

ANA PAULA ARAÚJO DE FREITAS

**SIGNIFICADOS DO COMPORTAMENTO SUICIDA PARA
PROFISSIONAIS E USUÁRIOS NOS CONTEXTOS DA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lucienne Martins Borges.

Florianópolis
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Freitas, Ana Paula Araujo de
Significados do comportamento suicida para
profissionais e usuários nos contextos da Atenção
Básica à Saúde e Assistência Social / Ana Paula
Araujo de Freitas ; orientador, Lucienne Martins
Borges, 2019.
203 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia,
Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. comportamento suicida. 3.
saúde mental. 4. políticas públicas. I. Martins
Borges, Lucienne. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
III. Título.

ANNA PAULA ARAÚJO DE FREITAS

*SIGNIFICADOS DO COMPORTAMENTO SUICIDA PARA
PROFISSIONAIS E USUÁRIOS NOS CONTEXTOS DE
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL*

Tese aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 29 de Março de 2019.

Dr. Carlos Henrique Sancinetto da Silva Nunes
(Coordenador - PPGP/UFSC)


Dra. Lucienne Martins Berges
(PPGP UFSC - Orientadora)


Dra. Andrea Barbará Bousfield
(PPGP UFSC - Examinadora Interna)


Dr. Mauricio Eugênio Maliska
(PPGP Ciências da Linguagem - UNISUL - Examinador Externo)

Prof. Dr. Carlos Henrique Sancinetto da Silva Nunes
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Psicologia/CFH/UFSC
Portaria nº 1403/2017/GR

Dra. Nadja Cristiane Lappann Botti
(PGENF UFSJ - Examinadora Externa)

Dra. Daniela Ribeiro Schneider
(PPGP UFSC - Examinadora Suplente Interna)

Dra. Joselma Tavares Frutuoso
(Dept. de Psicologia- UFSC - Examinadora Suplente Externa)

Dedico esta tese a todos que de alguma maneira estiveram envolvidos no processo de construção deste trabalho e no meu processo de crescimento enquanto pessoa.

AGRADECIMENTOS

Inicio estes agradecimentos com um sincero obrigada, "profê"! Obrigada por respeitar o meu desejo e ter topado estar comigo nesse desafio! Obrigada por ensinar através do exemplo: exemplo de profissionalismo, do que não fazer, de ética e de boas práticas! Obrigada ainda por nomear meus medos, insistir e me fazer crescer! Eu me sinto muito feliz por nossos caminhos terem se cruzado e se alinhado lá em 2011.

Agradeço aos meus amigos, a todos eles, pela companhia, pelos telefonemas e encontros, pelas conversas e abraços, pela torcida! Em especial à Ju, Isa, Fê, Caro e João, vocês são incríveis!

Agradeço ao NEMPSIC por todas as oportunidades de trocas e de aprendizado. E pelos colegas de grupo se tornaram amigos da vida. Agradeço também à equipe da Emergência do HU, pela possibilidade de ampliar o olhar clínico.

Agradeço aos amigos que o NEMPSIC me deu, Maiara Pereira Cunha e Márcio Jibrin, profissionais de esmero, colegas de profissão e agora amigos de almoços, jantares e cafés.

Agradeço à Allyne Fernandes Oliveira Barros, pela parceria e pela escuta sempre carinhosa e atenta.

Agradeço à Paola Nunes Goularte. Obrigada por todas às vezes que marcamos de trabalhar e ficamos conversando, pelas vezes que a coisa apertou e a gente deu conta, pelas construções de trabalho, trocas de vida e espaços de escuta.

Agradeço aos participantes desta pesquisa, profissionais e usuários, aos colegas de CRAS, obrigada por participarem, sem vocês esta tese não existiria.

Agradeço aos colegas do CRAS Trindade, obrigada por terem bancado a minha saída apesar de tudo o que isso representou para o serviço. Meu sincero obrigada!

Agradeço à Prefeitura Municipal de Florianópolis, pela licença que me permitiu ir estudar e conhecer outro país. Obrigada à Maria Cláudia pelo sim!

Agradeço à Karen pela ajuda com a estatística, um dos maiores desafios da análise de dados.

Agradeço aos professores que fizeram parte da minha banca de qualificação - Professora Dra. Andrea Barbará, professora Dra. Magda do Canto Zurba e professor Dr. Jeferson Rodrigues pelas contribuições.

Agradeço aos professores da banca de defesa: professora Dra. Nadja Cristiane Lappann Botti, professor Dr. Maurício Eugênio Maliska

e professora Dra. Andrea Barbará Bousfield, que me acompanha desde a qualificação da dissertação, em 2012. Obrigada por aceitarem o convite de participar deste momento de trocas e reflexões, que encerra esta etapa importante da minha formação.

Agradeço às minhas professoras de francês do CELE/IEE, *merci beaucoup à* Luciana e Maiara e à minha querida amiga Ethel, a brasileira de coração mais francês que conheço, que generosamente me entregava a cópia da matéria quando eu não podia ir às aulas (e não eram poucas as vezes).

Agradeço à psicóloga Beatriz Miranda, que me recebeu em Québec e compartilhou comigo um pouco da sua experiência profissional, do seu trabalho na rede e da sua vida.

Agradeço à Mariá Boeira Lodetti, a melhor professora de francês e de *vivre à Québec*. Obrigada pela dedicação em ensinar e por não me deixar esmorecer com tanta gramática, muitas tarefas e falta de tempo. *Je suis fière de toi!*

Je remercie ma professeure Stéphanie Arsenault, sa gentillesse et son accueil ont été très importants pour mon séjour à l'Université Laval, à Québec et au Canada en général. Merci pour tous les échanges!

Je remercie Lisa et Julie, mes colocataires. Merci pour les partages, les soupers accompagnés de vin et les sessions cinéma!

Je remercie aussi "les filles" - Justine, Marie-Elisa, Marie-Éve, Johanna, Laurie et Carolina. Que de bons moments!!

Je remercie les amis de l'Atelier de Conversation Française, merci Quentin, Roxanne, Marjorie, Karen, Mirna et Laura pour toutes les expériences vécues!

Je remercie Antoine. Tu es arrivé au moment le plus chargé du doctorat, de ma vie, mais quand même, au meilleur moment! Merci d'être patient, généreux et toujours positif. On a encore beaucoup à découvrir ensemble, ici ou chez toi!

Agradeço à minha família, obrigada pelo amor! Jamais vou cansar de agradecer ao meu pai, Paulo, por acreditar e apoiar minha vontade de estudar. Eu sempre soube que eu queria construir o meu lugar, trilhado por mim e que não necessariamente seria o mesmo das outras pessoas. Eu consegui!

E por último agradeço à minha mãe, Vera, que vibra, comemora, chora, fica orgulhosa e se preocupa com coisas que só mãe se preocupa. Obrigada por me ensinar desde cedo que "embora eu ache que a água está fria, só vou saber mesmo se eu mergulhar"!

Amo vocês mãe, pai, João e Carol!

FREITAS, A.P.A. de. **Significados do comportamento suicida para profissionais e usuários nos contextos da Atenção Básica à Saúde e Assistência Social.** 2019. 203f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2019.

Orientadora: Prof^a Dr^a Lucienne Martins Borges.

Data da defesa: 29/03/2019.

RESUMO

O comportamento suicida é uma problemática importante para a Saúde Pública e também para a Atenção Básica. Estudos estimam que cerca de 45% dos usuários que morrem por suicídio têm contato com estes serviços nas semanas ou meses anteriores à morte. Desta forma, considerando o papel que a Atenção Básica desempenha na identificação e no acompanhamento de situações nas quais há risco de suicídio, este estudo, de natureza quali-quantitativa, teve como objetivo compreender os significados do comportamento suicida para profissionais que atuam e usuários atendidos na Atenção Básica das políticas de Saúde e de Assistência Social de um município do sul do Brasil. A fim de responder a este objetivo, o presente estudo foi dividido em duas etapas: a primeira, quantitativa, utilizou como instrumentos o QUACS, um questionário que avalia atitudes frente ao comportamento suicida a partir de três fatores e um questionário sociodemográfico, aplicados a 80 profissionais das políticas acima mencionadas. A segunda etapa, qualitativa, entrevistou 15 profissionais dentre os que participaram da primeira etapa e 12 usuários atendidos nos serviços. Entre os profissionais, foram encontradas diferenças significativas para os sentimentos negativos em relação ao paciente e para a percepção da capacidade profissional, Fatores 1 e 2 do questionário, quando comparados às variáveis “política pública em que atua”, “capacitação profissional”, “sexo” e “formação profissional”. Foram indicadas diferenças na compreensão do direito ao suicídio, Fator 3 para a variável “religião”. Na comparação entre profissionais e usuários foram construídas quatro categorias de análise, cujos elementos apontaram semelhanças e diferenças para a compreensão do suicídio. A primeira categoria discorreu sobre os diferentes significados atribuídos ao comportamento suicida, desde a definição do que é o comportamento suicida para os dois grupos até a vivência por parte dos usuários e os sentimentos despertados nos profissionais. A categoria 2 apresentou as

experiências dos usuários nos serviços e as intervenções realizadas pelos profissionais, e as categorias 3 e 4 abordaram questões que são entendidas como desafios e que facilitam o atendimento nos serviços de atenção básica. Os resultados apontaram para um olhar sobre o comportamento suicida por parte dos usuários que vai além do uso de medicações e reforçam a necessidade de trazer a discussão sobre o tema para mais próximo das equipes e a importância da capacitação dos profissionais como estratégia para qualificação do cuidado.

Palavras-chave: tentativa de suicídio, suicídio, profissionais, atenção básica.

FREITAS, A.P.A de. Meanings of suicidal behavior for professionals and users in the contexts of Primary Health Care and Social Assistance. 2019. 205f. Thesis (Doctorate in Psychology) – Psychology Graduate Program, Federal University of Santa Catarina, 2019.

ABSTRACT

Suicidal behavior is an important problem for Public Health and also for Primary Care. Studies estimate that about 45% of users who die from suicide have contact with these services in the weeks or months prior to death. Thus, considering the role that Primary Care plays in the identification and follow-up of situations in which there is a risk of suicide, this qualitative and quantitative study aimed to understand the meanings of suicidal behavior for professionals and users in Public Health Services and Social Assistance policies of a municipality located in the south of Brazil. In order to respond to this objective, the present study was divided into two stages: the first, quantitative, used QUACS as instruments, a questionnaire that evaluates attitudes towards suicidal behavior from three factors, and a sociodemographic questionnaire applied to 80 policy-makers. The second stage, qualitative, interviewed 15 professionals among those who participated in the first stage and 12 users of the services. Among the professionals, significant differences were found for the negative feelings regarding the patient and for the perception of the professional capacity, Factors 1 and 2 of the questionnaire, when compared to the variables "public policy in which it operates", "professional qualification", "gender" and "vocational training". Differences of understanding in the right to suicide were indicated, Factor 3 for the variable "religion". In the comparison between professionals and users, four categories of analysis were built, whose elements pointed to similarities and differences in the understanding of suicide. The first category discussed the different meanings attributed to suicidal behavior, from the definition of suicidal behavior for the two groups, to the experience of the users and the feelings generated in the professionals through their interactions. Category 2 presented users experiences in services and interventions carried out by professionals, and categories 3 and 4 addressed issues understood either as challenges or facilitating factors in the primary care services. The results reinforce the need to bring the discussion about suicide behavior closer to the teams and the importance of training professionals as a strategy for qualifying care.

Keywords: suicide attempted, suicide, professionals, primary health care.

FREITAS, A.P.A de. Signification du comportement suicidaire pour les intervenants et les usagers des services de première ligne de la Santé et des Services sociaux. Thèse (Doctorat en Psychologie) - Programme d'Études Supérieures en Psychologie, Université Fédérale de Santa Catarina, 2019.

RÉSUMÉ

Le comportement suicidaire est un problème d'importance pour la santé publique ainsi% des utilisateurs qui se suicident sont entrés en contact avec ces services dans les semaines ou les mois qui ont précédés le décès. Ainsi, considérant le rôle joué par les soins de première ligne dans l'identification et le suivi des situations dans lesquelles un risque de suicide existe, cette étude qualitative et quantitative visait à comprendre la signification du comportement suicidaire, à la fois pour les professionnels qui travaillent que pour les utilisateurs déservis par les services de première ligne des services de santé et d'assistance sociale d'une municipalité du sud du Brésil. Afin de répondre à cet objectif, la présente étude a été divisée en deux étapes: la première, quantitative, utilisait QUACS comme instrument, un questionnaire évaluant les attitudes à l'égard des comportements suicidaires à partir de trois facteurs et un questionnaire sociodémographique, appliqué à 80 professionnels. La deuxième étape, qualitative, a interrogé 15 professionnels parmi ceux ayant participé à la première étape et 12 usagers ayant été déservis par les services de première ligne. Parmi les professionnels, des différences significatives ont été trouvées quant aux sentiments négatifs à l'égard du patient ainsi que sur la perception de la capacité professionnelle, facteurs 1 et 2 du questionnaire, par rapport aux variables «politique publique dans laquelle il opère», «qualification professionnelle», et «formation professionnelle». Des différences dans la compréhension du droit au suicide ont été indiquées, facteur 3, pour la variable «religion». Dans la comparaison entre professionnels et usagers, quatre catégories d'analyses ont été construites, dont les éléments ont mis en évidence des similitudes et des différences par rapport à la compréhension du suicide. La première catégorie a présenté les différentes significations attribuées au comportement suicidaire, la définition du comportement suicidaire pour les deux groupes, l'expérience des usagers et les sentiments suscités chez les intervenants. La catégorie 2 a présenté l'expérience des usagers dans les services et les interventions effectuées par les intervenants, tandis que les catégories 3

et 4 ont exposé les problèmes considérés comme des facteurs qui facilitent ou rendent difficiles les soins dans les Services de Santé. Les résultats ont mis en évidence des facteurs liés au comportement suicidaire des usagers qui vont au-delà de l'utilisation de médicaments. De plus, ils valident la nécessité d'un rapprochement entre les problématiques rencontrées par les équipes et l'importance de la formation continue des intervenants en tant que stratégie d'amélioration des outils employés lors des interventions.

Mots-clés: tentative de suicide, suicide, intervenants, soins de première ligne.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tipologia da violência.....	32
Figura 2 - Fluxograma das etapas da pesquisa, respectivos participantes e instrumentos.....	65
Figura 3 - Esquema comparativo das semelhanças e diferenças encontradas entre os dois grupos após análise e discussão da Categoria 1.....	105
Figura 4 - Esquema comparativo das semelhanças e diferenças encontradas entre os dois grupos após análise e discussão da Categoria 2	123
Figura 5 - Esquema comparativo das semelhanças e diferenças encontradas entre os dois grupos após análise e discussão da Categoria 3.....	135
Figura 6 - Esquema comparativo das semelhanças e diferenças encontradas entre os dois grupos após análise e discussão da Categoria 4.....	142

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise de frequências dos participantes de acordo com a política pública na qual trabalha e valores totais.....	68
Tabela 2 - Análise descritiva dos três fatores e respectivos itens do QUACS respondidos por profissionais que atuam nas Políticas de Saúde e Assistência Social.....	71
Tabela 3 - Comparaçao das médias dos três fatores do QUACS de acordo com a política pública em que trabalha.....	73
Tabela 4 - Comparaçao entre as variáveis sociodemográficas, os três fatores do QUACS e respectivos níveis de significância.....	74
Tabela 5 - Síntese das categorias, subcategorias e elementos de análise.....	79

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	21
2. OBJETIVOS.....	29
2.1 Objetivo geral.....	29
2.1. Objetivos específicos.....	29
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	31
3.1 O comportamento suicida – De conceitos à dimensão psíquica.....	31
3.2 Os números do suicídio.....	36
3.2.1 Suicídio.....	36
3.2.2 Tentativa de suicídio.....	38
3.2.3 Ideação suicida.....	40
3.3 A construção do significado do suicídio – da Antiguidade Clássica aos dias atuais.....	41
3.4 A Saúde Mental na Atenção Básica da Saúde e da Proteção Social Básica da Assistência Social.....	47
3.5 Os significados do comportamento suicida por profissionais e usuários dos serviços de Saúde e da Assistência Social – o que há disponível na literatura?.....	52
4. MÉTODO.....	55
4.1 Delineamento da pesquisa.....	55
4.2 Contexto.....	56
4.3 Primeira etapa.....	58
4.3.1 Participantes.....	58
4.3.2 Instrumentos para coleta de dados.....	58
4.3.3. Procedimentos de coleta de dados.....	59
4.3.4 Tratamento e Análise dos dados.....	60
4.4. Segunda etapa.....	61
4.4.1. Participantes.....	61
4.4.2. Instrumentos para coleta de dados.....	62
4.4.3. Procedimentos de coleta de dados e questões éticas da pesquisa.....	63
4.4.4. Tratamento e Análise dos dados.....	64
5. RESULTADOS.....	67
5.1 Primeira etapa.....	67
5.2 Segunda etapa.....	77
5.2.1 Apresentação das categorias e subcategorias.....	78
6. DISCUSSÃO.....	87

6.1 Primeira etapa.....	85
6.2 Segunda etapa.....	88
6.2.1 <i>Categoria 1: Os significados atribuídos ao comportamento suicida.....</i>	88
6.2.2. <i>Categoria 2: A experiência dos usuários nos serviços e as intervenções realizadas pelos profissionais.....</i>	105
6.2.3. <i>Categoria 3: Desafios observados na rede de Atenção Básica.....</i>	124
6.2.4. <i>Categoria 4: Aspectos que auxiliam na elaboração da experiência vivida.....</i>	136
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	145
REFERÊNCIAS.....	157
ANEXOS.....	177
ANEXO 1 - Questionário de atitudes em relação ao <u>comportamento suicida.....</u>	177
APÊNDICES.....	183
APÊNDICE 1 - Questionário sociodemográfico para profissionais dos serviços de Saúde e Assistência Social.....	183
APÊNDICE 2 - Entrevista semi-estruturada para profissionais dos serviços de Saúde e Assistência Social.....	185
APÊNDICE 3 - Questionário sociodemográfico para usuários dos serviços de Saúde e Assistência Social.....	187
APÊNDICE 4 - Entrevista semi-estruturada para usuários dos serviços de Saúde e Assistência Social.....	189
APÊNDICE 5 - Termo de consentimento livre e esclarecido para profissionais de Saúde e de Assistência Social.....	191
APÊNDICE 6 - Termo de consentimento livre e esclarecido para usuários atendidos nos serviços de Saúde e de Ssistencia Social.....	195
APÊNDICE 7 – Carta de instruções.....	199
APÊNDICE 8 – Tabela de categorias, subcategorias e elementos de análise dos profissionais.....	201
APÊNDICE 9 – Tabela de categorias, subcategorias e elementos de análise dos usuários.....	203

1. INTRODUÇÃO

Para iniciar esta tese, considero importante apresentar meu percurso na temática do suicídio. *Por que tu estudas suicídio? Com tanta coisa para estudar... tanta coisa mais feliz!* Algumas vezes ouvi essa frase. E diversas pessoas, de diferentes contextos, me questionavam que motivo me fazia querer saber mais sobre pessoas que queriam morrer. Para início de conversa, adianto que não é bem assim...

Pois bem... Esse interesse começou em 2009, quando eu trabalhava em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e fazia especialização em Saúde Mental. Eu tinha um número expressivo de usuários do serviço que vinham me relatar suas tentativas de suicídio, o atendimento na emergência do hospital da cidade e também os maus-tratos que recebiam por parte da equipe em geral. Eu ficava sempre com aquela situação na cabeça e me questionava o que elas, em sua maioria mulheres, estavam tentando dizer. Porém, uma coisa eu já sabia, elas não queriam morrer!

Escolhi então a temática para o meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), a representação do suicídio para usuárias de um CAPS, pesquisa cujos resultados infelizmente não chegaram a ser publicados. Em 2011 mudei de cidade e no ano seguinte comecei o mestrado. Precisava de um projeto para fazer minha inscrição e já tinha mais ou menos claro o que eu queria estudar: os profissionais das emergências, o outro lado dessa relação. Nesse ano, 2011, conheci a professora Lucienne, que chegou ao Departamento de Psicologia da UFSC três anos depois que me formei e aceitou me orientar.

Terminado o mestrado em 2013, entrei no doutorado, que começou em 2015. Eu sabia que a temática continuaria a mesma, só precisava conversar com minha orientadora a respeito. Nas primeiras vezes que nos encontramos para definir o objeto de estudo, meu foco ainda eram os serviços de emergência. Porém, o contexto começava a fazer um pouco menos de sentido, já que fazia quatro anos que eu estava trabalhando, e ainda trabalho, na Política de Assistência Social, em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) de Florianópolis.

Foi então que a professora me perguntou: *Por que você não estuda o comportamento suicida na Assistência Social?* De início achei que não iria funcionar, na minha cabeça da época ninguém chegava com demandas relativas ao comportamento suicida nos CRAS, embora eu

conversasse muito com minha colega de trabalho sobre o tanto que havia de demanda de saúde mental nos nossos atendimentos.

Coincidentemente, pouco tempo depois ganharam destaque na mídia o “jogo” Baleia Azul, a série *13 Reasons Why* e os profissionais da Política de Assistência Social começaram a demandar por capacitações em Saúde Mental para melhor atuarem na Proteção Social Básica. Porém, mais que tudo, a situação que me faz perceber a minha decisão acertada foi o dia em que, às 17h50', dez minutos antes do serviço fechar, em um turno de trabalho que nem era o meu, um rapaz entrou no “meu” CRAS e disse: *Eu vim aqui descobrir se ainda vale a pena viver ou se eu devo acabar com tudo!*

A fala do usuário que chegou ao CRAS dialoga com a notícia “*Taxa de suicídio entre jovens cresce 30% em 25 anos no Brasil: [...] Mata 26 brasileiros por dia e ninguém quer falar sobre o assunto*” (Biderman, 2013). O trecho acima, publicado em um jornal de circulação nacional, exemplifica uma importante questão para a saúde pública no Brasil e para a maioria dos países: o aumento do número de suicídios ocorridos nas últimas décadas, em especial entre a população jovem (Brasil, 2006; Souza, 2010; World Health Organization [WHO], 2014). No ano de 2012 foram registradas em todo o mundo aproximadamente 804.000 mortes por suicídio, números estes equivalentes à taxa¹ global de 11,4 mortes e a uma morte a cada 40 segundos (WHO, 2014).

Os países com maiores números absolutos de suicídio encontram-se na Ásia (China e Índia), embora as maiores taxas sejam encontradas em países da Ásia e da Europa Oriental. O Brasil ocupa o 8º lugar neste ranking (11.821 mortes em 2012) e a 63ª posição quanto à taxa de suicídio (5,8). Contudo, embora o Brasil apresente baixas taxas de suicídio, quando se considera o número total de mortes, o país salta para uma posição dentre os dez países com mais mortes por suicídio, devido ao fato de ser um país populoso (WHO, 2014).

Apesar da baixa taxa nacional de suicídio, há estados brasileiros que apresentam taxas próximas aos países com índices elevados, como por exemplo no interior do Rio Grande do Sul, cuja taxa está entre 15-30 (Botega, 2015). No Brasil, os maiores números absolutos de suicídios concentram-se nas regiões Sudeste e Sul (SP, RS e MG), embora as maiores taxas estejam em alguns Estados das regiões Sul e Centro-Oeste

¹ As taxas ou coeficientes de suicídio informam o número de suicídios para cada 100 mil habitantes no período de um ano (Botega, 2015). Portanto, neste estudo, serão omitidas as notações /100mil hab.

(RS, MS e SC) (Wailselfisz, 2014). Em 2013, o Estado de Santa Catarina ocupava o 3º lugar em números absolutos entre os três estados da região sul do país (Wailselfisz, 2014). A capital Florianópolis registrou 804 notificações de lesões autoprovocadas entre os anos de 2007 e 2017. Dentre estas, 70% foram tentativas de suicídio. De 2015 para 2016, registrou-se um aumento de 37,5% nas notificações de lesões autoprovocadas (Prefeitura Municipal de Florianópolis, [PMF], 2017).

As taxas de suicídio variam de acordo com o sexo e a faixa etária (Brasil, 2006; Marín-Leon & Barros, 2003; Schnitman *et al.*, 2010). A análise dos dados do Ministério da Saúde, referente aos anos de 2000 a 2013, apontou que o enforcamento, as lesões por armas de fogo e a auto-intoxicação por pesticidas foram as maiores causas de suicídio no país. O número de suicídios foi três vezes maior entre os homens e 29% superior em pessoas com mais de 59 anos (Machado & Santos, 2015).

Para cada suicídio consumado, estima-se que 10 a 20 tentativas são praticadas (Organização Mundial de Saúde, [OMS], 2006). Contudo, a subnotificação apontada pela literatura no registro dos casos de tentativa de suicídio ainda é um fator importante para a pouca precisão destas informações. Há ainda os casos nos quais a informação enviada aos sistemas de notificação refere-se à lesão ocorrida ou ao método utilizado (Botega, 2015; Marcolan, 2018; Minayo, 2005). O método mais utilizado nas tentativas de suicídio é a intoxicação – por medicamentos, por produtos domissanitários e ocorre com maior frequência entre o público feminino (Buriola, Arnauts, Decesaro, Oliveira & Marcon, 2011; Santos, Legay, Lovisi, Santos & Lima, 2013).

O histórico de tentativa de suicídio é o principal fator de risco para um futuro suicídio (Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010; Brasil, 2006). Nesse sentido, uma tentativa de suicídio pode aumentar em até cem vezes o risco de suicídio, se comparado ao risco da população geral (Owens, Horrocks & House, 2002). Quando a tentativa de suicídio acontece e há chance de socorrer a pessoa, o atendimento aos agravos decorrentes é realizado, na maior parte dos casos, nas emergências hospitalares (Freitas & Martins-Borges, 2014). Espera-se, então, que os profissionais de saúde destes serviços estejam capacitados para lidar com esta demanda; todavia, esta não é uma realidade compartilhada por todos os serviços.

Estudos realizados em contextos de urgência e emergência sobre o atendimento às tentativas de suicídio apontaram preconceitos contra quem tenta tirar a própria vida bem como condutas inadequadas de alguns profissionais. A falta de preparo para lidar com este público e a falta de capacitação sobre saúde mental e suicídio são aspectos a serem

destacados. Além disso, a presença de atitudes negativas como pouca empatia ou desejo de afastar-se do paciente também interferem diretamente na formação do vínculo e no cuidado (Freitas, 2013; Gibb, Beautrais & Surgenor, 2010; Sethi & Uppal, 2006; Srivastava & Tiwari, 2012).

O aumento ou a diminuição dos números de suicídios ou tentativas é, em parte, influenciado pelo atendimento que é realizado pelos profissionais de saúde ainda na emergência (Vidal & Gontijo, 2013). A fim de que seja resolutivo, este atendimento precisa estar alinhado à perspectiva de cuidado integral, cujas ações abarcarão o indivíduo, sua família e a articulação com os demais serviços de saúde e da rede intersetorial existentes nos municípios (Huband & Tamtan, 2000; Suokas, Suominen & Lönnqvist, 2009; Vidal & Gontijo, 2013).

Dentre estes, os serviços da Atenção Básica na Saúde e da Proteção Social Básica na Assistência Social² são dois dos principais parceiros para articular a continuidade do cuidado do paciente que recebe alta hospitalar. Faz-se referência às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e aos CRAS, equipamentos estes descritos como a porta de entrada para a Política de Assistência Social³ (Orientações Técnicas, 2009; PNAS, 2004). Contudo, apesar dos equipamentos públicos, o que acontece na prática é que nem sempre esta demanda é corretamente avaliada e absorvida nestes espaços.

Estudos mostram que 45% dos usuários que morreram por suicídio procuraram um serviço de Atenção Básica tanto no ano quanto no mês anterior à sua morte (Bono & Amendola, 2015; Leavey *et al.*, 2016; Luoma, Martin & Pearson, 2002). De forma semelhante à Atenção Hospitalar, médicos e enfermeiros de serviços de Atenção Básica referem relutância e falta de preparo para lidar com pessoas que apresentam demandas relativas ao comportamento suicida, além de indicarem a presença de sentimentos menos positivos para atendê-los (Medina, Kullgren & Dahlblom, 2014; Silva, Nóbrega & Oliveira, 2018; Yassen *et al.*, 2013).

Surgem a partir daí alguns questionamentos: como são acolhidas e atendidas as demandas relativas ao comportamento suicida na Atenção Básica das políticas públicas em Florianópolis? Os profissionais se

² A nomenclatura que designa os serviços da Política de Assistência Social é Proteção Social Básica (PNAS, 2004); contudo, fez-se a escolha de uniformizar a nomenclatura para ambas as políticas como Atenção Básica.

³ Doravante, os termos Política de Saúde e Política de Assistência Social serão abreviados como P.S e P.A.S, respectivamente.

sentem preparados para lidar com a saúde mental? E com situações nas quais se observam questões relativas ao comportamento suicida? No outro extremo, como os usuários atendidos nestes contextos avaliam o atendimento que recebem? Como se sentem ao serem atendidos? Qual é o significado que fica do comportamento suicida para eles?

A produção de conhecimento científico sobre as inquietações acima mencionadas dialoga com diferentes esferas, dentre elas as esferas científica, familiar, social e das Políticas Públicas, o que justifica a relevância desta tese. A busca por conhecimento científico disponível e atualizado mostrou um grande volume de publicações nacionais e internacionais sobre a temática do comportamento suicida. Contudo, não foram encontradas até o momento pesquisas que comparassem os dois grupos de interesse: pacientes atendidos por apresentarem comportamento suicida nas Atenções Básicas da Saúde e da Assistência Social e profissionais que atuam nestes mesmos contextos. Entre os estudos encontrados destacaram-se aqueles referentes a dados epidemiológicos, comparação entre sexos ou métodos utilizados, população idosa, indígenas e avaliação dos Programas de Prevenção de Suicídio desenvolvidos em diversos países (Reino Unido, Canadá).

No aspecto familiar, há um impacto importante sobre a vida dos familiares de pessoas que tentaram suicídio, estimando-se que cada suicídio afete diretamente de 5 a 6 pessoas. Já quando ocorre em lugares públicos, seu impacto pode chegar a centenas (Brasil, 2006). Tais informações reforçam a necessidade da efetivação do Programa Nacional de Prevenção do Suicídio, iniciado em 2005 e retomado em 2017, através de uma Agenda de Ações Estratégicas, que assumiu o compromisso de diminuir em 10% os números de suicídios no país até 2020. Para tanto, serão desenvolvidas ações no que concerne à vigilância e qualificação da informação, prevenção do suicídio e promoção da saúde e gestão e cuidado (Brasil, 2017), ações estas nas quais a Atenção Básica desempenha um papel importante.

Nesse sentido, Hirdes e Scarparo (2015) defendem que a integração da saúde mental à Atenção Básica é o melhor caminho para garantir que as pessoas com transtornos mentais e em sofrimento psíquico tenham o atendimento que necessitam. Considerando as características da oferta de cuidado e das diretrizes que a embasam, a direção das ações aponta para a criação de uma rede de cuidados articulados no território bem como o estabelecimento de parcerias intersetoriais e intervenções transversais junto com outras políticas públicas, garantindo assim a integralidade do cuidado (Campos *et al*, 2011; Cassorla, 1991).

Porém, o avanço observado nesse sentido é ainda tímido quando se considera, por exemplo, o volume de atendimentos que são realizados nas UBS e CRAS todos os meses. Há quase dez anos da criação Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Portaria 44, 2011), que colocou a Atenção Básica à Saúde como um dos pontos de atenção em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se na realidade brasileira um percurso mais lento em direção ao que já foi percorrido por outros países. Nestes, ainda que enfrentem desafios, há maior consolidação da Atenção Básica como o principal lugar de atendimento para a saúde mental (Gureje *et al*, 2015; Thornicroft & Tansella, 1999; WHO, 2008).

