com os fatores protetivos ao suicídio, e aí não é só uma questão de saúde, é uma questão que é da saúde, da educação, questão geral, quer dizer, onde se trabalha os fatores protetivos, é onde a criança está... então estamos trabalhando com as escolas nesse sentido também, com as escolas poderem estar com esse olhar... trabalhar com os fatores protetivos e trabalhar com o olhar mais cuidadosos pros adolescentes, principalmente os que não dão trabalho, os adolescentes que dão trabalho é rápido que se vê e se busca, o adolescente que não dá trabalho, que fica mais no cantinho...que ninguém presta muita atenção. O que faz barulho todo mundo olha (P5, psicóloga, NASF).

Quando perguntado sobre prevenções Universais, que são realizadas em articulação com outros setores, a mesma psicóloga pontua: “*prevenção enquanto um programa não tem, têm intervenções pontuais, como foi essa da Baleia Azul que o próprio distrito se mobilizou...*”. Assim relata outra profissional: “*a gente trabalha com os nossos usuários, mas não chega a trabalhar com a comunidade! A gente faz um trabalho mais com os usuários mesmo. Eu acho que deveria ter uma divulgação maior!*” (P12, terapeuta ocupacional, CAPS). Esse fato pode apontar que pelas poucas ações de uma prevenção de abrangência comunitária no atendimento primário à saúde, o fenômeno do suicídio acaba por adentrar na RAPS pelas unidades de pronto atendimento, ou seja, quando já se efetuou uma tentativa, o que já caracteriza em prevenção secundária.

A OMS (2014) recomenda que a prevenção do suicídio deve estar desenhada para chegar a toda população, quer seja minimizando os estigmas, eliminando barreiras à atenção em saúde, até ao atendimento resolutivo em saúde mental àqueles que estão em situação de

vulnerabilidade. As estratégias de prevenção do suicídio pela SMS de Curitiba ainda perpassam nos cuidados quando o usuário ingressa na RAPS com uma tentativa, ou quando está em risco para o ato, como, por exemplo, estar acometido com depressão. Estes cuidados são essenciais, contudo, a prevenção do suicídio precisa ser estendida para toda a sociedade, gerando mudanças profundas na maneira de lidar com o tema.

No mês do ‘Setembro Amarelo’ – mês que representa a prevenção do suicídio - a pesquisadora esteve presente em um encontro realizado em um Distrito Sanitário com a participação comunitária ofertada pela SMS de Curitiba, com o objetivo de promover discussões sobre o tema. Estavam presentes o secretário da SMS, um representante do CVV, a diretora do Distrito Sanitário e uma psicóloga, que expuseram sobre a problemática. Houve uma boa participação da comunidade, alguns relataram sentir-se desorientados após um suicídio na família. O líder comunitário que estava presente no auditório prontificou-se em criar um grupo de pósvenção, assim como o representante do CVV disponibilizou o apoio voluntário para essas pessoas. A pesquisadora não tem informação da continuidade do projeto, mas essas iniciativas são fundamentais. Escutar as necessidades das pessoas, levar o tema para a comunidade, realizar reflexões em conjunto eliminando estigmas. Contudo, esse processo tem que ser contínuo, não somente do mês de setembro, assim como demais profissionais de saúde precisam estar presentes, envolvidos no processo.

A psiquiatra do CAPS realizou uma importante análise quando define que a prevenção do suicídio se inicia na infância, portanto as escolas têm importante participação:

A prevenção está lá atrás, eu vejo essas iniciativas de escolas sobre palavras e emoções.

Achei sensacional uma escola que estava ensinando os alunos a falarem e conversarem sobre as emoções, lembrar que as emoções existem. E achei que aquele filme Divertidamente, achei sensacional. Foi um filme maravilhoso, porque assim: “oi, as emoções existem, elas estão em nós, não dá para deixar”. Porque que eu vejo o que

acaba acontecendo: a criança é como ela não tivesse parte da emoção, ela nem sabe o que é. Chega na idade adulta, a gente tem um caminhão de emoções que a gente guarda desde o nosso nascimento, desde antes dele desde o útero né, cheio de emoção e depois não sabe lidar no meio de tanta emoção. Com tanta emoção tanto sentimento, não dá conta! Então vejo que o melhor caminho é lá na escola, quando a gente é criança. É exatamente na promoção da saúde, justamente é quando a gente sabe que têm os melhores resultados (P13, psiquiatra, CAPS).

Portanto, as estratégias de prevenção do suicídio ainda estão tímidas, quase solitárias. As intervenções realizadas atualmente na RAPS curitibana são imprescindíveis, porém, ainda modestas. A complexidade do tema exige um investimento na mesma proporção, e essas ações precisam ser planejadas, efetuadas e avaliadas constantemente. É um processo a longo prazo, intenso, mas, com o importante compromisso que se iniciou em 2014, espera-se que Curitiba volte a ser a ‘cidade sorriso’.

6 Considerações Finais

Este estudo buscou compreender como os profissionais de saúde de um Distrito Sanitário em Curitiba têm vivenciado em suas práticas a problemática do comportamento suicida entre os usuários de sua territorialidade. Para tanto, objetivou-se identificar as concepções que os profissionais têm sobre o fenômeno, assim como descrever as dificuldades encontradas no âmbito dos serviços públicos frente ao atendimento àqueles que apresentam comportamento suicida e as práticas realizadas nos cuidados e na prevenção comunitária a esse ato. Nas entrevistas realizadas com os profissionais de saúde, verificou-se que o tema sobre suicídio permeia de maneira próxima o cotidiano de cada um, seja na prática ou nas emoções que desperta. Histórias pessoais foram compartilhadas com a pesquisadora, angústias foram desabafadas e um desconforto em lidar com o suicídio esteve presente. A morte voluntária, escolhida, provoca mal-estares.

