



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE,
CULTURA E HISTÓRIA (ILAACH)**

**ANTROPOLOGIA – DIVERSIDADE
CULTURAL LATINO-AMERICANA**

**PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: AS PRÁTICAS DE RECEPÇÃO, MANEJO E
CUIDADOS PARA COM AS PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA NO
MUNICÍPIO DE MATELÂNDIA/ PR**

CAMILA DA SILVA

Foz do Iguaçu
2019



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE,
CULTURA E HISTÓRIA (ILAACH)**

**ANTROPOLOGIA – DIVERSIDADE
CULTURAL LATINO-AMERICANA**

**PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: AS PRÁTICAS DE RECEPÇÃO, MANEJO E
CUIDADOS PARA COM AS PESSOAS COM COMPORTAMENTO SUICIDA NO
MUNICÍPIO DE MATELÂNDIA/ PR**

CAMILA DA SILVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Arte, Cultura e História da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Antropologia – Diversidade Cultural Latino-Americana

Orientador: Prof. Dr. Marcos de Jesus Oliveira

Foz do Iguaçu

2019

CAMILA DA SILVA

**PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: AS PRÁTICAS DE RECEPÇÃO, MANEJO E
CUIDADOS PARA COM AS PESSOAS COM IDEAÇÃO SUICIDA NO MUNICÍPIO
DE MATELÂNDIA/ PR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Instituto Latino-Americano de Arte, Cultura e
História da Universidade Federal da Integração
Latino-Americana, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em Antropologia
– Diversidade Cultural Latino-Americana

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Marcos de Jesus Oliveira
UNILA

Prof. Dra. Lorena Rodrigues Tavares de Freitas
UNILA

Prof. Dr. Anaxsuell Fernando da Silva
UNILA

Foz do Iguaçu, 27 de junho de 2019.

Dedico este trabalho à memória de *Pati*, pelo amor e pela dor.

AGRADECIMENTOS

A meu companheiro Rafael Edgard, pela paciência, por me ouvir, pelo encorajamento, pelos lenços e pelos abraços. À minha pequena Antonella, fruto do nosso amor, gerada em meu ventre e companheira fiel desde o processo de gestação até o parto deste trabalho.

A minha mãezinha Silene, minha luz em meio a escuridão, a meu paizinho Ovídio, meu suporte em meio às dificuldades, ao meu amado Lorenço, confidente e amigo e ao meu pequeno Murilo, significante da minha motivação - estimável família - sem vocês, esse trabalho não teria um sentido. A minha sogra e amiga Joaquina, por tantos momentos de ajuda.

A meu orientador Prof. Marcos, pela condução, pela paciência, pelas indicações e pelas conversas.

As profissionais de saúde que prontamente se dispuseram a colaborar compartilhando suas vivências, conhecimentos e reflexões diante de um tema muitas vezes difícil de ser abordado.

A minha amiga Ana Clarinda, pela prontidão em lembrar-me dos editais, horários de aula, trabalhos, apresentações e demais atividades acadêmicas ao longo desses anos na universidade, você é parte deste trabalho.

A professora Lorena e ao professor Anaxsuell, por aceitarem o convite para participarem da banca.

A Deus, Poder da Criação, que não deixa uma só folha cair do galho de uma árvore, sem que seja da Sua Vontade Suprema, minha força transcendente.

Há doenças piores que as doenças,
Há dores que não doem, nem na alma
Mas que são dolorosas mais que as outras.
Há angústias sonhadas mais reais
Que as que a vida nos traz, há sensações
Sentidas só com imaginá-las
Que são mais nossas do que a própria vida.
Há tanta coisa que, sem existir,
Existe, existe demoradamente,
E demoradamente é nossa e nós...
Por sobre o verde turvo do amplo rio
Os circunflexos brancos das gaiotas...
Por sobre a alma o adejar inútil
Do que não foi, nem pôde ser, e é tudo.

Fernando Pessoa

SILVA, Camila da. **Prevenção do suicídio: as práticas de recepção, manejo e cuidados para com as pessoas com comportamento suicida no município de Matelândia/ PR.** 2019. 47 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Antropologia e Diversidade Cultural Latino-americana) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2019.

RESUMO

O suicídio, tema multifacetado e com variadas interpretações, urge pelo debate, sendo ele público, individual e/ou coletivo, uma vez que o persistente silêncio o faz gritar. Este estudo pesquisou as práticas de trabalho de profissionais que atuam no Centro de Atenção Psicossocial CAPS I de Matelândia/PR e a atenção destinada às pessoas com comportamento suicida. A pesquisa é qualitativa, estruturada através de entrevistas semiestruturadas, da qual participaram quatro profissionais de saúde. Observou-se a relação entre a percepção que as profissionais possuem sobre o comportamento suicida e as práticas desempenhadas por elas, uma vez que, ao relatarem a compreensão acerca do fenômeno estudado, apresentaram lacunas teóricas/técnicas que fazem com que as práticas de cuidado costumam centrar-se em aspectos biológicos e curativos. O estudo ressalta a importância de ações de educação permanente nas unidades de atenção à saúde mental, que contribuam para a compreensão dos fatores relacionados ao comportamento suicida e a pretendida prevenção.

Palavras-chave: Suicídio. Comportamento suicida. CAPS I. Ações de cuidado. Prevenção.

SILVA, Camila da. **Prevención del suicidio: las practicas de recepción, manejo y cuidados para con las personas con comportamiento suicida en el municipio de Matelândia/ PR.** 2019. 47 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Antropologia e Diversidade Cultural Latino-americana) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2019.

RESUMEN

El suicidio, tema multifacético y con variadas interpretaciones, urge por el debate, siendo público, individual y / o colectivo, una vez que el persistente silencio lo hace gritar. Este estudio investigó las prácticas de trabajo de profesionales que actúan en el Centro de Atención Psicosocial CAPS I de Matelândia/ PR y la atención destinada a las personas con comportamiento suicida. La investigación es cualitativa, estructurada a través de entrevistas semiestructuradas, en la que participaron cuatro profesionales de salud. Se observó una relación entre la percepción que las profesionales poseen sobre el comportamiento suicida y las prácticas desempeñadas por ellas, una vez que, al relatar la comprensión acerca del fenómeno estudiado, presentaron lagunas teóricas / técnicas que hacen que las prácticas de cuidado acostumbren se centran en aspectos biológicos y curativos. El estudio resalta la importancia de acciones de educación permanente en las unidades de atención a la salud mental, que contribuyan a la comprensión de los factores relacionados con el comportamiento suicida y la pretendida prevención.

Palabras clave: Suicidio. Comportamiento suicida. CAPS I. Acciones de cuidado. Prevención

SILVA, Camila da. **Prevention of suicide: the practices of reception, management and care for people with suicidal behavior in the municipality of Matelândia / PR.** 2019. 47 pages. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Antropologia e Diversidade Cultural Latino-americana) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2019.

ABSTRACT

Suicide, a multifaceted subject with varied interpretations, urges debate, being public, individual and / or collective, once the persistent silence makes it scream. This study investigated the work practices of professionals who work at the CAPS I Psychosocial Care Center in Matelândia/ PR and the care for people with suicidal behavior. The research is qualitative, structured through semi-structured interviews, in which four health professionals participated. A relationship was observed between the perception that professionals have about suicidal behavior and the practices performed by them, once, when relating the understanding about the studied phenomenon, they presented theoretical / technical gaps that make that the usual care practices are focused in biological and curative aspects. The study highlights the importance of ongoing education actions in the mental health care units, which contribute to the understanding of the factors related to suicidal behavior and the pretended prevention.

Keywords: Suicide. Suicidal behavior CAPS I. Care actions. Prevention

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitária de Saúde
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial I
CISI	Consórcio Intermunicipal de Saúde Iguaçu
COMSUS	Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde
CVV	Centro de Valorização da Vida
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PR	Paraná
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OLHAR PARA O PASSADO PARA ENTENDER O PRESENTE E PROJETAR O FUTURO	15
2.1 ANTROPOLOGIA	18
3 MÉTODO, CAMPO, ENTREVISTAS E ANÁLISE	20
3.1 O MÉTODO.....	20
3.1.1 O Local	20
3.1.2 As Interlocutoras	21
3.2 CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS E ANÁLISES	24
4 DISCUSSÃO	33
4.1 O DESPERTAR PARA A PESQUISA	33
4.1.1 Teve Atendimento Médico?	35
4.1.2 Algo Mudou?.....	36
4.2 SAÚDE MENTAL E A ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA NO BRASIL	37
4.3 O CAPS E OS CUIDADOS FRENTE A PREVENÇÃO	37
5 PRECISA DE AJUDA?	42
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	45

1 INTRODUÇÃO

Muitos poderão ser apontados como doentes mentais, imorais, covardes, impulsivos, pecadores ao cometerem o suicídio, são os mesmos que não poderão se defender ou explicar - muitas vezes o inexplicável. Os reconhecidos, habituais e desgastados veredictos em relação ao ato suicida têm historicidades moldadas por dadas condições da sociedade de cada época. As classificações, tanto quanto o modo de perceber e narrar a morte de alguém que se mata são produtos de uma inegável relação espaço-temporal. Levou-se um certo tempo até que o suicídio fosse percebido como é hoje, um fenômeno multideterminado, complexo e tipicamente humano (MINAYO, 2010). Haja vista que atualmente o assunto é tratado como um problema de saúde pública, esse trabalho tem a pretensão de abordá-lo de forma prática, no âmbito de uma das principais instituições responsáveis pelo atendimento às pessoas com comportamento suicida.