Desta forma, a partir do que foi apresentado, surgiu a seguinte pergunta de pesquisa: *Que semelhanças e diferenças existem entre os significados atribuídos ao comportamento suicida por profissionais da Atenção Básica da Saúde e da Proteção Social Básica da Assistência Social e por usuários que foram atendidos nestes mesmos serviços, por apresentarem este comportamento?*

A fim de responder à questão acima enunciada foi delineado um percurso metodológico que teve como *objetivo principal “compreender os significados atribuídos ao comportamento suicida para profissionais e usuários no contexto da Atenção Básica à Saúde e Assistência Social”*. Para tal, foram enumerados sete *objetivos específicos*, que se propuseram a comparar os significados do comportamento suicida e das intervenções realizadas entre profissionais de duas diferentes políticas públicas (P.S e P.A.S) e usuários atendidos nestes serviços e das duas políticas citadas entre si.

A *escolha metodológica* para dar conta de responder à complexidade do fenômeno foi a combinação das abordagens de natureza qualitativa e quantitativa, cuja coleta de dados foi realizada em duas etapas, por meio de um questionário de atitudes, o Questionário de Atitudes em relação ao Comportamento Suicida (QUACS) e um questionário sociodemográfico, que serão descritos na seção Método e de entrevistas, que possibilitaram acessar os significados do comportamento suicida em profundidade. Entre os *participantes*, estavam profissionais da Atenção Básica das P.S e da P.A.S e usuários, obedecendo os critérios de inclusão convencionados para cada um dos grupos.

Os *pressupostos teóricos* que fundamentam a compreensão do comportamento suicida estão ancorados na leitura psicanalítica do fenômeno, especificamente na dinâmica da passagem ao ato. Contudo, o

objetivo não é esgotar a discussão conceitual, mas sim nortear as discussões que serão apresentadas no decorrer do trabalho.

Em seguida, foram apresentados os *resultados* encontrados e a *discussão* dos mesmos com a literatura. A hipótese inicial da pesquisadora era que existem diferentes significados atribuídos ao comportamento suicida para os três grupos em questão (profissionais da P.S, da P.A.S e usuários), hipótese esta que, caso confirmada, indicará nas *considerações finais* possíveis desdobramentos a fim de preencher lacunas, sejam elas teóricas ou práticas, visando assim melhorar não apenas o acolhimento mas também a qualidade dos atendimentos, seja na perspectiva do usuário ou do profissional que o atende.

2. OBJETIVOS:

2.1 Objetivo geral

Esta pesquisa teve como objetivo compreender os significados atribuídos ao comportamento suicida para profissionais e usuários no contexto da Atenção Básica à Saúde e Assistência Social.

2.1. Objetivos específicos

1. Identificar os significados que os profissionais que atuam na Atenção Básica da Saúde e na Proteção Social Básica, da Assistência Social atribuem ao comportamento suicida dos pacientes que são atendidos;
2. Identificar os significados que usuários atendidos na Atenção Básica da Saúde e na Proteção Social Básica da Assistência Social atribuem ao comportamento suicida por eles apresentado.
3. Caracterizar as intervenções realizadas pelos profissionais da Atenção Básica da Saúde e da Proteção Social Básica, da Assistência Social aos usuários atendidos com presença de comportamento suicida;
4. Caracterizar as intervenções recebidas pelos usuários atendidos na Atenção Básica da Saúde e na Proteção Social Básica, da Assistência Social, em virtude da presença de comportamento suicida.
5. Comparar os significados atribuídos pelos profissionais da Atenção Básica da Saúde e da Proteção Social Básica da Assistência Social com os significados que os usuários atendidos nestes serviços atribuem ao comportamento suicida.
6. Comparar os significados atribuídos ao atendimento pelos profissionais da Atenção Básica da Saúde e da Proteção Social Básica da Assistência Social com os significados que os usuários

destes serviços atribuem ao atendimento recebido ao comportamento suicida.

7. Comparar os significados atribuídos entre os profissionais da Atenção Básica da Saúde e da Proteção Social Básica da Assistência Social ao comportamento suicida.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

*“Oh senhor cidadão,
eu quero saber, eu quero saber
com quantas mortes no peito,
 [...] se faz a seriedade?”*

Tom Zé

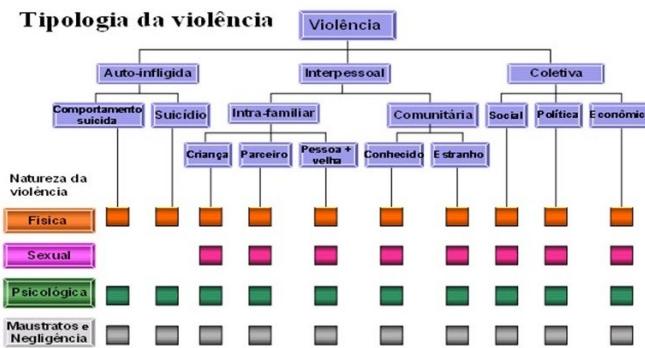
Este capítulo apresenta aspectos importantes para a compreensão do comportamento suicida. Na primeira parte, são definidos os conceitos de ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio. Além deles, são apresentados o conceito de passagem ao ato e fantasias inconscientes relacionadas ao suicídio. Em seguida, são apresentados os números sobre os três aspectos acima citados, referentes à população mundial e ao Brasil. A terceira parte abarca a construção histórica dos significados do suicídio, desde os gregos e romanos até o entendimento existente na contemporaneidade. A quarta parte apresenta o atendimento à saúde mental e ao comportamento suicida na Atenção Básica e a última parte conclui com os estudos disponíveis na produção científica sobre a temática.

3. 1 O comportamento suicida – De conceitos à dimensão psíquica

O comportamento suicida é um fenômeno complexo, resultado da interação de diferentes fatores que se acumulam na biografia do indivíduo, dentre eles fatores biológicos, sociais, culturais, psicológicos, ambientais. Logo, o acontecimento final que levou à morte pode ser entendido como o elo final de uma cadeia, a gota d’água de uma situação que teve seu início em outro momento da história do indivíduo (Cassorla, 1991).

Werlang e Botega (2004) definem o comportamento suicida dentro de um *continuum*, em cujo início estão as ideias ou pensamentos de morte, em seguida ameaças ou gestos, as tentativas de suicídio e por fim, o suicídio. Assim, o comportamento suicida é definido como o ato do indivíduo causar lesões a si mesmo, independente do grau de intenção ou de conhecimento da finalidade deste ato (Krug Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano 2002; Werlang & Botega, 2004). Cabe ressaltar que nem sempre o sujeito irá passar por todos os gradientes do

comportamento suicida, pois há situações nas quais o sujeito age impulsivamente, uma das características da pessoa sob risco de suicídio, e morre sem elaborado grau de planejamento ou sem ter praticado tentativas anteriores (Brasil, 2006). Na figura 1 a seguir, podem-se observar as diferentes naturezas das violências envolvidas no comportamento suicida. Observam-se as violências de natureza física, psicológica e relacionada a maus-tratos e negligência.



Fonte: World Health Organization. Preventing Violence: a guide to implementing the recommendations of the World Report on Violence. 2004.

Figura 1: Tipologia da violência (WHO, 2004).

A palavra suicídio – do latim *sui* = eu e *caedes* = matar – aparece pela primeira vez na literatura no século XVII, quando Thomas Browne utilizou o termo no seu livro intitulado *Religio Medici*, publicado em 1642 (Kalina & Kovadloff, 1984). Em 1651, a palavra é inserida no *Oxford English Dictionary*; até então, os termos utilizados para definir os atos daqueles que tiravam suas vidas eram auto-assassinato (*self-murder*, *self-killing*), auto-destruição (*self-destruction*), auto-homicídio (*self-homicide*) e automassacre (*self-slaughter*), no esforço de diferenciá-lo do homicídio (homicídio do outro *versus* homicídio de si mesmo (Alvarez, 1999; Krug *et al*, 2002).

Há inúmeras definições para o suicídio, como se observa na tese de Werlang (2000), que enumerou ao todo 15 conceitos. De maneira geral, os conceitos gravitam em torno da ideia de acabar com a própria vida, independente da motivação, intencionalidade (intensidade do desejo de morrer) ou letalidade (gravidade médica) do ato praticado (Werlang & Botega, 2004; Botega, 2015). Outra definição comumente

utilizada é a de Durkheim (2008[1897], p.15) que definiu como suicídio “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir esse resultado”.

Para a OMS, o suicídio, também chamado de *comportamento suicida fatal*, é resultado do ato praticado de forma deliberada e com conhecimento do seu desfecho, a morte. Nele, a intenção de morrer é um aspecto fundamental. Contudo, há dificuldade de saber quais as reais intenções do sujeito, pois isso só é possível através de bilhetes ou recados deixados. Ainda sobre a intencionalidade, importante pontuar que nem todos aqueles que sobrevivem a uma tentativa de suicídio querem viver e nem todos aqueles que morrem por suicídio planejaram-no (Krug *et al.*, 2002). Desta forma, convencionou-se “considerar como suicídio apenas as mortes em que o indivíduo, voluntária e conscientemente, executou um ato ou adotou um comportamento que ele acreditava que determinaria sua morte” (Werlang & Botega, 2004, p.21).

As tentativas de suicídio, ou *comportamento suicida não fatal*, são definidas como o ato de causar lesão a si mesmo, contudo o desfecho do ato suicida não resulta em morte. Nestes casos, a vontade de morrer não é obrigatoriamente um critério para o comportamento ser entendido como comportamento suicida não fatal (Krug *et al.*, 2002). Por fim, a ideação suicida se refere aos pensamentos ou ideias de se matar, nos seus diferentes graus de intensidade (Minayo, 2005).

É possível também definir um quarto conceito encontrado na literatura, a saber, os suicídios inconscientes. Cassorla (1991) afirma que os suicídios inconscientes são situações nas quais a pessoa se coloca em risco, sem ter a consciência de que pode vir a morrer. Outra definição para o suicídio inconsciente é a apresentada por Werlang e Botega (2005), que o define como o “ato que mimetiza o ato suicida, mas não resulta em desenlace fatal, independentemente do grau de severidade médica ou intencionalidade psicológica” (p.23). Exemplos de suicídios inconscientes são alguns acidentes automobilísticos, algumas doenças e os homicídios precipitados pela vítima, quando a pessoa provoca a morte de si mesma pela incitação do outro (Cassorla, 1991).

Além dos conceitos apresentados é essencial pensar o suicídio a partir da dinâmica psíquica. O comportamento suicida dialoga com os conceitos de *violência* e *agressividade*. A noção de violência está relacionada à força vital do sujeito, a um movimento defensivo de preservação da vida e sobrevivência (Corbeil & Richard-Devantoy, 2017). Já a agressividade, descrita por Senninger e Fontaa (1996) como

universal e encontrada em todos os indivíduos, tem sua máxima expressão através do ato violento. O que difere a violência da agressividade, segundo Bergeret (2002) é que a primeira não tem um objeto específico (é guiada pelo instinto de preservação), logo ela aparece como defesa às ameaças à integridade do sujeito. Já a segunda constitui-se uma experiência afetiva diferente no sentido de que tem conotações sádicas e de raiva dirigidas a um outro. Cabe ressaltar que Bergeret utiliza o termo *violência* de forma diferente do encontrado na literatura científica em geral, e mesmo no senso comum.

O mal-estar observado na atualidade caracteriza-se pelo predomínio dos registros no corpo, no agir e na maneira intensa como se apresentam as queixas dos pacientes (Birman, 2006). Dentre os exemplos deste agir está a passagem ao ato, expressão de um conflito psíquico, que na impossibilidade do sujeito verbalizá-lo ou somatizá-lo, o faz por meio do ato (Martins-Borges, Mayorca & Livramento, 2012). Logo, passagem ao ato indica obstáculos na expressão normal do funcionamento mental do indivíduo (Bergeret, 2002).

A passagem ao ato é, portanto, uma saída definitiva que é empregada no lugar da palavra (Wallauer & Maliska, 2012). Lacan (como citado em Wallauer & Maliska, 2012, p.158) explica que “o suicídio vem num momento em que justamente não há mais palavras, não há mais significantes que possam amenizar o sofrimento, ou que possam colocar no plano simbólico a angústia que está no plano Real”. Logo, o suicídio passa a ser considerado pertencente ao Real a partir do momento em que a angústia se materializa no corpo (Wallauer & Maliska, 2012).

O ato suicida tem diferentes funções, estas relacionadas aos diferentes indivíduos e às diferentes situações. Aparece como um pedido de ajuda frente a um sofrimento e uma angústia que não podem ser descritos nem nomeados. A morte passa a ser desejável, como solução; não que se deseje morrer, mas porque viver tornou-se insuportável (Cassorla, 1991). Sobre desejar a morte, Freud apontava que a morte não tem um registro no inconsciente. Como o desejo é da ordem do inconsciente, não é possível desejar morrer, mas sim a libertação do sofrimento, embora muitas vezes esse seja o desfecho (Wallauer & Maliska, 2012).

Freud (2010[1915]), no texto intitulado *Considerações atuais sobre a guerra e a morte*, discutiu a relação que as pessoas estabelecem com a morte, no sentido de negá-la ou considerá-la externa à existência humana. Nesse sentido, esse registro de “imortalidade” que está inscrito no inconsciente, permite por exemplo, compreender as fantasias que a

pessoa que comete suicídio apresenta diante da morte, discutidas mais adiante por Cassorla (1991).

Macedo e Werlang (2007) entendem o suicídio, ou a tentativa de suicídio, como algo intimamente ligado a um excesso que é descarregado no ato suicida, fruto de experiências traumáticas para as quais não foi possível atribuir um sentido ou representações pelo sujeito. Como apontam Álvarez, Esteban e Saunagnat (2004), o sintoma tem um papel importante neste processo enquanto resposta à angústia que o sujeito vivencia:

...No entanto, existem casos em que, de forma temporária ou duradoura, a angústia não fica velada pelo sintoma e o sujeito se vê diretamente defrontado com ela. Em tais casos podemos descrever dois tipos de configuração sintomatológica: um em que a angústia é o sintoma dominante sem necessariamente encontrarmos saída pelos atos, e outro no qual a angústia irá determinar ação, ainda que se trate de demandas veladas de ajuda (*acting-out*), ainda que seja que o sujeito periga com elas uma saída definitiva (passagem ao ato) (p.268).

O suicídio pode, por fim, ser sustentado por fantasias inconscientes sobre como os sujeitos acreditam que seja a morte. A primeira fantasia é a de um mundo paradisíaco, no qual ao morrer haverá uma vida de paz na qual não existe sofrimento. Exemplos desta fantasia são o enterro das pessoas com seus pertences, comum em muitas culturas, para utilizá-los na outra vida ou os suicídios coletivos, nos quais as pessoas acreditam que irão todas juntas para um mesmo lugar, que é melhor (Werlang & Botega, 2004).

A segunda fantasia, relacionada com vingança, também é comum. A pessoa tira sua própria vida e se imagina assistindo ao sofrimento do outro ou da sociedade, que injustiçaram-no ou não supriram suas necessidades (Cassorla, 1991; Werlang & Botega, 2004). Este componente agressivo tira daquele que continua vivo a possibilidade de defesa, de apresentar a sua versão dos fatos quando o suicida, por exemplo, atribui a ele a responsabilidade pelo seu ato. A agressividade presente neste comportamento pode explicar as retaliações sofridas pelos cadáveres na História, o confisco dos seus bens e até mesmo a negação de ritos fúnebres e de sepultamento, conforme será

apresentado adiante. É uma resposta agressiva a um ato também agressivo (Cassorla, 1991).

A terceira fantasia é a de reencontro, caracterizada pelo desejo de reencontro com as mais diferentes figuras: com Deus, com o paraíso, com parentes falecidos, com um cônjuge de grande intensidade amorosa. Em particular, estas situações tem o luto como componente central, a exemplo dos casos em que um cônjuge morre logo em seguida de outro ou de amantes que fazem pactos suicidas para reencontrarem-se na outra vida (Werlang & Botega, 2004).

Por fim, existem as fantasias de punição e os pedidos de ajuda. As fantasias de punição são comuns nos casos de melancolia ou quando há intensos sentimentos de culpa e o sujeito acredita que merece ser punido. Já as tentativas de suicídio como pedidos de ajuda, atos de desespero, nem sempre são entendidos pelas pessoas que estão ao redor com a urgência e necessidade premente que carregam. Contudo, quando o são, estas muitas vezes se sentem impotentes para ajudar (Cassorla, 1991; Werlang & Botega, 2004).

A partir deste entendimento dos conceitos que definem o comportamento suicida, é importante conhecer como este está distribuído no mundo e no Brasil, através das taxas e dos números absolutos do fenômeno, a seguir.

3.2 Os números do suicídio

O comportamento suicida é um fenômeno complexo. Diferentes aspectos –econômicos, sociais, psicológicos, ambientais - estão inter-relacionados a fim de que os números estejam distribuídos de forma heterogênea no mundo e no Brasil (Botega, 2015). Nesta seção, estão apresentados os números referentes ao suicídio, à tentativa de suicídio e à ideação suicida, a fim de compreender a dimensão do fenômeno.

3.2.1 *Suicídio*

O suicídio é uma importante causa de mortes no mundo. Segundo a OMS, no ano de 2012, aproximadamente 804 mil pessoas tiraram suas vidas, número este equivalente a uma morte a cada 45 segundos ou 2000 mortes por dia (WHO, 2014). Tal número gera um coeficiente de

mortalidade por suicídio a nível mundial de 11,4 mortes por 100 mil habitantes⁴, com diferenças entre os sexos (taxas de 15 mortes entre homens e 8 entre mulheres). A OMS também destaca que as taxas de suicídio mantêm-se elevadas entre as pessoas com mais de 70 anos para ambos os sexos; ressalta, contudo, um aumento das taxas entre a população de 15 a 29 anos, sendo a 2^a maior causa de morte neste grupo etário (Botega, 2014; WHO, 2014).

Apesar do coeficiente mundial, a distribuição das mortes por suicídio varia de acordo com as especificidades dos países e regiões. As maiores taxas de suicídio, publicadas no relatório da OMS em 2014, são encontradas nos países da Europa Oriental, as mais baixas nas Américas do Sul e Central e em uma posição intermediária, estão países como Japão, Austrália e alguns da Europa Central (Botega, 2014). Constatou-se, a partir dos anos 90, uma diminuição das taxas de suicídio em grande parte dos países, freando o crescimento observado nas últimas seis décadas. Houve também um deslocamento dos maiores coeficientes de suicídio dos países da Europa Ocidental para a Europa Oriental e para a Ásia, para a África e alguns países da América Latina (Botega, 2015).

As maiores taxas de suicídio, registradas no ano de 2012, localizam-se na Guiana (44,2 mortes), seguida da Coreia do Sul (28,9 mortes) e do Sri Lanka (28,8 mortes). Síria, Kuwait e Egito estão entre os países que apresentam as menores taxas de suicídio, com coeficientes iguais a 0,4, 0,9 e 1,7 mortes, respectivamente. Outro apontamento importante refere-se à ideia de que a proporção global dos suicídios entre homens e mulheres era de 3:1. Neste relatório, a OMS indicou que esta proporção também variou entre os países com diferentes classificações de renda; logo, em países de alta renda, esta proporção foi de 3,5:1 enquanto nos países de média ou baixa renda, a proporção caiu para 1,6 homens para cada mulher (WHO, 2014).

Com relação aos métodos utilizados, Botega (2014) aponta que os meios utilizados para o suicídio variam de cultura para cultura e por sua acessibilidade, além de serem influenciados pelo sexo e pela faixa etária. Como exemplo, o enforcamento (Inglaterra e Austrália) e o uso de arma de fogo (predominantemente nos Estados Unidos) estão entre os principais métodos utilizados. Já o envenenamento por pesticidas foi encontrado como uma forma comum de suicídio nos países de média ou baixa renda que têm um elevado contingente da sua população.

⁴ Como já mencionado, as taxas de mortalidade referem-se a 100 mil habitantes. Logo, a fim de não tornar a leitura prolixas, essa informação será trazida apenas na sua primeira aparição.

trabalhando na agricultura, com destaque aos pequenos produtores (Bertolote, 2012; WHO, 2014).

Ressalta-se que muitos dos pesticidas que fazem parte do grupo dos organofosforados são proibidos na maioria dos países industrializados, mas utilizados em países como Índia e China, que ignoram as recomendações das convenções internacionais (Bertolote, Fleischmann, Butchart & Beslelli, 2006) e continuam mantendo seu uso.

O Brasil é classificado como um país que apresenta baixas taxas de suicídio, cujo coeficiente, em 2015, era de 5,7 mortes (Brasil, 2017). Este coeficiente o coloca na 63^a posição no *ranking* da OMS, dado que é um país populoso; contudo, quando analisados os dados absolutos, essa posição eleva o Brasil à 8^a posição em número de mortes por suicídio (WHO, 2014).

Entre os anos de 2011 e 2015 foram registrados 55.649 mortes por suicídio no Brasil. Os maiores coeficientes se concentraram na população geral com mais de 70 anos (taxa de 8,9 mortes), com até três anos de estudo (6,8) e na população indígena (15,2). Entre os indígenas, 44,8% das mortes foram cometidas por adolescentes (10 a 19 anos), um número quase oito vezes maior que entre brancos e negros na mesma faixa etária, que registraram 5,7% das mortes cada (Brasil, 2017).

Os estados brasileiros apresentam diferentes realidades quanto ao fenômeno do suicídio. As maiores taxas encontraram-se nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul. Os coeficientes foram de 10,3, 8,8 e 8,5 mortes, respectivamente, entre os anos de 2011 e 2015 (Brasil, 2017).

Um aspecto que merece destaque e tem reflexo sobre os números e taxas refere-se à subnotificação das informações sobre as causas de morte por suicídio. A classificação do CID 10 enquadra o suicídio em “morte por causas externas”, das quais fazem parte também o homicídio e os acidentes de transporte (Werlang & Botega, 2004). De acordo com Gotsens *et al* (2011), as mortes ficam escondidas atrás de outros motivos, como envenenamento accidental, acidente de automóvel, afogamento ou até mesmo “morte por causa desconhecida”.

3.2.2 Tentativa de suicídio

As tentativas de suicídio, somadas ao suicídio, são um importante problema de saúde pública (Minayo, 2005; Brasil, 2006; WHO, 2014). Os números sobre as tentativas de suicídio são ainda mais imprecisos e subnotificados que os de suicídios. Segundo Botega (2015), nenhum

país no mundo registra tais informações de forma que se consiga ter estimativas nacionais para o fenômeno. Contudo, o OMS acredita que o número de tentativas de suicídio supere o número de óbitos em 10 ou 20 vezes (WHO, 2014).

No Brasil, as informações sobre tentativas de suicídio tornam-se conhecidas a partir dos casos que chegam aos serviços de saúde do SUS. É necessário que a pessoa precise de cuidados médicos e haja notificação por parte dos profissionais de saúde de que foi uma tentativa de suicídio, através do Sistema de Informações Hospitalares - SIH (Minayo, 2005). Porém, segundo o estudo de Botega *et al* (2009), apenas 1 pessoa a cada 3 que tentam suicídio busca os serviços de saúde para atendimento, demonstrando assim a dimensão da subnotificação.

Os pesquisadores são unâimes quanto ao fato de que mulheres tentam mais suicídio e homens morrem mais devido a ele (Marín-Léon & Barros, 2003; Werlang & Botega, 2004; Schnitman *et al*, 2010; Rueda-Jaimes, Bueno, Martínez-Villalba, Castro-Rueda & Camacho, 2011; Ferreira & Trichês, 2014). Isso se deve aos métodos utilizados por ambos os sexos: homens tendem a usar métodos mais violentos e letais, como enforcamento e armas de fogo, enquanto mulheres usam métodos de menor letalidade, como intoxicações exógenas ou envenenamento (Minayo, 2005; Rueda-Jaimes *et al*, 2011). Vale ressaltar que fatores como acesso aos meios, uso de substâncias como álcool e outras drogas e entendimento da necessidade de ajuda influenciam a mortalidade por suicídio entre homens e mulheres (Schnitman *et al*, 2010; Rueda-Jaimes *et al*, 2011).

Minayo (2005) aponta que o envenenamento é o método que mais leva usuários que tentaram suicídio a internações hospitalares. Assim, além das informações hospitalares, é possível incrementar as informações sobre tentativas de suicídio ocorridas devido a intoxicações exógenas, nacionalmente e por estados, no Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX)⁵.

Em 2016, o sistema registrou 80.082 casos e 257 óbitos por intoxicação, com predominância às regiões Sudeste e Sul do país (37.510 e 22.617 casos; e 89 e 31 óbitos, respectivamente). Dentre esses casos, 15,43% foram notificados com tentativa de suicídio, atrás apenas

⁵ O SINITOX é um sistema ligado à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/MS) e tem como objetivo compilar, analisar e divulgar as informações sobre intoxicações e envenenamentos notificadas no território nacional.

dos “acidentes individuais”, cujo percentual foi de 61,86% (SINITOX, 2016).

Entre os agentes tóxicos notificados no ano de 2016, a intoxicação por medicamentos aparece em primeiro lugar, com 27,27% dos casos. Produtos domissanitários e produtos químicos industriais (9,62% e 4,69%, respectivamente) perdem apenas para os casos de intoxicação ou envenenamento por escorpiões e animais peçonhentos, que correspondem a 20,69% das notificações (SINITOX, 2016a). Importante destacar que no site do Sinitox há uma advertência que explica que o número de intoxicações e envenenamentos não diminuiu nos últimos anos, mas sim houve menor participação dos Centros de Informação e Assistência Toxicológica (CIATs) nos levantamentos das informações.

3.2.3 Ideação suicida

A confiabilidade das informações acerca da presença de ideação suicida é incerta, uma vez que questões culturais, conceituais e de manejo das perguntas ao paciente influenciam nos resultados (Botega, 2015). Estudos internacionais apontam uma prevalência de ideação suicida durante a vida que varia de 2 a 19%. Ela é mais comum em pessoas do sexo feminino, jovens adultos, em pessoas que moram só e que tem algum transtorno mental (Bertolote *et al*, 2005; Nock *et al*, 2008).

No Brasil, um estudo realizado na população geral com pacientes internados em enfermarias clínicas e cirúrgicas apontou a presença de ideação suicida igual a 5% nos pacientes e perto de 8% em pacientes com doenças infecciosas ou oncológicos (Botega *et al*, 2010). Resultado análogo foi corroborado por Stefanello e Furlanetto (2012) que, em contexto semelhante, encontrou presença de ideação suicida em 7,2% dos pacientes internados na clínica médica. Entre adolescentes foi encontrada a prevalência de ideação suicida em 35,7% dos participantes, respaldando os achados de outros pesquisadores quanto à sua maior presença entre os jovens e entre o público do sexo feminino (Werlang, Borges & Fenterseifer, 2005; Botega *et al*, 2009).

Na sequência, após compreender a magnitude do comportamento suicida em termos numéricos e seu impacto, será apresentada a construção dos significados para este comportamento desde os tempos gregos e romanos até a contemporaneidade.

3.3 A construção do significado do suicídio – da Antiguidade Clássica aos dias atuais

Atualmente o suicídio é uma conduta que oscila entre o quase ou totalmente clandestino, que acontece às escondidas ou sem testemunhas, e o patológico (Kalina & Kovadloff, 1984). Porém, ele nem sempre teve essa conotação; houve épocas em que se realizava o suicídio com o aval da comunidade e quem o praticasse sem este consentimento era acusado de irresponsabilidade social, na medida em que sujava as cidades e enfraquecia o Estado ao eliminar um cidadão útil ou produtivo (Kalina & Kovadloff, 1984; Alvarez, 1999).

Na Grécia Antiga (2000 a 146 a.C.), um indivíduo não podia se suicidar sem o prévio consenso comunal. O sentimento de pertença comunitária determinava que ninguém podia transgredir as regras que regiam tanto a vida quanto a morte das pessoas, ou seja, o sujeito não tinha poder de decisão pessoal sobre a sua vida, pois as decisões eram tomadas pensando-se no coletivo. Quem então o praticasse era considerado um transgressor das leis da *pólis*, já que suicídio ilegal era considerado um atentado contra a estrutura da comunidade e um ataque às disposições que regiam a vida social, pois implicava uma subversão dos valores grupais e das normas estabelecidas (Kalina & Kovadloff, 1984).

Contudo, quando era consentido pelo Estado, não assumia esse sentido delitivo. Para tal, era necessário que o sujeito expusesse às autoridades da *pólis* os motivos que o levavam a querer se matar. Caso a argumentação fosse consistente o suicídio era autorizado e era entregue, muitas vezes, a arma ou os meios para sua concretização. Essa conduta era comum nas cidades gregas de Atenas, Esparta, Chipre e Tebas e havia magistrados que mantinham em seu poder doses de venenos que eram entregues sempre que necessário (Kalina & Kovadloff, 1984; Alvarez, 1999).

Logo, cabia ao Estado o poder de veto, de autorização ou de indução do suicídio (Kalina & Kovadloff, 1984). Contudo, quando a permissão era dada, havia a negação das honras de sepultamento, o suicida tinha a mão amputada e enterrada à parte e o cadáver era queimado fora da cidade, longe de outras sepulturas. Tais sanções aconteciam pautadas no entendimento de que o suicídio era uma conduta bárbara, alheia e estranha aos costumes da Grécia (Alvarez, 1999).

Já em Roma, era necessário submeter as razões do suicídio para o Senado, que apontava como a morte deveria ser e os meios para tal. Para

a sociedade romana, o suicídio era uma questão majoritariamente econômica; logo, não era permitido a soldados e escravos, uma vez que diminuiriam a força de trabalho (Alvarez, 1999). Contudo, com a expansão do império romano,

[...] as relações de dependência entre o indivíduo e o Estado tenderam, com o tempo, a ser menos categóricas e paternalistas. A autonomia relativa do indivíduo cresceu tanto em Roma como sua intranscendência cívica. Já não se trata de uma organização social como a da polis grega, onde a cooperação direta de todos os cidadãos é possível e aconselhável para a orientação do governo. A legitimidade ganha pela maioria dos motivos que existiam para se suicidar e o fato de que se ia perdendo o costume de expor publicamente as causas que induziam uma pessoa a fazê-lo, mostram que o Estado já não se sentia capaz de reverter nem de avaliar os motivos das crises subjetivas que afetavam a cidadania (Kalina & Kovadloff, p.48).

Na Europa pré-cristã (séculos I a.C. e IV d.C.), entre os pagãos, celtas e vikings também haviam práticas direcionadas aos suicidas. Os corpos eram enterrados em encruzilhadas, a fim de que o espírito do falecido se perdesse com o intenso fluxo do lugar e não conseguisse voltar para casa em busca de vingança (Kalina & Kovadloff, 1984). Havia um medo de que o fantasma do suicida cumprisse o papel de destruir os inimigos do falecido, que induzisse seus parentes a fazê-lo ou ainda, que induzisse o inimigo a suicidar-se da mesma maneira. Anos mais tarde essa prática foi substituída pelo uso da cruz, que simboliza a energia maligna que se acreditava estar ali concentrada (Alvarez, 1999).

Entre os godos, havia a crença de que a morte natural reservava um destino muito ruim para o falecido. Povos como os visigodos, trácios e hérulos tinham a Roca dos Avós, local de onde se precipitavam aqueles que não se sentiam capazes de continuar a viver com boa condição física. De maneira análoga, para os celtas espanhóis era abominável conhecer a velhice (Kalina & Kovadloff, 1984). Estes povos primitivos acreditavam na existência de um lugar semelhante ao Éden, reservada aos velhos que se matavam; já aqueles que desejavam morrer por doença ou de velhice eram submetidos a grandes constrangimentos.

Para eles, a morte mais honrosa e digna de entrada no paraíso era aquela que acontecia em batalha; a segunda forma de maior honra era via suicídio (Alvarez, 1999).