A inclusão do tema na rede de atenção à saúde surge pela demanda, os números alarmantes de comportamento suicida comprovam que é um fenômeno que está se fazendo presente, atuante. O suicídio há tempos deixou de ser um comportamento longínquo, do qual tinha-se notícias isoladas, e passou a ser uma questão de saúde pública; deixou de ser uma tragédia de foro familiar, para ser uma problemática social; deixou de ser interesse exclusivo da ciência e passou a ser um tema que alcança a todos.

Diante desse evento na atualidade, os profissionais de saúde precisam lidar constantemente com o tema, suas atividades cotidianas exigem que estejam diante daqueles que decidem correr o risco de se aproximar da morte. No entanto, a formação profissional não assegurou uma preparação para lidar com o comportamento suicida, assim como uma capacitação continuada está enfraquecida. Os profissionais entrevistados foram unânimes em afirmar que não houve um preparo hábil, sendo que a experiência nos atendimentos acabou sendo o ‘professor’ do tema. Os conhecimentos adquiridos pela experiência têm o seu valor,

contudo, é preciso que haja um investimento na formação dos profissionais para aprimorar o conhecimento acerca do fenômeno suicida e suas formas de prevenção.

Da mesma maneira, faz-se importante elaborar reflexões sobre a promoção em saúde mental, sendo esta diretamente implicada em conceitos como cidadania, direitos humanos, democracia, justiça, efetividade do acesso à saúde, ética, vulnerabilidade social, dentre outros. A concepção de saúde mental é ampla, perpassa por questões relacionais, de espaço comunitário, territorialidade e suas implicações com o modo de vida das pessoas, sendo a produção de encontros para essas reflexões entre os profissionais de saúde essencial para desenhar projetos de promoção de saúde e prevenção de agravos.

Permanecendo na questão da formação, alguns profissionais da UBS e UPA relataram que se sentem temerosos para os cuidados emocionais nos usuários, o que pode gerar um comportamento de esquiva diante da demanda, prejudicando o acolhimento e obstaculizando as intervenções necessárias para o cuidado. O encontro com o usuário precisa ser da ordem do olhar, da escuta, do toque; precisa ser um encontro de subjetividades, precisa ser um ... encontro, de fato. Humanizar o atendimento e a escuta aos usuários é uma das características para a promoção em saúde mental. Não se pode falar em promoção de saúde sem um olhar humanizado à dor do existir que acomete algumas pessoas. Portanto, é enfatizada a importância de ser desenvolvida uma capacitação profissional continuada que promova reflexões sobre os desafios a serem superados nos cuidados em saúde mental.

Os profissionais entrevistados também apontaram que é preciso aperfeiçoar a organização no trabalho intersetorial. O conceito de integralidade diz respeito tanto a um olhar que capture as pessoas para além do clínico/patológico, no sentido de percebê-las em suas totalidades (históricas, sociais, pessoais), assim como a composição entre os saberes interdisciplinares e a corresponsabilização dos cuidados pelos diferentes profissionais nos diversos pontos de atenção à saúde. Dentro do conceito de integralidade está a criação de

sinergismos que otimizem o desenvolvimento das ações para ofertar respostas efetivas e a construção de um vínculo entre a comunidade e o SUS. Sendo assim, a fragmentação do cuidado, através do exercício do encaminhamento, sem que ocorra uma corresponsabilização entre os setores, da dicotomia mente/corpo, do enfraquecimento do diálogo entre os profissionais/saberes, de um encontro com o usuário de natureza técnica, esvaziando a qualidade da escuta, da sensibilidade e do acolhimento, comprometem as práticas que possibilitam o cuidado psicossocial compartilhado.

Somando-se às questões supracitadas, o excesso da demanda em contraponto à falta de profissionais para o atendimento nos diferentes pontos de atenção gera uma sobrecarga de trabalho e estresse nos profissionais. Poucos profissionais para suprir a demanda em saúde mental torna o sistema lento em oferecer um atendimento resolutivo, além de correr o risco de não realizar um tratamento eficaz. É preciso governança que ofereça um sistema logístico, organizacional e de apoio humano e material suficientes para uma estruturação que responda adequadamente às demandas. Da mesma forma, faz-se necessário cuidar dos profissionais de saúde que diariamente precisam atender uma população considerável no SUS, onde eles não se sentem assegurados pelo sistema. Cuidar do cuidador para que ele tenha condições de se disponibilizar para o outro.

Analisando os sentidos produzidos sobre o fenômeno do suicídio na fala dos profissionais de saúde, verificou-se que a configuração da sociedade pós-moderna esteve presente como um fator precipitante para o adoecimento e, portanto, para o comportamento suicida. Neste sentido, questões como o enfraquecimento dos protetores sociais, assim como o despreparo em receber o contingente populacional de idosos, os conflitos familiares, o desamparo que os jovens têm vivenciado e a insegurança econômica atual estiveram presentes nos discursos dos profissionais entrevistados. Saber que a problemática do comportamento suicida possui múltiplos fatores é importante para a acolhida do paciente e implica em oferecer

um atendimento psicossocial. O suicídio não pode ser abordado como um problema somente de cunho individual, mas como um efeito entre cada um e o social.