O destino então pretendido pela pesquisadora é entender e descrever as práticas de recepção, o manejo das necessidades e os cuidados das profissionais de saúde que trabalham no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS) em Matelândia - PR, para com às pessoas que apresentam tal comportamento. É importante aqui delimitar que, ao longo do trabalho, optou-se por tratar todos os aspectos que envolvem o ato suicida, tais como: ideação suicida, plano suicida, tentativas de suicídio e suicídio como “Comportamento Suicida” (BERTOLOTE, 2012), pois apenas o termo suicídio não contempla os eventos que chegam a equipe de saúde pesquisada. Ao longo do trabalho ainda surgirão expressões como “autolesão não suicida”, categoria referente às pessoas que se automutilam, e no entanto não apresentam ideações suicidas. Esse assunto não será o foco deste estudo, porém dada a complexidade para separá-lo do “comportamento suicida”, poderá ser mencionado.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que 800 mil pessoas tiram a própria vida por ano (WHO, 2017). No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, em 2016 foram registradas 11.433 mortes por suicídio (MS, 2018), e aqui destacamos aquelas mortes que não são contabilizadas por que são classificadas de uma maneira que dificulta saber o suicídio, ou até mesmo a tentativa de suicídio. De acordo com o documento mais recente, e bastante completo, publicado pela OMS (2014), dentre os

países contabilizados no coeficiente de mortalidade por suicídio em escala mundial, há um índice de 83% dos países terem conseguido diminuir seus coeficientes nacionais nos últimos dez anos, e apenas 17% dos países tiveram suas taxas em contínua elevação, infelizmente, o Brasil é um desses países, que teve um aumento de 10% na taxa.¹ Em um comparativo entre os dados de 2007 e os dados de 2017 percebe-se o salto do coeficiente de mortalidade por suicídio de 4,9 para 5,8 mortes a cada 100 mil habitantes, esse aumento torna ainda mais evidente a justificativa do assunto ser tratado como um problema de saúde pública. No estado do Paraná, o coeficiente é de 7,1 mortes a cada 100 mil habitantes da população total do Estado, conforme os dados publicados pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA/PR) no Perfil Epidemiológico do Suicídio no Paraná, tendo os maiores índices nas cidades de Francisco Beltrão (13,8), União da Vitória (12,0), Irati (11,7) e Guarapuava (11,1). (SESA/PR, 2018).

Analisar os dados a partir dos óbitos, seria como avaliar o *iceberg* pela ponta aparente, enquanto estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o de mortes em pelo menos dez vezes (BOTEGA, 2015). Entretanto, os registros de abrangência nacional quanto às tentativas de suicídio ainda são muito limitados, e o que se sabe em termos numéricos, baseia-se basicamente em informações obtidas nos registros de serviços médicos. As tentativas de suicídio acabam tendo um impacto social e econômico significativo, depreendido da utilização dos serviços de saúde e do efeito psicológico e social do comportamento sobre o indivíduo e seus familiares, além da possível incapacitação temporária ocasionada pelas situações.

A existência do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em um município, reduz em 14% o risco de suicídio (MS, 2018). Os CAPS são instituições destinadas a acolher as pessoas com transtornos mentais, estimulando sua integração social e familiar, além de apoiá-los em suas iniciativas de busca por autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico². O CAPS I de Matelândia iniciou suas atividades e atendimentos em 2015, e o motivo pelo qual foi eleito para ser meu campo de pesquisa é por receber toda a demanda de pessoas com comportamento suicida, que passam pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou que se dirigem diretamente à instituição.

¹Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=I4GQav-LMWY>. Acesso em: 25/06/2019.

²Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 14/05/2019

O primeiro capítulo pretende localizar a trajetória do conceito “suicídio”, através dos modos de vê-lo, dos sentidos atribuídos ao ato, e das sentenças propagadas, fazendo isso através da contextualização histórica do psiquiatra Neury José Botega, da psicóloga Blanca Guevara Werlang e do historiador Georges Minois. Posteriormente os temas da sociologia, da antropologia e da saúde mental são expostos, emergindo alguns pontos de intersecção e divergência.

No segundo capítulo pretende-se expor detalhadamente o trabalho de campo, dimensionando e descrevendo a pesquisa, incluindo a citação de partes relevantes das entrevistas realizadas e a análise das categorias encontradas. Mais adiante, no terceiro capítulo, conforme os desdobramentos da investigação, propõe-se um debate acerca do material encontrado, a fim de provocar algumas reflexões e engrandecer as estratégias de cuidados que levam à prevenção do suicídio.

2 OLHAR PARA O PASSADO PARA ENTENDER O PRESENTE E PROJETAR O FUTURO

Entender o significado de uma atitude ou comportamento na contemporaneidade requer a compreensão de como essa atitude ou comportamento foi construído e compartilhado nos diferentes momentos históricos. Tal afirmativa se aplica sobremaneira ao suicídio, que ao longo da História apresentou diversas significações e formas de entendimento, desde permissão e encorajamento até condenação e penalização (WERLANG & ASNIZ, 2004).

Iniciando pelos povos primitivos, com exemplos das sociedades guerreiras ou dos nômades primitivos, as motivações para o ato suicida variam entre: honra, fuga da escravidão, reação a perdas afetivas, idade avançada e até mesmo vingança. Eles acreditavam firmemente na ideia de que o espírito do morto retornasse para causar mal aos vivos e a partir desse medo construíram muitos tabus e rituais.

A antiguidade está longe de favorecer de forma unânime o “homicídio de si mesmo”³, no mundo greco-romano, cada uma das grandes escolas filosóficas tem uma posição específica. É possível identificar certa tolerância para com o suicídio, que nesse momento tinha entre as motivações: patriotismo, remorso, honra, fidelidade a ideias religiosas, amor, desprezo a vida, entre outros. Havia entre os filósofos uma divisão de pensamentos acerca da liberdade residente na capacidade de um sujeito decidir a respeito de sua vida e de sua morte. Aqueles que eram favoráveis, acreditavam que a vida só merecia ser conservada se fosse um bem e estivesse de acordo com a razão e a dignidade humana, gerando mais satisfação que sofrimento, em contrapartida, os dois gigantes do pensamento grego, que mais marcaram o pensamento ocidental, Platão e Aristóteles, consideravam o homem antes de tudo um ser social, inserido em uma comunidade, e por isso não deveria raciocinar em função somente de seus próprios interesses, mas ter em conta o respeito pela divindade que o pôs em seu lugar (Platão) e pela cidade onde tem um papel a cumprir (Aristóteles) (MINOIS, 2018).

³ Até o século XVIII a palavra suicídio não existia, os termos utilizados até então para designar o ato eram “ser homicida de si mesmo, matar-se, assassinar-se”, reflexo da associação existente entre suicídio e assassinato (Veneu, 1994; Alvarez, 1999)

Para analisarmos o período da Idade Média, é preciso antes levar em consideração algumas informações levantadas por Georges Minois sobre o momento. Conta o autor que a legislação romana enrijeceu-se a partir do século II, muito por seu império estar subpovoado, mas também pela alta evasão fiscal de suspeitos que se matavam antes de serem indiciados. Dessa forma, as autoridades civis, cada vez mais invasivas, estreitaram o controle do Estado sobre o direito à morte livre, punindo e reprimindo os “homicídios de si mesmo” com maior severidade. “Antes mesmo do triunfo do cristianismo, e por motivos estranhos aos dele, a condenação do suicídio se instala pouco a pouco no Império Romano.” (MINOIS, 2018, p. 67). Nesse contexto é que, com os estudos de Santo Agostinho (de Hipona), a perspectiva de pecado mortal veio a ser manifestada, o Santo em questão acreditava que uma vez que Deus é que dá a vida, desfazer-se dela é o mesmo que contrariar a Vontade Divina Suprema e por consequência, rejeitá-la.

No século XV, quando as cidades começam a tomar forma e a economia feudal é substituída pelo modelo capitalista, paulatinamente as duas grandes instituições, Igreja e Estado, passam a exercer menor domínio sobre a vida das pessoas. No entanto, os cristãos - a essa altura também os luteranos, os anglicanos e os calvinistas - continuam condenando fortemente o ato suicida, ao passo que o Estado o retira da lista de crimes legais, abolindo as leis que confiscavam os bens do suicida, pois entendia que não havia mais a necessidade de castigá-lo, uma vez que sua morte não prejudicaria a estabilidade estatal.

Foi durante o século XVII que o termo “suicídio”, Sui: de si próprio, caedere: matar, derivado do Latim, passa a ser referência de conceito, substituindo “homicídio de si próprio”. O surgimento das Ciências, a partir do século XIX, faz com que a perspectiva da Igreja fosse sendo tomada pela perspectiva voltada para o palco de discussões agora sociais, culturais, psicológicas, sociológicas e econômicas, aproximando também associação entre suicídio e a medicina, mais especificamente no campo da saúde mental. Foi com Robert Burton, que a ideia de que as pessoas se matam porque suas vidas estão intoleráveis surgiu, e assim o suicida passa de “assassino” para “vítima da melancolia” (BOTEGA, 2015). A extensão do saber psiquiátrico no final do século XIX, passa a caracterizar o suicídio como uma psicopatologia (MINAYO, 2005).

Em 1897, o sociólogo Émile Durkheim, na ânsia de uma pesquisa essencialmente sociológica, apresenta um livro de enorme significação: O suicídio.

Nessa obra o autor desloca o foco associado ao suicídio, do indivíduo para a sociedade e da moral para os problemas sociais, e embasado segundo as estatísticas da época, nomeia o fenômeno como fato social e coletivo. No entanto, Durkheim acredita que o ato é, aparentemente, individual, pois depende da vontade do agente que pratica a ação, e o sujeito deve estar consciente dos resultados que irá produzir. Em sua extensa exposição e argumentação, o suicídio tem causas sociais que permitem dividi-lo em três categorias: *suicídio egoísta*, que atinge os indivíduos menos integrados em seu grupo familiar, religioso ou político; *suicídio altruísta*, que diz respeito às sociedades que apresentam um nível de integração exagerado que pode justificar que a pessoa se sacrifique pelo grupo; *suicídio anômico*, devido à desorganização dos mecanismos sociais, que deixam de assegurar a satisfação das necessidades básicas (DURKHEIM, 2000)

Como se pôde observar, o suicida foi alvo de diferentes condutas e julgamentos sociais e o suicídio passou por diferentes entendimentos no curso da História. No fim da década de 60 o “comportamento suicida” foi definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como “[...] um fenômeno multifatorial, multideterminado e transacional que se desenvolve por trajetórias complexas, porém identificáveis” (BOTEGA, 2015). A partir dessa época, mas enfaticamente na década de 1990, foi que o suicídio passou pelo crivo de discussões acerca do aumento de casos e passou a ser visto como um problema a ser enfrentado também na área da saúde pública. Em resposta ao índice dos ocorridos na década de 1990, vários países reuniram-se e idealizaram a implementação de um plano nacional de prevenção ao suicídio. O Brasil, nesse contexto, resolveu publicar algumas diretrizes gerais e que não chegaram a se configurar como um plano nacional com ações estratégicas para a prevenção. Todavia, houve em 2006 a instituição de Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, e a publicação de um manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental⁴. Este material foi pouco difundido e é pouco conhecido no meio das equipes de saúde mental, no momento encontra-se sob processo de revisão e atualização.