Entre os esquimós, acreditava-se que cada chefe de família tinha um deus que habitava seu corpo. Se este chefe adoecesse e morresse por doenças ou muito debilitado fisicamente, ele consequentemente deixaria ao seu sucessor um espírito igualmente debilitado. Como esta situação viria a enfraquecer o grupo, o suicídio tinha sentido de preservação. Já no Egito Antigo, era comum que os escravos fossem enterrados junto ao seu senhor quando este morria, especialmente se ele fosse o faraó. Entre as mulheres indianas, até pouco tempo havia o costume de tirarem suas vidas quando seus esposos morriam (Kalina & Kovadloff, 1984).

No momento histórico seguinte, a Idade Média (séculos V a XV d.C.), a justificativa para a proibição do suicídio passa a ser teológica, embora o Estado também lucrasse economicamente com aqueles que tiravam suas próprias vidas. Nesta época, os reis promulgavam leis que puniam os suicidas e seus bens passavam a pertencer à coroa (Alvarez, 1999). A Igreja defendia a ideia de que matar-se era atentar contra a propriedade do outro, contra Deus, a quem todos pertenciam e apenas a ele cabia tirá-la. Logo, quem o fazia, cometia um sacrilégio (Kalina & Kovadloff, 1984), embora ela mesma tenha fomentado inúmeros suicídios ao divulgar a morte como uma libertação para a glória eterna (Alvarez, 1999).

Até 452 d.C. o suicídio era considerado crime, mas fruto de um arrebatamento diabólico; logo quem o cometia estava possuído e assim, era inocente. Em 563 d.C. passaram a existir sanções judiciais e penas religiosas ao suicida (Kalina & Kovadloff, 1984). Eram constituídos tribunais leigos e eclesiásticos para saber se o morto dera fim a sua vida impulsionado pela loucura ou provido de suas faculdades mentais – no primeiro caso, era isento de culpa pois não sabia o que fazia; já no segundo caso, era sentenciado como criminoso perante as autoridades e danado perante a Igreja (Veneu, 1994).

Como consequências religiosas, eram negados os ritos durante os sepultamentos e o enterro em solo sagrado (Kalina & Kovadloff, 1984; Veneu, 1994). Depois de um tempo, as represálias passaram a ser aplicadas também aos cadáveres, visando assim dissuadir novas tentativas e deixar claro que aquela alma não tinha direito de ir para o céu (Veneu, 1994). Pendurar pelos pés (Bordeos), arrastar os cadáveres pelas ruas (Aberville), carregar o corpo nu em forquilhas ou queimá-los e enforcá-los publicamente (Lille) eram práticas comuns nas cidades medievais (Kalina & Kovadloff, 1984, Alvarez, 1999).

Já as sanções judiciais buscavam dar alento aos reis ou aos senhores feudais que se sentiam prejudicados pela perda de um súdito e também às pessoas da comunidade que se diziam tocadas pelo pecado. Iam desde o confisco de bens do falecido até a entrega dos seus bens ao dono do lugar ou das terras onde ocorreu a morte. Ainda eram comuns retaliações físicas e morais dirigidas ao defunto e sua família. Havia situações nas quais a família só conseguia reaver seus bens caso comprovasse que o morto era inocente (Veneu, 1994; Alvarez, 1999).

Com a Era Moderna (séculos XV a XVIII), chega também uma maior autonomia do indivíduo e menor influência do Estado e da Igreja sobre a vida das pessoas. Nesse momento, a ciência passa a ganhar espaço e as explicações deixam de ser da ordem do divino. Adotam-se explicações que defendem que o suicídio não é fruto do *desperatio* (possessão demoníaca), mas sim decorrência da *melancholia* (excesso de bálsis negra). Logo, não há mais a condenação e sim a aceitação de uma condição de alienação mental (Kalina e Kovadloff, 1984; Botega, 2015).

A Revolução Francesa, no fim do século XVIII, também traz importantes contribuições como a retirada do suicídio da lista de crimes legais bem como a extinção das medidas repressivas que eram aplicadas aos defuntos e suas famílias. Observa-se a chegada a um momento da História no qual o suicídio não compromete mais a estabilidade dos Estados e deixa de ser necessário castigar aqueles que o praticam. A partir disso, os indivíduos deixam de ser tão necessários ao funcionamento social como eram antes (Kalina e Kovadloff, 1984).

A Revolução Industrial também traz mudanças importantes. Nessa época, em meio às mudanças sociais provocadas pelo processo de industrialização, Durkheim (1897) publica “O suicídio”. Esta obra buscou entender o suicídio associado às questões sociais em detrimento das explicações morais comumente utilizadas. Porém, mesmo que o autor tivesse interesse no papel da sociedade, não negava que o suicídio era um ato de desespero individual (Wallauer & Maliska, 2012; Botega, 2015).

A partir dos séculos XIX e XX o suicídio vai deixando sucessivamente de ser crime em muitos países da Europa, pautados na ideia de que a sociedade deve acolher as pessoas sob risco de tirar suas vidas bem como ser tolerante com o direito de tal prática (Botega, 2015). Apesar disso, em países como Inglaterra e Irlanda ainda era possível, nas décadas de 1960 e 1990 respectivamente, ser preso ou sofrer sanções no caso de uma tentativa não concretizada (Wallauer & Maliska, 2012; Botega, 2015).

Nos séculos XX e XXI observa-se um crescente número de pesquisas em diferentes áreas do conhecimento, o que faz com que as explicações e os julgamentos morais e religiosos para o suicídio percam lugar para um fenômeno que passou a ser um problema científico (Alvarez, 1999; Botega, 2015). Contudo, isso não significa que a atualidade consegue dar conta de um fenômeno tão complexo, uma vez que “ele foi retirado do mundo vulnerável e volátil dos seres humanos e trancafiado em segurança nos pavilhões do isolamento da ciência” (Alvarez, 1999, p.84). Isso significa, por exemplo, que nas grandes cidades e na mídia, o suicídio torna-se algo abstrato e que causa desconforto para as pessoas, contudo perde seu caráter individual e trágico (Botega, 2015).

A respeito do Brasil, foi encontrada pouca literatura sistematizada disponível acerca da construção histórica do suicídio desde o início da colonização portuguesa, em 1500. Reis (1991), no livro intitulado “A morte é uma festa”, discorre sobre os ritos fúnebres no Brasil colonial e aponta que a influência portuguesa e do cristianismo europeu determinavam o significado da morte por suicídio e as consequências para o morto e sua família. Logo, semelhante ao que acontecia na Europa, havia medo do retorno dos mortos ou que estes não fossem para o reino dos céus. Aos suicidas, era portanto, proibida a realização de ritos fúnebres bem como o enterro nas igrejas, embora essa fosse uma possibilidade muitas vezes flexibilizada (Reis, 1991).

Sabe-se também que o suicídio era uma prática comum entre escravos nos XVII a XIX, fosse ela de forma ativa, por meio de enforcamento, armas brancas ou afogamento, ou passivamente, através da recusa em alimenta-se ou de tristeza. Tal tristeza ou nostalgia era comumente chamada de *banzo*, uma profunda depressão que tomava conta dos escravos pouco tempo depois de desembarcarem no Brasil (Goulart, 1972; Oliveira & Oda, 2008).

Os motivos que levavam ao suicídio iam desde a saudade da terra natal, forma de protestar contra a escravidão, em particular após castigos torturantes, o desejo de voltar à África até a loucura e a discordância com a prática católica. Contudo, não raro o suicídio era utilizado como forma de resistência às condições de vida ou como forma de barganha para obtenção da liberdade ou de maior autonomia (Batisde, 2001; Ferreira, 2004). Como acontecia na Europa, sob influência da Igreja Católica, eram negados aos suicidas de uma forma geral, independente do lugar social, os ritos fúnebres e o sepultamento em solo sagrado, como apontado em relatos das cidades de Salvador e Pernambuco do século XIX (Ferreira, 2004; Canario, 2011).

Entre os povos africanos o suicídio já era uma prática conhecida. Em alguns reinos africanos, o suicídio ritual tinha um lugar social, político e religioso importante. Era comum o suicídio de reis em momentos de crise, de seca ou de escassez de alimentos, acreditando que sua morte traria o equilíbrio perdido. Já entre outros povos africanos, como os iorubás, agni e senebos, o suicídio era prática proibida e condenada. Aos que tiravam suas vidas eram proibidos os ritos fúnebres e também tocá-los. Para os bantos, os suicidas eram considerados aqueles que não devem ficar na memória dos vivos nem pertencer à ancestralidade (Canario, 2011).

Contudo, com a escravidão e a vinda para o Brasil, o suicídio passou a ser relativamente tolerado frente à vida em cativeiro e longe da terra Natal (Oliveira & Oda, 2008). Não raro, aconteciam suicídios coletivos de escravos em navios, fazendas de plantação de açúcar ou café ou até mesmo nos centros urbanos, como forma de liberdade frente à nova condição, mas também como punição aos seus donos (Canario, 2011).

Havia, porém, uma diferença de concepção do suicídio entre o escravo que fora trazido da África e aquele que havia nascido no Brasil. Os nascidos em terras brasileiras compartilhavam dos ensinamentos da Igreja Católica sobre céu e inferno e o lugar reservado a quem se suicida. Já entre os escravos vindos da África, havia a crença iorubá sobre a existência de dois mundos – Orun Rere ou Orun Branco e Orun Buburu ou Orum Ruim – e os mortos iam para um desses lugares mediante seu merecimento (Reis, 1991). Para os bakongo, um grupo étnico entre os bantos, a kalunga – representada pelas águas de um rio ou mar – era um meio de retorno da América à África, o que possivelmente explicaria o grande número de mortes por afogamento na época do Brasil colônia (Canario, 2011).

Pode-se concluir, portanto, que o significado do suicídio passou por diferentes momentos no percurso histórico da civilização. Entre gregos, romanos e povos pré-cristãos era permitido em situações de desonra, pesar ou questões patrióticas; contudo, desde que não prejudicasse o Estado ou a economia. Nesta mesma época, também foi valorizado como um ato de honra e bravura. Na Idade Média, balizado por um grande número de mortes autoprovocadas entre os primeiros cristãos, que almejavam o Reino dos Céus, as sanções religiosas e econômicas predominaram. A vida passa a ser propriedade de Deus e as punições sobre as famílias e os cadáveres eram a forma de mostrar aos demais o que não fazer (Kalina e Kovadloff, 1984; Alvarez, 1999).

Na Idade Moderna, as explicações científicas e os ideais construídos a partir das Revoluções Francesa e Industrial tiram o suicídio da ordem da criminalidade e começam a buscar outras explicações para o fenômeno, a partir da obra de Durkheim (Alvarez, 1999; Botega, 2015). Assim, nos últimos dois séculos, há um avanço expressivo no conhecimento científico, que passa a entender o suicídio como um fenômeno atravessado por questões sociais, psicológicas, biológicas, econômicas e culturais (Wallauer & Maliska, 2012). Contudo, ainda há a interiorização do suicídio como condenável, que tem como culpados o indivíduo ou a sociedade.

Tal constatação leva a questionar em que medida a reprovação histórica ainda está intrincada na cultura atual (Minayo, 2005; Wallauer & Maliska, 2012; Freitas, 2013). Surge então a questão: como são entendidas e atendidas as demandas de saúde mental nos serviços básicos de Saúde e de Assistência Social? Esta discussão é apresentada na seção a seguir.

3.4 A Saúde Mental na Atenção Básica da Saúde e da Proteção Social Básica da Assistência Social

As Atenções Básicas são pilares que organizam os Sistemas Únicos de Saúde e de Assistência Social (Lei 8080,1990; PNAS, 2005). Na Política de Saúde⁶, a Atenção Básica é regida pelos pressupostos do SUS, dentre eles, a universalidade, a integralidade e a equidade. É organizada de forma descentralizada e capilar, próxima da vida das pessoas, no território onde a vida, as relações e o cotidiano acontecem (Brasil, 2013). O SUAS, semelhante ao SUS em diversos aspectos organizativos, tem sua porta de entrada para os serviços socioassistenciais através da Proteção Social Básica (PNAS, 2005). Os princípios que o regem são o atendimento às necessidades sociais em detrimento da exigência de renda, a universalização dos direitos sociais e a igualdade de direitos no acesso a atendimento nas diferentes políticas públicas, entre outros (PNAS, 2005).

A Atenção Básica da Saúde, organizada por meio da Estratégia Saúde da Família, é a porta de entrada preferencial dos usuários ao Sistema de Saúde, dado o conjunto de ações que oferta ou seu papel de organização na rede de saúde, que vai desde a prevenção e promoção até

⁶ O termo Política de Saúde e Política de Assistência Social serão abreviados como P.S e P.A.S, respectivamente.

o tratamento e reabilitação (Brasil, 2006; Brasil, 2013). Nesta oferta de serviços, o conceito de integralidade merece destaque. É a partir da integralidade que o usuário é visto em sua totalidade, entendido como um indivíduo resultante do emaranhado entre os aspectos biológicos, psicológicos, espirituais, ambientais e enquanto ser social, inserido na sua família e no local onde vive (Baqueiro, s.d.). É também o conceito de integralidade que garante o atendimento aos usuários, independente do nível de complexidade exigida, em outros pontos da rede (Brasil, 2013).

A Saúde Mental passa a integrar as ações do SUS a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciado na década de 1970, por trabalhadores de Saúde Mental. É consolidada em 2001, com a aprovação da Lei 10.216 (em tramitação no Congresso Nacional desde a década de 1990), que reorganiza o modelo assistencial em saúde mental no país. Até então, os cuidados a usuários com transtornos mentais ou em sofrimento psíquico estavam restritos às internações de longa permanência, em hospitais psiquiátricos, modelo este conhecido como hospitalocêntrico (Brasil, 2013; Grigolo & Pires, 2014).

O atendimento passa então a ser ofertado nas redes substitutivas, com destaque aos CAPS, direcionados aos territórios e buscando a reinserção social (Lei 10.216, 2001). Contudo, o cuidado a usuários com demandas de saúde mental não é exclusividade dos CAPS, uma vez que esta não está descolada da saúde geral (Brasil, 2013). No Brasil, estudos epidemiológicos apontam que as queixas psíquicas estão entre os principais motivos da procura pelos serviços da Atenção Básica (Campos *et al*, 2011).

Importante destacar que o sofrimento psíquico não é reservado apenas às pessoas que recebam algum diagnóstico de saúde específico; ele pode estar presente nos mais variados tipos de queixas que chegam aos serviços (Brasil, 2013). Daí a importância dos profissionais incorporarem e aprimorarem suas competências de cuidados em saúde mental e inseri-las na prática diária, de modo que as intervenções sejam capazes considerar os aspectos subjetivos, singulares e a forma como o usuário enxerga o mundo no processo de integralidade do cuidado. Contudo, muitas vezes o atendimento de saúde mental fica restrito aos especialistas e o restante do corpo, aos generalistas (Hirdes & Scarparo, 2015).

O apoio matricial ofertado pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que são compostos por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, é um importante aliado ao atendimento à saúde mental na Atenção Básica (Campos *et al*, 2011; Brasil, 2013,). Além de

aumentar a resolutividade das ações em saúde na Atenção Básica, o apoio matricial contribui para a superação da lógica da fragmentação ou da especialização do trabalho, comum à saúde mental, bem como promove a horizontalização entre as especialidades (Jorge, Sousa & Franco, 2013; Hirdes & Scarparo, 2015). Estudos apontam que esta estratégia tem se mostrado potente na definição de fluxos, na qualificação das equipes e na promoção da assistência conjunta e compartilhada (Campos *et al*, 2011; Jorge *et al*, 2013).

A fim de entender as ações de saúde mental desenvolvidas na Atenção Básica, a revisão bibliográfica realizada por Correia, Barros e Colvero (2011), categorizou estas ações em quatro grandes categorias: visitas domiciliares (para atendimento ao paciente e familiares), vinculação e o acolhimento, encaminhamentos e oficinas terapêuticas. Os autores sinalizam uma falta de uniformidade entre as práticas de saúde mental na Atenção Básica, cuja execução depende muitas vezes da vontade de um profissional da equipe ou de decisões políticas por parte dos gestores. Também destacam a necessidade de apropriações de práticas que visem atenção integral e a necessidade de qualificação dos profissionais (Correia *et al*, 2011).

Nesse sentido, é necessário pontuar que as práticas em saúde mental na Atenção Básica devem estar alinhadas às mesmas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, engajadas na reinserção das pessoas em sofrimento psíquico ao convívio social (Jorge *et al*, 2013; Schutel, Rodrigues & Peres, 2015). Porém, em diferentes regiões do país são apontadas questões importantes para oferta destes serviços. Entre elas estão a dificuldade de acesso aos serviços de saúde mental, pela falta ou desarticulação das redes de apoio e o privilégio das ações centradas no modelo biomédico – consultas ambulatoriais, medicalização e encaminhamento para internações aliado. A baixa resolutividade no âmbito da Saúde da Família e a falta de qualificação das equipes para o cuidado em saúde mental na Atenção Básica são pontos que também requerem maior atenção (Arce, Souza & Lima, 2011; Bezerra, Jorge, Gondim, Lima & Vasconcelos, 2014; Frosi & Tesser, 2015).

A literatura aponta como frequente entre os profissionais da Atenção Básica entender o atendimento à saúde mental como um saber especializado (Frosi & Tesser, 2015). Quando realizado, muitas vezes não é percebido como tal por aqueles que o fazem, como nas ações de escuta ou orientações junto aos usuários. Perde-se, nestes casos, oportunidades importantes de usufruir do vínculo que as equipes têm com os usuários e seus familiares (Brasil, 2013).

Tais considerações permitem o questionamento sobre como é vista ou recebida a demanda de saúde mental pelos profissionais da Atenção Básica. Uma revisão integrativa (Schutel *et al*, 2015) apontou a noção restrita de demanda, haja vista que as respostas a elas foram igualmente restritas: encaminhamentos para médicos psiquiatras, prescrição de medicamentos e encaminhamentos para internações. Em muitos casos, essa simplificação se dá pela falta de preparo para o cuidado ou pela tentativa de medicalizar aquilo que é da ordem da existência. Entre as principais demandas atendidas estão os usuários com diagnósticos de sintomas depressivos, de ansiedade, transtornos somatoformes e dissociativos, estes dois últimos com elevada taxa de comorbidade (Souza & Luis, 2012).

A pesquisa realizada por Veloso e Souza (2013) investigando a concepção dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre saúde mental apontou concepções distintas entre os participantes. De um lado, os profissionais cuja perspectiva de saúde mental restringia-se à noção de transtorno mental e de outro, aqueles cuja concepção entendia o processo saúde-doença mental como influenciado por diferentes fatores, que por vezes extrapolam o setor saúde. Já um estudo realizado apenas com enfermeiros apontou as demandas de saúde mental como secundárias, uma vez que não havia registro delas no SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica), fato que era avaliado como interferência no planejamento do atendimento de saúde mental do serviço. A figura do médico psiquiatra era indicada como importante no processo de inserção gradativa das ações de saúde mental na Atenção Básica (Souza & Luis, 2012).

Observa-se, portanto, no trabalho em saúde mental na Atenção Básica, a presença de uma noção ainda biologicista para explicar o sofrimento psíquico, a dificuldade de vinculação com os usuários, atitudes moralistas e repressivas e a internação como possibilidade terapêutica, “o horizonte a não ser pedido de vista”. Além disso, revela-se um despreparo para lidar com esta demanda ou com as práticas de saúde mental, gerando assim sentimentos de frustração e impotência (Nunes *et al*, 2007; Jucá, Nunes & Barreto, 2009). Campos *et al* (2011) apontam que os profissionais de saúde percebem as demandas de saúde mental como demandas complexas, perpassadas por questões como a vulnerabilidade social e as condições precárias dos territórios. Estes se veem angustiados e, na tentativa de compreender a situação e dar respostas ou encaminhamentos, fazem uso de protocolos de outras áreas, do tipo queixa-conduta.

É neste contexto de práticas de saúde mental que ainda estão sendo consolidadas, que se insere o comportamento suicida. Nos serviços de Atenção Básica, ele aparece de diferentes formas, em geral como um aspecto a ser considerado no espectro de muitos transtornos mentais, como depressão e esquizofrenia ou condições de vulnerabilidade psíquica ou social (Brasil, 2006). Estudos internacionais apontaram como pouco comum a investigação ou avaliação do comportamento suicida por médicos na Atenção Básica (Graham, Hudd & Bryan, 2011; Saini, While, Chantler, Windfuhr & Kapur, 2014). Contudo, o estudo de Medina *et al* (2014), realizado com médicos e enfermeiros da Atenção Básica, apontou que a relutância em lidar com o comportamento suicida era antes influenciada pela autopercepção de falta de competência que por atitudes negativas que eram neles despertadas.

No Brasil, dois estudos analisaram as visões e concepções sobre o comportamento suicida a partir da prática de enfermeiras e de agentes comunitários de saúde⁷. No cotidiano de trabalho, mostrou-se comum a identificação do comportamento suicida via agentes comunitários de saúde. Isto se deve à proximidade com o território e seu papel de articulador entre a comunidade e a Unidade de Saúde. Estes comunicam então as situações às equipes e realizam outras ações (visitas domiciliares, monitoramento do uso das medicações, escuta e acolhimento), mas referem medo de abordar o usuário por falta de capacitação (Abreu, Kohlrausch & Lima, 2008). Entre enfermeiros, houve referência de poucas oportunidades de atender a esta demanda específica, mas entendem que a função do serviço é prevenção e a manutenção da qualidade de vida das pessoas (Kohlrausch, Lima, Abreu & Soares, 2008).

Apesar da potência que os serviços de Atenção Básica têm para atuarem nos territórios, estudos têm demonstrado que são escassas ou ausentes as ações que utilizam os recursos comunitários no cotidiano de trabalho, evidenciando assim divergências entre as diretrizes e os serviços ofertados (Frosi & Tesser, 2015; Sousa *et al*, 2012). As

⁷ “Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são trabalhadores do SUS. Trabalham com a comunidade da área, do bairro, da cidade ou da região rural para facilitar o acesso da população à saúde e prevenir doenças. Deve orientar as pessoas em relação à sua saúde, encaminhando ao posto de saúde ou outros locais de atendimento sempre que necessário” (Brasil, 2015).

informações disponíveis da produção científica acerca de como o comportamento suicida é entendido e acolhido nos serviços de Atenção Básica serão apresentados a seguir.

3.5 Os significados do comportamento suicida por profissionais e usuários dos serviços de Saúde e da Assistência Social – o que há disponível na literatura?

Em sua obra, Freud utilizou o conceito de representação para fundamentação de sua teoria. No texto das *Conferências Introdutórias à Psicanálise – Primeira parte: Atos falhos* (Freud, 2014[1916]), discutiu por exemplo, o sentido que existe no que o sujeito diz quando se equivoca. O uso do termo significado aparece mais tarde, com Lacan, que afirmou que o inconsciente se estrutura como linguagem, portanto é constituído por signos, significantes e significados (Dunker, 2017). A importância do significado reside no fato de que ele organiza o que as *coisas* representam na vida das pessoas, sejam eventos, vivências, ideias ou sentimentos, direcionando assim o modo de agir (Motta, 2011; Turato, 2005). No que se refere ao fazer dos profissionais que atuam nas políticas públicas, o significado que é atribuído ao comportamento suicida vai nortear condutas e decisões.

Há muitos estudos disponíveis na literatura científica sobre a temática do comportamento suicida. Estudos epidemiológicos buscam entender as taxas de suicídio em determinada população, as relações entre suicídio e sexo ou suicídio e faixas etárias, com destaque à população idosa. Já outros estudos investigam os fatores de risco e de proteção associados ao suicídio ou avaliam os Programas de Prevenção do Suicídio que são desenvolvidos em países da Europa, Canadá, Estados Unidos e, mais modestamente, no Brasil (Chin-Lun *et al*, 2015; Fletcher, 2015; Rahimi, Ali, Noor, Mahmood & Zainun, 2015; Swanson, Bonnie & Appelbaum, 2015).

A fim de responder aos objetivos desta pesquisa, buscou-se conhecimento científico disponível e atualizado nas bases de dados através de estudos que abordassem os significados do comportamento suicida para profissionais e usuários nos dois contextos de interesse: a Atenção Básica na Saúde e na Assistência Social. Foram utilizadas duas bases de dados internacionais – a Web of Science e a PsychInfo, da American Psychology Association e duas nacionais, a SciELO e a Biblioteca Virtual de Saúde Regional (BVS), entre os anos de 2011 e 2018.

A combinação dos descritores utilizados, em um primeiro momento, foi (*"attitudes" OR perceptions*) *AND* (*suicid** *OR* *"suicide attempt"*) *AND* (*"health profession**" *OR* *"social work**" *OR* *"social assist**" *OR* *patien**) *AND* (*"primary care"* *OR* *"basic care"*). A partir dele, foram feitas combinações entre os dois grupos de participantes, com os três descritores – (*"health profession**), (*"social work**"), (*"social assist**") e (*patien**) - e após esta etapa, foi pesquisado cada grupo separadamente. Os demais descritores (*"attitudes"* *OR* *perceptions*), (*suicid** *OR* *"suicide attempt"*) e (*"primary care"* *OR* *"basic care"*) foram sempre mantidos em todas as pesquisas.

Apesar do volume de artigos encontrados (cerca de 40 na WOS e 33 na PsychInfo), nenhum deles respondeu ao objetivo central desta pesquisa, que é comparar significados de profissionais de duas políticas públicas diferentes e seus respectivos usuários em relação ao comportamento suicida. Porém, a utilização de descritores mais simples (attitudes, suicide, professionals e "primary care") aproximou-se de pelo menos um dos contextos de interesse, as atitudes de profissionais da P.S. em três artigos.

O primeiro artigo, “A qualitative study on primary health care professionals perceptions of mental health, suicidal problems and help-seeking among young people in Nicaragua” (Medina *et al*, 2014), investigou como os profissionais da Atenção Básica na Nicarágua percebem os problemas de saúde mental, relacionados ao suicídio e a busca de ajuda entre os jovens. Foram entrevistados 12 médicos e enfermeiros, que indicaram relutância para lidar com o comportamento suicida, mais pelo sentimento de incompetência do que por atitudes negativas frente aos pacientes.

O segundo estudo, “Exploring general practitioners views and experiences on suicide risk assessment and management of young people in primary care: a qualitative study in the UK (Michail & Tait, 2016), explorou as crenças e experiências de avaliação, manejo e comunicação com jovens que apresentavam comportamento suicida. Foram realizados grupos focais, dos quais participaram 28 médicos. Os resultados apontaram uma ampla variação do entendimento e avaliação do risco de suicídio, o que implica na percepção dos participantes sobre como este risco deveria ser avaliado.

O terceiro e último artigo encontrado em bases de dados internacionais é intitulado “General practitioners perspectives on primary care consultations for suicidal patients (Saini, Chantler & Kapur, 2016) e investigou as interpretações de profissionais cujos pacientes se suicidaram no que concerne à comunicação e ao tratamento

na Atenção Básica, bem como a relação destes profissionais com serviços de saúde mental antes do suicídio. Foram entrevistados 39 médicos e os dados apontaram elementos como a interpretação do profissional frente a tentativas de suicídio ou automutilação, o isolamento profissional e a responsabilidade do profissional versus a responsabilidade do paciente.

Na consulta às bases de dados nacionais, foram usadas as mesmas combinações de descritores, na mesma ordem de apresentação e organização àquela realizada nas bases internacionais. A única inclusão realizada foi a do descritor “significados”. Na BVS, optou-se pelo uso dos descritores em português e em, em inglês, considerando a possibilidade de maior abrangência dentre os resultados. A SciELO encontrou quatro artigos e a BVS reportou 269. Apesar da quantidade de pesquisas encontradas, apenas uma delas se aproxima de um dos contextos de interesse. Intitulada “Atitudes dos profissionais de saúde em relação ao comportamento suicida” (Storino *et al*, 2018), a pesquisa foi realizada com 228 profissionais da Atenção Básica em Saúde de diferentes formações. Concluiu-se que médicos e enfermeiros apresentaram atitudes mais positivas em relação ao paciente que apresenta comportamento suicida em comparação aos técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Observou-se, portanto, poucas pesquisas que relacionem o comportamento suicida aos contextos de atenção básica em Saúde, sobretudo realizados no Brasil e nenhuma pesquisa que o relate à Assistência Social. A pesquisa realizada utilizando descritores como “SUAS” ou “Assistência Social”, em todas as bases de dados, não encontrou resultados disponíveis. Por conseguinte, não foram encontrados estudos que comparem diferentes atores de diferentes contextos acerca dos significados que estes atribuem ao comportamento suicida, o que aponta para as contribuições que um estudo comparativo como este pode trazer.

Fica evidente, portanto, a necessidade de pesquisas que abordem o comportamento suicida nos contextos de atenção básica, seja da Saúde ou da Assistência Social, a fim de que um atendimento não especializado auxilie no sentido de desmistificar a loucura e contribuir para a construção no território de outras formas de lidar com o diferente, permitindo ao usuário em sofrimento psíquico o mesmo espaço, nos serviços de Saúde, de Assistência Social e na comunidade, reservado aos demais (Puel, Freitas & Heckrath, s.d.).

4. MÉTODO

A presente pesquisa foi composta por duas etapas, a primeira etapa de natureza quantitativa e a segunda, qualitativa. Portanto, o método foi descrito respeitando estes dois momentos, com exceção dos itens que são comuns a ambos, a saber, o delineamento de pesquisa e o contexto onde os estudos foram realizados.

4.1 Delineamento da pesquisa

Tratou-se de um estudo qualitativo-quantitativo quanto à sua natureza. Estudos qualitativos são aqueles nos quais atribuir significados e interpretar os fenômenos são salutares às respostas que o pesquisador busca, ou seja, visam entender o significado subjetivo que as pessoas atribuem aos seus ambientes e às atividades por elas desempenhadas (Minayo, 2004; Flick, 2009). Logo, este estudo é qualitativo na medida em que se propôs a investigar em profundidade os significados que profissionais das Atenções Básicas da P.S e da P.AS e usuários atendidos nestes serviços atribuem ao comportamento suicida, seu entendimento sobre o atendimento a este público e como se sentem ao realizar esta tarefa. No que se refere ao suicídio, Kral, Links e Bergmans (2012) destacam a importância de se incluir métodos qualitativos nas pesquisas sobre a temática, a fim de que a subjetividade e os significados coletivos do fenômeno tornem-se também questões de pesquisa.

Estudos quantitativos, por sua vez, a partir da consideração de que a amostra é representativa de uma população, permitem ter um olhar objetivo sobre o fenômeno estudado (Fonseca, 2002). Neste estudo buscou-se investigar as atitudes de profissionais de Saúde e de Assistência Social frente ao comportamento suicida e relacioná-las a variáveis como sexo, estado civil, religião, tempo de profissão, experiência no atendimento ao comportamento suicida e capacitação sobre o tema, entre outros. Ainda, objetivou-se comparar as atitudes dos grupos entre si a partir da Política na qual atuavam.

A pesquisa configura-se também como descritiva, pois buscou descrever características de uma população ou de um fenômeno; neste caso, descrever semelhanças e diferenças que dois grupos de participantes – profissionais das P.S e P.AS e usuários destes serviços atribuem a um mesmo fenômeno – o comportamento suicida. Tais pesquisas objetivam compreender as crenças, opiniões ou atitudes de um

determinado grupo de pessoas, com particular atenção à sua aplicação prática (Gil, 2010).

A partir da forma de acesso do objeto, esta pesquisa ainda é classificada como uma pesquisa de campo, uma vez que os dados foram observados e coletados nos locais nos quais acontecem, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Gil (2010) afirma que as pesquisas de campo estudam ambientes específicos, sem que haja necessariamente uma escolha geográfica. Pode-se estudar uma comunidade de trabalho, de estudos, de lazer, a fim de entender como esse grupo explica ou pensa sobre determinadas questões.

4.2 Contexto

Este estudo foi realizado em dois contextos: em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). As UBS são os equipamentos nos quais acontecem as ações da Atenção Básica em Saúde. Segundo o Ministério da Saúde (MS), a Atenção Básica é organizada de forma descentralizada e capilarizada, devendo ser a porta de entrada dos usuários e de comunicação com os demais níveis de complexidade da rede de saúde (PNAB, 2006; PNAB, 2012).