As ações de prevenção ao suicídio que estão sendo efetuadas na rede de atenção à saúde são muito valiosas. Realizar atividades com os idosos, grupos de autoajuda, melhora da notificação e acompanhamento do usuário pela RAPS, além de reuniões com os profissionais escolares, são iniciativas fundamentais. Contudo, os desafios são grandes. Os profissionais entendem que há determinantes sociais no processo do adoecimento, entretanto, as ações de prevenção ainda são pontuais, específicas, não abrangendo a comunidade como um todo. Realizar projetos comunitários que envolvam vários atores para a promoção de saúde, e com a participação ativa da população, fortalece a conscientização, a autonomia e o sentimento de pertencimento coletivo, categorias fundamentais para a transformação social. A promoção da saúde é um ato político!

Diante do exposto, a prevenção do suicídio é um desafio para os profissionais de saúde. Além da complexidade que o tema por si mesmo apresenta, a formação deficitária para as questões de saúde mental, principalmente em relação ao tema, gera insegurança, dificuldades na acolhida, e preconceitos àqueles que tentam o suicídio. Assim como as falhas na articulação na rede de atenção nos diferentes pontos de serviços são um terreno fértil para obstaculizar o cuidado psicossocial. Muitas ações resolutivas são efetuadas na RAPS, dentro da possibilidade que os profissionais podem exercer, mas é preciso aperfeiçoar o sistema para que desta forma a Reforma Psiquiatra continue avançando e garantindo um atendimento humanizado. Neste sentido, a Psicologia Social Comunitária torna-se uma ferramenta importante para a construção das práticas propostas pelo SUS, pela razão de estar sustentada nos pilares que promovem um cuidado humanizado através de uma assistência que contemple a integralidade nos cuidados à população, para que se possa, enfim, garantir a efetividade da RAPS e o avanço da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Os desafios à implantação de prevenção de suicídio remetem à superação dos obstáculos supracitados, para que dessa maneira não se percam as oportunidades de intervenções eficientes que reanimem a esperança de uma vida melhor nessas pessoas que pensam em desistir de viver. É necessário desenvolver uma metodologia clara para a promoção da vida e prevenção do suicídio, com objetivos concretos e envolvimento ativo de todos os setores, para que uma nova atitude frente ao problema seja efetivamente implantada.

Por fim, os resultados desta pesquisa corroboraram estudos já realizados que afirmaram a importância da capacitação profissional. É através de um investimento nos recursos humanos que dificuldades poderão ser vencidas, pouco a pouco, num processo contínuo, insistente em lutar pela melhoria da saúde coletiva.

Ressalta-se a importância de futuras pesquisas em outros dispositivos da RAPS e em outros Distritos Sanitários na cidade de Curitiba, assim como com os usuários e familiares que vivenciaram a problemática do comportamento suicida, visto que este estudo se limitou a um número reduzido de entrevistados e a um distrito sanitário. Esse encontro de informações torna-se valioso para que se possa elaborar ações de prevenção dessa morte violenta.

Concluo essa pesquisa com a certeza que todos nós somos participantes na prevenção do suicídio... que os nossos ouvidos sempre estejam disponíveis ao sofrimento do outro... e que a dor do existir se transforme em desejo de viver!

Referências

- Abreu, S., Barletta, J.B. & Murta, S.G. (2015). Prevenção e promoção em saúde mental: pressupostos teóricos e marcos conceituais. In Murta, S.G., Leandro-França, C. Santos, K.B. dos & Polejack, L. (Orgs.) *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. (pp.54 – 74). Novo Hamburgo: Synopsy.
- Alvarez, A. (1999). *O Deus Selvagem: Um Estudo do Suicídio*. São Paulo: Companhia da Letra.
- Andrade. J. & Seabra, D. (2014). Idoso e comportamentos suicidários. In Saraiva, C.B., Peixoto, B. & Sampaio, D. *Suicídio e comportamentos autolesivos* (pp. 263 – 27). Lisboa: Lidel.
- Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). (2014) *Suicídio Informando para Prevenir*. Brasília: Conselho Federal de Medicina.
- Ávila, M.M.M., Pitombeira, D.F. & Catrib, A.M.F. (2016). Promoção de saúde: pensando a saúde de forma afirmativa. In Moreira, T.M.M., Avial, M.M.M., Jorge, M.S.B. & Leitão, I.M.T.A.de. *Manual da saúde pública*. (pp. 125 – 140). Salvador: Sanar.
- Ayres, J.R.C.M., França Júnior, I, Calazans, V.G. & Saletti Filho, H.C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde novas perspectivas e desafios. In Czeresina, D., Freitas, C.M. (Org.). *Promoção da saúde conceitos, reflexões e tendências*. (pp.117 – 139), Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Ayres, J.R.C.M., Filho, A.N., Dalmaaso, A.S.W., Senna, D.M. & Schraiber, L.B. (2006). *Caminhos da integralidade: levantamento e análise de tecnologias de cuidado integral à saúde em serviços de atenção primária e região metropolitana*. Projeto de Pesquisa 2006/51688-9. FMUSP. São Paulo, SP.
- Ayres, J.R.C.M. (2009). Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*. 18 (2), 11 – 23.
- Ayres, J.R.C.M., Paiva, V. & França Júnior, I. (2010). Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In *Apostila do curso de especialização em prevenção ao hiv/aids no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos*. NEPAIDS, SP.
- Bahls, S-B. & Botega, N.B. (2007). Epidemiologia das tentativas de suicídios e dos suicídios. In Mello, M.F. de, Mello, A.A.F. de & Kohn R. (Org.). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil* (pp. 151 – 171). Porto Alegre: Artmed.