⁴ Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/suicidio>. Acesso em: 14/05/2019.

Não se pode determinar com precisão a existência das causas para o comportamento suicida, mas existem o que chamamos de fatores de risco, e algumas situações ou condições que são mais ou menos predisponentes. Bertolote, Botega e outros autores do meio salientam que o comportamento suicida em si não é uma doença, mas a presença de doenças, por exemplo, pode levar a pessoa a apresentar comportamento suicida (BOTEGA, 2015). Trata-se de um comportamento que é a culminância de uma série de fatores, portanto. O estudo dos fatores de forma unilateral levará, fatalmente, a resultados também unilaterais, que não conseguem compreender o ser humano, e mais especificamente o suicídio, em toda sua complexidade.

Finalizando essa seção, podemos perceber que o assunto tem sido objeto de estudo das mais diversas áreas, não só das ciências exatas, biomédicas, humanas e sociais, mas também da arte e das religiões, no que veio a ser chamada de “suicidologia”, termo surgido no final do séc. XVII (BANDO et.al, 2010).

2.1 ANTROPOLOGIA

No que compete a Antropologia, o suicídio indaga a si mesmo. Antropólogos explicam que não são todos que realmente buscam a morte e por isso não é possível compreender o suicídio de uma forma homogênea. A heterogeneidade é a chave que justifica tal compreensão, bifurcado em um nível social e outro individual (GANDRA, 1984), o comportamento suicida, na Antropologia, só é passível de análise quando efetivamente visto nas nuances sociais externas que coordenam as vivências e no íntimo daqueles que afetam e são afetados pelo meio. E assim o suicídio é de certa forma uma unidade resultante das relações humanas.

Documentadamente na história das etnografias, os etnógrafos evitaram abordar temas tabus, como a violência conjugal, o abuso sexual, a toxicomania e a autodestruição. Boa parte desse problema está enraizada no paradigma funcionalista da Antropologia, que impõe a ordem e a comunhão a seus objetos de pesquisa. Além disso, o método de observação participante necessita pesquisadores que estejam presentes fisicamente e pessoalmente implicados. Essa posição os encoraja a negligenciar a dinâmica negativa uma vez que eles precisam estabelecer uma relação empática com as pessoas que eles estudam e devem igualmente ter a permissão para viver com eles, entre eles, etc. Essa situação os leva a uma autocensura inconsciente

e que molda os parâmetros da pesquisa (VITENTI, 2014). Muito dessa problemática vem se quebrando, ao passo que atualmente (e para comprovação, basta acessar as teses recentes produzidas por acadêmicos, artigos e livros publicados por professores pesquisadores), no meio das ciências sociais/ antropologia, muitos dos temas escolhidos são identificáveis como temas até então tabus, ou difíceis, complexos de serem abordados.

Por fim, pretender saber porque alguém tira sua própria vida é sempre subjetivo e impreciso. É um ato que não se gera em um vazio, mas que, ao contrário, deixa um leque de questões sem respostas. Trabalhar os temas referentes e pertinentes à prevenção do suicídio, por exemplo, ou como determinada instituição lida com a demanda de pessoas que apresentam comportamento suicida, não só é possível como se faz urgente. Com isso, uma frente de pesquisadores poderá se unir buscando cada vez mais romper com o silêncio que isola, mutila, assombra e mata pessoas diariamente.

3 MÉTODO, CAMPO, ENTREVISTAS E ANÁLISE

3.1 O MÉTODO

Este trabalho foi embasado pela Pesquisa Qualitativa, sendo esse o caminho encontrado para chegar o mais próximo possível do tema do suicídio, no âmbito dos cuidados e prevenção. Esse método, de caráter subjetivo, surgiu no século XIX, em um contexto de ideias que procuravam compreender o ser humano a partir da interpretação de sentidos e significados construídos nas relações interpessoais.

Pretendeu-se apreender com as profissionais de saúde do CAPS I e não somente fazer um estudo sobre elas, ou sobre as pessoas que elas atendem. Os posicionamentos ora padronizados e ora diversificados frente as práticas de seus ofícios, foram coletados através de entrevistas com questões abertas, que propiciaram espaço para a expressão de suas concepções e experiências. A pesquisa qualitativa possibilitou ainda a análise, pois a mesma trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a variáveis (MINAYO, 2009).

3.1.1 O Local

Os CAPS são classificados em CAPS I, CAPS II e CAPS III (definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional), os quais cumprem a mesma função no atendimento à população. Além destes, há, ainda, os CAPS Infantil (CAPSi) e os CAPS Álcool e Drogas (CAPSad), os quais se destinam, respectivamente, ao atendimento de crianças e adolescentes e de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (Brasil, Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002)⁵.

O caso do município de Matelândia, que conta com cerca de 18 mil habitantes tem abrangência para possuir uma unidade do CAPS I, que atende adultos e também crianças e adolescentes com transtornos mentais. Instalou-se no centro da cidade e

⁵ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 20/06/2019.

passou a atender no ano de 2015. A estrutura conta com 3 consultórios para atividades individuais (consultas, terapias, entrevistas), 1 sala para atividades grupais, espaço de convivência, cozinha/ refeitório, sanitários e área externa aberta com gramado e fechada/coberta para realização de oficinas, atividades recreativas e esportes.

3.1.2 As Interlocutoras

As participantes do estudo - as profissionais de saúde - uma enfermeira, uma assistente social, uma psicóloga, uma auxiliar de enfermagem que também cumpre a função de recepcionista/atendente são todas do sexo feminino, com idade entre 28 e 60 anos, trabalham no CAPS I, das quais uma teve sua formação em Instituição Pública. O tempo de formação delas variou de 02 a 07 anos e o tempo de atuação no CAPS I variou de 02 a 04 anos. Três delas possuem especialização, sendo uma em Gestão de Políticas Públicas, uma em Urgência e Emergência e outra em Terapia Cognitivo Comportamental. Atualmente a unidade CAPS I de Matelândia não conta com um médico psiquiatra, e quando identifica a necessidade de atendimento de uma pessoa com essa especialidade, encaminha-as para o Consórcio Municipal de Saúde Iguaçu (CISI)⁶, ou ao COMSUS⁷ - Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde, ambos localizado no município vizinho de Medianeira-PR.

O critério adotado para a inclusão das participantes na pesquisa foi de que trabalhassem diretamente com o acolhimento, manejo e com ações de cuidado direcionadas às pessoas que chegassem ao CAPS I apresentando comportamento suicida, termo especificado outrora e já contextualizado no início desse trabalho. É importante ressaltar que nenhuma profissional se recusou a participar da entrevista.

Quando citadas partes das entrevistas contendo falas das participantes, as mesmas terão seu anonimato preservado sendo identificadas pelas letras "PS" significando "Profissional de Saúde" seguidas de números sucessivos, então "PS1", "PS2", "PS3" e "PS4". Minhas interlocutoras concederam-me, em um primeiro momento, as entrevistas de forma individual, no âmbito de seus ambientes de trabalho, porém em salas reservadas, e em um segundo momento (conforme irei

⁶ Disponível em: <http://consorciocisi.com.br/home.php>. Acesso em: 22/05/2019.

⁷ Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2890>. Acesso em: 22/05/2019.

contar abaixo na 4ª etapa da pesquisa), duas profissionais me atenderam juntas na mesma sala. Optei por contar-lhes meu trabalho de campo em 4 etapas:

3.1.1.1 Primeira etapa: fase exploratória

Inicialmente, realizei o pré-campo, indo até o CAPS, para conhecer a sua estrutura física, mas também para me apresentar às profissionais, bem como para manifestar meu interesse e o desejo de realizar a pesquisa. Nesse momento pudemos conversar sobre meus objetivos, algumas dúvidas acerca de qual seria o procedimento burocrático, etc. Senti uma abertura muito grande das futuras participantes, com um acolhimento ímpar e também ficou evidente o quanto elas coadunam com a ideia da pesquisa, no sentido de saberem a importância de se falar sobre esse tema. Este primeiro momento foi bastante encorajador para que eu não desanimasse de seguir o trâmite legal e burocrático a fim de colher as entrevistas, tanto quanto para que prosseguisse firme no objetivo de estudar o atendimento às pessoas com comportamento suicida, afinal tendo ao meu lado a solicitude das entrevistadas tudo tornava-se menos nebuloso.

3.1.1.2 Segunda etapa: realização das entrevistas

Tão logo procurei a responsável pela gestão do Sistema Único de Saúde e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Matelândia, explicando o meu projeto de pesquisa, fui prontamente atendida e autorizada a iniciar minha pesquisa. Após essa autorização, e com o contato inicial feito, realizei chamadas telefônicas para o agendamento das posteriores entrevistas.

Embora na pesquisa etnográfica clássica as entrevistas possuem natureza aberta, eu preferi utilizar a entrevista semiestruturada, ou seja, elaborei 11 perguntas previamente, relacionadas ao meu campo de interesse, guiando as entrevistadas para que pudessemos ter um ponto norteador nesse amplo e complexo assunto, mas sem nos prender a uma pergunta formulada (MINAYO, 2009). Todas as entrevistas foram gravadas, após as participantes concordarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Nossas conversas, por assim dizer, foram realizadas no período de março a junho de 2019, considerando a disponibilidade das participantes, e tiveram duração variada entre 10 e 45 minutos, além daquele tempo extra pelos corredores e após o

gravador

ser

desligado.

3.1.1.3 Terceira etapa: análise dos dados

A análise dos relatos obtidos deu-se através da transcrição das entrevistas gravadas, realizando uma cuidadosa leitura de cada relato, para captar o sentido integral da experiência vivida pelas participantes, para um posterior agrupamento de aspectos significativos presentes nas falas. Por fim, a análise de conteúdo, a partir das categorias, que funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias. Entre as diferentes possibilidades de categorização e investigação dos temas, a análise temática é eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos. A análise por categorias é transversal, recorta todo o conjunto de discursos através de uma grelha de categorias projetadas sobre os conteúdos, e leva em conta a frequência dos temas extraídos do conjunto dos discursos (BARDIN, 1979). Na prática, separei os discursos conforme os temas que aparecem com maior frequência e com certa constância acompanha a narrativa. As categorias de maior relevância para o objetivo deste estudo veremos contextualizadas mais adiante.