Entre as ações ofertadas, destacam-se as de promoção e proteção da saúde. Também são realizadas ações de prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento de doenças, além de reabilitação e manutenção da saúde, de forma individual ou em grupos. A Atenção Básica é regida pelos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) tais como integralidade, equidade, universalidade, dentre outros, visando garantir o cuidado no território no qual as pessoas vivem, estudam, trabalham etc. Nasel atuam as equipes que fazem parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), além de outras equipes para populações específicas, como ribeirinhos no Amazonas e no Pantanal (PNAB, 2012).

Os CRAS aparecem no cenário nacional a partir de 2004, após a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (PNAS, 2005). No ano seguinte, é criado o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que vem alterar a Lei Orgânica de Assistência Social, datada de 1993 (Lei nº 12.435, 2011). A PNAS, para viabilização do trabalho, estabelece dois níveis de proteção: a Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e de Alta Complexidade.

Neste estudo, o interesse está na Proteção Social Básica (PSB), da qual faz parte o CRAS. O CRAS é um equipamento público e do Estado, cujo objetivo é organizar e ofertar os serviços da PSB no território no qual está inserido. De maneira semelhante ao que acontece na P.S, tal equipamento é considerado a principal porta de entrada do SUAS, dada sua responsabilidade territorial, com foco nas áreas de vulnerabilidade e risco social mapeadas pelos municípios e Distrito Federal (Orientações Técnicas, 2009).

É de obrigatoriedade dos CRAS a oferta do Programa de Atendimento Integral à Família (PAIF), cujo objetivo é fortalecer e prevenir a ruptura de vínculos familiares e comunitários e ampliar o acesso a direitos. Além do PAIF, também podem ser ofertados Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Crianças, Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Jovens e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos e o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas; contudo, estes não farão parte dos contextos de pesquisa deste estudo (Orientações Técnicas, 2009; PNAB, 2012).

O município de Florianópolis tem na sua rede de Atenção Básica 49 UBS, 117 equipes de ESF e 7 equipes NASF, distribuídas em 4 distritos sanitários – Norte, Sul, Centro e Continente (PMF, 2018). Já a Proteção Social Básica possui 10 CRAS, dos quais 3 são localizados no Norte da ilha, 2 no Continente, 3 no Sul da ilha e 2 na região central. Para participar desta pesquisa foram selecionados, pelo critério de conveniência, os 10 CRAS (Trindade, Centro, Saco Grande, Canasvieiras, Ingleses do Rio Vermelho, Tapera, Saco dos Limões, Jardim Atlântico, Rio Tavares e Capoeiras), e as Unidades Básicas de Saúde do Pantanal, Centro, Trindade, Ingleses, Agronômica e Itacorubi, unidades estas que receberam maior número de encaminhamentos de usuários atendidos na emergência do Hospital Universitário após tentativa de suicídio entre os meses de janeiro de 2015 e maio de 2016.

4.3 Primeira etapa:

4.3.1 Participantes

Nos serviços de Atenção Básica, na P.S e de Proteção Social Básica, na P.AS, diferentes profissionais atuam no atendimento à população, dentre eles, psicólogos, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, agentes comunitários de saúde, técnicos administrativos, entre outros. Desta forma, partindo do universo de profissionais que fazem parte dos serviços, participaram desta primeira etapa 80 profissionais, sendo 44 deles trabalhadores de nível superior de UBS/NASF e 36 trabalhadores de nível superior de CRAS. Foram utilizados o Questionário Sociodemográfico e o Questionário de Atitudes frente ao Comportamento Suicida (QUACS), descritos adiante.

A amostra de participantes foi escolhida por conveniência, de forma intencional e o número de sujeitos utilizou o critério de saturação teórica dos dados. Há como referência o estudo de Guest, Bunce e Johnson (2006), que indica que a partir do 12º participante, o número de novos elementos incorporados ao que já foi trazido pelos participantes anteriores decresce. Contudo, além do valor numérico da amostra, este estudo também considera as ideias propostas por Minayo (2017), que entende que uma amostra dita ideal é aquela que consegue, tanto em intensidade quanto em quantidade, dar conta das diversas facetas do fenômeno estudado.

Os critérios de inclusão adotados foram os seguintes:

1. Curso superior completo;
2. Atuar nas equipes das UBS/NASF ou de CRAS, nas funções de médico, psicólogo, enfermeiro ou assistente social, no momento da pesquisa;

4.3.2 Instrumentos para coleta de dados

Para acesso às informações dos profissionais dos serviços de Saúde e Assistência Social foram utilizados os seguintes instrumentos:

1. Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida (QUACS) (Botega *et al*, 2005):

Este questionário foi desenvolvido e validado por pesquisadores brasileiros, com o objetivo de mensurar as atitudes de profissionais de enfermagem frente ao comportamento suicida e possíveis diferenças entre eles. É composto por uma escala analógica de 10 cm, em cujas extremidades estão *discordo plenamente* e *concordo plenamente*. O participante deve se posicionar em relação a cada uma das 21 afirmativas com um traço perpendicular à linha. (ver ANEXO 1).

O QUACS permite rastrear as atitudes dos profissionais a partir de três grupos de afirmativas (ou fatores): **sentimentos negativos em relação ao paciente** (7 questões que somam 70 pontos), **capacidade profissional** (4 questões, que somam 40 pontos) e **direito ao suicídio** (5 questões, que somam 50 pontos); cinco questões da escala não fazem parte dos fatores acima mencionados (Q8, Q11, Q14, Q20 e Q21) e portanto foram excluídas da análise.

O fator 1 é encontrado a partir da soma dos itens Q2, Q5, Q9, Q13, Q15, Q17 e Q19. O fator 2 é resultado da soma dos itens Q1, Q7, Q10 e Q12 (invertido) e o fator 3, é a soma dos fatores Q3 (invertido), Q4, Q6, Q16 e Q18. Quanto maiores os escores no fator 1, maior a presença de sentimentos negativos em relação ao paciente. Para o fator 2, maiores escores indicam maior percepção de capacidade profissional e para o fator 3, quanto maiores os escores, mais moralista é o julgamento das pessoas com quem tenta o suicídio (Botega *et al*, 2005):

2. Questionário sociodemográfico para profissionais das P.S e P.A.S (APÊNDICE 1):

O questionário é composto de 15 questões que têm o objetivo de caracterizar os profissionais quanto aos seguintes aspectos: idade, sexo, estado civil, religião, formação, escolaridade, tempo de serviço, porcentagem de atendimentos que apresentam comportamento suicida e capacitação sobre a temática;

4.3.3. Procedimentos de coleta de dados

O primeiro momento desta pesquisa foi o contato com as Secretarias de Saúde e de Assistência Social, respectivamente com a

Comissão de acompanhamento dos projetos de pesquisa em Saúde e com a Diretoria de Proteção Social Básica (DPSB), com o intuito de apresentar o projeto e obter autorização para a realização da pesquisa. Após esta autorização, o projeto foi encaminhado ao CEPSPH – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, para apreciação e posterior aprovação (Parecer 1.809.093, de 7 de novembro de 2016).

Após aprovação do CEPSPH, foi iniciado o campo de pesquisa, cuja coleta de dados aconteceu entre os meses de agosto e outubro de 2017. Entre os profissionais da P.S, a pesquisadora foi orientada a participar das reuniões de equipe (das UBS e do NASF), nas quais teve espaço para apresentar a pesquisa e em seguida, realizar a aplicação dos instrumentos. Houve ainda casos nos quais os instrumentos foram entregues à coordenação do serviço, com a apresentação da pesquisadora na reunião, e retirados após os profissionais respondê-los.

Entre os profissionais da P.AS, a pesquisa foi apresentada às coordenadoras dos CRAS, que levaram a demanda às suas equipes e, dias depois, informaram quais equipes se dispunham a participar. Os materiais (QUACS, questionário sociodemográfico, TCLE e carta de instruções – Apêndice 7) foram então enviados à cada serviço via malote da DPSB, em envelopes lacrados aos cuidados das coordenadoras, que devolviam os mesmos à pesquisadora após o preenchimento pelas equipes, em envelope igualmente lacrado. Tal logística foi possível uma vez que a pesquisadora é também trabalhadora de um dos serviços participantes da pesquisa.

4.3.4 Tratamento e Análise dos dados

As informações obtidas a partir do questionário sociodemográfico e do QUACS foram analisadas com o auxílio do *software* SPSS versão 23. Em um primeiro momento, foram realizadas análises descritivas ou de frequência dos três fatores do QUACS, bem como dos dados sociodemográficos, para os dois grupos de profissionais separadamente (trabalhadores da P.S e da P.AS). Em seguida, os escores da escala foram comparados aos itens do questionário sociodemográfico.

Para os itens *política pública na qual trabalha, sexo, possuir uma religião* e se o participante já *recebeu* alguma *capacitação* foram realizados os testes *t* de Student (comparação entre dois grupos) para os fatores 2 e 3 que apresentaram distribuição normal e o teste de Mann-Whitney para o fator 1, de distribuição não-assimétrica. Os itens *estado*

civil, a religião que frequenta, a frequência em instituição religiosa, formação acadêmica, nível de escolaridade e o tipo de vínculo profissional foram realizados os testes ANOVA (paramétrico) e o teste de Kruskal-Wallis (não-paramétrico).

Para as variáveis contínuas – *idade e tempo de serviço* na atual política pública foram realizadas as correlações de Pearson (fatores 2 e 3) e de Spearman (fator 1). O teste utilizado para verificar a normalidade dos fatores foi o teste de Kolmogorov-Smirnov e nível de significância considerado foi de 95%.

4.4. Segunda etapa:

4.4.1. Participantes

Esta segunda etapa teve 27 participantes. Dentre eles, 15 eram profissionais de nível superior (8 que atuavam em ESF ou NASF, cuja formação era Medicina, Psicologia, Enfermagem ou Serviço Social e 8 no CRAS - psicólogos ou assistentes sociais) e 12 eram usuários dos serviços descritos. Importante destacar que os profissionais que participaram desta segunda etapa fazem parte do mesmo grupo de profissionais que responderam ao QUACS, na primeira etapa. Para tal grupo, a segunda etapa teve apenas a entrevista, orientada por um roteiro semi-estruturado. Já para os usuários, foi realizada a entrevista e o preenchimento do respectivo questionário sociodemográfico.

Na Figura 2, adiante, estão descritas as duas etapas da pesquisa, seus respectivos participantes, instrumentos utilizados e a quais objetivos específicos cada um dos instrumentos se refere.

Os critérios de inclusão adotados foram os seguintes:

Para profissionais:

1. Ter atendido a usuários que apresentaram indícios de comportamento suicida, isto é, ideação ou tentativa de suicídio.
2. Ter participado da primeira etapa da pesquisa.

Para usuários:

1. Maiores de 18 anos;

2. A presença de comportamento suicida em algum momento da vida, cujos sintomas foram identificados pelas equipes das UBS, NASF ou CRAS.
3. Não ser identificado atualmente em situação de vulnerabilidade psíquica e não apresentar histórico de comportamento suicida no último ano.

4.4.2. Instrumentos para coleta de dados

Para profissionais:

1. Roteiro de Entrevista Semi-Estruturado para profissionais da P.S e P.AS (APÊNDICE 2):

As entrevistas são uma importante fonte de acesso às informações sobre alguma temática específica; logo, vão além de uma conversa neutra e sem pretensões, uma vez que o pesquisador vive a realidade que está sendo investigada (Minayo, 1999; 2010). Para acessar as informações acerca das crenças e significados atribuídos pelos profissionais das P.S e P.AS, foi utilizado um roteiro de entrevistas com 19 questões, construído pela pesquisadora com base na literatura disponível sobre o tema. Estas serviram como fio condutor para o discurso do participante, a fim de que este discorresse sobre o que entende sobre o comportamento suicida bem como são atendidos os pacientes com esta demanda nos serviços públicos.

As questões 1, 2, 5, 10, 12, 14, 15, 16 e 19 do roteiro rastrearam o objetivo 1 sobre significados do comportamento suicida para os profissionais. Já as questões 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 17 e 18 investigaram o objetivo 3, que caracteriza as intervenções realizadas junto aos usuários, entendendo-se intervenção como um processo mais amplo que vai do acolhimento aos encaminhamentos realizados pela equipe ao paciente.

Para usuários:

Na coleta de dados com os usuários das P.S e P.AS foram utilizados os seguintes instrumentos:

1. Questionário sociodemográfico para usuários dos serviços da P.S e P.AS (APÊNDICE 3):

O questionário utilizado é composto de 13 questões que têm o objetivo de conhecer os usuários quanto às seguintes características: idade, sexo, escolaridade, ocupação, histórico de ideação suicida ou histórico de tentativa de suicídio, entre outras.

2. Roteiro de Entrevista Semi-Estruturado para usuários dos serviços da P.S e P.AS (APÊNDICE 4):

Para acessar as informações acerca das crenças e significados atribuídos pelos usuários das P.S e P.AS, foi utilizado um roteiro de entrevistas com 18 questões. Estas serviram como norteador ao discurso do participante, a fim de que este discorresse sobre o que entende a respeito do comportamento suicida, como se sentem ao apresentar/demonstrar o sofrimento psíquico aos profissionais ou familiares e como são as intervenções realizadas junto a esta demanda nos serviços públicos.

As questões 1, 2, 5, 6, 9, 11, 13, 14 e 15 do roteiro rastrearam o objetivo 2 sobre significados do comportamento suicida para os usuários atendidos nos serviços, as questões 3, 4, 7, 8, 10, 12 e 17 investigaram o objetivo 4, que caracteriza o atendimento recebido pelos usuários nos serviços, do acolhimento ao encaminhamento.

4.4.3. Procedimentos de coleta de dados e questões éticas da pesquisa

Nesta segunda etapa, que aconteceu entre novembro de 2017 e março de 2018, os profissionais que se dispuseram a participar da entrevista (indicando seu telefone ou email no questionário sociodemográfico) foram contatados individualmente para agendamento. Todas as entrevistas aconteceram nos locais de trabalho dos participantes (pela manhã ou à tarde), com exceção de uma delas que realizada em um café, uma vez que o participante estava em férias. As entrevistas foram gravadas em áudio, mediante consentimento do participante e tiveram duração média de 28 minutos. Cada entrevista era iniciada com a leitura e preenchimento do TCLE (APÊNDICE 5).

Já os usuários foram acessados por intermédio dos profissionais dos serviços (CRAS e UBS/NASF). Após cada entrevista, era explicado

a cada profissional os critérios de inclusão para usuários, que indicavam possíveis participantes. Os agentes comunitários de saúde ou mesmo os profissionais faziam contato com a pessoa, pedindo autorização para divulgar seu contato telefônico. Porém, houve situações nas quais, diferente do que foi inicialmente planejado, o profissional disponibilizou os números de telefone à pesquisadora e esta fez contato diretamente com os usuários, explicando-lhes a pesquisa e convidando-os a participar.

A partir daí, foram agendados dia e local para as entrevistas, que aconteceram nos serviços de saúde, no espaço cedido por uma ONG e na casa de dois dos participantes, devido a questões de saúde de ambos. As entrevistas foram gravadas em áudio, após consentimento do participante. Cada entrevista era iniciada com a leitura e preenchimento do TCLE (APÊNDICE 6) e encerrada com o preenchimento do questionário sociodemográfico. A duração média das entrevistas foi de 48 minutos.

Importante registrar que a proposta inicial de contato com os usuários era por meio de uma carta-convite, cujo objetivo era explicar a pesquisa ao usuário e obter seu consentimento para participação. Porém, esta carta-convite seria entregue pelos profissionais dos serviços e devolvida pelos usuários aos mesmos profissionais. A entrada em campo mostrou que esta logística era pouco viável em virtude do tempo disponível para a coleta de dados, bem como do tempo disponível pelos profissionais para explicar a cada paciente atendido com perfil para a pesquisa do que se tratava a carta. Desta forma, foi efetuado tal ajuste assim que observadas as dificuldades na ideia inicial.

4.4.4. Tratamento e Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas com a ajuda de um *software* e um pedal, que tornaram o processo mais rápido. A partir daí o material foi organizado e preparado para análise. Esta análise teve o auxílio do *software* Atlas/ti 5.0, um programa que auxilia na organização de grandes volumes de material, sejam eles textos, vídeos ou áudios (Muhr, 2004). Além disso, as entrevistas também foram impressas e, em paralelo, foi realizado o processo de codificação à mão, no papel. Na sequência, foi realizada a Análise de Conteúdo Categorial, por meio de uma modalidade proposta por Bardin (2006) que consiste na organização do material textual em unidades menores, segundo

reagrupamentos analógicos, sem a construção de categorias prévias para distribuição dos dados.

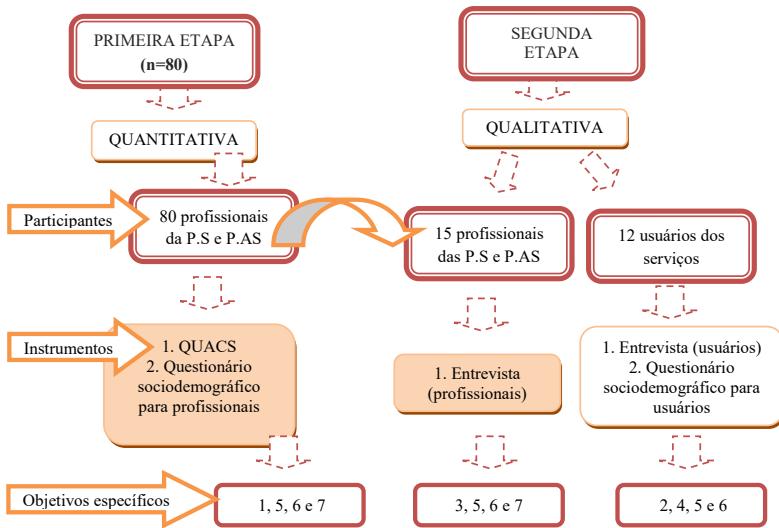


Figura 2: Fluxograma das etapas da pesquisa, respectivos participantes e instrumentos.

A partir dados encontrados nas duas etapas da pesquisa foram realizadas comparações entre os seguintes grupos: 1) profissionais da P.S em comparação aos profissionais da P.A.S e 2) profissionais da P.S e da P.A.S comparados aos usuários atendidos nestas políticas. A seguir, na apresentação e discussão dos resultados foi realizada a integração de todas estas informações.

5. RESULTADOS

Nesta seção estão apresentados os resultados encontrados a partir da análise do material das entrevistas e dos questionários que foram utilizados para responder aos objetivos desta pesquisa. A primeira parte refere-se à primeira etapa da pesquisa e apresenta os dados disponíveis nos questionários sociodemográficos e no QUACS. A segunda parte traz a caracterização dos participantes das entrevistas, presente nos questionários sociodemográficos respondidos por cada grupo específico e a tabela com a síntese das categorias, subcategorias e elementos de análise, que permitiram aprofundar a comparação entre os dois grupos estudados. Todas estas informações serão trianguladas e discutidas à luz da literatura na seção seguinte, Discussão.

5.1 Primeira etapa:

Participaram desta primeira etapa da pesquisa 80 profissionais, dos quais 44 trabalhadores da P.S e 36 da P.AS. Dentre os profissionais da P.S, cerca de 80% era do sexo feminino, mais da metade (55,9%) era casado ou declarou união estável e aproximadamente 80% declarou ter uma religião bem como nunca ter recebido capacitação para lidar com a temática do suicídio. A média de idade dos profissionais foi de 34,4 anos (mínimo de 28 e máximo de 57 anos).

Entre os profissionais da P.AS, quase 92% (91,7) era do sexo feminino. Com relação ao estado civil, 75% eram casados ou mantinham união estável e 64% declararam ter uma religião. O percentual de participantes que declarou ter recebido capacitação para lidar com a temática do suicídio foi de 16,7%. A idade dos participantes variou entre 28 e 55 anos, com média de 38,6 anos. Os dois grupos de profissionais apontaram que, em média, 10% dos atendimentos realizados apresentam algum componente do comportamento suicida. Outras informações podem ser observadas na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1.

Análise de frequências dos participantes de acordo com a política pública na qual trabalha e valores totais.

Variável sociodemográfica	SAÚDE (n=44)		ASSISTÊNCIA SOCIAL (n=36)		TOTAL(n=80)		
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	
Idade (em anos)	média	34,4	-	38,5	-	36,3	-
	mínimo	25	-	28	-	25	-
	máximo	57	-	55	-	57	-
Sexo	feminino	34	79,1	33	91,7	67	84,8
	masculino	9	20,9	3	8,3	12	15,2
Estado civil	casado	14	32,6	19	52,8	33	41,8
	união estável	10	23,3	8	22,2	18	22,8
	solteiro	14	32,6	9	25,0	23	29,1
	separado	2	4,7	0	0	2	2,5
	divorciado	3	7,0	0	0	3	3,8
Possui alguma religião?	sim	32	74,4	23	63,9	55	69,6
	não	11	25,6	13	36,1	24	30,4
Qual religião?	católica	20	62,5	12	57,1	32	60,4
	evangélica	2	6,3	1	4,8	3	5,7
	espírita	7	21,9	4	19,0	11	20,8
	candomblé	1	3,1	0	0	1	1,9
	outra religião	2	6,3	1	4,8	3	5,7
Frequenta instituição religiosa:	1x na semana	5	12,8	7	26,9	12	18,5
	2x ao mês	1	2,6	2	7,7	3	4,6
	1x ao mês	2	5,1	2	7,7	4	6,2
	1-3x/ ano	13	33,4	7	26,9	20	30,8
	quase nunca	8	20,5	3	11,5	11	16,9
	não frequenta	10	25,6	5	19,2	15	23,1

Tabela 1.

Análise de frequências dos participantes de acordo com a política pública na qual trabalha e valores totais.

continuação

Variável sociodemográfica	SAÚDE (n=44)		ASSISTÊNCIA SOCIAL (n=36)		TOTAL(n=80)		
	N	(%)	N	(%)	n	(%)	
Formação acadêmica (curso)	Serviço Social	4	9,3	18	50,0	22	27,8
	Enfermagem	21	48,8	0	0	21	26,6
	Psicologia	5	11,6	18	50	23	29,1
	Medicina	13	30,2	0	-	13	16,5
Nível de escolaridade	graduação	7	16,3	4	11,1	11	13,9
	especializ.	33	76,7	28	77,8	61	77,2
	mestrado	3	7,0	4	11,1	7	8,9
	doutorado/ pós doc.	0	-	0	-	0	-
Tempo de término da graduação (em anos)	média	10,00	-	13,02	-	11,41	-
	mínimo	1	-	5	-	1	-
	máximo	35	-	30	-	35	-
Tempo de serviço na política pública na qual atua (em meses)	média	93,64	-	64,94	-	80,39	-
	mínimo	6	-	4	-	4	-
	máximo	354	-	204	-	354	-
Vínculo de trabalho	concurso	32	74,4	36	100,0	68	86,1
	processo seletivo/ temporário	0	-	0	-	0	-
	outros	11	25,6	0	0	11	13,9
Média de atendimentos por mês	média	228,25	-	50,86	-	151,13	-
	mínimo	20	-	4	-	4	-
	máximo	450	-	120	-	450	-

Tabela 1.

Análise de frequências dos participantes de acordo com a política pública na qual trabalha e valores totais.

Variável sociodemográfica	conclusão						
	SAÚDE (n=44)		ASSISTÊNCIA SOCIAL (n=36)		TOTAL(n=80)		
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	
% dos atendimentos que referem comportamento suicida	média	10,93	-	11,7	-	9,86	-
	mínimo	0,01	-	0,5	-	0,01	-
	máximo	80	-	80	-	80	-
Recebeu capacitação?	não	34	79,1	30	83,3	64	81,0
	sim	9	20,9	6	16,7	15	19,0

Nota: Tabela elaborada pela pesquisadora.

Dentre os profissionais que informaram ter recebido capacitação sobre a temática, 7 deles afirmaram que a capacitação aconteceu em espaços de formação ligados à graduação ou pós-graduação, como estágios e residência. Os demais tiveram acesso à formação por meio de centros de formação ou associações de classe, ensino à distância e capacitações oferecidas pelo serviço público. As mudanças observadas pelos profissionais referem-se à maior segurança no atendimento ao paciente e maior sensibilidade para lidar com a temática, incluindo-a nas rotinas de avaliação e anamnese. Houve ainda referência à desmistificação do comportamento suicida e ao fato do conhecimento adquirido permitir um melhor manejo do risco e desenvolver melhores condutas e encaminhamentos.

A seguir, são apresentados os resultados do QUACS aplicado aos profissionais da P.S e P.A.S. Na Tabela 2 (adiante) são apresentadas as médias de respostas para cada item dos três fatores da escala, bem como o desvio padrão e os valores mínimo e máximo atingidos por cada um deles, distribuídos de acordo com a política pública da qual o participante fazia parte.

Tabela 2:

Análise descritiva dos três fatores e respectivos itens do QUACS respondidos por profissionais que atuam nas Políticas de Saúde e Assistência Social.

Subescalas	SAÚDE			ASSISTÊNCIA SOCIAL		
			(Mín.-Máx.)			(Mín.-Máx.)
	Média	(DP)	Média	(DP)		
<i>Sentimentos negativos em relação ao paciente</i>						
Q 2 – Quem fica ameaçando geralmente não se mata	1,5	2,2 (0 - 8,3)		2,3	2,5 (0 - 8,3)	
Q 5 - No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio	1,7	2,6 (0 - 9,1)		2,7	3,0 (0 - 10,0)	
Q 9 – Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio e acabar induzindo o paciente a isso	1,4	2,1 (0 - 7,0)		2,2	2,4 (0 - 8,4)	
Q 13 – Às vezes dá raiva porque com tanta gente querendo viver...e aquele paciente querendo morrer	1,1	1,9 (0 - 6,6)		0,9	1,9 (0 - 9,0)	
Q 15 – A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar	3,5	2,8 (0 - 9,2)		4,5	3,2 (0 - 10,0)	
Q 17 – No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a ideia de suicídio	2,4	3,0 (0 - 10,0)		2,8	2,5 (0 - 8,9)	
Q 19 – Quem quer se matar mesmo, não fica “tentando” se matar	1,6	2,3 (0 - 8,0)		1,9	2,3 (0 - 8,5)	
<i>Capacidade profissional</i>						
Q1– Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar	7,3	2,1 (1,6 - 10,0)		6,4	2,6 (0 - 10,0)	
Q 7 – Sinto-me capaz de perceber quando uma pessoa tem risco de se matar	6,3	1,9 (1,3 - 10,0)		6,0	2,8 (0 - 10,0)	
Q 10 – Acho que tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio	5,7	2,8 (0 - 10,0)		4,7	3,6 (0 - 10,0)	

Tabela 2:

Análise descritiva dos três fatores e respectivos itens do QUACS respondidos por profissionais que atuam nas Políticas de Saúde e Assistência Social.

conclusão

Subescalas	SAÚDE			ASSISTÊNCIA SOCIAL		
			(Mín.-			(Mín.-
	Média	(DP)	Máx.)	Média	(DP)	Máx.)
Q 12 – Sinto-me inseguro(a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio	6,1	3,3	(0 - 10,0)	4,5	3,3	(0 - 10,0)
Direito ao suicídio						
Q 3 – Apesar de tudo, penso que uma pessoa tem o direito de se matar	6,1	3,0	(0 - 10,0)	5,5	3,4	(0 - 10,0)
Q 4 – Diante de um suicídio, penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho?	7,2	1,9	(2,3 - 10,0)	6,8	2,1	(2,0 - 10,0)
Q 6 – A vida é um dom de Deus, e só ele pode tirar	3,7	3,3	(0 - 10,0)	3,2	3,1	(0 - 10,0)
Q 16 – Quem tem Deus no coração, não vai tentar se matar	1,8	2,4	(0 - 9,8)	1,1	1,9	(0 - 5,3)
Q 18 – Quando uma pessoa fala em pôr fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela.	5,9	3,0	(0 - 10,0)	4,9	3,3	(0 - 10,0)

Nota: Tabela elaborada pela pesquisadora.

Entre os profissionais da P.S, o Fator 1, Sentimentos negativos em relação ao paciente, apresentou médias inferiores a 2,5 para todos os itens que o compõem. A única exceção foi a questão 15, que analisou o sentimento de impotência frente às situações nas quais uma pessoa quer se matar que obteve média de 3,5 pontos. O Fator 2, Capacidade profissional, apresentou médias maiores que 5,0 para os quatro itens investigados e o Fator 3, Direito ao Suicídio, apresentou médias maiores quando os itens relacionavam o direito ao suicídio a uma escolha objetiva (Q3 = 6,1 e Q18 = 5,9). Contudo, quando os itens referem-se às crenças religiosas, as médias diminuem (Q6 = 3,7 e Q16 = 1,8). Merece destaque o item 4 (Q4), que problematiza se o acolhimento da pessoa em risco de suicídio teria levado a outro desfecho e teve média de 7,2.

Entre os profissionais que atuam na Assistência Social, o Fator 1 apresentou médias inferiores a 3,0 para todos os itens, com exceção do item 15 (Q15), que fala sobre o sentimento de impotência frente ao paciente suicida e teve média igual a 4,5. Merece destaque o item 13, cuja média foi inferior a 1 (média de 0,9) e refere-se ao sentimento de raiva frente às pessoas que querem “morrer voluntariamente”, em detrimento a outras que querem viver. Para o Fator 2 as médias dos itens estão distribuídas entre 4,5 a 6,4 e para o Fator 3, as menores médias também foram encontradas nos itens Q6 (média = 3,2) e Q16 (média = 1,1), os quais referem-se à crença em Deus e o direito de tirar a própria vida. Os demais itens deste fator apresentaram médias de 5,5 (Q3), 6,8 (Q4) e 4,9 (Q18).

Tabela 3:

Comparação das médias dos três fatores do QUACS de acordo com a política pública em que trabalha.

Fatores do QUACS	Pontuação máxima	SAÚDE		ASSISTÊNCIA SOCIAL	
		Média	(DP)	Média	(DP)
<i>1. Sentimentos negativos em relação ao paciente (questões 2+5+9+15+17+19)</i>	70	13,1	(10,4)	17,4	(8,8)
<i>2. Capacidade profissional (questões 1+7+10+12)</i>	40	25,4	(8,4)	21,1	(10,1)
<i>3. Direito ao suicídio (questões 3+4+6+16+18)</i>	50	24,9	(8,5)	21,8	(8,7)

Nota: Tabela elaborada pela pesquisadora.

Após serem apresentadas as médias referentes a cada um dos itens do QUACS, acima, na Tabela 3 estão disponíveis as médias dos fatores do QUACS, conforme a política pública. Em relação ao Fator 1, a média para os profissionais de saúde foi de 13,1 e 17,4 entre os de

assistência social. No Fator 2, profissionais da Saúde obtiveram média maior (25,4), atingindo quase 65% da pontuação limite e para o Fator 3, os profissionais da Assistência Social apresentaram média menor em comparação aos profissionais de Saúde. Considerando o número de itens de cada fator e as informações disponíveis na tabela, reitera-se que a pontuação máxima que pode ser atingida no fator 1 é 70 pontos, no fator 2, 40 pontos e no fator 3, 50 pontos.

Em seguida, os três fatores da escala foram relacionados às variáveis investigadas pelo questionário sociodemográfico. Quando relacionadas ao Fator 1 as variáveis *idade*, *sexo*, *estado civil*, *possuir uma religião*, *a religião que frequenta*, *a frequência em instituição religiosa*, *o nível de escolaridade*, *tempo de atuação na atual política pública* e *o tipo de vínculo profissional* não apresentaram valores estatisticamente significativos. Já as variáveis *política pública na qual trabalha* ($p = 0,02$), *formação acadêmica* ($p = 0,01$) e se o participante já recebeu alguma *capacitação* ($p = 0,02$) sobre o tema apresentaram relevância estatística, com valores de $p < 0,05$.