- Barnes, M.C.; Gunnel, D.; Davies, R.; Hawton, K.; Kapur, N.; Potocar, J. & Donovan, J.L. (2016). *Understanding vulnerability to self-harm in times of economic hardship and austerity: a qualitative study*. *B.J.M. Open*. 6 (2), recuperado em 10 de setembro, 2017, de <http://bmjopen.bmjjournals.org/content/bmjopen/6/2/e010131.full.pdf>.
- Bauman, Z. (1998). *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Bauman, Z. (2009). *Vida líquida*. (2^a ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Beato, C.C. (2004). Suicídio e teoria social. In Meleiro, A., Teng, C.T. & Wang, Y.P (Org). *Suicídio estudos fundamentais* (pp. 61 – 78). São Paulo: Segmento Farma.
- Bertolote, J.M. (2004). O suicídio e sua prevenção. In Meleiro, A., Teng, C.T. & Wang, Y.P (Org). *Suicídio estudos fundamentais* (pp. 193 – 205). São Paulo: Segmento Farma.
- Bertolote, J.M., Mello-Santos C., & Botega N.J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. (32) 2, S87 – S95.
- Bertolote, J.M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Unesp.
- Berzins, M.V. & WadaWatanabe, H.A. (2012). Falar de suicídio é também falar da vida e da qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (8), 1955 – 1962.
- Bittar, E.C.B. (2007). Família, sociedade e educação: um ensaio sobre individualismo, amor líquido e cultura pós-moderna. *Revista da Faculdade de Direito de São Paulo*, 102, 591 – 610.
- Botega, N.J. (2007). Suicídio: Saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (1), 7-8.
- Botega, N.J. (2015). *Crise suicida avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artesmed.
- Bucci, M.P.D. (2006). O conceito de política pública em direito. In Bucci, M.P.D. (org.). *Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva.
- Brás M., Cruz, J.P. & Saraiva, C.B. (2014). Estratégias gerais de prevenção dos atos suicidas dos conceitos à prática clínica. In Saraiva, C.B., Peixoto, B. & Sampaio, D. *Suicídio e comportamentos autolesivos*. (pp. 476 – 483). Lisboa: Lidel.
- Caniato, A.M.P. (2017). *Violência, indústria cultural e subjetividade, os impactos nas identidades individuais*. Ed. ALFEPSI, ISBN: 978-607-97999-0-8.

- Camus, A. (2014). *O mito de Sísifo*. São Paulo: Record. (Obra original publicada em 1942).
- Campos, R.H.F. (2015). Introdução: a Psicologia Social Comunitária. In R.H.F. Campos (Org.). *Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia*. (pp. 09 – 14). Petrópolis: Vozes.
- Cassorla, R.M.S. (1985). *O que é suicídio*. São Paulo: Brasiliense.
- Cassorla, R.M.S. (1991a). O impacto dos atos suicidas no médico e na equipe de saúde. In Cassorla, R.M.S. (Org.). *Do suicídio, estudos brasileiros*. (pp. 149 – 165). Campinas: Papirus.
- Cassorla, R.M.S. (1991b). Comportamentos suicidas na infância e na adolescência. In Cassorla, R.M.S. (Org.). *Do suicídio, estudos brasileiros*. (pp. 61 – 87). Campinas: Papirus.
- Cervo, A.L., Bervian, P.A. & Silva, R. da. (2007). *Metodologia Científica*. São Paulo: Prentice Hall.
- Chiavagatti, F.G., Kantorski, L.P., Willrich, J.Q., Cortes, J.M., Jardim, V.M.R. & Rodrigues, C.G.S.S. (2012). *Articulação entre Centro de Atenção psicossocial e serviços de Atenção Básica de Saúde*. Acta paul, enferm, 25 (1), 11 – 17.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (2001). [Coleção Saraiva de Legislação]. (21a ed.). São Paulo: Saraiva.
- Corradi-Webster, C.M. (2014). Ferramentas teórico-conceituais do discurso construcionista. In *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento*. Guanaes-Lorenzzi C., Moscheta M.S., Coradi-Webster, C.M. & Souza, L.V. de (org.). (pp. 73 – 87). Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- Delgado, P.G.G., Scechtman, A., Weber, R., Amstalden, A.F., Bonavigo, E., Cordeiro, F., Pôrto, K., Hoffmann, M.C.C.L., Martins, R. & Grigolo, T. (2007). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In Mello, M.F. de, Mello, A.A.F. de & Kohn R. (Org.). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil* (pp. 39 – 83). Porto Alegre: Artmed.
- Da Silva, T.P.S., Sougey, E.B. & J.Silva. (2015). Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. *Revista Bioética*. 23 (2). 419 – 426.
- D’Oliveira, C.F.A. (2014). Estratégia nacional de prevenção do suicídio: suas diretrizes. *REDEBRAS Rede Brasileira de Prevenção do Suicídio*. Recuperado em 20 de abril, 2016, de <http://www.rebraps.com.br/2014/09/estrategia-nacional-de-prevencao-do.html>.