3.1.1.4 Quarta etapa: retorno ao campo e novas entrevistas

No decorrer do processo de transcrição, leitura e análise, muitas informações entraram em conflito com as leituras que eu já havia feito sobre o assunto, assim como muitos outros questionamentos foram surgindo. Alguns desses questionamentos, achei que seriam pertinentes à essa pesquisa, e por isso tomei a decisão de outra vez conversar com as Profissionais de Saúde. Dessa vez fui diretamente ao endereço do CAPS I, expliquei a situação para elas, e perguntei se poderíamos conversar outra vez. Mediante a aceitação, realizei o segundo bloco de entrevistas, que dessa vez contou com a participação da psicóloga, e da assistente social com a enfermeira e não teve da atendente/recepcionista, pois a mesma não estava presente nesse dia. Não farei diferenciação ou pontuação entre o primeiro bloco de entrevistas e o segundo, tampouco nos “codinomes” adotados para identificá-las, por uma questão já mencionada, de anonimato. As entrevistas foram igualmente gravadas e tiveram duração de 12 e 16 minutos.

3.2 CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS E ANÁLISES

No processo de transcrição, a partir dos relatos, recortei o conteúdo de forma a organizá-lo em categorias, que foram sendo projetadas a partir do critério de aproximação semântica. As categorias identificadas foram: (a) Conhecimento acerca do comportamento suicida; (b) Recepção, manejo e ações de cuidados; (c) Fatores associados ao comportamento suicida; (d) As autolesões; (e) Frequência de ocorrências; (f) Prevenção. Tendo a divisão da categoria (c) em cinco subcategorias. Para cada categoria apresentada, foram elencados algumas falas das participantes que a exemplificam, mesmo que em diversos elementos de análise o número de ocorrências tenha sido maior que o número de exemplos.

Referente ao **(a) conhecimento acerca do comportamento suicida** obteve-se os seguintes relatos:

Tem pessoas que acham que é ser corajoso, outros que é ser covarde, mas eu acho que na verdade eles só querem tirar a dor que eles sentem, então por isso eles cometem o suicídio. (PS2)

No meu ponto de vista, é uma forma de blindar a dor. Ele não quer morrer. Ele quer se livrar daquela dor e daquele sofrimento. Ele está com um problema, um sofrimento muito grande, e ele não consegue lidar com aquilo. E daí é muito comum no relato dos pacientes, eles falarem assim “não aguento mais sofrer!”, “se eu morresse, eu iria ficar bem, eu pelo menos não estaria aqui sofrendo”. Então ele está em um sofrimento muito significativo, e eles vêm o suicídio como uma forma de se libertar disso, uma forma de eliminar a dor. (PS4)

Na verdade o suicídio é uma forma de se livrar do sofrimento, entende? Você está ali naquele sofrimento, mas você não quer mais ele, [...] é você querer se livrar - na verdade - você não quer tirar sua vida, você quer se livrar daquilo que está te prejudicando. (PS3)

Dentro dessa categoria podemos perceber a bagagem de conhecimentos que as participantes construíram sobre o comportamento suicida. É evidente que em suas trajetórias pessoais e profissionais entraram em conflitos com as vivências da temática, revelando certo impacto que o comportamento causa em todos os envolvidos. Além disso, percebe-se um entendimento horizontal, no sentido daquilo que Roosevelt Cassorla explica em seu livro “Suicídio - Fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução” na seção “O que é a morte para o suicida?”, dizendo: “... A pessoa que se mata não quer necessariamente morrer, pois nem sabe o que seria isso. Ela se mata porque deseja outra forma de vida, fantasiada, na terra

ou em outro mundo.” (CASSORLA, 2017, p.29). As profissionais comungam da ideia que a pessoa estaria buscando uma vida longe do sofrimento que sentem.

Quanto à (b) recepção, manejo e cuidados as participantes relataram:

Então, na verdade, quando chega pra gente, depois que chegou, a gente faz toda a questão das orientações, como um paciente, encaminha... Encaminha para o psiquiatra, como demora um pouco, a gente pede ao médico da unidade, porque ideação suicida, a psicologia é importante - muito importante - mas a psicoterapia, ela vai demorar um pouco até alcançar o objetivo, então tem que entrar com medicação. Independente do que for, (há necessidade de) entrar com medicação. Se o paciente está com familiares, a gente já pede pra conversar com familiares, se não a gente chama a família aqui, ou a gente vai na casa. A gente não deixa de um dia para o outro, tá?” (PS1)

[...] é a questão de chamar a família, da família estar sabendo de tudo que acontece. Então, a gente orienta (sobre) vigilância vinte e quatro horas, que a pessoa fique cuidando do paciente o tempo todo, se ela não pode, deixa alguém no lugar; em todos os lugares, cuidado com a medicação, cuidado com materiais que possam levar essa pessoa a cometer o suicídio; encaminha-se para a consulta médica, para tomar medicamento, e, o quanto antes, inicia-se, já, a psicoterapia. (PS1)

[...] a gente aqui no CAPS: visita o paciente, encaminha para o psiquiatra, como não tem psiquiatra na unidade aqui, a gente encaminha para a unidade de saúde (UBS), a unidade de saúde começa com a medicação em si, e aí já é encaminhado para o psiquiatra e psicólogo. [...] com urgência. Faz orientações; Orienta a família, porque tem cuidados (ações) que você tem que evitar, (como por exemplo) deixar objetos que vão facilitar a prática, entendeu?” (PS2)

Conforme os casos vão chegando, você vai direcionando. Não tem exatamente um protocolo. Você segue alguns passos: às vezes o paciente procura a unidade de saúde; às vezes ele procura o CAPS; de repente nem ele procura, quem procura é a família... E aí o primeiro passo é a visita mesmo, a estratificação, e aí já encaminha para unidade de saúde (UBS) pro médico iniciar com medicação. Como o psiquiatra demora algum tempo. Então o primeiro passo é encaminhar pro médico da unidade, para começar com a medicação. (PS2)
E você fica fazendo visitas (ao paciente). Você fica acompanhando o paciente, ou a gente liga pra unidade, liga pra família. Vai fazer visitas mais seguidas para o paciente, para acompanhar o caso, pra ver como está a evolução... Se ele está bem, se ele está se recuperando. (PS2)

Aqui no CAPS nós fazemos o matriciamento, que é uma reunião que acontece mensalmente com a UBS, pra gente estar discutindo esses pacientes (com comportamento suicida). Então esses pacientes também entram nessa discussão de tentar se pensar em uma melhor forma de trabalho com eles, então a gente tem no município 5 UBS's e toda sexta-feira a tarde é uma unidade que vem... Vem o enfermeiro, as ACS's⁸, e a gente conversa sobre os casos. Então a gente vai trabalhar uma tentativa de suicídio (por exemplo), o que a gente pode fazer?! [...] é uma forma de pensar

⁸ Referindo-se às Agentes Comunitárias de Saúde (ACS)

em conjunto, sobre novas estratégias e (a partir) daí a gente desenvolve ações. [...] como que está funcionando ou não, ou (supondo exemplos) “vamos chamar um familiar”, ou “vamos fazer uma visita domiciliar”, ou às vezes a própria Unidade (UBS) fica sabendo de um caso que nós não estamos sabendo ainda, ou que o paciente não busca ajuda, então nós trabalhamos com busca ativa também, que é fazer uma visita a esse paciente, propor o tratamento, oferecer (ajuda). (PS4)

Nessa categoria vemos como se dá o atendimento às pessoas que apresentam comportamento suicida e chegam ao CAPS I. Nesses atendimentos é enfatizado um padrão (ANGROSINO, 2009) de atendimento, no entanto não se possui um protocolo para esses atendimentos, seguindo mais ou menos uma sequência de ajuda onde leva-se em consideração: a necessidade da medicalização; a consulta com um médico psiquiatra, mesmo que antes a pessoa seja atendida por um clínico geral (médico da UBS respectiva de cada bairro), para o quanto antes receber os medicamentos; o início das psicoterapias; e as orientações que devem ser repassadas aos familiares. Dentre essas orientações, as que se destacam nas falas das profissionais são: vigilância 24 horas, para que se evite ao máximo deixar a pessoa que está em risco sozinha, afastamento dos meios letais, tanto quanto o controle do uso dos medicamentos prescritos.

Quanto aos **(c) fatores associados ao comportamento suicida**, foram identificadas alguns fatores específicos citados pelas entrevistas, e por isso essa categoria foi dividida em subcategorias:

(c1) sintomas depressivos:

O que eu percebo são pacientes que já vem apresentando sintomas depressivos a um tempo, o suicídio vem como um dos últimos sintomas que aparecem. Geralmente o paciente passa a apresentar sintomas depressivos, como tristeza, choro frequente [...] É muito relativo, porque varia de uma pessoa para outra, mas (outros exemplos) perda de interesse pelas atividades, insônia, alteração do sono, do apetite, e vários outros sintomas. Chega um momento, que eu percebo, que ele não consegue mais lidar com todos esses sentimentos, aí aparece esse sintoma de ideação. (PS4)

Eu percebo que existe uma maior demanda, no caso de pacientes depressivos, que desenvolveram esse sintoma da ideação suicida e tentativa, em pessoas que enfrentam algum problema... um problema muito difícil, que não conseguem resolver, então eles acabam ficando muito mal e adoecendo. (PS4)

Geralmente as pessoas que vem com esse problema de depressão, são

peças muito sozinhas, ou com os amigos, não tem uma rede social, ou é a questão familiar que a gente fala, ou é questão assim de ser só, né? (PS4)

(c2) homossexualidade:

Gênero! Gênero... Homossexuais, por exemplo, eles tem bastante essa questão, tá? Muitos que aparecem aqui, lá no fundo você vai ver que é falta de aceitação deles mesmo, sabe? As pessoas aprendem a não discriminar... Só que eles sabem que a família vê eles de olhos diferentes, a sociedade vê eles com olhos diferente, eles não estão preparados para aguentar isso. Tá? (PS1)