Os valores de p (*p value*) para todas as variáveis analisadas estão descritos na Tabela 4, a seguir.

Tabela 4:

Comparação entre as variáveis sociodemográficas, os três fatores do QUACS e respectivos níveis de significância.

Variável sociodemográfica (independentes)	Fator 1 – Sentimentos negativos em relação ao paciente			Fator 2 – Capacidade profissional	Fator 3 – Direito ao Suicídio
	<i>p value</i>	<i>p value</i>	<i>p value</i>	<i>p value</i>	<i>p value</i>
Política pública					
Saúde	0,02¹		0,04²		0,11²
Assistência Social					
Idade (anos)		0,94⁶		0,45⁵	0,54⁵
Sexo					
feminino				0,01²	
masculino	0,73¹				0,29²
Estado civil					
casado					
união estável		0,95³		0,96⁴	0,94⁴
solteiro					
separado					
divorciado					

Tabela 4:

Comparação entre as variáveis sociodemográficas, os três fatores do QUACS e respectivos níveis de significância.

continuação

Variável sociodemográfica (independentes)	Fator 1 – Sentimentos negativos em relação ao paciente			Fator 2 – Capacidade profissional	Fator 3 – Direito ao Suicídio
		p value	p value		
Possui alguma religião?					
Sim	0,52 ¹		0,99 ²		0,01 ²
Não					
Qual religião?					
católica					
evangélica	0,40 ³		0,77 ⁴		0,94 ⁴
espírita					
candomblé					
outra religião					
Frequenta instituição religiosa:					
1x na semana					
2x ao mês	0,96 ³		0,30 ⁴		0,66 ⁴
1x ao mês					
1 a 3x ao ano					
Quase nunca					
Não frequenta					
Formação acadêmica					
Psicologia					
Medicina	0,01 ³		0,03 ⁴		0,41 ⁴
Enfermagem					
Serviço Social					
Nível de escolaridade					
Graduação					
Especialização	0,31 ³		0,06 ⁴		0,59 ⁴
Mestrado					
Doutorado					
Tempo de formação (em anos)	0,41 ⁶		0,70 ⁵		0,77 ⁵
Tempo de serviço na política pública na qual atua (em meses)	0,34 ⁶		0,93 ⁵		0,97 ⁵

Tabela 4:

Comparação entre as variáveis sociodemográficas, os três fatores do QUACS e respectivos níveis de significância.

Variável sociodemográfica (independentes)	conclusão		
	Fator 1 – Sentimentos negativos em relação ao paciente	Fator 2 – Capacidade profissional	Fator 3 – Direito ao Suicídio
	<i>p</i> value	<i>p</i> value	<i>p</i> value
Vínculo profissional			
Concurso público			
Temporário	0,31 ³	0,75 ⁴	0,47 ⁴
Processo seletivo			
Outros			
Recebeu capacitação?			
Sim	0,02 ¹	0,01 ²	0,15 ²
Não			

Nota : Tabela elaborada pela pesquisadora.

¹ teste de Mann-Whitney ²teste t de Student ³teste de Kruskal-Wallis ⁴ANOVA

⁵Correlação de Pearson ⁶Correlação de Spearman

Nas comparações com o Fator 2, Capacidade profissional, as variáveis *política pública na qual trabalha* ($p = 0,04$), *sexo* ($p = 0,01$), *formação acadêmica* ($p = 0,03$) e ter recebido *capacitação* sobre a temática ($p = 0,01$) apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Para identificar quais grupos de profissionais apresentavam diferenças quando comparados entre si, foi utilizado o teste *à posteriori* de Turkey. Psicologia e Medicina ($p = 0,01$ para ambos) apresentaram diferenças em relação à capacidade profissional em comparação à formação em Serviço Social, da mesma forma que a Enfermagem quando comparada aos mesmos dois grupos ($p = 0,02$ para ambos). Medicina e Psicologia ($p = 0,93$) bem como Enfermagem e Serviço Social ($p = 0,20$) não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre si. A variável independente *nível de formação* apresentou significância limítrofe ($p = 0,06$) e todas as demais variáveis tiveram valores de $p > 0,05$, indicando assim a ausência de diferenças estatisticamente significativas.

O Fator 3, Direito ao suicídio, apresentou diferença estatística apenas para a variável *possui uma religião*, com valor de $p = 0,01$. As demais variáveis não apresentaram diferenças em relação ao fator.

5.2 Segunda etapa:

A segunda etapa desta pesquisa teve a participação de 15 profissionais (7 profissionais da P.AS, indicados de P1a P7, e 8 profissionais da P.S, de P8 a P15), e 12 usuários atendidos nos respectivos serviços. Uma entrevista realizada foi desconsiderada pois o participante não preenchia o critério de inclusão que versava sobre já ter atendido usuários que apresentavam comportamento suicida. Dentre os profissionais, 13 eram do sexo feminino e 2 do sexo masculino, cujas idades variaram entre 26 e 40 anos. Quanto à formação, 6 profissionais eram psicólogos, 4 médicos, 3 assistentes sociais e 2 enfermeiros. Dentre os 15 profissionais, 10 tinham especialização e 5 tinham graduação. Oito participantes declararam ter religião, em detrimento de sete, que declararam não ter.

Entre os usuários, 9 eram do sexo feminino (dentre as quais duas estavam grávidas) e 3 do sexo masculino. As idades variaram entre 20 e 64 anos, sendo 5 deles solteiros, 6 casados ou em união estável e 1 viúvo. O grau de escolaridade destes participantes variou entre ensino fundamental incompleto (1 participante), ensino fundamental completo (5), ensino médio incompleto (1), ensino médio completo (4) e graduação incompleta (1). Oito usuários declararam ter religião enquanto 3 afirmaram não frequentar e um se declarou ateu. No momento da pesquisa, 9 participantes não estavam trabalhando, dentre eles 3 recebem auxílio-doença e 3 trabalhavam formalmente. Quando questionados sobre a proximidade dos serviços de atenção básica, 9 disseram morar perto e 3 consideraram que moram longe.

O tempo de atendimento nos serviços variou de 5 meses a 6 anos e a frequência que os usuários relataram procurar por atendimento ficou no intervalo de “sempre que preciso” a “no limite do limite”. No que se refere à vivência do comportamento suicida, 3 usuários afirmaram que já tiveram ideação suicida e 9 já tentaram suicídio. Diferente do que aconteceu entre os profissionais, para os usuários não foram realizadas análises comparando as duas políticas públicas, pois apenas um participante foi indicado por profissionais da P.AS. A discussão dos dados quantitativos acima apresentados serão realizadas em seção reservada.

5.2.1 Apresentação das categorias e subcategorias:

A análise das entrevistas possibilitou a construção de quatro categorias, que compararam aspectos relacionados aos significados atribuídos pelos dois grupos de interesse e ao processo de intervenção sob a ótica de profissionais das P.S e P.AS e de usuários atendidos nestes serviços. Todas as informações referentes às categorias, subcategorias e elementos de análise podem ser observadas na Tabela 5, adiante. A Tabela 5 é produto da síntese de outras duas tabelas que foram construídas separadamente: uma tabela de análise dos profissionais e uma tabela de análise dos usuários. Em seguida, ambas foram unidas de modo que as informações sejam visualizadas e comparadas de uma só vez. As tabelas separadas por grupo, com suas respectivas categorias, subcategorias e elementos de análise estão disponíveis nos APÊNDICES 8 e 9.

Desta forma, os elementos de análise que apareceram apenas nas falas dos profissionais estão destacados em **verde**. Os elementos de análise exclusivos aos usuários estão em **vermelho** e os elementos de análise que foram compartilhados por ambos os grupos estão em **azul**.

Tabela 5:

Síntese das categorias, subcategorias e elementos de análise.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE
CATEGORIA 1 Significados atribuídos ao comportamento suicida	1.1 Definições do comportamento suicida	1.1.1. ter ideias ou pensamentos* 1.1.2. tentar tirar a própria vida 1.1.3. a morte como desfecho 1.1.4. não sabe definir***
	1.2 Razões que levam ao suicídio	1.2.1. desespero** 1.2.2. desesperança 1.2.3. única solução para acabar com o sofrimento
	1.3 A vivência do comportamento suicida	1.3.1. preconceito 1.3.2. segredo
	1.4 O <i>olhar</i> dos profissionais	1.4.1. banalização do sofrimento 1.4.2. disponibilidade para ajudar
	1.5 Sentimentos despertados nos profissionais	1.5.1. impotência 1.5.2. medo 1.5.3. insegurança 1.5.4. empatia 1.5.5. satisfação 1.5.6. cumprir o dever profissional
	1.6 Percepção da capacidade profissional	1.6.1. “sim, eu me sinto preparado(a)” 1.6.2. “não, eu não me sinto” 1.6.3. “sim, mas...”
	2.1 Características relacionadas aos usuários	2.1.1. com histórico de violências 2.1.2. falta de apoio familiar 2.1.3. portadores de transtorno mental 2.1.4. contexto social gerador de sofrimento 2.1.5. a “crise” 2.1.6. isolamento e solidão
	2.2 O atendimento nos serviços	2.2.1. não ser levado a sério 2.2.2. lugar de acolhimento e escuta 2.2.3. situação urgente 2.2.4. diferentes processos de trabalho (P.S)
	2.3 Expectativas e encaminhamentos realizados	2.3.1. cuidado na atenção básica 2.3.2. serviços especializados 2.3.3. internação
CATEGORIA 2 A experiência dos usuários nos serviços e as intervenções realizadas pelos profissionais		

Tabela 5:

Síntese das categorias, subcategorias e elementos de análise.

		conclusão
CATEGORIA 3 Desafios observados na rede de Atenção Básica	3.1 Dos serviços com o usuário	2.3.4. contato com a rede de apoio 2.3.5. outros encaminhamentos 3.1.1. distância até os serviços 3.1.2. rede precarizada 3.1.3. falta de acompanhamento psicológico individual 3.1.4. falta de articulação entre as diferentes políticas e/ou níveis de assistência 3.1.5. mudanças no processo de trabalho (P.S)
CATEGORIA 4 Aspectos que auxiliam na elaboração da experiência vivida	3.2 Na relação com o usuário 4.1 Na relação profissional-usuário 4.2 Da família com o usuário 4.3 Do serviço com o usuário	3.2.1. falta de capacitação e treinamento 3.2.2. preconceito e estigma (P.S) 4.1.1 para além dos medicamentos 4.1.2. capacitação dos profissionais 4.1.3. o vínculo 4.2.1. a função de rede de apoio 4.3.1. garantia do acolhimento

Nota: Elaborada pela autora.

*elemento de análise para ambos os grupos **elemento de análise exclusivo para os profissionais ***elemento de análise exclusivo para usuários dos serviços

A **Categoria 1**, intitulada "Significados atribuídos ao comportamento suicida", é composta por seis subcategorias, a saber:

1.1 Definições do comportamento suicida:

Esta subcategoria agrupou elementos de análise que buscam explicitar como os profissionais e usuários compreendem os conceitos de ideação suicida, tentativa de suicídio e o suicídio.

1.2 Razões que levam ao suicídio:

Esta subcategoria buscou rastrear os motivos pelos quais os profissionais e usuários entendem que uma pessoa pode pensar ou cometer suicídio.

1.3 A experiência/vivência do comportamento suicida:

Nesta subcategoria foram investigadas as vivências dos usuários atendidos nos serviços quando a demanda é ideação ou tentativa de suicídio.

1.4 O olhar dos profissionais:

Esta subcategoria agrupou elementos que ajudaram a entender como os usuários sentem que são vistos pelos profissionais quando são atendidos nos serviços a partir da demanda de comportamento suicida.

1.5 Sentimentos despertados nos profissionais:

Nesta subcategoria estão elencados os principais sentimentos descritos pelos profissionais que são vivenciados no atendimento às demandas de comportamento suicida.

1.6 Percepção da capacidade profissional

A subcategoria descreve o quanto preparados, mediante auto-avaliação, sentem-se os profissionais para atender pacientes sob risco de suicídio.

Na sequência a **Categoria 2**, intitulada "A experiência dos usuários nos serviços e as intervenções realizadas pelos profissionais" é composta por três subcategorias:

2.1 Características relacionadas aos usuários:

Esta subcategoria relaciona as principais características observadas pelos profissionais e descritas pelos usuários que estão presentes em pessoas atendidas com a demanda referente ao comportamento suicida.

2.2 O atendimento nos serviços:

Nesta subcategoria estão listadas as principais características do processo de intervenção realizado junto aos pacientes pelos profissionais e observadas pelos usuários atendidos.

2.3 Expectativas e encaminhamentos realizados:

Esta subcategoria nomeia os principais encaminhamentos realizados pelos profissionais dos serviços e aponta as expectativas de encaminhamento dos usuários frente às suas demandas.

A **Categoria 3**, nomeada "Desafios observados na rede de Atenção Básica", buscou dar visibilidade aos principais desafios observados pelos profissionais e usuários mediante a demanda relativa ao comportamento suicida. É formada por duas subcategorias, a saber:

3.1 Dos serviços com o usuário:

Nesta subcategoria são apresentadas as principais dificuldades dos serviços para com os usuários, observadas pelos profissionais e usuários no que concerne às demandas decorrentes do comportamento suicida.

3.2 Na relação com o usuário:

Esta subcategoria apresenta os principais aspectos que dificultam o trabalho observados a partir da relação profissional-usuário, sob a ótica dos profissionais dos serviços.

Por último, a **Categoria 4**, intitulada "Aspectos que auxiliam na elaboração da experiência vivida", apresenta aspectos que se destacaram nas falas dos participantes enquanto facilitadores do trabalho nos serviços de atenção básica. Apresenta três subcategorias, a seguir:

4.1 Na relação profissional-usuário:

Esta subcategoria elenca aspectos presentes na relação profissional-usuário, observadas por profissionais e usuários, que facilitam o trabalho com este público.

4.2 Da família com o usuário:

Esta subcategoria apresenta aspectos que facilitam o trabalho a partir da relação da família com o usuário.

4.3 Do serviço com o usuário:

Nesta subcategoria, estão apresentados os aspectos que, presentes nos serviços, facilitam o atendimento ao usuário cuja demanda é relacionada ao comportamento suicida.

6. DISCUSSÃO

“Que mais eu posso te falar da minha loucura?”
Usuário 9

Nesta seção os resultados são discutidos e articulados com de estudos e escritos já publicados sobre a temática do comportamento suicida. A primeira parte da discussão refere-se aos dados obtidos na etapa quantitativa desta pesquisa, cujos instrumentos foram o QUACS e o questionário sociodemográfico. Na segunda parte, são discutidos os resultados das entrevistas realizadas com os profissionais da saúde e da assistência social e usuários, baseados nas categorias de análise construídas, suas respectivas subcategorias e elementos de análise.

6.1 Primeira etapa

Entre os profissionais da Saúde, as médias encontradas para os itens do Fator 1 podem ser consideradas baixas, o que indica que os profissionais entrevistados têm atitudes menos negativas diante do comportamento suicida. No Fator 2, médias maiores que 5 entre os itens indicaram maior percepção da capacidade profissional para atender pessoas com risco de suicídio. E para o Fator 3, médias mais altas foram encontradas para os itens referentes ao direito ao suicídio, que indicam que os profissionais de saúde são menos propensos a aceitar que as pessoas escolham deliberadamente morrer. Contudo, os itens que versavam sobre crenças religiosas apresentaram médias baixas, contrapondo assim a relação entre a crença em Deus e direito ao suicídio.

Para os profissionais que atuam na Assistência Social, o Fator 1 apresentou médias também consideradas baixas, observou-se uma percepção de capacidade profissional mediana entre os itens do Fator 2 e para o Fator 3, os profissionais também são mais moralistas quando se trata do direito ao suicídio, porém da mesma forma que observado entre os profissionais da Saúde, há um distanciamento entre a compreensão do direito ao suicídio e a crença em Deus, que apresentaram médias ainda mais baixas que o grupo anterior.

Importante destacar que tanto profissionais da P.S quanto da P.A.S apresentaram as maiores médias dentro do Fator 1 para o item que fala sobre sentir-se impotente frente a uma pessoa que quer se matar.

Esta discussão é retomada mais adiante, uma vez que a impotência é um dos elementos que aparecem nas entrevistas com os profissionais. No Fator 2 o mesmo aconteceu com o item que versa sobre a possibilidade de um outro desfecho caso o paciente tivesse sido acolhido, indicando que os profissionais acreditam que o acolhimento nos serviços é uma estratégia importante para prevenir suicídios e tentativas.

Na comparação entre os dois grupos as médias encontradas no Fator 1 podem ser consideradas baixas para os profissionais de ambas as políticas, embora para a P.AS tenha sido observado média maior em comparação à P.S. Ou seja, mesmo que os dois grupos estejam distantes da pontuação máxima, profissionais da P.AS apresentaram mais sentimentos negativos frente ao paciente suicida. Tais sentimentos negativos podem implicar na atuação profissional e na qualidade do cuidado que é ofertado, levando o usuário a se sentir mal acolhido no serviço. Nesse sentido, estudos têm demonstrado que a capacitação dos profissionais para lidar com o comportamento suicida é uma importante ferramenta que impacta positivamente nas atitudes dos profissionais, independente de formação ou de local de trabalho (Moraes, Magrini, Zanetti, Santos & Vedana, 2016).

Para o Fator 2, o grupo da P.S apresentou uma maior percepção da capacidade profissional para lidar com pacientes em risco de suicídio (atingiram 63,5% da pontuação máxima), ainda que uma porcentagem muito próxima entre os profissionais das duas políticas faça referência positiva à capacitação sobre a temática. Contudo, no Fator 3 destacam-se os profissionais da P.AS, que indicaram apresentar atitudes menos moralistas em relação ao direito ao suicídio. Considerando que o Fator 3 apresenta itens que questionam a crença em Deus e o direito à vida ser reservado à Ele, uma porcentagem menor de profissionais da P.AS declarou ter religião (64%), que pode ter impactado no fator.

A política pública na qual o profissional atua apresentou diferenças relevantes para os Fatores 1 e 2, ou seja, atuar em uma ou outra política tem impactos diferentes sobre as atitudes dos profissionais frente ao comportamento suicida. A variável sexo também se mostrou significativa para a percepção da capacidade profissional, o que sugere neste caso, que ser homem ou mulher impactou sobre como o profissional avalia o seu preparo para lidar com demandas relativas ao comportamento suicida.

Ter recebido capacitação sobre a temática também apresentou diferenças significativas na percepção da capacidade profissional e nos sentimentos despertados nos profissionais, indicando assim que capacitar os profissionais traz efeitos positivos. Como apontado por

Moraes *et al* (2016), a capacitação é uma importante ferramenta para a qualificação e também para a discussão de crenças e atitudes do senso comum que, quando utilizadas na atuação profissional, perpetuam práticas estigmatizadoras.

A formação profissional dos participantes é também um aspecto que merece destaque. Serviço Social e Enfermagem apresentaram diferenças significativas para os Fatores 1 e 2 quando comparados aos cursos de Psicologia e Medicina. Isso implica dizer que profissionais enfermeiros e assistentes sociais apresentaram mais sentimentos negativos em relação ao paciente e menor percepção de capacidade profissional.

Considerando que na P.S o primeiro contato do usuário na UBS é, em geral, com o profissional de enfermagem e que na P.AS, o assistente social é um dos principais atores, faz-se necessário investir na formação e qualificação destas duas categorias profissionais a fim de aprimorar sua compreensão sobre o fenômeno do suicídio. A temática do suicídio é uma temática pouco conhecida na formação médica (Ramos & Falcão, 2011). Contudo, parece ser também pouco presente nos cursos de Enfermagem e Serviço Social, validando a necessidade de que esta discussão seja incluída nos currículos desde a graduação (Botti, Araujo, Costa & Machado, 2015; Oliveira, Collares, Noal & Dias, 2016).

Um último destaque refere-se à variável religião, no Fator 3. Constatou-se diferença significativa entre os profissionais que afirmam ter uma religião em comparação àqueles que dizem não ter, quando se trata do direito ao suicídio. A religião ocupa um lugar importante na vida das pessoas e muitas vezes, para além de agregar significados às experiências, é essencial na organização psíquica do sujeito. Para alguns, a crença em algo maior, como por exemplo crer em Deus, traz esperança frente ao desespero e ao desamparo, o que leva à hipótese de que, para aqueles que possuem religião, não há motivos que justifiquem o suicídio.

Além disso, a morte é um grande tabu nas sociedades ocidentais, que delegam ao ato de morrer um caráter silencioso, hospitalizado e tecnicamente assistido. O gesto suicida aparece então como um transgressor a essa ordem dada, trazendo à tona algo que a sociedade luta para não enfrentar, a finitude humana (Marquetti & Milek, 2014; Sampaio & Boemer, 2000).

Observou-se que profissionais da P.S e da P.AS apresentaram escores baixos no que se referiu às atitudes negativas frente ao paciente que apresenta comportamento suicida, porém apresentaram diferentes

percepções de capacidade profissional para lidar com a temática, uma vez que profissionais da P.S indicaram se sentir mais preparados. Quanto ao direito ao suicídio, ambos os grupos indicaram a presença de atitudes moralistas diante de quem decide tirar a própria vida.

Diferenças foram encontradas também para as variáveis *política pública na qual trabalha, sexo, capacitação profissional e formação profissional* no que diz respeito às atitudes negativas frente ao paciente e à percepção de capacitação profissional. Para o direito ao suicídio, foram encontradas diferenças apenas para a variável *religião*. A relação entre as informações do QUACS e as entrevistas serão apresentadas na etapa a seguir.

6.2 Segunda etapa:

6.2.1 Categoría 1: Os significados atribuídos ao comportamento suicida

Esta categoria buscou entender os principais significados que profissionais que atuam nas Atenções Básicas da P.S e P.AS e usuários que utilizam estes serviços atribuem ao comportamento suicida. Considerando as falas dos participantes, estes significados foram tecidos a partir de seis subcategorias. A primeira delas apresenta as **definições do comportamento suicida** para ambos os grupos, ou seja, o que cada grupo entende como ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio.

Na sequência, estão descritas as **razões que levam ao suicídio**, também a partir dos pontos comuns e divergentes de profissionais e usuários. A terceira categoria, **a vivência do comportamento suicida** e a quarta, **o “olhar” dos profissionais** falam da vivência dos usuários nos serviços, tendo em vista a percepção do olhar do outro sobre a sua demanda. E por último, as categorias 5, **sentimentos despertados nos profissionais** e 6, **percepção da capacidade profissional**, falam da experiência dos profissionais nos atendimentos aos usuários que apresentaram comportamento suicida.

Na subcategoria **1.1 Definições do comportamento suicida**, todos profissionais e parte dos usuários definiram a ideação suicida como **ter ideias ou pensamentos (1.1.1)** de morte ou de colocar fim à própria vida, como exemplificado nos trechos a seguir, trazidos por profissionais da P.AS e da P.S, respectivamente⁸:

⁸ De 1 a 7 estão enumerados os profissionais da P.AS e de 8 a 15, da P.S.

Então a ideação ela é mais abstrata assim, ao meu ver, é uma vontade que a pessoa tem de não, muitas vezes não necessariamente a ideação ela seria no sentido de fazer algo na prática, assim, muitas vezes a pessoa não tem mais vontade de viver, a pessoa simplesmente acha que não tem mais sentido na vida, então eu entendo a ideação como um pensamento sobre o tema, sobre o suicídio (P4⁹).

E a ideação é, ideação é a forma com a pessoa começa a pensar que a vida não tá fazendo sentido e que pode pensar em “*ah, e será se eu acabasse com isso, tirasse a minha vida*”, mas não ela estivesse necessariamente desejando fazer, né, mas já começa a perceber que esse pensamento tá presente, que tá fugindo de algo que antes não era, não era presente (P11).

Na sequência, U6 explicou o que entende como ideação suicida e acrescentou um elemento importante para esta discussão: o grau de planejamento que a pessoa apresenta, que é fundamental para se avaliar o nível de risco, que será discutido adiante neste trabalho:

Ideia é só uma ideia que tá ali, eu acho assim, a maioria das pessoas pensa eu acho, mesmo que seja por alguns segundos, nisso, quando passa por algum momento difícil na vida, sabe, que tipo ai eu quero morrer, eu acho que isso é um pensamento relativamente comum na verdade, pelas conversas que eu já tive com várias pessoas, só que assim, algumas pessoas pensam isso mas não pensam efetivamente em fazer algo a respeito, né, tipo pensa ah eu queria morrer, eu tô muito triste, tal pessoa que eu gostava morreu, por exemplo e a pessoa tá arrasada ou aconteceu alguma coisa muito difícil e ela pensa, mas ela não fica planejando, sabe, então eu diria que essas pessoas ok, eu acho que isso faz parte,

⁹ Não foram realizadas correções gramaticais nas falas dos participantes, designados com as iniciais P para participantes e U para usuários.

provavelmente a maioria das pessoas já pensou isso um momento da vida. Queria morrer. Agora dai tem a outra que eu acho que é onde eu me encaixo de realmente planejar e pensar em como vai fazer, sabe, que daí eu acho que já é uma situação mais tensa e como eu te falei, como eu já passei por esses momento de crises [...] de pensar mesmo assim em fazer e no dia que eu procurei ajuda, que foi o dia assim que eu fiquei realmente em desespero eu tava pensando em me atirar na frente de um caminhão, eu tava lá na SC, que eu trabalhava lá, esperando o ônibus e eu tava pensando e me atirar e pensando será que eu vou morrer ou será que eu fico com sequela, será que eu vou virar um vegetal? E eu tava pensando, e aí eu me toquei que eu tava pensando nisso e eu falei eu to mal, eu preciso de ajuda (U6).

O segundo elemento de análise desta subcategoria buscou definir o que é tentativa de suicídio e foi descrito como **tentar tirar a própria vida (1.1.2)**. Em todas as falas, a tentativa de suicídio remete ao ato, ao fazer e a um desfecho não alcançado. Para P6, que atua na P.A.S, a “...tentativa é quando a pessoa relatou que fez algo, como por exemplo *ah eu tomei a cartela de medicamento toda, minha filha se cortou*”. U1 e U3 corroboraram a fala anterior. Para U1, “tentativa é tu tentar, tu pendurar uma corda, chegar a botar no pescoço e não fazer, isso pra mim é tentar, tomar um remédio que não seja que vai te matar, mas vai te deixar mal no hospital, tentou”. Já para U3, “... *tentativa de suicídio?* É o que eu tenho, o que eu faço, tentar se matar”.

E em terceiro lugar, tem-se a **morte como desfecho (1.1.3)**, elemento de análise que definiu o suicídio. Para P8 e P12, ambos da P.S, o suicídio é “... digamos assim o ato que ele conseguiu o objetivo dele que era cometer o suicídio” e “...o suicídio é a pessoa que se mata”, respectivamente. Entre os usuários, as definições para suicídio foram nesse mesmo sentido, ou seja, “o suicídio é o que acontece de fato né, a pessoa acabou com a vida dela”, como descreveu U8. Já para U1, a letalidade do ato é um fator importante. Segundo ele, “suicídio é o ato, é tu fazer, tu fez, entendeu. [...] Aí pra mim já não, pra mim o suicídio é aquele que faz, aquele que se joga na frente de uma carreta que sabe que a carreta vai matar, é aquele que bota a corda no pescoço e se joga e sabe que dali não vai ter volta”.

Profissionais e usuários definem o comportamento suicida de formas semelhantes entre si e consoantes à definição utilizada pela OMS (Krug *et al*, 2002). Contudo, alguns usuários não souberam definir o que entendiam como ideação suicida, nomeado como **não sabe definir** (1.1.4). Quando questionados sobre este conceito, responderam:

Entrevistadora (E): O que você entende por ideação suicida? E tentativa e suicídio?

Resposta (R): Eu nunca ouvi falar não. Eu sei o que é tentativa, tentativa né. O suicídio é porque já fez né. Assim. (U6)

“E: O que você entende por ideação suicida?

R: Suicídio é quando a gente consegue mesmo, né. E a outra?

E: Ideação, ideação suicida.

R: Ideação, o que seria?

E: O que você acha que é?

R: Ideação, ideia, só ter ideia e não tentar? No momento eu tô mais na ideia, não tentei de novo. Já passei pelas três fases (U10).

Embora não soubessem definir conceitualmente, os participantes revelaram que já tiveram a experiência de ter pensamentos de morte ou de planejar tirar suas próprias vidas. Considerando a escolaridade dos participantes, pode-se ventilar que a distância do contexto acadêmico, o fato de não trabalharem na área de saúde mental e uma menor presença do termo no cotidiano das pessoas, diferentemente do que acontece com as palavras *tentativa de suicídio* e *suicídio*, faz com que não tenham familiaridade com termos técnicos. Porém, ainda assim aparece a ideia de um *continuum*, como destaca U2, quando diz que “dá pra falar assim, a gente começa a pensar, depois a gente começa a tentar até que a pessoa cria coragem e se suicida”.

A segunda subcategoria, **1.2 Razões que levam ao suicídio**, trouxe a **desesperança** (1.2.1) como um dos motivos pelos quais os profissionais acreditam que as pessoas cheguem ao suicídio. P13, profissional da P.S explicou:

Em que sentido assim? O que que eu acho? Não sei assim, acho que são pessoas que tão sofrendo muito assim, acho que são pessoas que enfim,

pessoas que acho que elas vão se isolando assim né, de não, de ter essa coisa de desesperança, de que as coisas podem melhorar, acho que são essas pessoas que sofrem muito sozinhas assim, que às vezes a gente vê um monte, até na TV ah, fulano se matou, tá, ninguém sabia que tava com algum problema né?!

P15, também da P.S relacionou o sentimento de desesperança à sua experiência clínica e revelou:

Eu acho que eu falei bastante assim, eu lembro da minha primeira aula [...], que era sobre sentimento de desesperança, que eu vejo que em vários contextos a gente percebe que sempre que a gente tiver desesperança e falta de perspectiva, esse vai ser um pensamento como a solução daquela vivência no momento.

Entre os usuários, o **desespero (1.2.2)** apareceu como uma das razões que levam ao suicídio. Na fala de U11 foram descritas algumas situações que levam a pessoa ao desespero: “Eu acho que é o desespero, mesmo né, desespero de não conseguir as coisas, de trabalhar, trabalhar e o dinheiro nunca dar, o desemprego, às vezes maus-tratos também da família, né, as pessoas acabam se achando inúteis né”. Em muitas falas apareceu também a palavra limite, em geral associada a um momento no qual não se aguenta mais lidar com a realidade e o desespero se instala, como no trecho abaixo:

É por causa do limite que elas chegam, do máximo que elas puderam aguentar, e depende também do que vai da cabeça de cada um quando comete suicídio. Eu particularmente cometria suicídio quando eu visse que não tinha mais jeito pra nada e acho que até a maioria dos pensamentos são assim das pessoas, que não tem mais jeito pra nada, que realmente não tem mais jeito pra vida e pra aquela dor ou pr'aquele problema que essa pessoa tá vivendo, acho que quando ela chega no limite do limite ela comete suicídio (U1).

Desespero e desesperança dialogam com o terceiro elemento de análise desta subcategoria, **única solução para acabar com o sofrimento (1.2.3)**. Profissionais e usuários concordaram que o suicídio toma lugar na vida de uma pessoa quando esta não dá conta de enxergar outras soluções. P13, da P.S, exemplificou:

Eu acho que é um pouco assim a gota d'água pro paciente, acho que quando as pessoas chegam numa situação de pensar em morrer é quando elas não conseguem mais pensar em nenhuma outra opção, uma outra opção que possa ajudar elas, então assim nada mais tem solução e acaba né, pensando que a morte é a solução pro's seus problemas assim, não tem nenhuma outra forma de solucionar os seus problemas, assim.

Os usuários trouxeram em suas falas termos como tristeza, dor na alma, mágoas e acabar com a dor, contexto este que os faz enxergar no suicídio a solução para acabar com o sofrimento que estão vivendo.