- Estellita -Lins C. (Org.), Bteshe, M., Coutinho, M.F.C., Clébicar, T., Miranda, M.C.B., de Oliveira, V.M., Portugal, C.M., Salles, I.C. & Siciliano, A.B. (2012). *Trocando seis por meia dúzia*. Rio de Janeiro: Mauad x FAPERJ.
- Durkheim, É. (2014). *O suicídio, estudo de sociologia*. (11^a ed.). São Paulo: Edipro. (Obra original publicada em 1897).
- Fensterseifer, L. & Werlang, B. (2006). Comportamentos autodestrutivos, subprodutos da pós-modernidade? *Psicol.Argum.* 24 (47), 35 – 44.
- Fioroni, L.N. & Costa, F.R.M. (2015). Desafio do cuidado e saúde mental na atenção básica. In Guanaes-Lorenzi, C., Motta, C. C. L. da, Borges, L.M., Zurba, M.C. & Vecchia, M.D. *Psicologia social e saúde: da dimensão cultural à político-institucional*. (pp. 113 – 140).
- Freitas, M.F.Q. (2015). Políticas públicas e psicologia social comunitária: interfaces e desafios. In Dias, M.S. & Beatriz, M.Z. (Org). *Práticas do psicólogo em políticas públicas* (pp. 29 – 41). Curitiba, Juruá.
- Frosi, R.V. & Tesser, C.D. (2015). Reflexões sobre uma clínica estratificada em saúde mental: o caso da atenção básica. In Guanaes-Lorenzi, C., Motta, C.C.L. da, Borges, L.M., Zurba, M.C. & Vecchia, M.D. (orgs.) *Psicologia social e saúde: da dimensão cultural à político-institucional*. Florianópolis: ABRAPSO Editora: Edições do Bosque CFH/UFSC.
- Gergen, K.J. (1997). The place of the psyche in a construct world. *Theory psychol.*, 7 (6), 723 – 46.
- Gergen, K.J. (2010). *Construcionismo social um convite ao diálogo*. Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- Gonçalves, M.A. & Portugal, F.T. (2012). Alguns apontamentos sobre a trajetória da psicologia social comunitária no Brasil. In *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32 (número especial), 138 – 153.
- Gonçalves, P.I.E., Silva, R.A.da & Ferreira, L.A. (2015). Comportamento suicida: percepções e práticas de cuidado. *Psicología Hospitalar*. 13 (2), 64 – 87.
- Hall, S. (2006). *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A.
- Hildebrandt, L.M., Zart F. & Leite, M.T. (2011). A tentativa de suicídio na percepção de adolescentes: um estudo descritivo. *Reista. Elet. Enfermagem*. 13 (2), 219 – 226.

Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297 – 305.

Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). (s/d). Sistema de informações dos municípios paranaenses. Retirado de (http://www.ipardes.pr.gov.br/imp/imp.php?page=consulta&action=loc_save, recuperado em 16, maio, 2017).

Kalina, E., & Kavadloff, S. (1983). *As cerimônias da destruição*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Kohlrausch, E., Lima, M.A.D S., Abreu, K.P. & Soares, J.S.F. (2008). Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidade de saúde. *Ciênc. Cuidado Saúde*. 7 (4), 468 – 475.

Kuczynski, E. (2014). Suicídio na infância e adolescência. *Psicologia USP*, 25 (3), 246 – 252.

Kurcgant D. & Wang, Y.P. (2004). Aspectos histórico do suicídio no Ocidente. In Meleiro, A., Teng, C.T. & Wang, Y.P (Org). *Suicídio estudos fundamentais* (pp. 37 – 52). São Paulo: Segmento Farma.

Lane, T.M. & Codo, W. (Orgs.). (1984). *Psicologia social: o homem em movimento*. São Paulo: brasiliense.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF.

Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre política nacional da saúde pública. Diário Oficial da União. Brasília, DF.

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF.

Machin, R. (2009). Nem doente, nem vítima: o atendimento às lesões autoprovocadas nas emergências. *Ciência & Saúde Coletiva*. 14 (5), 1741 – 1750.

- Marazina, I. (1989). Trabalhador de saúde mental: encruzilhada da loucura. In Lancetti, A. (org.). *Saúde e Loucura*. (pp. 69 – 74). São Paulo: Hucitec.
- Marquetti, F.C. (2011). *O suicídio como espetáculo na metrópole; cenas, cenários e espectadores*. São Paulo: Editora FAP-UNIFESP.
- Marx, K. (2006). *Sobre o suicídio*. São Paulo: Boitempo. (Obra original publicada em 1846).
- Meleiro, A.M.A.S. & Bahls S. (2004). O comportamento suicida. In Meleiro, A., Teng, C.T. & Wang, Y.P. (Org.). *Suicídio estudos fundamentais*. (pp. 13 – 36). São Paulo: Segmento Farma.
- Meleiro, A.M.A.S. & Tang,C,T. (2004). Fatores de risco de suicídio. In Meleiro, A., Teng, C.T. & Wang, Y.P. (Org.). *Suicídio estudos fundamentais*. (pp. 13 – 36). São Paulo: Segmento Farma.
- Menninger. K. (1970). *Eros e tânatos o homem contra si mesmo*. São Paulo: IBRASA. (Obra original publicada em 1938).
- Minayo, M.C.S. (2005). Suicídio violência auto-infligida. In Ministério da Saúde, *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília.
- Minayo, M.C.S. de. (2009). O desafio da pesquisa social. In Deslandes, S.F., Gomes, R. & Minayo, M.C de Souza (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Minayo, M.C.S., F.G. Cavalcante, Mangas R.M. & Souza, J.R.A de. (2011). Motivos associados ao suicídio de pessoas idosas em autópsias psicológicas. *Trivum*, 3 (1), 109 – 117.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). (2009). *Orientações técnicas centro de referência de assistência social CRAS*. Recuperado em 13 de março, 2018, de http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_Cras.pdf
- Ministério da Saúde (MS). (s/d). DataSUS *Tecnologia da informação a serviço do SUS*. Recuperado em 21 de maio, 2016, de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>, recuperado em 15, maio, 2017.

Ministério da Saúde (MS). (1990). *SUS princípios e conquistas*. Recuperado em 12 de março, 2018, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf.

Ministério da Saúde (MS). (2004). *Saúde mental do SUS: os centros de atenção psicossocial*. Recuperado em 22 de maio, 2016, de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf.

Ministério da Saúde (MS). (2005). Portaria nº 2.542, de 22 de dezembro de 2005. *Institui sobre a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio*. Diário Oficial da União. Brasília, DF.