E a homossexualidade. A questão da sexualidade, em todos os pacientes que eu atendi, que tinham essa opção sexual, eles tinham ideiação suicida. Todos! Então eu vejo assim que eles passam por um conflito muito grande, de questão de identidade, e acredito também que o preconceito das pessoas atinge muito eles, são muitas questões que eles têm que lidar socialmente. Então esse conflito leva muito a essa fuga de querer morrer. (PS4)

(c3) rompimento de relacionamentos amorosos e impulso:

E outra coisa que acontece muito é o relacionamento conjugal. Ou de namoro, ou de marido e mulher (casados). Onde tem um rompimento, ali... talvez até <inaudível> porque parece que a vida acabou. Nesse momento a vida acabou e não tem mais sentido viver, porque aquela pessoa me deixou. Alguns vem de uma depressão muito forte, mas o que mais acontece é meio que por impulso. A gente percebe isso, meio impulso: "vou fazer isso". Alguns, as pessoas podem até dizer que é forma de chamar atenção, ou modinha, mas é para alívio da dor, porque eles não estão preparados emocionalmente para lidar com aquela dor, porque parece que o mundo acabou. (PS1)

Geralmente, quando acontece a tentativa de suicídio, é logo após o término de um relacionamento que a pessoa tem. Eu estava até falando pra "PS1", um caso que aconteceu lá em Medianeira ontem: o cara terminou o relacionamento com a namorada e tentou o suicídio. Então isso acontece mais por impulso mesmo. (PS2)

(c4) dificuldades com a família:

Mas aí também tem que ter uma contrapartida da família, porque não adianta você (o CAPS) mandar para o psiquiatra, o médico prescrever a medicação e a família não assumir o compromisso de medicar. Porque às vezes o paciente não vai tomar a medicação. Ele é relapso muitas vezes. São alguns que tem a consciência de que devem tomar (a medicação) corretamente, outros quando eles estão um pouquinho melhor, ou às vezes pela depressão mesmo, não tem vontade de usar a medicação e acabam não usando corretamente. Então a família tem que ajudar, a família tem que tomar conta, e ver (conferir): tem que dar a medicação na mão do paciente e mandar ele engolir, e mandar abrir a boca pra ver se ele engoliu mesmo, porque às vezes ele pode esconder dos lados da boca, embaixo da língua e jogar fora. (PS2)

[...] além do que eu falei antes, as questões familiares, problemas familiares... Eu vejo que a pessoa que não tem uma estrutura familiar, que não tem esse apoio da família, que os pais não são muito assertivos e enfrentam muitos problemas, tendem muito a ter problema, principalmente na adolescência, né? Então muitos casos de autolesão conta na estrutura familiar. Ou pais separados, ou brigas constantes, ou violências, sabe? (PS4)

Eu acho que a maior dificuldade a gente encontra quando o paciente não tem uma estrutura familiar ou o apoio familiar, porque quando você trata de um paciente assim, eles estão em risco e não consegue responder por si só. E a gente tem alguns casos que não tem uma estrutura familiar que esteja presente. (PS3)

(c5) vítimas de abuso sexual:

Inclusive, uma outra questão que eu acredito que leve muito, não é que leve muito, mas que já apareceu com frequência é a questão de vítimas de abuso sexual. As pessoas que não fazem um acompanhamento no momento e vão guardando aquele sofrimento, e chega um momento que elas não conseguem lidar com isso e a única alternativa que elas veem é isso. Temos também vários casos de vítimas de abuso que desenvolveram uma depressão, a ponto de querer morrer. (PS4)

(c6) trabalho e problemas financeiros:

Já tivemos vários pacientes com problemas financeiros, levando a uma depressão muito grave levando a esse desejo de morrer, e inclusive a gente perdeu um paciente, foi o único desde que eu estou aqui, que a gente perdeu e foi por questão de dívidas. Então eu vejo que essa questão das dívidas pesa muito em algumas pessoas. E os outros dois casos que eu vejo muito também: problemas no trabalho, [...] com estresse muito agudo, que cai para uma depressão [...]. Então acaba levando a esses sintomas também. (PS4)

Na compreensão dos fatores associados ao comportamento suicida, foi evidenciado pelas participante o aspecto multifatorial, entretanto analisando os pormenores, distingue-se a extrapolação do modo de pensar saúde-doença, trazendo à tona situações biográficas, com contextos sociodemográficos, econômicos, psicossociais e culturais, e foi por isso que senti a necessidade de subcategorizar alguns desses fatores. Em um primeiro momento gostaria de compartilhar aquilo que Botega (2015) diferencia como fatores predisponentes e fatores precipitantes, exemplificando com a prática encontrada nos relatos: a depressão e o abuso sexual são exemplos do primeiro tipo de fatores, enquanto a desilusão amorosa e a derrocada financeira são fatores precipitantes. Sempre será mais complexo analisar um suicídio consumado a partir dos fatores predisponentes do que a partir da análise isolada de um acontecimento recente (fator precipitante). (BOTEGA, 2015).

O relato da relação percebida entre o comportamento suicida e a depressão, ou com os “sintomas depressivos” revela que entre os transtornos mentais, a depressão é a doença com maior ocorrência nessa unidade, e frequentemente leva a pessoa a ver o suicídio como única saída.

De acordo com os estudos há maior prevalência de comportamento suicida em indivíduos homossexuais e bissexuais, principalmente entre adolescentes e adultos jovens, e de fato, isso foi encontrado e relatado em campo. Há muitos outros fatores que permeiam as fissuras desses relatos: o estigma referente às culpas de caráter individual, como cita Goffman (2014), percebidas como vontade fraca, como a homossexualidade, a inconformidade de gênero, o sofrimento psíquico e os comportamentos suicidas.

Embora o comportamento suicida não pode ser pormenorizado e reduzido a uma única causa como o término de um relacionamento amoroso, a explicação da situação conjugal como sendo um fator de risco apareceu entre as participantes, sendo constantemente relacionado com a impulsividade das pessoas em questão.

Na subcategoria sobre as dificuldades com a família, as profissionais de saúde contam o quanto as interações familiares muitas vezes corroboram aqueles que apresentam comportamento suicida a até mesmo cometer o ato. Como explica Durkheim (2000) ao tratar das falhas sociais, o suicídio também é dado pelo caráter falho em uma unidade familiar. O suicídio, portanto, pode ser um produto das circunstâncias vivenciadas no meio familiar, as experiências podem, portanto, sujeitar ou agravar mazelas individuais nas quais o sujeito desenvolve fantasias destrutivas em níveis asfixiantes e, por fim, interromper a vida torna-se efetivamente algo aplicável (SILVA, 1984).

Passando adiante, consistentemente através de estudos científicos, relata-se a associação de abusos sexual (físico e emocional também) com vários transtornos mentais, e também com o comportamento suicida. O risco aumenta de acordo com a intensidade com que se sofreu o abuso (BOTEGA, 2015).

As emoções, em Durkheim (2000), são entendidas como produtos da sociedade, ainda que negociadas, defende que: quando as condições sociais não proporcionam metas sociais que possibilitem o engajamento dos sujeitos, ou regras sociais claras, a saúde mental é afetada, e aqui podemos exemplificar - infelizmente - com o caso do suicídio que uma das entrevistadas me conta, em que teve como fator precipitante as dívidas.

Dentro da categoria **(d) as autolesões**, é importante diferenciar os dois tipos de autolesões que foram relatadas: autolesão com ideação suicida e autolesão não suicida. As participantes relataram:

Nós temos uma paciente, ela tem 41 anos, e ela se lesiona assim, e é bem profundo. Teve uma vez que teve que fazer ponto, teve que fazer sutura. Então ela faz isso não na tentativa de se matar, ela diz pra gente "Eu preciso aliviar a minha dor. Eu preciso aliviar o que eu estou sentindo, e é a forma que eu encontro". Ontem mesmo eu conversei com uma (outra), que ela faz isso também, mas essa tem a ideação suicida, só que ela não relaciona esses cortes com a ideação. (PS1)

Porque a autolesão, a gente vai trabalhar com a questão da dor. A questão da dor que ele quer aliviar. Porque ele quer aliviar a dor, mas não quer morrer. (PS1)

Por exemplo, na semana passada faltou (à consulta) uma paciente que se auto lesiona, e ela tem ideação, também. Então, ela faltou; a gente não conseguiu encontrar em casa, ela; e a gente pediu pra Unidade avisar pra ela vir aqui. E ela veio ontem. E daí, assim, ela está muito mal, e com o medicamento que ela está, não está resolvendo. Então, já agilizei a consulta, agora, na sexta, ela consulta com o psiquiatra, entendeu? Chamamos a família, conversamos com a mãe: "Mãe, não pode deixar medicamentos com ela, porque ela me disse que ela tinha planejamento de tomar toda a medicação; que uma amiga dela tinha dito que se ela tomasse dezenove comprimidos, ela morreria". Então, a ideação dela era tomar dezenove comprimidos. (PS1)

A autolesão não suicida representa qualquer comportamento intencional envolvendo agressão direta ao corpo, sem intenção consciente de suicídio, não aceita socialmente em meio a sua própria cultura e nem para exibição (GIUSTI, 2013) e é considerada um transtorno mental. Embora ela não esteja dentro da definição de comportamento suicida adotada desde o início desse trabalho, não só é extremamente difícil de separá-la, como é importante mencioná-la pois considera-se que o monitoramento das lesões autoprovocadas intencionalmente ajuda a identificar aspectos de comportamentos que são relevantes para a prevenção do suicídio.