... tentar eu acho que é nível de desespero absurdo, a pessoa tá sofrendo muito, né, aquela coisa, ela não, não é que às vezes ela quer morrer, mas ela quer acabar com a dor que ela ta sentindo, sabe, porque a dor é tão grande, ela não vê nenhuma saída, nenhum jeito de sair daquilo, ela não consegue enxergar lá na frente, ela tá totalmente como se tivesse uma areia movediça, envolvida pela dor, pelo sofrimento e ela não consegue ver nenhum jeito de sair daquilo, então é um ato de desespero, sabe, pra acabar com a dor.

Considerando que profissionais e usuários compartilharam este último elemento de análise, sugere-se que os profissionais conseguem traduzir o sofrimento apresentado pelos usuários. Diversos estudos têm demonstrado que grande parte das pessoas que tentam suicídio não quer morrer, ter uma morte no sentido físico, mas sim acabar com o sofrimento que estão vivenciando (Cassorla, 2017; Freitas & Martins-Borges, 2014; Ribeiro *et al*, 2018). Assim sendo, a avaliação precoce do

risco de suicídio é importante para a prevenção de mortes ou futuras tentativas (Abreu *et al*, 2010).

Além de avaliar o risco de suicídio que o paciente apresenta, mediante a presença de pensamentos de morte ou planejamento mais elaborado, é importante que os profissionais avaliem também a presença da desesperança e do desespero, sintomas comumente presentes nos quadros depressivos e apontados pela literatura como fatores de risco e indicadores de futuras tentativas (Angerami, 2017; Botega, 2015; Brasil, 2006).

A terceira subcategoria, **1.3 A experiência/vivência do comportamento suicida**, falou da vivência dos usuários nos serviços de Atenção Básica e também de outros contextos de suas vidas a partir de dois elementos de análise, **preconceito (1.3.1)** e **segredo (1.3.2)**. Quando se referem ao preconceito, os participantes apresentaram relatos de que estar doente é “pra quem pode”, que é falta de trabalho ou que a pessoa está louca. Na fala de U1, o relato trouxe a relação com a mãe e com o esposo:

A última vez que eu disse isso pra minha mãe ela disse assim tu quer te matar então te mata, mas assim faz pra te matar, mas não avisa nem eu nem o teu pai. Foi isso que a minha mãe disse pra mim, maluca, maluca, não tem necessidade, depressão? Eu já escutei isso, meu primeiro marido, [...] quando o S. nasceu, eu dei uma depressão pós-parto fraca, mas eu dei uma depressão pós-parto, o médico chamou ele e falou F. a sua mulher está com depressão pós-parto, cuida dela porque depressão pós-parto pra chegar no fundo do poço é rápido. Não Dr, eu vou cuidar. Dra, eu virei as costas, na rua ele disse pra mim assim depressão não existe, tas querendo é chamar atenção. Existem pessoas ignorantes do tipo dele.

Em alguns casos, as pessoas se referiram ao fato do outro estar doente como se fosse um luxo ao qual a pessoa pudesse se dar, como revelou U8:

... eu já ouvi o absurdo da pessoa chegar e dizer assim ó, que depressão é coisa de quem não tem o que fazer. Eu já ouvi isso. Depressão é pra quem

pode ter depressão. E não é assim, a gente sabe que não é assim. Como se fosse um luxo ter a doença, e é bem o contrário né.

A fim de evitar julgamentos ou falas como as trazidas acima, muitos usuários decidem manter em segredo a experiência de estar doente, estar em tratamento ou de ter apresentado comportamento suicida. Segundo U9, apenas duas pessoas souberam da sua situação:

... eu só falei pra N. isso, porque esse negócio foi depois que a minha mãe morreu e só pra N. eu disse. Nunca conversei com ninguém sobre isso. E com a minha irmã gêmea, que ela é espírita, porque ela cuidou da minha mãe todo o tempo, entendeu? E os espíritas eles veem a morte de uma outra forma, que eu até os invejo, porque pra mim é uma dor imensa, entendeu?

Para U8, com histórico de algumas tentativas de suicídio, o assunto foi mantido entre as pessoas mais próximas e segundo o relato, não há necessidade de que outras pessoas fiquem sabendo:

Olha, são poucas pessoas que eu falo, e as pessoas que eu falo são pessoas que conviveram comigo, então não preciso tá falando isso pra outras pessoas, entendeu? É uma coisa muito particular né, uma coisa que não vou sair por aí falando, ai eu tenho uma amiga hoje, ai eu tentei suicídio. Não, são pessoas que efetivamente fizeram parte do tratamento. E que sabem. Muitas que me viram também, que me viram o estado que eu tava, imagina, as pessoas perguntavam pro meu marido se eu usava droga, porque o estado que a pessoa fica é mais ou menos parecido com isso né.

O estigma e o preconceito ainda são elementos importantes que impedem que as pessoas que sofrem de transtornos mentais ou que apresentam comportamento suicida busquem atendimento ou ainda, recebam atendimento adequado nos serviços de saúde (Botega, 2015; Gonçalves, Silva & Ferreira, 2015; Silva, Sougey & Silva, 2015).

Estudos têm demonstrado que profissionais que não trabalham com saúde mental, ou seja, profissionais generalistas como os que participaram deste estudo, apresentam atitudes mais estigmatizantes e moralizantes que os que trabalham com a temática (Frey, Hans & Cerel, 2015; Srivastava & Tiwari, 2012).

Em muitos casos, este é o primeiro contato que o usuário tem com um serviço de saúde e atitudes negativas frente a estes pacientes podem minar a continuidade do cuidado, inclusive de buscar um profissional de saúde mental (Frey *et al*, 2015; Carmona-Navarro & Pichardo-Martinez, 2012). Portanto, é fundamental que as equipes da Atenção Básica promovam espaços de discussão nas equipes e na comunidade sobre preconceito e estereótipos, uma vez que as distorções prejudicam o acesso aos serviços e a oferta de suporte por parte da comunidade (Silva *et al*, 2018).

A quarta subcategoria, **1.4 O olhar dos profissionais**, apresentou como os usuários observam, de maneira subjetiva, que são olhados pelos profissionais nos serviços em que são atendidos. De acordo com os usuários duas posturas se destacaram, a **banalização do sofrimento (1.4.1)** e a **disponibilidade para ajudar (1.4.2)**. Os participantes trouxeram relatos de experiências nas quais sentiram que não foram levados a sério, de que os profissionais desconfiam do usuário ou, como no relato a seguir, o participante se sentiu constrangido com a postura do profissional: “Às vezes é constrangedor de falar, porque tu fala por falar né, porque um dia que eu fui lá né e tudo [na UBS], ela me mandou pro CAPS e ela ria assim sabe, falando, isso aí é ansiedade, é stress” (U2).

Já o U9 acredita que os profissionais atendem aos usuários de forma automatizada, uma vez que segundo ele, as demandas são sempre as mesmas. Para o participante,

... um monte de gente deve ir lá e falar a mesma coisa pra eles, que eu acho que tipo, ó, sinceramente, coitado deles, eles devem ouvir sempre a mesma história, eles devem, eu já fico no automático pra eles, porque pra eles aquilo, eles também não podem também se doer, como eles são profissionais, eles tem que ter né

Contudo, outros participantes revelaram que tiveram experiências positivas junto aos serviços, como a experiência de U5, que acha que “o que se passa é eles querer ajudar, foi o que aconteceu comigo aqui, a B.

aqui que ela é enfermeira, ela me acolheu super bem, ela conversou bastante comigo, tipo ela procurou me ajudar da melhor forma que ela pôde ela tentou me ajudar". Já P1, profissional da P.AS acredita que ainda que haja o desejo de ajudar, existem diferenças entre a teoria e a prática:

Uma coisa assim é na teoria, eu acho assim, não sei né, uma coisa assim na teoria pra eles, outra coisa deve ser na prática, a maioria talvez por não ter nenhum contato com alguém assim, tão próximo, tipo vai mais pela teoria, tipo não vê tanta sensibilidade, sabe, em relação a isso. A maioria deve olhar com olhos assim tipo é uma coisa psicológica e tal, vamo tratar isso, isso e aquilo, só que o psicológico acaba envolvendo os sentimentos e a maioria parece que não sabe lidar tanto com isso sabe, e alguns vão mais pela teoria, alguns vão mais pela prática, mas ambos vão realmente na intenção de ajudar, de fazer a pessoa melhorar né, que é o trabalho deles.

O cuidado que o usuário recebe dos profissionais está relacionado à maneira como estes vivenciam o atendimento em saúde mental e ao comportamento suicida. Estão em interação crenças, experiências e até mesmo o preparo que os profissionais têm para atender a esta demanda. Além disso, muitos sentimentos são despertados quando o profissional se depara com o usuário que diz que, de forma deliberada, quer colocar fim à sua vida. É sobre estes sentimentos que discorre a quinta subcategoria, **1.5 Sentimentos despertados nos profissionais**.

O primeiro sentimento apontado foi a **impotência (1.5.1)**. Ele está ancorado na fragilidade da rede de atenção e também na precariedade dos serviços, como aponta P1, da P.AS:

O que eu sinto? [Pausa] Eu acho que eu posso te dizer que gera um pouco de angústia por uma falta de rede, de ver como que vai dar conta daquilo ali né, daquele momento e, mas não vejo muito diferente do que alguém que vem demandar uma cesta básica de que a gente também não tenha, sabe? [...] e a gente tenta desesperadamente com isso d'uma rede que também é muito frágil, então de uma precariedade total de políticas públicas, e

isso angustia, independente se é a falta de uma cesta básica, independente se é uma ideação suicida, porque a falta de uma cesta básica ela pode em algum momento gerar uma ideação suicida.

Nesse mesmo sentido da fragilidade da articulação da rede, P3, que atua na mesma política pública que P1, explicou:

É, eu me sinto muito tensa, porque eu não sei, não há garantias depois de mim, né, assim, quem é que vai atendê-lo, porque eu vou fazer uma escuta, vou fazer uma identificação, vou ver minimamente algumas coisas e eu vou fazer uns contatos com a rede, com o CAPS, e não sei o que blá blá blá e aí, é isso que me deixa em tensão assim, pra onde é que esse sujeito vai?

Um segundo sentimento que apareceu foi o **medo (1.5.2)**, o medo que o paciente venha a cometer suicídio, como se pode constatar nas falas de P5 e P8. P5, que trabalha na P.AS, disse que “na maior parte das vezes medo, bastante medo que vá acontecer alguma coisa assim. Fico bem insegura de que a pessoa realmente cometa o suicídio. É mais isso”. Já P8, da P.S, explicou que ainda que faça o que está dentro das suas possibilidades de atuação, ainda assim fica apreensivo: “...acho que me desperta apreensão, apreensão mesmo de não saber, porque enfim a gente faz os pactos, a gente faz as combinações e nossa atuação vai até certo ponto e muitas vezes a gente não sabe muito bem né, o que vai acontecer depois”.

Para outros profissionais, a **insegurança (1.5.3)** se fez mais presente. Insegurança pela pouca experiência e insegurança pelo receio de que a intervenção desencadeie o suicídio do usuário. P9, que atua na P.S, afirmou que “é obvio que tem casos que a gente fica mais inseguro, porque realmente são demandas maiores, casos mais graves, mas eu acho que a ideia da residência também é essa, que a gente vá sendo treinado”. Já P2, da P.AS, foi um pouco mais enfático sobre o tema: “Medo, desespero, juro! Medo como eu te falei, medo de falar alguma coisa que possa desvirtuar todo o atendimento, sei lá, eu tenho receio de que algo que eu fale dispare alguma coisa na cabeça do usuário, sabe?”.

A empatia (1.5.4) também foi citada pelos participantes. Além da pena, as falas ainda reuniram o sentimento de pena e a vontade de ajudar o usuário. P11, que faz parte da P.S, falou da dificuldade que os pacientes têm em falar sobre o que estão vivendo e que colocar-se no lugar deles ajuda a acolher esse sofrimento:

Geralmente eu tento me colocar no lugar dele, geralmente esses pacientes eles não falam assim, eles têm vergonha de falar, eles ficam muito receosos de falar, eles não ficam expondo ah eu quero me matar, não, eles são bem [...], quando tu pergunta eles sempre tem uma resistência em dizer que sim, que eles já pensaram nisso e dizer que sim, eu sinto às vezes essa coisa de me colocar no lugar dele, sentir a dor dele e tentar acolher essa pessoa né, tipo não sei, questão de amor mesmo, de tentar se colocar no lugar do outro e tentar entender um pouquinho do que ele ta sentindo.

Para P13, que faz parte da mesma política pública que P11, a pena e a vontade de ajudar se mesclaram nos atendimentos, como descrito na fala a seguir:

O que que eu sinto? Na verdade eu acho que eu sinto um pouco de pena, assim, dos pacientes, acho que uma sensação meio assim de, né, assim tipo assim que ruim que as pessoas não tão conseguindo ver algumas coisas boas que acontecem assim, no dia a dia né, porque em geral é isso né, as pessoas, tudo é negativo, né, acho que é sempre um pou[...], eu fico com um pouco de pena, fico com vontade de poder ajudar, [pausa] não sei acho que é isso.

Em seguida, apareceram os sentimentos de **satisfação (1.5.5)** e de **cumprir o dever profissional (1.5.6)**. O sentimento de satisfação está diretamente relacionado à percepção do profissional de que o paciente está “melhorando”. Segundo P8 (P.S)

E a melhor coisa é quando a gente começa a ver que aquilo que a gente ta fazendo ta surtindo efeito, então quando a gente vê um paciente com uma depressão grave começando a melhorar, começando a ter sinais de que ta reagindo e aí acho que é o momento que eu me sinto mais satisfeito, mais feliz por ele, por ele ta conseguindo se recuperar.

Nesse mesmo sentido, P6, que atua na P.AS descreveu que:

Acho que depende do perfil da pessoa, assim que a gente tá atendendo, que teve situações que eu fiquei digamos, que termo usar, não é [...], é que assim na conversa a gente vai percebendo também se vai fluindo ou não né, se a gente se sente um pouco mais segura ou não, quando a gente sente que tem um vínculo e que tá fluindo, que tá dando pra pactuar, aí dá uma satisfação de sentir que tá dando uma [risos], que tá fluindo e que a pessoa tá se empodeirando um pouco mais dela, nesse sentido.

Por fim, cumprir o dever profissional apareceu nas falas dos participantes como o dever de dar encaminhamentos ao atendimento que é realizado com o paciente porque a situação oferece um risco de fato. P6 (P.AS) explicou que não observa nenhum sentimento ou emoção, mas que é uma situação que demanda cuidado: “Emoção acho que não, mas um cuidado assim, uma situação de risco né, não dá pra tratar de maneira trivial, então é isso”. Nesse mesmo sentido, P4, também da P.AS, afirmou que há risco e alguma coisa precisa ser feita, como se observou na fala a seguir:

É algo que me preocupa né, e muito, então comportamento suicida eu vejo como um risco, então enquanto trabalhadora da Assistência [Social] eu não deixo passar isso, é, isso tá no discurso né, das pessoas, ele não vem pronto e ele vem daquelas formas corriqueiras como a gente tá acostumado né, como a gente aprende enfim, e é isso mesmo, então o comportamento suicida pra

mim ele é algo de uma extrema tensão assim, eu sei que uma pessoa às vezes vem pedir uma cesta básica, mas se no discurso dela tem isso, isso é mais urgente né, então é algo que [pausa] precisa se fazer algo com isso.

Como já mencionado, diferentes sentimentos são despertados nos profissionais ao atender usuários que apresentam comportamento suicida. Culpa, impotência, frustração, fragilidade, desespero, pena, tristeza, inconformidade, irritação, raiva, e indiferença foram sentimentos encontrados em outros estudos realizados com profissionais de saúde (Freitas, 2013; Medina *et al*, 2014; Silva & Boemer, 2004).

Dois itens do QUACS dialogaram com os elementos de análise descritos e as falas acima mencionadas. O primeiro deles foi o item 15 (Fator 1), que discorre sobre sentir-se impotente diante de uma pessoa que quer se matar. Os profissionais da P.AS apresentaram maiores médias para tal item, o que indica maior sentimento de impotência que os profissionais do outro grupo, tal como descrito por P1. No mesmo sentido, o grupo (P.AS) também apresentou médias maiores que os profissionais da P.S no item 12 (Fator 2), que faz referência ao sentir-se inseguro para cuidar de pacientes com risco de suicídio, o que indicaria menor percepção de capacidade profissional.

Há que se ventilar a hipótese de que a existência do sentimento de impotência entre os profissionais da P.AS tenha maior proximidade com questões organizativas dos serviços do que com a capacidade profissional diante destas situações. A falta de opções para encaminhamento ou a pouca articulação da rede de serviços pode ser tão frustrante quanto a falta de preparo para lidar com pacientes que apresentem demandas relativas ao comportamento suicida.

Sentimentos negativos direcionados ao paciente podem ser despertados uma vez que o comportamento autoagressivo afronta a onipotência na qual as disciplinas de Saúde estão ancoradas, seja pelo ofício de salvar vidas ou pela batalha contra as doenças e a morte (Cassorla, 1991; Machin, 2009; Medina *et al*, 2014). Ainda, toda a descarga de agressividade presente no ato suicida acaba atingindo não apenas o sujeito, mas também todo o ambiente ao redor (Botega, 2015).

No sentido do que foi apontado nas entrevistas, o Fator 3, Direito ao suicídio, apresentou diferença significativa para a variável *ter religião* em comparação àqueles que disseram não ter religião. Contudo, os itens 6 e 16 do QUACS, que versavam sobre a crença em Deus,

tiveram as médias mais baixas dentre os cinco itens do fator, nas duas políticas. Ou seja, supõe-se que, para este grupo de profissionais pesquisado, o direito ao suicídio está mais próximo de ser explicado pelo binômio *saúde-doença* e luta pela vida, como anteriormente mencionado do que pelas explicações religiosas. Porém, tal suposição não invalida a presença de crenças moralistas entre os profissionais das duas políticas públicas.

Retomando o que foi apontado acima, tais sentimentos podem ser despertados por questões estruturantes dos serviços, como a falta de uma rede de serviços ou de profissionais, que serão discutidas adiante. A última subcategoria relacionada à Categoría 1, Significados do comportamento suicida referiu-se à **1.6 Percepção da capacidade profissional** e possui três elementos de análise: “**sim, eu me sinto preparado(a)**” (1.6.1), “**não, eu não me sinto**” (1.6.2) e “**sim, mas...**” (1.6.3).

Entre os profissionais que disseram se sentir preparados para atender usuários que apresentam comportamento suicida, P4 (P.A.S) fala de sua prática profissional: “me sinto, me sinto, acho que sim, assim dos pacientes que atendi também, não tenho nenhum histórico de ter perdido nenhum paciente ou nenhum usuário que tenha passado por mim né, mas me sinto, adoro na verdade”. Na sequência, P14, que atua na P.S, explicou que considera sentir-se preparado quando reflete sobre as situações atendidas e pensa no que poderia ter sido feito diferente, independente do desfecho e que tem fomentado esta prática nas equipes em que trabalha:

Olha, eu me sinto, eu não acho que eu vou, eu sempre digo assim, não é porque a gente se prepara que a gente nunca vai sofrer uma agressão, não é porque a gente se prepara que a gente vai evitar toda e qualquer situação de suicídio, mas eu me sinto, eu acho que se sentir preparada é justamente tu refletir do que tu tem atendido e avaliar o que que tu podia ter feito diferente ou não independente da situação final que acontece, eu acho que o preparo é uma das coisas que eu tenho trabalhado com as equipes, vocês tem um espaço pra falar de situações que deram entre aspas errado e como poderia ter sido feito pra ter tido um curso diferente?

Por outro lado, houve profissionais que disseram, de forma espontânea, “**não, eu não me sinto**” (1.6.2) preparado para lidar com a temática. P1, que trabalha na P.AS, explicou como age quando a demanda é identificada durante o atendimento:

Não, não, de forma nenhuma. Acompanhar não. Acompanho a família, como eu te falei, ele especificamente ele precisa de apoio [...] geralmente quando fala ou vem trazer esse tipo de coisa eu já procuro correndo um psicólogo pra me ajudar no atendimento né, porque eu nunca dou conta desse tipo de coisa, isso é algo que me afeta também, porque não sei lidar, né. Mas é uma tristeza sem fim né.

E por último, alguns profissionais avaliaram que têm condições de atender à demanda até certo ponto, ou seja, “**sim, mas...**” (1.6.3). O P12, da P.S, explicou que se sente preparado para identificar a presença do comportamento suicida, porém não está seguro para dar continuidade aos atendimentos: “Pra fazer o atendimento inicial sim, pra encaminhar, mas pra continuar acompanhando eu não me vejo preparada não”. Já P10, da mesma política que P12, usou conceitos da psicopatologia para ilustrar sua fala, que está relacionada com a complexidade dos transtornos de saúde mental: “Se for, se tiver assim um traço, se for mais neurótico assim, sim. Psicótico tem mais dificuldade, assim. Bem mais”.

Por fim, P7, que atua na P.AS, foi mais além:

Eu acho que preparada a gente não vai tá nunca, totalmente, e assim ah eu posso ter tido alguma formação de como lidar, as primeiras perguntas a fazer, etc, mas pensando em desde que eu caí na Assistência Social, zero né, porque daí eu posso saber o que perguntar, como conduzir uma conversa, mas num contexto muito diferente [...] então ah pra conduzir um caso desses a longo prazo, não, não me sinto, até então digamos que eu tive capacitação assim pra atender ali mais o emergencial, o curto prazo e encaminhar, né, então se a gente não tem espaços que façam esses acompanhamentos a longo prazo, cai muito pra gente também, porque a família não tem pra onde ir e pode ficar vindo aqui pra nós e eu não tenho

capacitação pra isso, eu acredito que a equipe como um todo não tem, então tem esse, esse buraco mesmo.

Como discutido anteriormente, os profissionais apresentam medo de que um paciente venha a morrer por suicídio. Logo, muitos evitam o acompanhamento, que parece ser compreendido como ter essa responsabilidade – do ato – para si. O estudo realizado por Silva, Nóbrega e Oliveira (2018) concluiu que os profissionais da Atenção Básica sentiam dificuldades para avaliar o risco de suicídio entre os pacientes atendidos.

Nessa mesma direção, observou-se nas falas dos participantes que a maior dificuldade para lidar com demandas relativas ao comportamento suicida foi trazida por profissional da P.AS que apontou de forma precisa a falta de preparo para tal. No QUACS, observou-se também na média do Fator 2, Capacidade profissional, que os profissionais da P.AS se sentem menos preparados que os profissionais da P.S. Contudo, no item 10 especificamente – um dos itens que compõem o Fator 2 – os profissionais da P.AS apresentaram médias maiores para o sentimento de que têm preparo profissional para lidar com a demanda relativa ao comportamento suicida. Pode-se supor, sempre em relação ao Fator 2 - *Capacidade Profissional* que, apesar de se sentirem preparados profissionalmente, não se sentem subjetivamente preparados para os acompanhamentos.

Em síntese, profissionais e usuários apresentaram semelhanças e diferenças para os significados que dão ao comportamento suicida na Categoria 1, como pode ser observado na Figura 3, adiante. Definições semelhantes foram encontradas para os termos ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio entre os dois grupos. A exceção referiu-se ao termo ideação suicida, apontado como desconhecido para alguns usuários. Ambos os grupos apontaram também semelhanças no que concerne ao suicídio como única solução para acabar com o sofrimento.

Quanto às diferenças, usuários apontaram vivências de preconceito e segredo para se referirem à experiência do comportamento suicida e a desesperança apareceu como uma das razões que levam ao suicídio. Avaliaram também que a banalização do sofrimento e a vontade de ajudar por parte dos profissionais existem simultaneamente no cotidiano dos serviços. Já entre os profissionais, o desespero foi citado como uma das razões que podem levar ao suicídio, indicaram diferentes sentimentos que são despertados quando estão diante desta

temática e apontaram diferentes percepções de preparo profissional para lidar com demandas relativas ao comportamento suicida.

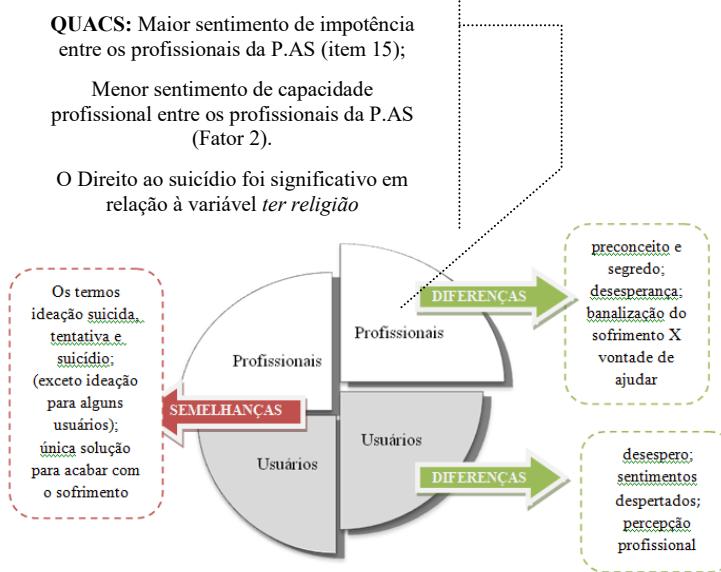


Figura 3: Esquema comparativo das semelhanças e diferenças encontradas entre os dois grupos após análise e discussão da Categoria 1.

Dando sequência à discussão das categorias, destacaram-se na última fala apresentada questões que dizem respeito a processos de trabalho, um dos elementos de análise discutido na Categoria 2.

6.2.2. *Categoria 2: A experiência dos usuários nos serviços e as intervenções realizadas pelos profissionais*

A Categoria 2 teve como objetivo apresentar a experiência dos usuários que são atendidos nos serviços de Atenção Básica a partir da demanda relativa ao comportamento suicida, bem como as intervenções que os profissionais realizam junto a este público. Assim sendo, foram organizadas três subcategorias. A primeira delas apresentou **características relacionadas aos usuários** que foram observadas pelos

profissionais e relatadas pelos usuários dos serviços. Na sequência, foi apresentado **o atendimento no serviço**, também a partir do olhar dos dois grupos de interesse. E por último, as **expectativas e encaminhamentos realizados**, que compararam os encaminhamentos esperados por parte dos usuários e aqueles que são efetivamente realizados pelos profissionais.

A primeira subcategoria, **2.1. Características relacionadas aos usuários** apresentou elementos trazidos por profissionais e usuários. O primeiro elemento trazido foi intitulado **com histórico de violências (2.1.1)**, que indica a presença de tipos diversos de violência no percurso existencial dos usuários participantes. Os tipos de violência apontados foram violência física, violência psicológica, assédio ou abusos sexuais. P10, profissional da P.S, exemplificou que “[são pessoas que] já sofreram algum tipo de assédio, abuso né, então a violência, violência doméstica, violência sexual, esse é um perfil mais do contexto assim né”. Já P5, que atua na P.AS, explicou que “às vezes tem muito caso de pessoas que foram abusadas na infância e quando tentam falar isso pra família né, não tem o resultado que esperariam que tivesse ou que sei lá, que a mãe ou que alguém tomasse um posicionamento e fosse contra o agressor”.

Entre os usuários, ter sido expostos à situações de violência foi uma das características trazidas, como pode ser constatado na fala de U1, que a violência psicológica além da violência física na relação com o ex-companheiro:

Bastou aquilo ali pra ele esmurrar a porta do banheiro, me pegar pelo pescoço, meu banheiro tava no salpico, ele me jogou no salpico e arrastou minhas costas no salpico. Eu gritei, foi a primeira vez que eu senti que eu fui violentada mesmo, sabe? Até então pra mim violência era aquilo ali, tudo aquilo que ele vinha fazendo comigo eu nunca imaginei que era uma violência, psicológica, entendeu, porque ele dizia que dizia pra mim, não te deixo marcada, que que tu vai provar contra mim? Era o que ele falava pra mim.

Já as duas próximas falas trouxeram em seu conteúdo a vivência do abuso sexual. U3 afirmou:

... porque eu já tenho questões emocionais desde a infância, daí então começa a vim as coisas na cabeça da gente, às vezes menos, porque meu padrasto tentou me abusar, abusar de mim quando eu tinha 11 anos e hoje, até hoje a minha mãe diz que eu fiz isso porque eu não queria ver ela feliz
....

Na sequência, U10 complementou:

Porque tudo começou quando eu era criança, ninguém percebeu, ninguém percebeu, eu acho até que hoje os professores são mais bem preparados, né, mas antigamente... então eu era considerada a choroninha, a enjoadinha, sabe? Nunca ninguém me perguntava por que que tá chorando, pelo contrário, às vezes apanhava porque estava chorando, né. Então acho que o adulto não tem noção da responsabilidade, eu tô sempre ligada em criança, quando eu vejo assim um certo, não sei explicar o que que é, eu sei que aquela criança tá sendo abusada, eu sei. Entendeu?

A literatura indica que, ter sofrido abuso sexual na infância, pode vir a se configurar um fator de risco para tentativas de suicídio na vida adulta (Botega, 2015; Brasil, 2006). Corroborando os dados apresentados pelo Ministério da Saúde, por outros pesquisadores brasileiros e encontrados nesta pesquisa, Mondin *et al* (2016) concluíram em seu estudo que jovens que sofreram abuso sexual na infância apresentaram maiores chances de desenvolver transtornos de humor, em especial transtornos depressivos e maior risco de suicídio, quando comparadas a jovens que não haviam passado por essa experiência. Tais informações reforçam a forte associação que existe entre abuso sexual e risco de suicídio.

A presença da violência no cotidiano dos usuários tem estreita ligação com o próximo elemento de análise, a **falta de apoio familiar (2.1.2)**, citado por ambos os grupos. Para os profissionais, a falta de apoio familiar foi sinônimo de falta de rede de apoio, da qual fazem parte familiares ou amigos próximos. Eles visualizaram o usuário como alguém que, mesmo não estando sozinho, muitas vezes não tem alguém

com quem contar. P10, profissional da P.S, explicou que “... a maioria tem uma rede de apoio muito frágil ... tem uma outra que a gente acompanha, a situação a mesma assim, brigou com todo mundo, brigou com três dos quatro filhos, tá sem falar com uma filha há três anos, então não tem quem ofereça uma continência, um suporte”.

Para P7, que atua na P.A.S, outros fatores também estão implicados, como por exemplo, a forma como o grupo social vê o suicídio:

... por mais que muitas vezes, dá sinais, a pessoa dá sinais, mas né, muitas vezes a família, não tem rede de apoio ou a família não percebe ou não presta também auxílio né, a própria forma como a sociedade vê os sinais de comportamento suicida eu acho que dificultam, eu acho que isso também pode levar, não que a família, que a rede de apoio seja culpada, mas acho que pode levar a isso, dependente de como for a reação, for a forma de conduta.

As falas dos usuários foram ao encontro do que foi trazido pelos profissionais. Segundo eles, a falta de apoio dos familiares acaba tornando o cotidiano ainda mais difícil. Muitos preferem buscar ajuda externa, pois consideram que em casa não têm a compreensão que gostariam. U7 compartilhou um pouco da sua experiência: “Minha mãe disse que era frescura, que não tinha nada, meus parentes também. Daí quem mais, quem aguentou mesmo a barra ali foi a minha esposa, minha família, esposa né, porque o restante não”. U1, nesse mesmo sentido, revelou não ter apoio daqueles que mais gostaria de ter:

É como eu digo, pra mim um apoio, a falta de um, eu já digo assim ó, não vou dizer que amigos, mas muitas vezes as pessoas querem, eu tenho amigas que são depressiva também e elas falam, eu queria tanto uma palavra da minha irmã, da minha mãe, do meu pai e não tem fulana, eu prefiro chegar e me abrir com qualquer desconhecido do que me abrir pra família, porque o desconhecido ele pode, ele vai ter outra visão, a tua família vai ter dez pedra pra te jogar na mão, é o que acontece Dra, pra mim o meu ponto de vista é não ter apoio daqueles que a gente mais queria ter.