Ministério da Saúde (MS). (2006). Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. *Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio*. Diário Oficial da União. Brasília, DF.

Ministério da Saúde (MS). (2008). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. *Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família*. Diário Oficial da União. Brasília, DF.

Ministério da Saúde (MS). (2010a). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. *Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União. Brasília, DF.

Ministério da Saúde (MS). (2010b). *Caderno de Atenção Básica Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Recuperado em 15 de maio, 2017, de https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf.

Ministério da Saúde (MS). (2011a). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União. Brasília, DF.

Ministério da Saúde (MS). (2011b). Portaria nº 1.601, de 07 de julho de 2011. *Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências*. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

Ministério da Saúde (MS). (2012). *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)*. Recuperado em 20 de setembro de 2016, de <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

Ministério da Saúde (MS). (2013a). *Caderno de atenção básica saúde mental*. Brasília. Recuperado em 20 de setembro, 2016, de http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf.

Ministério da Saúde (MS). (2013b). Portaria nº 342, de 4 de março de 2013. *Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal*. Diário Oficial da União. Brasília, DF.

Ministério da Saúde (MS). (2014a). Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. *Define sobre a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional*. Diário Oficial da União. Brasília, DF.

Ministério da Saúde (MS). (2014b). *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. Recuperado em 05 de abril, 2017, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf.

Ministério da Saúde (MS) (2014c). *Caderno de atenção básica núcleo de apoio à saúde da família*. Recuperado em 15 de maio, 2017, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf

Ministério da Saúde (MS). (2015). *Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares de atenção psicossocial nos territórios*. Recuperado em 15 de maio, 2017, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf.

Ministério da Saúde (MS). (2017a). *Suicídio: saber, agir e prevenir*. Recuperado em 04 de abril, 2018, de <file:///C:/Users/Gabardo/Documents/Mestrado%20Tuiuti/SUICÍDIO/2017-025-Perfisucídio,%20saber%20agir%20e%20previnir.pdf>.

Ministério da Saúde (MS). (2017b). *Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas*. Recuperado em 15 de maio, 2017, de http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/07/cartilha_notificacao_violencias_2017.pdf.

Montero, M. (2000). Construcción, desconstrucción y crítica: teoría y sentido de la psicología social comunitária em América Latina. In Campos, R.H.F. & Guareschi, P.A. (org.). *Paradigmas en Psicología social: a perspectiva Latino-Americana* (pp. 70 – 87). Petrópolis: Vozes.

Montero, M. (2004a). Qué es la psicología comunitária. In M. Montero (Ed.). *Introducción a la psicología comunitária: desarrollo, conceptos y procesos* (pp. 31 – 40). Buenos Aires: Editorial Paidós.

Montero, M. (2004b). Comunidad y sentido de comunidad. In R.H. Montero (Ed.). *Introducción a la psicología comunitária: desarrollo, conceptos y procesos* (pp. 95 – 107). Buenos Aires: Editorial Paidós.

Moreira, L.C. O. de & Bastos, P.R.H. O. de (2015). Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*. 19 (3), 445 – 453.

Netto, N.B. (2013). *Suicídio e os desafios para a psicologia*. Brasília: CFP.

Oliveira, T. de, Collarres, L.A., Noal, M.H.O. & Dias, A.C.G. (2016). Percepções de uma equipe de saúde mental sobre o comportamento suicida. *Revista Interinstitucional de Psicologia*. 9 (1), 78 – 89.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2000). *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Departamento de Saúde Mental. Genebra. Recuperado em 01 de março, 2016, de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra. Recuperado em 28 de abril, 2017, de <https://pt.scribd.com/document/65818661/Relatorio-Mundial-sobre-violencia-e-saude>.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Genebra. Recuperado em 11 de outubro, 2017, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2012). *Saúde pública ação para prevenção de suicídio*. Recuperado em 05 de maio, 2016, de <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suic%C3%ADo-traduzido.pdf>.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2014). *Prevención del suicidio: um imperativo global*. Departamento de Saúde Mental. Genebra. Recuperado em 15 de março, 2016, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_sp.pdf.

Paiva, V. (2010). A dimensão psicossocial do cuidado. In Paiva, V., Ayres, J.R.; Buchalla, C.M. (Org). *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção de saúde. Livro II*, Curitiba: Ed.Juruá.

Pinheiro, C.L. (2007). *Último ato? Estudo sobre a prática do suicídio em um município ao sul do Brasil*. Tese de Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Pr. Brasil.

Pinheiro, C.L. (2011). Os rituais da modernidade: a perturbação da função temporal e o suicídio na adolescência. In *XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais*, Salvador, Ba. Recuperado em 05 de abril, 2016, de <http://docplayer.com.br/12057903-Os-rituais-na-modernidade-a-perturbacao-da-funcao-temporal-e-o-suicidio-na-adolescencia.html>.

Prefeitura de Curitiba. (s/d). Prefeitura de Curitiba lança programa de prevenção ao suicídio. Recuperado em 05 de outubro, 2016, de <http://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/prefeitura-de-curitiba-lanca-programa-de-prevencao-ao-suicidio/34395>.

Quental I.A.de. (2009). *Tentativas de suicídio: construindo dispositivos de prevenção*. Grupo editorial Moreira Jr, 45 (6), 236 – 240.

Ringo, S.C. (2013). *Suicídio e os desafios para a psicologia*. Brasília: CFP.

Ronzani, T.M., Mota, D.C.B. & Costa, P.H.A da. (2015). Avaliação de necessidades em saúde mental: utilizando métodos participativos. In Murta, S.G., Leandro-França, C. Santos, K.B. dos & Polejack, L. (Orgs.) *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. (pp.152 – 167). Novo Hamburgo: Synopsy.