Sobre a **(e) frequência de ocorrências** de pessoas com comportamento suicida no CAPS I, as participantes relataram que não há um levantamento de dados, porém é possível termos uma noção dessa frequência com as falas:

Aqui no CAPS é bem frequente. Não sei dizer em números, qual a frequência, pois nós nunca fizemos um levantamento de dados, mas, hoje assim, eu tenho bastante pacientes na minha agenda, e passa por mim bastante com ideação. (PS4)

A frequência é assim, quase diária, a nossa aqui é quase diária. (PS3)

Ultimamente tem sido quase que semanalmente. Aparecem casos de pessoas com ideação, e com tentativas também. (PS2)

Então, assim, chega pra nós, ao menos, dois ou três casos por semana, tá? De ideação suicida. É rara a semana que não aparece... É rara, sabe? (PS1)

Quando indagadas sobre a **(f) prevenção**, responderam:

[...] Sabe, eu acho que tem que desmistificar; que a ideação suicida vem por causa de um sofrimento, porque muitos acham que é uma forma de chamar atenção. A gente ouve aqui, de familiares: "Ah, tá querendo chamar a atenção", mas não, é uma manifestação de sofrimento. Então, que ele pode ser, muitas vezes, evitado - o suicídio - se a família estiver de olho e procurar a ajuda necessária. (PS1)

E a prevenção, que eu acho assim - que eu acho não, que eu tenho certeza: é alguém vê que você está sofrendo, que você está com essas ideias, (deve) é levar ao tratamento, levar ao psicólogo, fazer um encaminhamento e ter assim uma sequência de ajuda, entende? Uma sequência de ajuda... Não é o "cuidar" para que não faça; é o "cuidar" para que saia daquele sofrimento. Tentar resolver aquilo que está, na ideia da pessoa, que é muito "sofrer", está sofrendo... E tirar aquele sofrimento... ajudar ela a se livrar do sofrimento. A prevenção é isso. (PS3)

Eu acho assim, que teria que fazer um trabalho, que a gente não faz, mas que deveria ser feito, sabe? Um trabalho assim de mais orientações... Ter uma equipe multiprofissional [...]. Para que começasse desde as escolas. Porque nós não temos problemas com as pessoas só de mais idade, nós temos muitos problemas com os jovencinhos. Então começar desde aí fazer palestras, mostrar pra eles que as dificuldades a gente tem. Mas, que tem que buscar uma forma de pular por cima, e arrumar outra forma de você vencer as dificuldades, né. Então, eu acho que seria com palestras, orientações... mais orientações. (PS3)

Acho que é isso, né. Porque eu acho que assim, "nós" população, não estou falando somente de "nós" saúde, não é só saúde, teria que ser a comunidade inteira, até mesmo as igrejas, né? Se unir de alguma forma. (PS3)

Na minha opinião falta muito trabalhar com prevenção. Então assim, as pessoas elas ainda tem muito preconceito, muita resistência, quando o assunto é saúde mental, então é muito comum, eu ouvir os pacientes falar pra mim que "eu não queria vir aqui, porque iriam me chamar de louco", ah, "isso é sinônimo de fraqueza", hoje mesmo uma paciente falou pra mim assim que "as pessoas falavam pra mim que era frescura", então as pessoas tem muito ainda essa forma de olhar pra saúde mental, então elas procuram ajuda, quando o caso já está muito grave. Elas poderiam procurar ajuda antes, que teria muito mais opções e seria muito mais fácil para se resolver. [...] Precisaria mais palestras. As pessoas precisam entender o que é uma depressão, eu vejo muitos casos que existe um caso na família, que a pessoa está apresentando sintomas depressivos, mas uma mãe, um pai não conseguem perceber, e é muito visível quando a pessoa começa a ter os primeiros sintomas, então as pessoas não conseguem detectar isso, quando elas percebem, já está muito grave. Então é por conta dessa resistência, talvez se fosse falado mais sobre esse assunto... Já mudou muito, mas creio que falta ainda, pras pessoas perceber que isso é sério, importante e é necessário o tratamento. Não há nada de errado em buscar a ajuda de profissionais. (PS4)

Na concepção de prevenção ao suicídio foi enfatizada a natureza mais ampliada da prevenção, envolvendo não apenas fatores relacionados aos transtornos mentais associados ao comportamento suicida, mas essencialmente o aspecto sócio cultural e a necessidade de começar a prevenção em outros âmbitos, para além da saúde, envolvendo as escolas, as igrejas e a comunidade.

4 DISCUSSÃO

*“Joana é mais uma mulata triste que errou.
Errou na dose, errou no amor,
Joana errou de João, ninguém notou.
Ninguém morou na dor que era o seu mal,
a dor da gente não sai no jornal.”*

Notícia de Jornal - Chico Buarque⁹

Dentro dessa seção me proponho a primeiro organizar e compartilhar o porquê de ser afetada e escolher essa temática para estudar, depois expor e discutir alguns pontos acerca do atendimento na rede pública de saúde, especificamente em Matelândia-PR. Posteriormente, contextualizar o movimento histórico de assistência psiquiátrica no Brasil, traçando e discutindo pontos que avalio como importantes para engrandecer as ações de prevenção na cidade em que este trabalho foi realizado.

4.1 O DESPERTAR PARA A PESQUISA

O interesse em desenvolver um estudo sobre pessoas com comportamento suicida começou a tomar forma em 2017, assim que iniciei a disciplina de TCC I, porém, não foi desde o começo que o assunto esteve delimitado e com seus objetivos claramente especificados. Nessa época minha pretensão era compreender a morte e o morrer, posteriormente amadureci a ideia de trabalhar com os estágios do luto, contudo, investigando a fundo aquilo que conformava minhas motivações para a escolha da tese, seguindo as reflexões de Jeanne Favret-Saada, em seu texto “Ser afetado”, não à toa foi que apurei um tema transpassado pela saúde mental e pelo fenômeno do suicídio.

É fundamental que aqui eu compartilhe uma experiência pessoal, a responsável por conduzir-me pelos caminhos que me encontro ao redigir esse trabalho. O ano era 2011 e eu estava de aniversário naquele dia, cumpria 20 voltas ao redor do sol; aliás, sol esse que lutava com as nuvens, no céu domingueiro da cidade de Curitiba. Lembro que eu havia dormido na casa de uma amiga, porque

⁹ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Qz8raFQNDGI>. Acesso em: 26/06/2019.

avistava um aniversário triste, afinal eu estava longe de minha família, sem muito dinheiro, morando de favor na casa de uma prima distante, bastante longe do meu trabalho e de mais a mais tinha o fato de minha irmã mais velha, que esteve morando comigo, recém ter voltado para a casa de nossos pais no interior do estado. Ela estava em uma crise de depressão recorrente, enquanto vivenciava o luto pela perda de seu namorado, sendo esse o exato motivo de seu retorno a Matelândia. Estávamos todos bastante preocupados, especialmente porque nada a consolava, sem contar o agravante: no sábado anterior ela havia ingerido muitos comprimidos antidepressivos (os quais estava usando para conter o quadro psicoemocional), misturando-os com vinho, com a finalidade que sabíamos qual era, mas não nos deu a dimensão real do que poderia mesmo acontecer. Aqui está um dos pontos principais, que gostaria de problematizar mais adiante: embora minha mãe já tivesse, anos antes dessa situação, vivenciado ela mesma sua crise depressiva, com ideações suicidas, e de certa forma deduzisse alguns cuidados específicos que deveria adotar para com a minha irmã, é bastante curioso (para não dizer desastroso) o que ocorreu quando os atendimentos médicos à Pati aconteceram.

Mas, seguindo com o dia, apesar dos pesares ainda era o meu aniversário, e pela tarde assistimos o jogo do Brasil entre amigos. No início da noite, resolvi retornar a Pinhais, e quando cheguei na casa de minha prima, ela, seu marido e seu filho me receberam com um bolo surpresa. Depois de conversarmos e comemorarmos, dei “boa noite” e fui para o quarto a fim de responder alguns *scraps* de felicitações no antigo *orkut*, só que não pude, pois meu computador não funcionou. Nesse momento ocorreu uma queda geral na luz e meu celular tocou, quando atendi e ouvi a voz de minha mãe, entendi tudo que estava acontecendo. Foi no escuro, entre gritos de desespero no fundo da ligação, e a voz chorosa de minha mãe me pedindo calma, que minha vida mudou para sempre, com a notícia do suicídio de minha irmã.

A quem me lê peço desculpas pelos detalhes que apresentam uma densidade particular e até podem parecer irrelevantes a esse trabalho, entretanto, foi a partir de dessa análise que inevitavelmente cheguei a meu objeto de estudo, fazendo justiça àquilo que em mim quis registrar essa experiência, compreendê-la e fazer dela um objeto de ciência (FAVRET-SAADA, 2005, p.160). Esse fato abrupto motivou minha busca por tentar entender não só o que leva uma pessoa a tirar a própria vida, mas também quem ela poderá encontrar no caminho que a impeça, a salve ou minimamente entenda o que está acontecendo e a acolha.

4.1.1 Teve Atendimento Médico?

De acordo com uma importante revisão sistemática de artigos publicados, sobre a prevenção do suicídio no mundo, revelou-se que 90% dos casos podem ser prevenidos, pois estão associados a psicopatologias passíveis de serem diagnosticadas e tratadas (BERTOLOTE et al. 2010). Esses dados não significam que todo suicídio relaciona-se com uma doença mental, tampouco que toda pessoa acometida por uma doença mental vá se suicidar, entretanto, não se pode fugir da constatação de que uma doença mental aumenta a vulnerabilidade e se impõe nos casos de comportamento suicida. A reflexão sobre esses dados é que instigou, e ainda instiga, uma revisão e o melhoramento dos protocolos de atendimento, tratamento e acompanhamento de pessoas em situação de risco, bem como de suas famílias e da comunidade em que está inserida.

Como narrado mais acima, uma das questões encontradas na prática do atendimento médico a minha irmã é passível de ser trazida à discussão. Após minha mãe ter encontrado as cartelas de medicamentos (ela ingeriu cerca de 30 comprimidos) e o litro de vinho vazios, foi verificar se Pati vivia ou não, como obteve respostas em meio a um profundo sono, imediatamente ligou para a Dra. Clínico Geral, responsável pelo atendimento da UBS. A médica ateu-se ao fato de que como minha irmã estava consciente, o caso não demandaria lavagem gástrica. Orientou minha mãe que se houvesse algum episódio de vômito ou efeitos colaterais chamasse o SAMU e fosse ao hospital com ela. E esse foi o atendimento realizado para com uma pessoa que apresentava claramente um comportamento suicida, com o agravante do transtorno depressivo (de conhecimento da médica, inclusive). Na mesma semana minha mãe procurou o outro médico da UBS, explicou-lhe o caso e pediu outra receita de remédios, já que a Pati havia tomado todos que tinha para o próximo mês inteiro, ao passo que esse Dr. a encaminhou para uma consulta psiquiátrica. O psiquiatra a atendeu, sugeriu que ela se afastasse do trabalho pelo INSS, receitou novos remédios e liberou. Nenhum dos três médicos pelos quais minha irmã passou a encaminhou para um psicólogo, fez a estratificação de risco, ou mesmo debateu o assunto de (possível) internamento ou de outras estratégias de proteção à vida, com minha mãe. Nenhum dos três falou sobre o afastamento dos meios letais. Nenhum dos três falou que em hipótese alguma a deixasse sozinha.