Os resultados encontrados corroboraram outro estudo realizado com usuários da Atenção Básica, que concluiu que os pacientes com transtornos mentais percebem menor apoio social do que pacientes com diagnóstico de doenças físicas, como a hipertensão (Aragão, Portugal, Campos, Lopes & Fortes, 2014). Logo, houve discrepância entre a necessidade de apoio social e o apoio social recebido, de acordo com a percepção dos profissionais e dos usuários. Outra característica repertoriada está diretamente relacionada com a saúde mental. Assim, o elemento de análise **portadores de transtornos mentais (2.1.3)**, será discutido a seguir.

Este elemento foi compartilhado por profissionais e usuários e fez referência à presença de transtornos mentais e sua relação com o comportamento suicida, como por exemplo, no transtorno depressivo. P10, que trabalha na P.S, trouxe em sua fala a relação que faz entre estes transtornos e o comportamento suicida: “os pacientes que eu vi são pacientes normalmente com depressão, são pacientes que tem depressão”. P11 também apontou a questão do transtorno e que o acompanhamento acontece na Unidade Básica de Saúde:

Vejo a questão do transtorno, também, boa parte tem algum diagnóstico, muitos já tomam medicamentos, às vezes não fazem um acompanhamento de fato, mas toma medicamento, né, até no posto o próprio médico de família receita, então às vezes não faz acompanhamento de saúde mental mais específico mas já toma também, vejo isso, que mais?

Entre os usuários, os transtornos depressivos apareceram como o transtorno mais citado e estabeleceram uma relação entre eles e os pensamentos suicidas ou até mesmo com a tentativa de suicídio. U9 disse ter a impressão de que o que teve foi um transtorno depressivo, como ele mesma explica: “E eu acho que, eu não sei, porque eu não estudei, mas eu tenho impressão que é depressão, porque agora já me passou um pouco, mas antes eu chorava o dia inteiro, não podia falar com as pessoas, chorava, chorava nos ônibus, eu chorava, sabe”. Na fala de U11, a incerteza permaneceu: “Eu já sabia que eu tinha assim um pouco de depressão né, mas umas vezes eu falava com alguém aí as

pessoas falavam ah, todo mundo tem depressão, então eu achei que era normal né, não me importava”.

É importante destacar a relação que os usuários fizeram entre suicídio e depressão. Nenhuma das falas apontou outro transtorno mental, além dos transtornos depressivos, que explicasse, para os usuários, o comportamento suicida. Alguns participantes relataram serem ansiosos, outros disseram que o fazem porque são loucos; mas, em sua maioria, exemplificavam que os pensamentos de morte ou as tentativas de suicídio começaram depois que a depressão (assim por eles denominada) chegou, como se o transtorno fosse revestido de uma quase materialidade.

É consenso na literatura a relação entre os transtornos mentais e o suicídio, o que faz com que figurem entre os principais fatores de risco para o suicídio (Botega, 2015; Prieto & Tavares, 2005). Como indicaram os profissionais e usuários acima, os quadros depressivos é uma das categorias dos transtornos mentais bastante presente no cotidiano da Atenção Básica. Guibu *et al* (2017) realizaram um estudo com 8676 usuários nos serviços de Atenção Básica das cinco regiões do país e, no que se refere aos transtornos depressivos, encontraram uma prevalência de 18,5%. Há estudos que afirmam que pessoas que apresentam um transtorno depressivo têm 20 vezes mais chance de cometer suicídio que a população geral; porém, na Atenção Básica, ainda existe um índice muito baixo de identificação e tratamento destes transtornos (Nutting *et al*, 2005; Vannoy & Robins, 2011).

O quarto elemento de análise desta subcategoria, **contexto social gerador de sofrimento (2.1.4)**, foi um aspecto apontado apenas pelo grupo de profissionais. Segundo eles, condições sociais e econômicas são aspectos importantes para compreender o contexto no qual o usuário está inserido e seu sofrimento. P2, que atua na P.AS, explicou que “... o contexto social também ele tem gerado muito sofrimento né, que pode ser um gatilho pra uma pessoa que já não sabe mais, né, já não tem muita estrutura pra lidar com a frustração, pra ele pode ser um gatilho pra um comportamento suicida”. No que diz respeito a aspectos econômicos, P10 apontou que “muitos tem uma situação econômica bem complicada assim, acho que principalmente homens acho que a questão do desemprego, não conseguir manter um padrão de vida que eles idealizam”.

Nestas falas observa-se um entendimento mais amplo do comportamento suicida, que amplia o olhar do profissional sobre a pessoa que sofre e passa a considerar outras questões que também precisam de atenção, como questões de renda e moradia, questões

relativas a conflitos ou organizações familiares. Logo, o momento no qual uma sociedade se encontra aponta para a modalidade individual de sofrimento psíquico, mas que também é agravado pelo contexto social. Exemplos disso são as elevadas taxas de desemprego, as diferentes violências vividas nas cidades e no campo, a falta de acesso às políticas públicas ou a falta de garantias básicas para uma vida digna no Estado em que vivem os participantes.

Isto posto, e sabido que o suicídio é um fenômeno multideterminado, os pesquisadores defendem que não é possível explicá-lo a partir de apenas um aspecto, caso contrário haveria o risco de que se adote explicações reducionistas e errôneas (Cassorla & Smeke, 1994; Botega, 2015), que em nada beneficiariam o atendimento ao paciente. Neste estudo, pode-se afirmar que os participantes sinalizaram um olhar que vai além do físico ou do psicopatológico, que, portanto potencializa um cuidado mais integral ao sujeito.

Os dois próximos elementos de análise foram compartilhados apenas entre os usuários dos serviços, a “**crise**” (2.1.5) e o **isolamento e solidão** (2.1.6). A crise apareceu na fala dos usuários quase como algo corporificado. Ela representa a intensidade do sofrimento que cada um vivencia, na qual os recursos psíquicos do sujeito para lidar com a realidade não são suficientes e há uma ruptura (Maron, 2008). É durante a crise que os pensamentos e gestos auto-agressivos se tornam mais presentes. U2 compartilhou sua experiência:

... quando me dá minhas crises assim de choro e de ansiedade, além de me mutilar eu tipo, por me mutilar, que eu fico me mutilando pra, tipo querendo que uma dor na pele seja maior do que a que eu sinto por dentro, sabe, nessa intenção, que é em vão, eu fico pensando em me tirar a minha vida assim desse jeito, só que falta coragem e tal, eu fui, eu vou em lugares altos assim tipo pra me jogar só que também não dá coragem, que vem a minha família na cabeça, essas coisas assim sabe
....

Além da agressividade, neste caso, a auto-agressividade, a impulsividade foi um elemento também presente nas falas de alguns participantes. Tais vivências não raras vêm acompanhadas de arrependimento, como descrito por U3:

Quando ele vê que eu tô no auge assim do stress, que eu tô muito agressiva, aí o que que ele faz, ele esconde as facas, meus medicamento ele que me dá, ele deixa tudo escondido, leva na mochila pro trabalho, esconde as facas, esconde tudo que eu possa pegar pra me matar ou até machucar ele e me deixa eu fazer o que eu quiser, se eu tiver estressada, precisar quebrar as coisas ele não, ele fica quieto, porque ele sabe que se ele falar qualquer coisa pode ser pior pra eu me alterar mais. E aí às vezes se eu vou querer conversar com ele, na hora eu me estresso, depois eu me arrependo sabe, me acalmo e me arrependo, é o momento que eu não consigo me controlar. Eu vou lá em cima no pico do stress, eu fico cega e aí eu não quero mais nada, eu não quero viver, e pra mim nada tem sentido, só quero morrer. Aí depois quando eu tomo meu remédio, que eu fico dopada, que eu durmo, que eu acordo, aí bate aquela depressão, parece, sabe? Aí eu me arrependo, eu choro, eu fico me perguntando porque que eu quebrei minhas coisas, por que se eu tenho dois filhos, se eu tenho meu marido, tenho minha vida, porque que eu tenho tanta vontade de morrer assim?

Nas falas acima encontram-se dois exemplos da dinâmica da passagem ao ato. Neles, a angústia aparece de maneira tão intensa nos sujeitos ao ponto do ato tomar o lugar da palavra. Millaud (2002) afirma que nesta dinâmica acontece uma aparente ruptura entre o discurso e a ação. Por este motivo, muitos pacientes afirmam não se reconhecem na passagem ao ato, como se fossem dominados por forçar externas a eles, que os fazem agir por um impulso ao qual não conseguem resistir.

Nesse sentido, a experiência descrita por U3 é esclarecedora quando a participante afirma que não consegue se controlar, a ponto de “ficar cega”. A angústia, nesse caso, é tão grande a ponto do sujeito não dar conta de fazer outra coisa que não seja se livrar dela (Millaud, 2002). O isolamento e a solidão, elementos de análise trazidos a seguir, são dois aspectos também presentes na passagem ao ato. Ao contrário de outros tipos de atuação, que visam a busca por relação, a passagem ao ato tem em seu registro o desespero e a solidão (Millaud, 2002).

No exemplo de U2, a participante se corta. Observa-se que a agressividade presente na expressão do conflito psíquico, manifesta por meio da auto-agressão no comportamento suicida, é também a agressão do outro através da agressão a si mesmo (Bergeret, 2002). Por fim, uma última ideia que auxilia nesta discussão é avançada por Tardif (2002) e diz respeito à carência de elaboração psíquica presente em condutas impulsivas. Esta, a carência de elaboração, acompanhada de uma baixa tolerância à frustração, seriam elementos a contribuir para a compreensão da passagem ao ato.

Além da crise, e talvez em decorrência dela, os usuários afirmaram que acabam se isolando da convivência com outras pessoas. Falta de paciência, intolerância e instabilidade emocional constante foram alguns exemplos apontados e que ilustram o **isolamento e solidão** (2.1.6). U3 fez o exercício de descrever como se vê: "... eu sou uma pessoa muito difícil de lidar, um dia eu tô bem, outro dia eu não tô. Então eu sou isolada, é só bom dia, boa tarde e boa noite pro vizinho e deu, não tenho amigos. Meu único companheiro é meu marido, que ele tem uma paciência do tamanho de um caminhão". Ainda sobre esta instabilidade emocional, U1 completou:

minha ajuda mesmo é eu e meu autocontrole, porque de resto, às vezes tu precisa assim ó, às vezes tu tá, eu sou uma pessoa assim que eu gosto de conversar bastante e eu passo o dia sozinha, porque eu não vou na casa de ninguém e ninguém vai na minha casa, porque eu não tenho paciência, entendesse, porque tem dias que eu tô bem e tem dias que eu não tô, e às vezes as pessoas não entende isso, então pra mim não ser grosseira então eu já evito, daí então eu fico muito isolada, eu fico muito sozinha.

Isolamento e solidão são características que se repetiram nas falas dos usuários entrevistados. P3 apontou a solidão como algo constante no seu cotidiano: "Então assim como eu não tenho família aqui, não tenho namorado e tenho essa coisa de só ter amigos em locais de trabalho, tal, eu me sinto muito sozinha sabe, isso é uma coisa bem forte, essa solidão". Pessoas isoladas e sozinhas são consideradas mais vulneráveis e consequentemente em situação de risco diante do suicídio (Brasil, 2006). Angerami (2017), que dedicou um livro à temática da solidão, intitulado "Solidão: a ausência do outro", afirma que a solidão ainda é

considerada uma queixa abstrata, que somente se torna real quando apresenta sintomas físicos ou ainda, quando faz vítimas de maneira fulminante.

O isolamento e a solidão podem também ser decorrências do estigma que pessoas que apresentam comportamento suicida sofrem por parte da opinião pública e que será discutido mais adiante na Categoria 3. Logo, os usuários podem vivenciar o que Chiaverini *et al* (2011) descreveram como autoestigma e discriminação antecipatória. O autoestigma refere-se ao preconceito que foi internalizado e a discriminação antecipatória é o medo que a pessoa tem de vir a ser discriminada.

A segunda subcategoria, 2.2. **O atendimento nos serviços**, apresentou elementos de análise comuns a profissionais e usuários, mas também elementos que foram específicos a cada um dos grupos. Profissionais e usuários avaliaram que o lugar destinado ao atendimento a demandas relativas ao comportamento suicida na Atenção Básica é **um lugar de acolhimento e escuta (2.2.1)**. P10, que trabalha na P.S avaliou que “às vezes você fazendo uma boa escuta isso já pode dele mudar né, o caminho das coisas, acho que tá bem disponível né, pra conseguir oferecer uma continência”. Já P4, da P.A.S, reiterou esse lugar como parte da sua prática: “Escuta, né, um espaço de acolhimento, de escuta, depende muito do caso né, então essa por exemplo que eu atendi ontem que trouxe na fala dela, ela chorava muito intensamente, então dava espaço pra chorar”.

Na fala de P9, a seguir, pôde-se observar a avaliação de fatores de risco e de proteção:

entendo dessa maneira assim, que nós podemos contribuir dando esse suporte pra esses pacientes, dando esse apoio, tanto na escuta, de ouvir o que eles têm pra falar, ouvir os medos, as preocupações, os motivos, e normalmente a gente tenta fazer esse paralelo assim, o que que tá te motivando a cometer isso ou pensar nisso e o que que te faz não pensar nisso, qual é seu ponto de apoio, qual é sua força, sua fortaleza que a gente fala nesses casos.

Os usuários também destacaram o papel de acolhimento que o espaço na Atenção Básica tem. Não ser julgado e não sofrer preconceito foram aspectos apontados. U1 enfatizou:

Ah eu sinto que se eu precisar de um socorro, o meu socorro é aqui. Eu não conto com família, o meu socorro aqui, o meu pânico na hora é aqui, se eu precisar, se eu entrar em pânico, nem que eu venha a pé, mas é aqui. Aqui eu me sinto acolhida, sabe, vocês escutam, tem as psicóloga, elas escutam, se tiver que tipo assim ó, me mostrar a realidade mais nua e crua vão saber me mostrar, mas não é com dez pedra, não é dez pedra, eu não vou procurar nas pessoas dez pedra, já não basta eu com dez pedra no meus ombro? Já não basta eu com a minha cruz que eu carrego, entendeu?

Para U6, ser levado a sério e ser compreendido foram aspectos pontuados:

Olha, aqui pela minha experiência com os profissionais daqui, todo mundo levou a sério, todo mundo foi bem compreensivo, pelo menos demonstrou né, compreensão, e eu não senti de nenhuma forma assim descaso ou qualquer coisa assim, sabe. Eu acho que hoje em dia, não sei como era antigamente, eu acho que devia ser bem pior, mas existe um esclarecimento bem maior assim sobre esse tipo de coisa né, os profissionais da saúde estão mais preparados pra saber que isso existe, que isso não é frescura, que isso é uma doença, que isso gera várias coisas né.

De fato, o acolhimento e a escuta são as principais ferramentas para o trabalho em saúde mental na Atenção Básica. É através deles que o profissional tem acesso ao sofrimento do usuário e a possibilidade de estabelecer um vínculo de confiança, desde que se coloque como um interlocutor interessado em ouvir e não invalidar o que o outro tem a dizer (Brasil, 2013). Contudo, nem todas as falas foram nesse mesmo sentido. Alguns usuários relataram que têm a percepção de **não ser levado a sério (2.2.2.)**. Nas falas a seguir, destacaram-se o atendimento reduzido à prescrição de medicação, pouca importância dada às queixas

apresentadas e o sentimento, que foi apontado por U3, de ser uma bomba sendo jogada para o colo de outro. U3 afirmou:

Eu acho que é mais a preocupação deles em relação à gravidez mesmo sabe, com a criança e tudo, porque quando é só a gente em si parece que não dão muita importância assim pra isso tudo, porque em 2016 eles me passaram remédio e não se preocuparam em me encaminhar pra uma psicóloga ou um psiquiatra pra ver mais de perto, mais a fundo o que que era isso, tanto que eles me deram remédio bem, obvio que agora eu não posso realmente tomar remédio mais forte né, mas antes eles me deram um remédio bem mais forte do que eles tipo, me deram um remédio forte mas não me passaram nenhuma coisa assim pra eu conversar, essas coisas assim, nem pra um psiquiatra pra ele ver se eu realmente precisava tomar esses remédios, só me passaram esses remédios assim.

Para U2, ficaram indícios de que sua demanda não era bem-vinda ali:

... ela só dizia pra mim que eu tinha que ir pro CAPS, que eu tinha que ir pro CAPS, ela em momento algum eu me senti assim que ela quisesse me ajudar sabe, parecia que ela tava jogando a bomba pro colo do outro. Foi bem assim que eu me senti. Uma bomba sendo jogada pro colo de outra pessoa.

Observou-se nesta última fala a tentativa do profissional da Atenção Básica de encaminhar a demanda de saúde mental para a atenção especializada, dados estes que também foram encontrados por Medina *et al.*, 2014. Diversos fatores contribuem para esta prática, como sobrecarga de trabalho, preconceito e falta de capacitação (Hirdes & Scarparo, 2015; Silva *et al.*, 2018). Logo, observa-se um *não lugar* para as demandas relativas ao comportamento suicida na Atenção Básica. Essa falta de lugar se materializa em exemplos apontados nas falas

acima, quando o usuário se sente uma bomba ou sente que não é bem-vindo no serviço e fica em um limbo de não atendimento.

Entre os profissionais, a demanda relativa ao comportamento suicida se caracterizou como uma **situação urgente (2.2.3)**, porém operacionalizada a partir de **diferentes processos de trabalho (2.2.4)**. “Se já verbaliza isso na recepção, vai direto pro atendimento. Essas são as exceções. Só se numa acolhida [coletiva] ela sentir a necessidade de falar algumas coisas, ela pede, mas há esse cuidado, numa situação dessa não vai pra acolhida coletiva”, afirmou P6, sobre a presença de algum usuário com comportamento suicida no serviço da P.AS.

P10 comparou uma tentativa de suicídio com uma parada cardíaca e afirmou:

No caso assim que a pessoa acabou de tentar, normalmente a gente para o trabalho assim, é como se, eu fico pensando como se fosse um atendimento de urgência mesmo, sei lá, se chega alguém com uma parada cardíaca, tem que parar, e a gente da saúde mental também, tem que parar né.

Contudo, apesar do que foi trazido nesta última fala, não foi encontrada uniformidade entre os processos de trabalho das diferentes equipes, seja na P.S ou na P.AS. Houveram serviços na P.AS, por exemplo, que citaram realizar acolhimento coletivo dos usuários. Já outros, fazem apenas acolhida individual, escolha esta que vai depender das características das equipes e dos territórios atendidos. P3, da P.AS, explicou:

A gente sempre faz os acolhimentos em dupla, então quando a gente faz acolhimentos e já verifica, coletivamente né, porque a gente faz acolhimento coletivo, que ele já tem essa demanda psi, aí eu já, depois a gente do acolhimento, a gente atende individualmente assim, faz uma pequena acolhida individual pra fazer o registro e pegar as demandas iniciais e ali essas pessoas já vão pra mim assim, então assistente social fica “oh esse e esse” então já é um procedimento assim, alguém no comportamento suicida já vai

pra uma escuta comigo, por exemplo, então esse já é o primeiro passo.

Na Saúde, a organização do processo é diferente. Os profissionais afirmaram que cada serviço se organiza de uma forma, porém relataram a necessidade de oferecer escuta e ajuda ao paciente, bem como apoio e suporte. P13 descreveu:

Em geral, vai se fazer um acolhimento, de escuta do paciente, vai ser visto pelo médico, por algum dos médicos, muitas vezes até assim o enfermeiro vai fazer o atendimento inicial assim, porque são eles que têm um pouco mais de flexibilidade de agenda, de fazer o acolhimento, mas assim o médico vai acabar vendo e a partir daí vê o que que vai ser necessário pr'aquele paciente.

Na terceira subcategoria, chamada de **2.3. Expectativas e encaminhamentos realizados**, seis elementos de análise permitiram compreender os principais encaminhamentos realizados pelos profissionais, comparando-os às expectativas de encaminhamento que os usuários têm. O primeiro elemento de análise, **cuidado na Atenção Básica (2.3.1)**, foi compartilhado por usuários e profissionais. P8 e P4, profissionais da P.S e da P.AS respectivamente, afirmaram que há uma intensificação do cuidado na Atenção Básica para as situações cujos pacientes apresentam o risco de suicídio.

P8 explicou que "... a pessoa vai ser atendida diversas vezes num curto espaço de tempo, assim. Tu vai atender ela todo dia, dia sim, dia não, a cada dia com um profissional". Nesse mesmo sentido, P4 complementou: "Então assim, do que eu faço, depende muito do caso, da rede da pessoa, dos recursos do serviço né, de que eu tenho enquanto serviço, mas no mínimo eu ofereço retorno comigo nem que seja diário né".

P10 acrescentou outro elemento importante no trabalho em saúde mental na Atenção Básica, que é compartilhar os atendimentos com outros profissionais da equipe:

Mas assim, quando o paciente é muito grave, a gente tenta marcar toda semana assim, e dividir

com a equipe, né, só que tá sendo bem difícil fazer isso, porque a maioria dos pacientes são graves, então acaba que faz quinzenal, e daí tenta alternar com a equipe assim né. Claro que não é o ideal, mas é o que a gente consegue fazer.

Ainda, segundo alguns profissionais, o usuário segue sendo atendido no território dependendo do grau de organização e coesão de cada equipe. Porém, o atendimento no território foi o encaminhamento mais citado entre os usuários. U6 afirmou que gostaria que fosse “na unidade, que é mais perto da minha casa”. U9 foi um pouco mais enfático:

Eu acho que sinceramente o que seria o ideal, elas deveriam ser atendidas no bairro, no posto de saúde, porque às vezes uma família não tem um real pra levar [...] até o outro posto e a SAMU não vem [...]

As falas revelaram um aspecto importante quando se trata do adoecimento das pessoas, que é o impacto financeiro sobre indivíduos ou famílias que têm membros que precisam se afastar do trabalho em função do tratamento ou da necessidade de cuidar de algum parente. Nesse sentido, além da manutenção do usuário no seu território e aspectos já mencionados como a longitudinalidade e o cotidiano, onde ele vivencia suas dificuldades, a questão financeira é uma situação a ser considerada (Hirdes & Scarparo, 2015; Kohlrausch *et al*, 2008). U1 trouxe um exemplo de como gostaria que se desse esse encaminhamento e no meio da sua fala, se deu conta de que esse modelo já existe:

P: Um local somente pra pessoas que...tipo um, não vou dizer um centro de saúde só pra psicólogo, mas um dia, ah, toda segunda-feira, tem grupo, mas daí digamos que, aí como é que eu posso explicar, porque na verdade existe esse momento né, que é o momento em grupo, né, existe, mas como é que posso explicar, não consigo explicar.

E: Mas vinculado ao posto de saúde?

P: Vinculado ao posto de saúde. Porque qualquer outra coisa que precise o posto tá ali pra apoiar

entendeu? Se precisar de alguma coisa da médica, tipo a Dra N., que ele venha a intervir alguma coisa, ela vai tá aqui próxima pra poder vir intervir, entendeu? Alguma coisa assim, com os psicólogos. Porque assim ó, eu tenho, hoje eu tô aqui na consulta com a sra psicóloga, mas a Dra N. tá lá com outras consulta. Não, eu penso que poderia ser o dia dos psicólogos mas que as médicas da área tivesse aptas pra qualquer eventualidade da sua área, qualquer paciente da sua área, que ela consiga entrar junto entendeu, alguma coisa assim que faça com que as nossas médicas estejam junto com a gente. Da nossa área. Daí no caso assim, eu vou ali converso com ela, eu vou ali converso com ela, ela sabe do meu problema, mas seria tão bom se ela tivesse junto no meu grupo de psicólogo, pra ela conseguir me entender mais ...

A sugestão da usuária já é conhecida na P.S que é o atendimento conjunto de profissionais de diferentes especialidades. Por exemplo, atividades em grupo com usuários fazem parte dos estágios dos cursos de residência em Saúde Coletiva ou Saúde da Família, quando se é possível trabalhar questões de prevenção de doenças e promoção de saúde. Contudo, a grande demanda de trabalho, que será apresentada mais adiante, por vezes inviabiliza que essa prática aconteça ou faz com que ela fique apenas sob responsabilidade de quem faz estágio no serviço.

Além do atendimento no território e nas UBS, citado pela maioria dos usuários como já mencionado, os **serviços especializados (2.3.2)** e a **internação (2.3.3)** apareceram nas falas de alguns. U10 explicou como, na sua visão, seriam esses serviços: “Uma clínica, bem agradável com pessoas bem receptivas, pessoas carinhosas que te abraçam só em te olhar”. U1 continuou:

Então eu penso que se houvesse, não vou dizer um centro de saúde específico, mas que tivesse um local somente pra isso, sabe, cada localidade ou cada comarca, cada local tivesse um espaço somente para os psicólogo e psiquiatra, acho que as pessoas se sentiriam, porque eu conheço muita gente que não vem porque não gosta de falar [em

grupo]. Entendeu? Eu gosto, eu prefiro falar porque eu sinto que eu falando parece que me dá um [som de esvaziando].

O usuário acima apresentou um espaço ideal, que dentro do SUS seria um equipamento de atenção secundária, ambulatorial e formado por profissionais específicos que não são encontrados na frequência desejada nas UBS. Nesse mesmo sentido, U2 fez referência ao hospital-dia, descrito na Portaria 44 do Ministério da Saúde (Portaria 44, 2001).

... eu acho, eu não sei se existe, mas eu acho que deveria existir uma clínica própria pra isso que elas pudessem passar tipo o dia ali entendeu? Porque ela ir no médico, ir no psicólogo e voltar pra casa, quando ela voltar pra casa pode ser meio que tarde, ela pode tá com pensamento e mais motivada pra fazer aquilo, eu acho que tinha que ter algumas clínicas assim que as pessoas pudessem, tipo de reabilitação sabe, eu procurei algumas, minha família procurou algumas pra me internar, só que é 400 reais uma diária, mais medicação e tudo, ninguém tem essa condição.

Contudo, a fala acima traz em si a compreensão da internação como a melhor estratégia de tratamento, um resquício do modelo asilar que durante décadas predominou no Brasil, que é defendida por alguns dos participantes porém bastante questionada após a Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216, 2001). Tais falas remetem a discussões que são basais no modelo substitutivo de tratamento em saúde mental, que referem-se ao lugar social do “louco” e da “loucura” na sociedade ocidental, do encarceramento como forma de tratamento ou até mesmo de higienização social e da invalidação de saberes em detrimento do saber médico, incluindo o *não saber* do paciente (Amarante & Cruz, 2008; Amarante & Nunes, 2018).

Por último, o **contato com a rede de apoio (2.3.4) e outros encaminhamentos (2.3.5)** que também são realizados destacaram-se apenas nas falas dos profissionais. O contato com a rede de apoio, apresentado por profissionais das duas políticas apareceu como parte dos atendimentos e encaminhamentos. P7, na P.A.S, afirmou que se “busca alguma apoio, alguma rede de apoio que saiba, que possa prestar

auxílio”. Já P8 e P10, que atuam na P.S, acrescentaram: “Se a pessoa tá com planejamento, é uma pessoa que tem rede de apoio, tem amigos ou familiares próximos, [...] tu vai acionar essa rede” e “chama algum familiar no momento também, que a gente já teve isso né, do paciente chegar em crise e ter que acionar algum familiar pra se responsabilizar né”.

Ainda, outros encaminhamentos que também são realizados acontecem, em geral, para ONGs ou clínicas-escola e tem como principal demanda o acompanhamento psicológico individual. Tais espaços acabam por suprir, ainda que muitas vezes com listas de espera, a defasada presença de profissionais de saúde mental na rede pública. P1, na P.AS pontuou: “... alguma clínica, que a gente tem algumas clínicas sociais pra um atendimento emergencial, alguma coisa nesse sentido”. Na P.S, P11 afirmou:

É, tem a UFSC, por exemplo, CESUSC, daí aqui tem o Centro Holístico, é um centro espírita que oferece reiki, psicólogo, então a gente acaba, se o paciente tem abertura, pra esse tipo, tu oferece e se ele se sente à vontade vai ali, é um dos que mais eu consigo encaminhar, e que os pacientes vão, então assim, porque é a minha realidade, porque ele tá na minha área. Então é o que eu mais tenho retorno assim, positivo.

Estudos apontaram que a internação, para os casos de saúde mental, era o horizonte terapêutico mais indicado pelos profissionais da Atenção Básica (Jucá *et al*, 2009; Nunes *et al*, 2007). Contudo, nesta pesquisa, a maioria dos profissionais pontuou que o melhor lugar para atendimento do usuário que apresente comportamento suicida é o território. Entre os profissionais da P.AS, houve diferenças no entendimento sobre em qual serviço o usuário deve ser atendido, mesmo que no território.

Segundo os assistentes sociais, relembrando que participaram das entrevistas apenas assistentes sociais que atuam na P.AS, os usuários devem ser atendidos na P.S, pois entendem que falta preparo profissional para lidar com a demanda. Já entre os psicólogos da mesma política houve maior abertura para acompanhamento destes usuários no CRAS. As entrevistas validaram as diferenças encontradas no QUACS, quando foram comparadas as categorias profissionais “psicólogos” e

“assistentes sociais” nos fatores 1 e 2. Tais fatores referem-se aos sentimentos negativos em relação ao paciente e à percepção da capacidade profissional para lidar com a temática do comportamento suicida.

Considerando as informações oriundas dos dois instrumentos utilizados, o QUACS e as entrevistas, observou-se que a Categoria 2 apresentou aspectos semelhantes e diferentes entre os elementos trazidos pelos profissionais e usuários, como pode ser observado na Figura 4, abaixo.

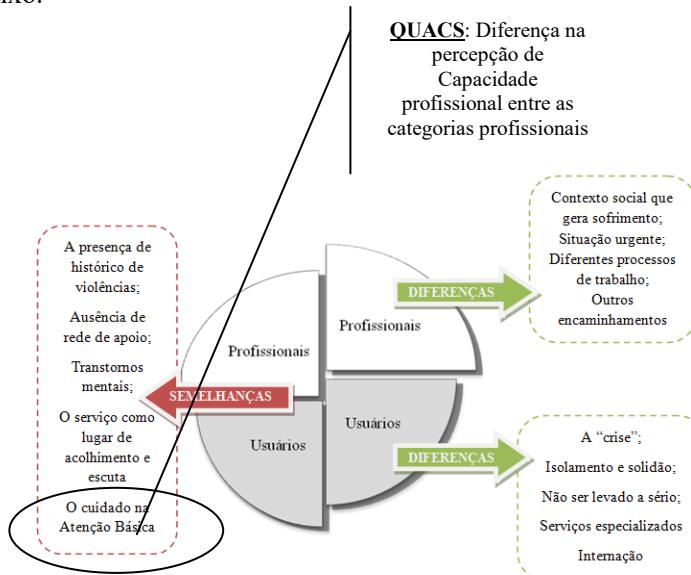


Figura 4: Esquema comparativo das semelhanças e diferenças encontradas entre os dois grupos após análise e discussão da Categoria 2.

Profissionais da P.S, da P.A.S e usuários identificaram características convergentes entre os usuários que apresentam comportamento suicida. Dentre elas estão pessoas com histórico de violências, que vivenciam falta de apoio familiar e portadoras de transtornos mentais. Além disso, os serviços de Atenção Básica foram pontuados por ambos os grupos como lugares de acolhimento e escuta. A Atenção Básica também foi indicada como o melhor lugar para

atendimento às pessoas que apresentem comportamento suicida. Contudo, surgiu entre os profissionais da P.AS a discussão sobre qual política pública deve acolher o usuário que apresenta demandas de relativas ao comportamento suicida.

Entre os aspectos apontados apenas por profissionais, destacaram-se a menção ao contexto social como gerador de sofrimento, a situação na qual o paciente apresenta risco de suicídio como sendo uma situação urgente e a identificação de diferentes processos de trabalho entre os serviços. Ainda, foram mencionados encaminhamentos que não fazem parte da rede formal, como ONGs e clínicas-escola, que acabam por suprir a falta na rede de profissionais de saúde mental.