Santa, N.D. & Cantilino, A. (2016). Suicídio entre médicos e estudantes de medicina: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 40 (4), 772 – 780.

Sampieri, R.H., Collado, C.F. & Baptista Lucio, M.P. (2013). *Metodologia de Pesquisa*. Porto Alegre: Penso.

Sarriera, J.C. (2014). Análise de necessidades de um grupo ou comunidade: avaliação como processo. In J.C. Sarriera & E.T. Saforcada (Eds.). *Introdução à psicologia comunitária: bases teóricas e metodológicas*. (pp. 139 – 152). Porto Alegre: Sulina.

Schneider, D.R. (2015). Da saúde mental à atenção psicossocial: trajetória da prevenção e da promoção de saúde. In Murta, S.G., Leandro-França, C. Santos, K.B. dos & Polejack, L. (Orgs.) *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. (pp.34 – 53). Novo Hamburgo: Synopsy.

Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS). (2016). *Perfil de violência autoprovocada em Curitiba*. Recuperado em 15 de maio, 2017, de <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/Perfil%20da%20Viol%C3%A3ncia%20Autoprovocada%20em%20Curitiba%20-%202015.pdf>.

Serrano-Garcia, I. et al. (1992). Hacia uma Psicologia Social-Comunitária. In Serrano-Garcia, I. & Collazo, W.R. (org.). *Contribuciones Puertorriquenas a la Psicología Social Comunitaria* (pp. 74 – 105). Puerto Rico: Editorial de La Universidad.

Silva, M.M. (2008). *Suicídio: trama da comunicação*. São Paulo: Scortecci.

Silva, R.M. da, Mangas, R.M.N., Figueiredo, A.E.B., Vieira, L.J.E.S., Sousa, G.S. de, Cavalcanti, A.M.T.S. & Apolinário, A.V.S. (2015). Influência dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas. *Ciência e Saúde Coletiva*. 20 (6), 1703 – 1710.

Silva, M.; Cardoso, G.; Saraceno, B. & Almeida, J.C de (2015). A saúde mental e a crise económica. In Santana P. (coord.). *Território e saúde mental em tempos de crise*. (pp. 64 – 77). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Silveira, A.F., Cobalchini, C.C.B., Menz, D.M., Valle, G.A. do & Barbarini, N. (2007) *Caderno de psicologia e Políticas Pública*. Curitiba: Gráfica e Editora Unificado.

Silveira, K.G.B. & Dias, M.S. de (2016). As categorias da psicologia social comunitária como dispositivo para a construção das práticas no SUS. *Revista Psicologia e Saúde*. (8), 1. 7 – 13.

Souza, Â.C. & Rivera, F.J.U. (2010). A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *Rev.Tempus Actus Saúde Coletiva*, 4(1), 121 – 132.

Spink, M.J.P. & Gimenes, M.G.G. (1994). Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. *Saúde e Sociedade*. 3(2), 149 – 171.

Spink, M.J.P. (2003). *Psicologia e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes.

Spink, M. J. (2004). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* (3a. ed.). São Paulo: Cortez.

Spink, M.J.P. (2010). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

Spink, M. J. & Medrado, B. (2013). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. Spink (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. Aproximações teóricas e metodológicas*. (Cap. II, pp. 22 – 41). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

Tavares, M., Lordello, S.R. & Montenegro, B. (2015). Estratégias preventivas do suicídio com adolescentes nas escolas. In Murta, S.G., Leandro-França, C. Santos, K.B. dos & Polejack, L. (Orgs.) *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*. (pp.757 – 777). Novo Hamburgo: Synopsy.

Waiselfisz, J.J. (2014). *Mapa da violência: os mapas do Brasil*. Rio de Janeiro: Flasco.

Werlang, B.S.G. (2012). Previne-se o suicídio cuidando e amparando a velhice. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (8), 1955 – 1962.

Apêndices

Apêndice 1 – Roteiro de Entrevista

Nome:

Idade:

Sexo:

Formação/Função:

Local de trabalho na SMS:

Tempo de trabalho da SMS:

Para profissionais da Atenção Primária:

1. Quais estratégias estão sendo realizadas para a prevenção de suicídio neste Distrito Sanitário?
2. Como é realizado o acompanhamento àquele que já realizou tentativa de suicídio neste Distrito Sanitário?
3. Quais as facilidades e dificuldades encontradas para a implementação de Estratégias de Prevenção ao Suicídio neste Distrito Sanitário de Saúde?
4. Há medida utilizada ao acolhimento para as famílias que perderam alguém por suicídio?
5. Você recebe(u) algum preparo específico para o tema de prevenção do suicídio?
6. Como você se sente no atendimento a alguém que tentou o suicídio?
7. Qual a sua concepção sobre alguém que apresenta comportamento suicida?
8. Quais razões você apontaria para o número preocupante de comportamento suicida que há na atualidade?

Para profissionais do CAPS:

1. Como está articulado o Sistema de Saúde Mental com aqueles que têm comportamento suicida?
2. Como são realizados pelo CAPS a avaliação e o tratamento àquele que realizou tentativa de suicídio?

3. Há dificuldades que você apontaria no processo de atendimento àqueles que apresentam comportamento suicida?
4. As famílias são incluídas no processo de tratamento? Há alguma estratégia que inclua as famílias?
5. Qual a sua concepção sobre alguém que apresenta comportamento suicida (ideações, tentativas e ato consumado)?
6. Quais razões você apontaria para o número preocupante de comportamento suicida que há na atualidade?