Nessa época a cidade de Matelândia ainda não tinha um CAPS, e os cuidados médicos via Sistema Único de Saúde, concentravam-se todos na UBS, ou ao menos passava inevitavelmente por lá, para que fosse encaminhado para algum especialista. Com esse caso fica exposto o quanto em 2011 ainda se tratava o assunto do suicídio com ignorância, tanto quanto o tema era visto como um tabu; as orientações eram escassas, o atendimento à saúde mental não possuía uma sistematização de atendimentos especializados, etc. Embora a pessoa estivesse tomando medicamentos, que supostamente estavam tratando de um adoecimento, a prática médica expressava um certo modo de ser objetivo-materialista, excluindo que o adoecimento - especialmente o adoecimento mental - é intensamente impregnado por subjetividades (SOUTO; PEREIRA, 2011)

4.1.2 Algo Mudou?

Felizmente muita coisa mudou dentro do atendimento do SUS em relação ao comportamento suicida na cidade de Matelândia. Atualmente, há uma atenção direcionada quando essa demanda de pessoas chega até os profissionais de saúde. Com a implantação do CAPS (em 2015), mudou-se radicalmente o quadro de desassistência que caracterizava a saúde mental pública, e a cidade passou a ter um ponto de suporte à atenção à saúde mental na rede básica, bem como um acolhimento mais amplo e preparado. Portanto, os indivíduos que apresentam, não só o comportamento suicida previamente identificado, mas também aqueles que estão com algum quadro de transtorno mental severo ou persistente, se chegam - hoje - à UBS, são direcionados ao CAPS, e lá o atendimento conta com um entendimento diferenciado para com eles.

Há, evidentemente, uma demanda que ainda não busca nem a UBS, tampouco o CAPS, e por vezes, sequer se percebe como alguém que precisa cuidar de sua saúde mental. Assim, no sentido do que foi encontrado nos relatos das participantes, acerca da prevenção do comportamento suicida, faz-se necessário um olhar diligente a essa população, seja através de palestras ou estratégias outras.

4.2 SAÚDE MENTAL E A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Historicamente, podemos situar as décadas de 1980 e 1990 como marcos significativos nas discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. Foi a partir da 1ª Conferência de Saúde Mental (1987) e com a mobilização dos profissionais de saúde mental juntamente com os familiares de pessoas com transtornos mentais que houve a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (MS, 2005)¹⁰. Anos depois com a Lei Federal nº 10.216, o Sistema Único de Saúde (SUS) passa a adotar a política de redução gradativa e continuada dos leitos e hospitais psiquiátricos para investir em CAPS, estrutura substitutiva com base na ressocialização das pessoas com tormentos psíquicos.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os serviços de atenção à saúde mental, teve um valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois ao ser instituído, primeiramente em São Paulo no ano de 1987, alcançou repercussão nacional e demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. É função dos CAPS, portanto, organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios e articular estratégias dessa rede e da política de saúde mental num determinado território.

4.3 O CAPS E OS CUIDADOS FRENTE A PREVENÇÃO

A partir da experiência no cuidado de pessoas com comportamento suicida, as Profissionais de Saúde projetam ações continuamente construídas a partir de situações vivenciadas e que servirão de base para outras motivações frente às ações de cuidado a essa população. A projeção dessas ações tem como ponto de partida a bagagem de conhecimento adquirida e a situação biográfica de cada pessoa que chega ao atendimento, refiro-me àquilo que Schutz (2012) explicou como sendo a

¹⁰ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 13/06/2019

larga cadeia de experiências acumuladas anteriormente, onde tanto o conteúdo quanto a sequência que se deu no espaço-tempo são de exclusividade individual, por isso, subjetivamente, dois indivíduos jamais poderiam vivenciar a mesma situação da mesma forma, o que requer das Profissionais de Saúde, o estabelecimento de vínculos que possibilitem a escuta atenciosa e qualificada.

Muitos suicídios são evitados quando se lança mão de estratégias adequadas de identificação do comportamento de risco, acompanhamento efetivo das pessoas com comportamento suicida, restrição do acesso aos meios letais e o tratamento das pessoas com transtornos mentais (BOTEGA, 2015). Nesse sentido, os fatores de proteção são muito mais complexos de se mensurar em contrapartida aos fatores de risco, porém Minayo (2005) aponta de forma mais ampla alguns fatores de proteção importantes que contribuem para uma estratégia permanente de prevenção do suicídio, sendo eles:

assistência médica que propicie cuidados clínicos efetivos e apropriados às pessoas que apresentam sinais de transtornos mentais, físicos e de abuso de substâncias; facilitação de acesso à variedade de intervenções clínicas e de suporte prestado pelos serviços de autoajuda; restrição de acesso aos métodos de suicídio mais letais; **suporte à família e à comunidade para que se tornem parte do apoio para os que mantêm ideação ou tentam suicídio**; priorização e suporte aos serviços que cuidam da saúde física e mental das pessoas em risco de suicídio e tratamento que tenha como parte constitutiva o desenvolvimento de habilidades na solução de problemas, resolução de conflitos e de disputas de forma não violenta (p.229) (grifo meu).

Não obstante de todos os assuntos pesquisados, descritos e comentados no corpo deste trabalho, há um ponto central, específico e que interessa especialmente ao grupo pesquisado: a prevenção do comportamento suicida. De acordo com os fatores protetivos citados por Minayo (2005), o *“suporte à família e à comunidade para que se tornem parte do apoio para os que mantêm ideação ou tentam suicídio”* é percebido pela pesquisadora como um aspecto a ser melhorado.

Na assistência a uma pessoa, tendo como objetivo sua recuperação, quiçá cura (quando possível), precisamos de ações que ultrapassem o diagnóstico médico e a consecutiva prescrição de remédios e as orientações práticas e objetivas às famílias. Acolher, integrar e direcionar ações de cuidados às pessoas que tiveram alguém próximo que teve uma tentativa de suicídio, ou convivem com o risco, porque são importantes no processo de tratamento daqueles que sofrem, e são primordiais para que, não só as chances de estabilidade e sucesso de tratamento aumentem, como

inclusive para continuar consolidando a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil, uma vez que cuidar daquele(s) que cuida(m) (aqui refiro-me à mãe, pai, tia, esposo, filhos, etc. - aqueles que acompanham a pessoa em sofrimento) contribui para que cada vez menos busquem a internação de seus entes, tanto quanto o ajudem no amparo a crises agudas, por exemplo. Haja vista que somos construídos para admirar pessoas que lutem pela vida e queiram viver intensamente, enquanto deplora-se aquelas que impõe a própria morte ou seu sofrimento, as famílias precisam de ajuda para expressarem-se em concordância com a ajuda que a pessoa em risco necessita. É importante lembrar, também, das pessoas que já perderam alguém por meio do suicídio, que Tavares (2013) chamou de “sobreviventes”. O impacto para essas pessoas é tão significativo que podem apresentar risco de futuro de suicídio. Isto chama atenção para a importância de conhecer os processos de ser sobrevivente, o que pode ajudar a compreender o processo de sofrimento antecipatório de uma família que acompanha uma pessoa em sofrimento grave com ameaça de suicídio. Bertolote (2012) afirma que “o suicídio é a pior de todas as tragédias humanas. Não apenas representa a culminância de um sofrimento insuportável para o indivíduo, mas também significa uma dor perpétua e um questionamento torturante, infundável, para os que ficam”.

Faz-se necessário a articulação de uma rede de apoio voltada à pessoa atendida através de um plano de cuidado para identificar as necessidades de saúde de cada um. Para isso, é preciso conhecer a pessoa, os que estão à sua volta e o meio em que vive, compreender a interação do sujeito consigo mesmo, com quem está à sua volta e com o meio em que vive, assim como os fundamentos dessa interação. A partir daí, identificar o que pode ser feito para que essa pessoa tenha um melhor bem-estar existencial e, em cima disso, negociar com a própria pessoa um plano de cuidado integral.

O encontro entre as Profissionais de Saúde pressupõe um vínculo. Portanto, para se realizar um atendimento que vise o cuidado integral, é necessário, no mínimo, horizontalizá-los e aculturá-los (profissionais e atendidos) como sujeitos relacionantes interessados no cuidado que se pretende propor a partir do encontro, levar em consideração o ambiente histórico, social e cultural, compreendendo-os à luz da experiência e das percepções das duas pessoas. Ao identificar necessidades de saúde, valorizar elementos relacionados ao sofrimento, ao risco e à vulnerabilidade, e

ao propor um plano de cuidado, fazê-lo compreendendo o atendido como um ser existente e autônomo.

Ou seja, os saberes estabelecidos são bem-vindos desde que haja espaço para compreendê-los e adequá-los, se for o caso, afinal, conhecimento também é saber o que o outro não sabe.

Em 2005, o Ministério da Saúde formou um grupo de trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio, com as metas de reduzir as taxas de tentativas e de efetivação do suicídio, além de procurar reduzir os danos causados pelo suicídio entre familiares e amigos daqueles que se suicidaram. O Brasil foi o primeiro país da América Latina que elaborou Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, com a portaria nº 1.876¹¹ (BRASIL, 2006).

Dentre as ações dessas Diretrizes, destacam-se propostas de organizar linhas de cuidados integrais, uma rede eficaz de intervenções e aspectos como a promoção da qualidade de vida, a criação de estratégias de comunicação e sensibilização em relação ao suicídio, promoção de cuidados à população que contemplam acesso a modalidades terapêuticas, estímulo à pesquisa e a disseminação de informações sobre as tentativas de suicídios propriamente ditos, assim como a educação permanente de profissionais da saúde (BOTEGA, et al, 2006. p.219)

Durante a construção deste trabalho foi aprovada a Lei Federal nº13.819 que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a mesma prevê a obrigatoriedade da notificação compulsória, de caráter sigiloso, válida para os casos de tentativa de suicídio e automutilação por estabelecimentos de saúde, segurança, escolas e conselhos tutelares. Além de medidas de notificação, a Lei inclui a criação de um sistema nacional, envolvendo estados e municípios, para prevenção da automutilação e do suicídio, bem como um serviço telefônico gratuito para atendimento do público. Acredita-se que com o acompanhamento estatístico será possível criar políticas direcionadas, de acordo com o fenômeno mapeado com o auxílio dos números, e gradativamente colocar em prática as propostas (revisadas e melhoradas) outrora sugeridas pelas Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio¹².

¹¹ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 19/06/2019.

¹² Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13819.htm. Acesso em: 19/06/2019

A construção de uma rede de cuidados seria fundamental para que se possa acolher as pessoas em sofrimento mental e continuar o movimento em direção a maior autonomia dessas pessoas. Uma rede poderá ser formada a partir da articulação de vários setores e espaços da sociedade, sendo articuladas entre instituições, associações, cooperativas e variados outros espaços das cidades.

Contudo, é fundamental para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para a comunicação e sensibilização a todos os integrantes da cidade, podendo assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental.

5 PRECISA DE AJUDA?

“A melhor forma de entender o suicídio não é estudando o cérebro, e sim, as emoções. As perguntas a fazer são: ‘onde dói?’ e ‘como posso ajudá-lo?’”

Dr. Edwin Schneidman

Não poderia me despedir deste trabalho sem antes mencionar o esforço da instituição que, desde 1962, vem fazendo frente no acolhimento, não só de pessoas que apresentam comportamento suicida, mas que sofrem mentalmente de alguma maneira. O Centro de Valorização da Vida (CVV) nasceu a partir da associação de alguns jovens que cursavam Engenharia Civil na USP, e notaram os frequentes casos de mortes na estação Linha 4-Amarela, percebendo que tratava-se de casos de suicídio, iniciaram o trabalho com uma espécie de busca ativa, fazendo plantões junto às portas do metrô, e quando notassem alguém cabisbaixo, agoniado, ou em outros tipos de situação que poderiam ser relacionadas à vontade de se jogar, as abordavam e conversavam. Esse trabalho de escuta evolui para o que hoje temos acesso através do telefone 188 (24 horas sem custo de ligação), pessoalmente em postos de atendimentos, ou pelo site www.cvv.org.br, por chat e e-mail. A expansão da chamada sem cobrança no país vem acontecendo desde o ano passado (2018), após convênio assinado com o Ministério da Saúde. O CVV recebe em torno de dois milhões de ligações de cidadãos em busca de ajuda.

Outro fruto de trabalhos, pesquisas e atendimentos em torno do tema do suicídio vem do professor e psiquiatra Neury José Botega, amplamente citado neste trabalho, que indica o uso de uma sigla no momento em que você percebe-se diante de casos com comportamento suicida e sente que pode ajudar: R.O.C - R de Repare no Risco, O de Ouça com Atenção, sem julgar, comparar ou logo querer consolar e C de Conduza a um profissional de saúde mental.¹³

¹³ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=wk6xTPFx0I4>. Acesso em: 20/06/2019

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se pôde observar, o suicida foi alvo de diferentes condutas e julgamentos sociais e o suicídio passou por diferentes entendimentos no curso da História. De abominado a aceito, de incentivado à negado, diversos povos e diversas culturas apresentaram diferentes formas de lidar com o mesmo fenômeno. O que inclusive suscita que a cultura poderá exercer suas forças tanto para elevar o risco quanto para proteger o indivíduo contra o suicídio. Hoje, porém, à luz da ciência e de suas descobertas e tecnologias, é possível afirmar que os desafios não são menores daqueles que se tinha há muitos anos.

Assim, pode-se refletir que a morte, sobretudo quando é atingida através do suicídio, traz sempre consigo um mal-estar, é um tabu. O suicídio é um ato complexo, portanto não é explicável de forma simplista, como mero resultado de uma doença mental ou de uma desordem social, mas necessita sim do amplo envolvimento da interdisciplinaridade, não para explicá-lo, mas para compreender fatores que podem predispor uma pessoa a precipitar-se ao suicídio e ajudá-la com o devido acolhimento, prestando o cuidado que necessita.

Observamos que existem algumas lacunas na compreensão das profissionais de saúde investigadas sobre o comportamento suicida, e com isso, pode-se inferir que o suicídio ainda é visto como um problema individual, o que dificulta sua compreensão mais ampla, envolvendo o campo social e coletivo, âmbitos fundamentais para o desenvolvimento de ações de prevenção.

Frequentemente o comportamento suicida está associado a transtornos psíquicos, no entanto ao dar voz às equipes de saúde que atuam no CAPS, fica evidente que na experiência desses profissionais ações de prevenção ao suicídio precisam contemplar outras áreas da vida da pessoa que apresenta comportamento suicida, sendo fundamental a realização de ações que envolvam os familiares e sejam iniciadas em outros espaços, como por exemplo, na escola e em igrejas. Essa ampliação relacionada à comunicação, sensibilização e compreensão do comportamento suicida é fundamental para expandir as ações de prevenção, no entanto, ao realizar essa amplificação, colocando-o não apenas como uma questão individual, mas também como um problema social, requer soluções de enfrentamento coletivas e comunitárias aumentando a necessidade da inserção de outros atores

sociais. Além dos serviços de saúde, é fundamental um apoio intersetorial, envolvendo a educação, centros de apoio, entre outras áreas, de modo a articular uma rede ampliada não só da saúde, mas abrangendo os demais setores da vida da pessoa em sofrimento psicoemocional.

Os resultados produzidos nesta pesquisa evidenciam a difícil rotina vivenciada pelas profissionais de saúde ao se depararem com os atendimentos, o que leva a reflexão da necessidade do autocuidado das mesmas, como um princípio para cuidar dos demais, pois elas são pilares fundamentais para a gestão e andamento das atividades que ajudam abundantemente quem passa pelo atendimento CAPS.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para outras pesquisas no assunto, para o ensino, além de instigar diferenciadas ações de cuidado integral e a ampliação no desenvolvimento da atenção à saúde mental com ênfase na prevenção.

REFERÊNCIAS

- ANGROSINO, Michael. **Etnografia e observação participante: coleção pesquisa qualitativa**. Bookman Editora, 2009.
- BANDO, D. H. et al. **O suicídio na cidade de São Paulo: uma análise sob a perspectiva da Geografia da Saúde**. São Paulo: Humanitas, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro: São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1979.
- BERTOLETE, José Manoel; DE DE LEO, Diego. **O suicídio e sua prevenção**. Editora UNESP, 2012.
- BERTOLETE, J.M.; MELLO SANTOS, C. de & BOTEGA, N.J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, [online]. 2010, vol.32, suppl.2, pp.S87-S95. ISSN 1516-4446. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600005.v.32>, pp. 87-95. (2010).
- BOTEGA, N. J. **Crise Suicida - Avaliação e Manejo**. 1ed. Porto Alegre: Artemed, 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde (2006). **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais da equipe de saúde mental**. Ministério da Saúde. Em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf Acesso em 12/01/2014.
- BRASIL, Ministério da Saúde (2017). **Boletim Epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil**. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. Acesso em: 19/06/2019.
- BRASIL, Ministério da Saúde (2018). **Setembro Amarelo - apresentação de novos dados**. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/20/Coletiva-suicidio.pdf> Acesso em: 20/06/2019.
- CASSORLA, RMS. **Suicídio - Fatores incoscientes e aspectos socioculturais: uma introdução**. 1ed. São Paulo: Blucher, 2017.
- DE FREITAS, Ana Paula Araújo. **“DA SUA VIDA CUIDO EU!” OS SIGNIFICADOS DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE**. 2013. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- DURKHEIM, E. **O suicídio**. 1ªed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FAVRET-SAAD, Jeanne. “**Être Affecté**”. In: *Gradhiva: Revue d’Histoire et d’Archives de l’Anthropologie*, 8. 990. pp 3-9. Tradução de Paula Siqueira. Revisão Tânia Stolze Lima.

GANDRA, D. da. S. Suicídio na perspectiva antropológica. In GANDRA, D. da. D. **Morte e suicídio: uma abordagem multidisciplinar**. Petrópolis: Vozes, p. 176 – 182, 1984.

GIUSTI, J. S. **Automutilação: Características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo**. 2013. Tese. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

GOFFMAN, E. **Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ªed. Tradução de Mathias Lambert. Data da digitalização 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 750-757, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilza Ramos de. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. In: **Série B. Textos Básicos de Saúde**. Brasil. Ministério da Saúde, 2005.

MINAYO, M. C. de S. O desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza (organizadora). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

MINOIS, Georges. **História do suicídio: a sociedade ocidental diante da morte voluntária**. Traduzido por Fernando Santos. - São Paulo: Editora Unesp, 2018.

SCHUTZ, A. **Sobre fenomenologia e Relações Sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

SILVA, J. A. S. Interações familiares na decisão do suicídio. **Morte e suicídio: uma abordagem multidisciplinar**. p Petrópolis: Vozes, p. 183 – 187, 1984.

SOUTO, Bernardino Geraldo Alves; PEREIRA, Sissi Marília dos Santos Forghieri. História clínica centrada no sujeito: estratégia para um melhor cuidado em saúde. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 36, n. 3, 2011.

TABUTI, R. C. T. **Prevenção do Suicídio: Dados Epidemiológicos do Paraná e Ações realizadas pela SESA**, Disponível em: <http://www.proec.ufpr.br/download/extensao/2018/suicidio/Seminario%20de%20Prevencao%20do%20Suicidio%20UFPR.pdf> Acesso em: 10/06/2019

TAVARES, M. S. A. **Suicídio: o luto dos sobreviventes**. In Conselho Federal de Psicologia, O suicídio e os desafios para a Psicologia. (pp45-58). Brasília: CFP, 2013.

VITENTI L. D. P. **Além do Suicídio**: identidade, morte e rituais entre os Atikamekw de Manawan, In 29ª Reunião Brasileira de Antropologia: Natal/RN, 2014.

WERLANG, B.S.G. & ASNIS, N. (2004). Perspectiva histórico-religiosa. In: Werlang, B.G. & Botega, N. J. (2004) **Comportamento suicida** (pp. 59-74). Porto Alegre, RS: Artmed Editora. BOTEGA, 2015.

WHO. Preventing suicide: fact sheets. Genebra: **Who Press**, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.