Para os profissionais da UPA:

1. Quais os procedimentos realizados àqueles pacientes que ingressam nesta UPA por tentativa de suicídio?
2. Você apontaria algumas modificações necessárias para o atendimento realizado pela UPA aos pacientes que realizaram tentativa de suicídio?
3. Você recebe algum preparo específico para lidar com pacientes com tentativa de suicídio?
4. Você se sente preparado para atender um paciente suicida?
5. Como você se sente diante daquele que tentou o suicídio?
6. Qual a sua concepção sobre alguém que realiza tentativa de suicídio?
7. Qual a sua concepção sobre aquele que se suicida?
8. Quais razões você apontaria para o número elevado de comportamento suicida que há na atualidade?



Apêndice 2 – Carta de Autorização para Realização da Pesquisa

À Direção do Departamento de Saúde Mental da Secretaria Municipal da Saúde

Assunto: Autorização para realização de pesquisa

Prezada Senhora **Luciana Savarin**

Vimos por meio desta solicitar permissão para realizar a pesquisa intitulada: **“Prevenção do suicídio e Políticas Públicas: um estudo com os profissionais de saúde em um Distrito Sanitário no Município de Curitiba”**, que será realizada em uma Unidade de Saúde da Família (USF), assim como no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), objetivando compreender como um Distrito Sanitário de Saúde articula ações de prevenção ao ato suicida, assim como tratamento àqueles que realizaram tentativas. Pretende-se também identificar quais concepções os profissionais de saúde têm do comportamento suicida e quais as dificuldades por eles encontradas à prevenção do suicídio.

A responsável pela pesquisa é a aluna do Mestrado em Psicologia Social Comunitária da Universidade Tuiuti do Paraná, Robertha Maria Gabardo Stoppa, fone de contato (041) 9936 6699, e sua orientadora é a professora Dra. Ana Claudia Wanderbroocke.

Para a realização da pesquisa será necessário que cada participante responda a questões formuladas por meio de uma entrevista, durante sua permanência de tratamento no CAPS, com duração média de 45 minutos.

Após a conclusão da pesquisa nos comprometemos a informar para a Instituição os resultados obtidos e garantimos o total sigilo no que se refere a manter em anonimato os nomes e identidades dos participantes.

Agradecemos sua valiosa colaboração, sem a qual não seria possível a realização da pesquisa.

"Declaro ter lido, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional da Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Esta instituição está ciente de sua corresponsabilidade como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar".

Assinatura da Direção



Apêndice 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, **Robertha Maria Gabardo Stoppa**, da **Universidade Tuiuti do Paraná**, estou convidando você a participar de um estudo intitulado **Prevenção do suicídio e Políticas Públicas: um estudo com profissionais de saúde em um Distrito Sanitário no município de Curitiba**. Este estudo é importante pois visa compreender melhor o ato suicida e as possíveis maneiras de preveni-lo através da rede de saúde pública, contribuindo com a implementação de estratégias que visam reduzir a taxa de mortalidade e morbidade pelo suicídio.

- a) O objetivo desta pesquisa é compreender como os profissionais de saúde em um Distrito Sanitário articulam ações de prevenção e tratamento àqueles que realizaram tentativas de suicídio, assim como as dificuldades encontradas por esses profissionais.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário realizar uma entrevista semiestruturada baseada em um roteiro de perguntas que abordará temas sobre estratégias de prevenção do suicídio, tratamento dado àqueles que realizaram tentativas de suicídio, como o comportamento suicida é concebido e as dificuldades encontradas para lidar com a prevenção ao ato suicida.
- c) Para tanto eu deverei comparecer no local e horário escolhido pelo participante, e a entrevista terá uma duração de aproximadamente quarenta e cinco minutos. A entrevista será gravada e posteriormente transcrita.
- d) Durante a entrevista, pode acontecer algum desconforto relacionado às perguntas formuladas. Caso isto ocorra, você não é obrigado a responder.
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são ampliar as discussões na rede de saúde pública sobre as estratégias de prevenção do suicídio e tratamento fornecido para as pessoas que realizaram tentativas de suicídio, analisando as dificuldades encontradas na implantação de

estratégias e suas possíveis soluções. Nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

f) A pesquisadora responsável por este estudo poderá ser localizada na Rua Capitão Souza Franco, 881 - sala 61, e celular 9935-6699, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, como a orientadora **Dra. Ana Claudia Wanderbroocke**. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade**.

i) O material obtido pela entrevista será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado ao término do estudo, dentro de dois anos.

j) Todos os custos correrão por conta dos pesquisadores, sem qualquer ônus financeiro para você. A participação não é obrigatória e poderá ser interrompida a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código, ou serão apresentados apenas dados gerais de todos participantes da pesquisa.

l) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Tuiuti do Paraná, pelo telefone (041) 3331-7668. Rua: Sidnei A. Rangel Santos, 238 Sala 328 Bloco C. Horário de atendimento das 13:30 às 17:30.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e comprehendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Fui informado que serei atendido sem custos, e se eu apresentar algum dos problemas relacionados ao item d, poderei interromper a entrevista ou não responder a pergunta.

Eu receberei uma via assinada e datada deste documento.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Local, ____ de _____ 20_____.

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

[Nome e Assinatura do Pesquisador]

Anexo

Anexo 1 – Certificado de Aprovação do CEP

DADOS DA VERSÃO DA EMENDA

Título da Pesquisa: Prevenção de suicídio e Políticas Públicas: um estudo com os profissionais de saúde em um distrito Sanitário no município de Curitiba.
Pesquisador Responsável: Roberta Maria Gabardo Stoppa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61826216.9.3001.0101

Submetido em: 03/04/2017

Instituição Proponente: SOCIEDADE CIVIL EDUCACIONAL TUIUTI LIMITADA

Situação da Versão do Projeto: Aprovado

Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