Dentre os elementos trazidos apenas por usuários destacaram-se a vivência da “crise”, o isolamento e solidão como resultado do julgamento social sobre quem pensa ou tenta suicídio e a percepção de que suas necessidades não são levadas a sério. Além disso, o encaminhamento para serviços especializados de saúde mental e a internação foram mencionados como possibilidades terapêuticas.

6.2.3. Categoria 3: Desafios observados na rede de Atenção Básica

A Categoria 3 apresentou os principais desafios observados por profissionais e usuários no atendimento às demandas relacionadas com comportamento suicida na Atenção Básica, desafios estes que implicam diretamente sobre o cotidiano de trabalho. Para tal, foram apontados desafios dos **serviços para com o usuário**, identificados por ambos os grupos e **na relação com o usuário**, destacada apenas entre os profissionais. A primeira subcategoria, **3.1. Dos serviços com os usuários**, foi composta por cinco elementos de análise.

A **distância até os serviços (3.1.1)** foi trazida por profissionais e usuários. Entre os profissionais destacou-se o fato dos serviços de atenção especializada em saúde mental localizarem-se todos na região central da cidade e em números aquém aos recomendados para a população do município. P3, que trabalha na P.AS indicou:

... então pela distância esses pacientes acabam não indo pro CAPS, pela distância, porque agora também não tem vale-transporte né, pra ir pro CAPS, então eu digo que, claro que a gente né, os pacientes podem ser atendidos em todos os lugares, mas a especificidade do CAPS e tudo o

que ele oferece, ele poderia ter CAPS mais regionalizados, não só um na cidade, pelo aporte da população né.

Nesse mesmo sentido, P5 que trabalha na mesma política, continuou:

... porque os CAPS não são territorializados, começa por aí, tem um CAPS II pro município todo, um CAPSi pro município todo, o AD que tem dois, mas né, começa que não são territorializados [...] então não tem, é um só pro município, com uma equipe reduzidíssima, que não consegue fazer trabalho fora.

A distância até os serviços como um fator que dificulta o acesso dos usuários e que consequentemente implica na ausência de atendimento foi corroborada por P10, que trabalha na P.S e vivencia no cotidiano de trabalho esta realidade:

... tem cidades que os CAPS são territorializados, [interrupção]. Então, tem CAPS que são territorializados né, acho que Santos é assim né, e daí, pra nós do norte, que daí paciente aqui por exemplo até o CAPS tem 40km, então assim pra nós é muito ruim tudo tá centralizado, tudo tá no Centro, os CAPS AD, o I, é tudo no Centro, então quem trabalha no Centro é mais organizado né.

Esta mesma dificuldade é compartilhada entre os usuários, que observaram na distância uma dificuldade para o atendimento. U9 questionou “o que que tem aqui em Florianópolis tipo pra quem mora aqui no litoral norte, só lá na Trindade, não é, que é o, esse, o CAPS, e se a família não tem como levar? É difícil. É difícil”. U6 completou:

... acho que as pessoas têm muita dificuldade de deslocação, de ir lá, entendeu? Aqui fica mais perto pra pessoa vim, eu posso vir com a minha mãe, com a minha filha, eles podem me trazer,

entendeu? Lá tu tem que ta dependendo de alguém pra me levar, pra pagar um táxi pra me levar lá.

O impacto que os transtornos mentais geram nos indivíduos e famílias, do ponto de vista afetivo e econômico foi pontuado por Hirdes e Scarparo (2015) e dialoga com outro elemento de análise já apresentado, o atendimento no território. Esta discussão sobre a distância até os serviços devido à centralização dos mesmos ganha mais corpo a partir da apresentação do próximo elemento, **rede precarizada (3.1.2)**, também compartilhado por profissionais e usuários. Os principais termos utilizados para descrever esta rede precarizada foram a falta de serviços e equipamentos, falta de profissionais, falta de tempo para os atendimentos, falta de protocolos para atendimento às demandas relacionadas ao comportamento suicida e precariedade de registros nos prontuários sobre saúde mental.

A respeito da falta de profissionais, P1 que atua na P.AS explicou que “por mais que eu amarre, [...] que a gente faça os atendimentos e encaminhamentos a gente sempre fica com um pé atrás, porque sabe que não tem profissional, sabe que a instituição tá precarizada, assim como nós também mas, é um encaminhamento que a gente faz com um pé atrás, muitos pés atrás. P8, na Saúde, complementou:

Ah, acho que a proporção de equipes proporcional ao NASF tá muito grande, os psiquiatras acabaram de sair no NASF, então a gente vem, a saúde mental tá tendo mais dificuldade assim pra atuar no território, mas a realidade é que muitas vezes, quanto mais grave o paciente, menor condição ele vai ter de se deslocar até um serviço de referência. Ou ele vai ser atendido no território ou ele não vai ser atendido. Ele vai ficar nesse limbo assim.

Entre os usuários as falas foram nesse mesmo sentido e apontaram uma sobrecarga de trabalho devido à falta de profissionais. Para U2:

A rede de saúde pública em si é complicada porque é muita coisa nas costas dos profissionais, pra mim eu tenho essa visão assim, não sei se eu

tô errada, mas tipo parece que é muita função nas costas deles, coisas que eles não têm ferramenta e nem meio de poder ajudar em tudo isso que eles jogam em cima entendeu

U9 avaliou a necessidade de mais profissionais bem como a presença de profissionais de saúde mental nas UBS:

... precisaria um profissional da saúde mental ali, né, e eu acho que mais médicos né, porque a gente fica, que é uma dificuldade, a maior dificuldade da gente fazer e seguir pra fazer um tratamento ali é conseguir uma ficha, que tu vai ali, tem cinco fichas de tarde e cinco fichas de manhã, aí é duro né [...], o problema mesmo a tal da marcar a consulta, esse é o maior problema. E a falta de medicação né, a falta de medicações na rede pública.

Alguns profissionais trouxeram suas avaliações da rede de saúde mental e suas falas indicaram a precariedade dos serviços, insuficiência dos equipamentos e ausência de dispositivos previstos na RAPS como o CAPS III e hospitais-dia. P11, que atua na P.S afirmou que são “poucos CAPS né, podia ter, acho que tinha que ter o CAPS que é internação, hospital-dia também, talvez pra ter mais pra esses pacientes e sobrar vaga pra outros, pra eles criarem novos grupos e também traçar pra novos perfis, [...] pra mim é isso, é bem fraco. Para P7, da P.A.S, a rede de saúde mental

não existe, não tem né, muito muito precária. A gente tá num município que tinha que ter uma CAPS III já há muito tempo, que já quase teve, né, a ala psiquiátrica no HU tá né, é pra ter, é pra ter desde não sei quando, [...] não sei o que acontece, não sei se não se dá valor, a importância necessária pra isso né, claro é o mais invisível, até então os dados de suicídio eram totalmente subnotificados, então é algo que não aparece, é algo que aos pouquinhos tá aparecendo, bem sutilmente, agora com o Setembro Amarelo talvez

aumente mas ainda, né, muito pouco assim, então acho totalmente inexistente, acho que é pra ontem, tem que ter CAPS III, tem que ter as alas psiquiátricas, mais CAPS II, não dá de numa cidade como a nossa ter só um, não tem condições.

A sobrecarga de trabalho é um aspecto negativo à medida que os profissionais têm agendas apertadas e entendem que o paciente que apresenta comportamento suicida é um paciente que demanda tempo. Além disso, a quase totalidade dos participantes apontou a ausência de um protocolo de atendimento dos serviços para os pacientes com risco de suicídio. Segundo eles, cada um faz aquilo que acha mais correto. Por último, a falta de registros das avaliações ou consultas em saúde mental dos usuários foi um ponto destacado.

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis lançou em 2010 um documento intitulado Protocolo Municipal de Saúde Mental (PMF, 2010), no qual são abordadas diversas questões, inclusive importância das ações conjuntas entre a P.S e a P.A.S. Este documento indica a possibilidade de suicídio relacionados com diferentes transtornos mentais e reserva, ao final, duas páginas e meia para avaliação de risco. Contudo, este documento mostrou-se desconhecido pelos profissionais das duas políticas, situação de desconhecimento também encontrada no estudo de Medina *et al*, 2014, no qual médicos e enfermeiros não sabiam da existência de um guia nacional sobre o manejo de pacientes sob risco de suicídio.

No mesmo ano, na província de Quebec (Canadá), foi lançado o guia intitulado Prevenção do Suicídio: um guia de boas práticas para profissionais dos Centros de Saúde e Serviços Sociais (Atenção Básica). À época, tal província apresentava as maiores taxas de suicídio do Canadá e a maior entre os países industrializados. Tal documento definiu o papel de cada serviço dos diferentes pontos da rede e trouxe orientações sobre quais ações desenvolver junto aos pacientes que apresentarem comportamento suicida (Lane *et al*, 2010). Destacam-se ainda a apresentação do conteúdo de forma acessível aos profissionais e o objetivo de capacitar os profissionais a partir da Atenção Básica e da rede local de saúde.

A **falta de acompanhamento psicológico individual (3.1.3)** foi uma dificuldade encontrada nos serviços e pontuada apenas pelos usuários. U6 falou do impacto dos transtornos mentais nos contextos

laborais, da dificuldade de conseguir acompanhamento psicológico e ainda, da falta de atenção dada a estes transtornos no SUS.

Por n motivos que a gente sabe que o SUS tem problemas, dificuldades ne, e a mesma coisa terapia, eu já tentei aqui e também é bem difícil, que não tá sempre disponível, é mais emergencial, não tem o tratamento, então isso é um problema muito sério da saúde brasileira que tem que ser modificado, essa coisa de não dar assistência pras doenças da mente, que são muito sérias, a gente sabe que a OMS já decretou como uma doença que afasta a maioria, a maioria das pessoas afastada por depressão, do trabalho e tal, da vida normal, eu sei que isso é foda, eu não entendo porque que que ainda não se dá a atenção devida a isso.

U3, na sequência, falou de sua decepção após ter criado uma expectativa de acompanhamento:

... e lá quando eu cheguei no CAPS e a psicóloga me atendeu, a primeira consulta, eu falei tudo, descarreguei sabe, tudo o que eu sentia, tudo o que tinha acontecido, tudo o que eu pensava, como eu fazia as estratégia, tudo eu falei. Aí até gostei da psicóloga, da consulta naquele dia, depois ela me mandou pro psiquiatra e nunca mais tive atendimento com ela.

Nestas falas acima existe uma demanda por parte destes usuários de que seja olhado para o seu sofrimento. Uma vez que em outros espaços de suas vidas não sentem que suas expectativas de acolhimento são atendidas, seja por familiares ou amigos, esperam de alguma forma que os profissionais das políticas públicas possam fazê-lo. Contudo, o modelo biomédico tem dado sinais de esgotamento no que se refere a oferecer os resultados por eles esperados, indicando a necessidade de oferta de outras formas de cuidado que extrapolam o uso de medicamentos e o controle de sintomas.

Abre-se aqui um parênteses para a discussão da importância da relação que é construída entre profissional e usuário no processo de

cuidado. Tal relação deve proporcionar um espaço de escuta empática que legitime, ou seja, não invalide o sofrimento do outro (Brasil, 2013). Se dentre as situações de atendimentos em geral a relação com o usuário é o que muitas vezes permite que ações em saúde sejam realizadas, nas situações em que se observa que há risco para o paciente, é a relação sólida e honesta com o usuário que vai respaldar a possibilidade de cuidado.

A exemplo disso, Marcon, Soares e Sassá (2007) realizaram um estudo que avaliou a percepção dos usuários sobre sua relação com os profissionais de saúde no serviço público. Observou-se que a ideia de satisfação esteve diretamente ligada a aspectos relacionais, como por exemplo, o profissional ser educado e paciente. Os aspectos destacados como negativos também estiveram pautados na relação e trouxeram a falhas na comunicação (linguagem técnica e inacessível ao interlocutor) e condutas frias e ríspidas de alguns profissionais no atendimento aos usuários.

Entre os profissionais, a **falta de articulação entre as diferentes políticas e/ou níveis de assistência (3.1.4)** apareceu em ambas as políticas. P6, que atua na P.AS, afirmou que “é importantíssimo ter o olhar psicossocial, psicólogo e o assistente social já no CRAS, e as unidades de saúde ter uma abertura maior assim, sabe, que a gente pudesse ter uma abertura pra discutir o caso”. Já P9, na P.S, chamou atenção à frágil articulação entre os serviços, que em alguns casos baseia-se não em protocolos, mas nas relações pessoais ou de proximidade entre os profissionais:

... essa integração da APS com o CAPS tem que ser mais fortalecida, eu acho que a gente acaba não tendo muito, e isso assim, acaba assim, é heterogêneo, então de repente alguns postos, algumas unidades tem esse contato maior, um vínculo maior, e que também muitas vezes é profissional-dependente, e isso é uma fragilidade, porque uma rede ela não tem que ser profissional-dependente, ela tem que ser tipo ela em si ser a estrutura, então eu vejo que muitas vezes ah é porque o médico de família tal conhece o psiquiatra do CAPS, então por eles terem um contato pessoal é que acaba que ele matricia os casos com mais facilidade. Mas não era pra ser dessa forma, era pra que tivesse uma coisa consolidada, então eu acho que a integração dos

vários níveis de assistência que tem que ser aprimorado.

Diferentes estudos afirmam que a articulação entre Atenção Básica em Saúde e o CAPS requer mais atenção (Abreu *et al*, 2008; Bezerra & Dimenstein, 2008; Delfini *et al*, 2009). Os principais desafios encontrados foram a articulação precária entre a Atenção Básica e os CAPS e a presença de serviços dispersos e isolados e profissionais que sentem que trabalham sozinhos, semelhante ao que foi encontrado neste estudo. Além disso, há ganhos na qualidade no trabalho que é realizado e nos resultados alcançados quando os diferentes serviços ou as diferentes políticas trocam e constroem juntos, ao invés de simplesmente realizarem encaminhamentos vazios, que farão que o interlocutor no outro serviço precise recomeçar sua avaliação do zero.

Importante destacar que a articulação entre as diferentes políticas públicas também precisa ser fortalecida. Profissionais da P.AS relataram que sentem dificuldades para fazer contato com profissionais da P.S, para discutir casos comuns às duas políticas ou para a efetivação de encaminhamentos qualificados. Como encaminhamento qualificado, entende-se o contato prévio à chegada do paciente ao serviço que foi articulado, a fim de que a equipe esteja ciente e preparada para recebê-lo.

Em seguida, um último elemento de análise que impacta diretamente sobre o atendimento às demandas relacionadas ao comportamento suicida foi apontado apenas pelos profissionais da P.S: as **mudanças no processo de trabalho (3.1.5)**. Tais mudanças referem-se à centralização do trabalho dos psiquiatras nas Policlínicas, alteração essa que, segundo as falas, impactou diretamente na organização dos serviços. P10 relatou que “a partir de agosto, mudou o processo de trabalho dos psiquiatras, eles tão muito mais na Policlínica né, e a gente tá tentando agora se reorganizar entende, a partir disso”. P11 complementou “ela tava vindo [a psiquiatra], agora nem os matriciamentos não faz mais, né, antes ela atendia uma vez por semana, ela tinha agenda, agora nem isso não tem mais”. P12, explicou:

P: Os matriciamentos com a psiquiatria, que tava tendo até o mês passado, agora não tem mais, mas eram muito bons.

E: E como está funcionando agora?

P: Agora vai ser como se fosse qualquer especialista, a gente encaminha e daí vai pra fila de espera. Antes a gente tinha uma vez por mês na unidade de saúde o psiquiatra com a gente na consulta, daí eu tinha mais controle sabe, eu escolhia os pacientes que o psiquiatra ia atender comigo, agora vai pra regulação, então eu perdi um pouco desse controle que eu tinha sobre os pacientes atendidos.

As dificuldades destacadas pelos profissionais e usuários vão ao encontro das dificuldades apontadas por enfermeiras da Atenção Básica no estudo realizado por Kohlrausch *et al*, 2008. Foram destacados a falta de profissionais, falta de medicamentos, precariedade da estrutura física dos serviços e de organização das equipes para atendimento às demandas de saúde mental.

Sobre o matriciamento em saúde mental e as mudanças apontadas pelos profissionais, é importante pontuar os impactos negativos de tal opção por parte da equipe de gestão, que incidem sobre os serviços de Atenção Básica. O matriciamento é uma proposta de trabalho na qual duas ou mais equipes constroem juntas a proposta de intervenção pedagógico-terapêutica para os pacientes atendidos. Uma das equipes é composta por profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a outra, por profissionais da Atenção Básica.

Os profissionais do NASF, chamados de especialistas, oferecem o apoio matricial às equipes generalistas. Entre os profissionais do NASF estão profissionais de saúde mental, como psicólogos e psiquiatras. O matriciamento reforça a corresponsabilização do cuidado, a permanência do usuário no território para que não precise chegar até a atenção especializada, devido a questões que já foram aqui discutidas, como o acesso, a distância e o custo financeiro com deslocamento até outros serviços (Chiaverini *et al*, 2011).

O atendimento conjunto, também chamado de interconsulta, constitui-se um espaço de troca de saberes entre os profissionais e de educação em serviço, o que justifica o uso do termo pedagógico e, tem potencial para dar conta da lacuna de falta de capacitação e treinamento, que será apresentada no elemento de análise a seguir. Possibilita também que os profissionais consigam acompanhar mais de perto o andamento do tratamento do usuário e evita problemas decorrentes da prática quase insalubre de encaminhar por escrito, que muitas vezes

acontece de forma precária e irregular, apresentando assim baixa resolutividade (Chiaverini *et al*, 2011).

Na segunda subcategoria **3.2. Na relação com o usuário**, os profissionais destacam a **falta de capacitação e treinamento (3.2.1)** e, nas falas dos profissionais da P.S, foi citado o **preconceito e estigma (3.2.2)**. A falta de capacitação e treinamento pode estar relacionada também ao medo e à insegurança dos profissionais para com as demandas de saúde mental em geral. P2, na P.AS explicou: “Eu acho que as pessoas não têm capacitação pra lidar com a questão de saúde mental, seja ela um comportamento suicida ou seja ela qualquer outra situação que a pessoa traga enquanto saúde mental assim”. Segundo P8, da P.S,

... eu percebo é o receio das equipes em relação a se suas avaliações estão adequadas, se avaliaram certo, certo não podem ta, daqui a pouco por alguma questão, ou conduzido uma entrevista bem ou não ter pegado algum nuance, algum detalhe ali que tenha influenciado na avaliação e aí possa acontecer alguma coisa com a pessoa, porque as equipes temem se sentirem culpadas por uma pessoa vir a tentar suicídio.

P13, também da P.S, complementou:

... eu acho que a maioria das pessoas não sabe muito como lidar com isso, nem médico e nem enfermeiro assim, talvez menos ainda enfermeiro, que são as pessoas que tão mais né, mas acho que a maioria, não sei se a maioria, enfim, mas muito dos profissionais assim muitas vezes se assustam assim com isso sabe, não sabem muito como lidar e enfim, né.

A falta de capacitação dialoga diretamente com o preconceito, uma vez que o preconceito é baseado na ignorância sobre alguma coisa (Chiaverini *et al*, 2011), que foi apontado pelos os profissionais da P.S. P14 afirmou: “Preconceito de quem tenta se matar, aquela história de quem tenta se matar é uma pessoa fraca, uma pessoa que ta desistindo, algo nesse sentido assim”. Nesse mesmo sentido, P8 apontou a falta de

visibilidade que é dada ao comportamento suicida, ainda que seja a segunda maior causa de mortes entre jovens:

Acho que o pessoal devia, acho que seria legal que fosse um pouco desmistificado o assunto, que não fosse tão difícil às vezes até tanto proibido se falar sobre isso, acho que é importante poder se falar sobre isso. É a segunda maior causa de mortes entre jovens, por exemplo e é um assunto que não se conversa.

Entre os profissionais, independente da política na qual trabalhavam, os resultados do QUACS apontaram diferenças significativas para os fatores 1 e 2, entre aqueles que declararam que *tiveram alguma capacitação* sobre o comportamento suicida e aqueles cuja resposta foi negativa. Além disso, a mesma diferença foi encontrada para a variável *política pública na qual trabalha* para os mesmos dois fatores, “sentimentos negativos em relação ao paciente” e “capacidade profissional”.

Tais diferenças apontam a necessidade de capacitação dos profissionais sobre a temática no que tange aos mitos e verdades que circulam na mídia sobre o tema, buscando questionar crenças arraigadas e assim melhorar o vínculo e o acolhimento do usuário. Ainda, instrumentalizar os profissionais para a realização de melhores avaliações de risco permite melhores decisões terapêuticas.

O elemento de análise “preconceito e estigma”, apresentado acima, emergiu apenas no grupo dos profissionais da P.S. Destaca-se, porém, que este mesmo grupo teve média menor no Fator 1 em comparação ao outro grupo. Tal dado vai de encontro ao que foi trazido anteriormente pois indica que os profissionais da saúde apresentam sentimentos mais positivos em relação ao paciente.

Como encontrado nas duas categorias anteriores, a Categoria 3 apresentou elementos de análise que apontaram semelhanças, mas também diferenças entre os profissionais e os usuários. Entre as semelhanças, os dois grupos concordaram que a distância até os serviços é um elemento que dificulta o acesso e o atendimento na rede de serviços. Nesse mesmo sentido, a rede precarizada apareceu nas falas de ambos os grupos como uma dificuldade que em alguns casos, não garante o acesso da população ou torna longa a espera por atendimento.

Também se observou que a capacitação dos profissionais, ou a ausência dela, apresentou relevância estatística para os fatores 1 e 2 do QUACS. Tomados separadamente, a média do grupo de profissionais da P.S no fator 1 indicou a presença de menos sentimentos negativos em relação ao paciente que apresenta comportamento suicida. A Figura 5, abaixo, apresenta as principais semelhanças e diferenças apontadas pelos profissionais e usuários.

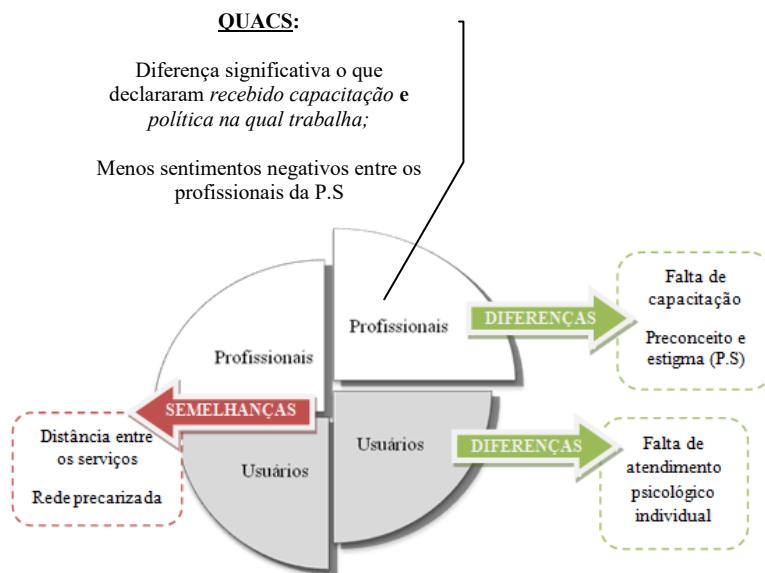


Figura 5: Esquema comparativo das semelhanças e diferenças encontradas entre os dois grupos após análise e discussão da Categoria 3.

Entre as principais diferenças encontradas, os profissionais indicaram que as maiores dificuldades relacionam-se à falta de capacitação e ao preconceito e estigma que atravessam o entendimento das pessoas sobre o comportamento suicida. Contudo, este foi um apontamento apenas entre o grupo da P.S. Entre os usuários, o maior desafio observado referiu-se à falta de acompanhamento psicológico individual, elemento este que vai ser corroborado na discussão da Categoria 4, a seguir.

6.2.4. Categoria 4: Aspectos que auxiliam na elaboração da experiência vivida

A última categoria, a Categoria 4, é formada por três subcategorias, que versaram sobre as facilidades encontradas no cotidiano de trabalho, do ponto de vista de profissionais e usuários. São apresentados aspectos presentes **na relação profissional-usuário, da família com o usuário e do serviço com o usuário**. Diferente do que aconteceu nas outras categorias, a Categoria 4 não apresentou elementos de análise que foram compartilhados entre os dois grupos.

Na subcategoria **4.1 Na relação profissional-usuário**, os elementos de análise foram exclusivos a profissionais ou a usuários. O primeiro elemento trouxe a compreensão de que o cuidado está **para além dos medicamentos (4.1.1)**. Usuários dos serviços observaram que o cuidado vai além do uso de medicação e está relacionado ao elemento mencionado na Categoria 3, falta de acompanhamento psicológico, como se observou na fala de U1:

E aí tu chega no CAPS, tu chega num lugar onde tu quer buscar um atendimento, não tem nenhum, a psicóloga o papel dela é te ouvir, conversar contigo, fazer tu tentar te entender também, creio eu que é assim ne, não tem. Tu chega no lugar, aí eles te dão remédio, é só remédio, toma o remédio que tu vai melhorar, toma o remédio que tu vai melhorar, e não adianta de nada.

U10 destacou a importância de ser ouvida. Ela contou como foi sua última conversa com a médica na UBS: “Aí ela disse que vai me indicar um psiquiatra, aí eu falei pra ela: ele vai me ouvir ou só vai me dar remédio? Porque eu não quero remédio, eu quero ser ouvida. Achar alguém que eu tenho confiança e falar”. U2 trouxe reflexões nesse mesmo sentido: “Ah, que pelo menos me botassem dentro do consultório, me ouvisse às vezes né, porque a gente precisa às vezes falar, porque na rotina de casa eu, na minha casa sou considerada como bipolar, o meu marido me vê como bipolar”. A U3 foi além:

Uma ajuda né, uma ajuda assim não só do remédio, às vezes tu chega lá, nem sempre tu tá estressada, tem dias que tu tá pra baixo, sabe, que

tu precisa conversar, e tu não tem isso. De eu ter alguém pra perguntar assim oi, como é que tu tá? Tas melhor, queres conversar, tens alguma dúvida? Que que tu tá pensando? Por que que tu chegou nesse pensamento, d'aonde começou isso ai? Não tem alguém que te pergunte isso, sabe? Porque tu tá bem, tem que ter algum motivo pra ti chegar lá naquele pensamento [...] alguma coisa que te faz te lembrar do passado ou uma coisa que te magoou, ou alguma coisa que te irritou, não tem alguém que te pergunte o que que aconteceu, não tem. Pra fazer tu te entender no final da história, porque que tu chegou até aquele ponto de tentar te matar de novo.

Em seguida, profissionais apontaram que a **capacitação dos profissionais (4.1.2) e o vínculo (4.1.3)** são dois aspectos que facilitam o acompanhamento dos pacientes. P10 ressaltou a importância de capacitar as equipes:

Acho ainda que precisa de muita capacitação, tanto pra nós profissionais que já são referência em saúde mental quanto pra toda a equipe assim, sabe. Já vi assim muita bronca, muita intervenção prescritiva, moralista, já vi em prontuário assim na UPA né profissional falando o que que você tá fazendo aqui? Você que escolheu isso, e não entender que é um sofrimento, assim sabe. Então acho que teria que, não sei, acho que teria que ter mais capacitação assim.

P8 destacou a capacitação como uma estratégia possível dentro da realidade dos serviços e retomou o elevado percentual de atendimentos de saúde mental na rotina das UBS:

E é isso, eu vejo que seria importante também ter, que acho que poderia ser muito produtivo considerando a realidade que a gente tem, algo que seria mais palpável, mais possível, é uma maior capacitação das equipes. Em relação à porta de entrada elas lidam com a saúde mental, elas tem que lidar com a saúde mental. A gente tem

estudos dizendo que [...] 50% da demanda da atenção primária é saúde mental, então assim, melhorar acho que a qualidade da escuta e do atendimento da equipe mínima acho que é fundamental, nesse sentido também.

A capacitação dos profissionais para lidar com questões relativas ao comportamento suicida apareceu nas entrevistas como desafio e como facilidade do cotidiano de trabalho. No sentido do que foi mencionado na Categoria 3, reforça-se a diferença estatística para dois fatores do QUACS na variável *capacitação*, ou seja, sua presença indica fazer diferença no trabalho dos profissionais.

Estudos realizados em contextos de Atenção Básica apontaram a capacitação como uma das principais estratégias e recomendações para qualificar as equipes e diminuir o mal-estar dos profissionais junto aos pacientes (Medina *et al.*, 2014; Storino *et al.*, 2018). Ela possibilita a redução de sentimentos negativos direcionados ao paciente e também aqueles referentes à prática profissional, como a insegurança e a impotência diante dos casos.

Contudo, aqui é preciso trazer um novo elemento a esta discussão: à qual capacitação os profissionais estão se referindo? De um lado, a capacitação tenta dar conta de questões técnicas ou de manejo que embasam uma atuação mais segura. Porém, de outro, fala-se da capacidade de estar em contato com o outro, de descentrar-se. É a saída de um lugar de saber e entrada verdadeira no encontro com este outro. Fala-se, portanto, de um sentir-se capaz que nem sempre a capacitação, aos moldes que se conhece, poderá ensinar, uma vez que é construído a partir da disponibilidade e do investimento subjetivo de cada profissional. Esta disponibilidade interna ao outro é um pré-requisito essencial para que as capacitações produzam efeito.

Outro aspecto que auxilia na elaboração da experiência vivida pelo usuário é o vínculo que o profissional consegue estabelecer. P6, que atua no CRAS, afirmou:

Então, o que facilita eu acho que é justamente a gente tentar criar um vínculo com essa família assim, então, aqui no CRAS no caso a gente tenta ver, que a gente apresenta o que que é o CRAS, fala um pouco dos benefícios eventuais, os de prestação continuada, mas é, na hora que fala individualmente, tenta captar né, individualmente,

é tentar criar um vínculo e verificar se tem outras coisas que vão além né, de conflitos familiares. [...] tentar que as pessoas se sintam acolhidas pra realmente voltar assim no momento em que tiverem alguma dificuldade poder contar com a gente né.

Para P9, que trabalha na P.S, o vínculo possibilita uma maior abertura entre médico e paciente, o que é positivo para o tratamento. Segundo ele,

Eu acho que os aspectos que facilitam, o principal pra mim é o vínculo. Eu acho que quando você tem vínculo, você já conhece o paciente, tem longitudinalidade, ele confia em você, isso facilita muito o atendimento a esse paciente, porque ele chega na consulta, você já sabe o caso, você já sabe a história, você já sabe os motivos pelos quais ele tá sentindo assim e aí é o momento de você, muitas vezes, até mesmo dependendo da situação, abrir um pouco mão da medicação assim, no sentido de ah, vamos aumentar a medicação, não, vamos ver, vamos avaliar e conversar mais, e ver o que que mudou agora, da última consulta pra cá, da última consulta você tava estável e agora você já não tá tanto, o que que aconteceu de diferente?

A noção de vínculo remete à ideia de ligação ou relação, que é estabelecida entre duas pessoas (Michaelis, 2015), na qual interagem elementos (afetos, ideias, experiências) vindos de cada uma das partes envolvidas. É possível pensá-lo a partir de dois fenômenos da clínica psicanalítica – transferência e contra-transferência. Freud definiu a transferência como a ligação que o paciente estabelece com o analista, na qual atualiza afetos ligados às suas experiências iniciais de vida e consegue assim, por meio do trabalho analítico, elaborá-las (Maurano, 2006).

Nas situações de atendimento ao comportamento suicida, os conteúdos com os quais os profissionais precisam lidar ou oferecer continência estão geralmente relacionados ao sofrimento e à agressividade. O contato com o paciente também gera reações

emocionais e sentimentos nos profissionais, que foi chamado de contra-transferência (Zimerman, 2004). Tais sentimentos, a depender de sua intensidade, podem levar o profissional a uma postura paternalista ou de excesso de cuidado. No outro extremo, podem configurar o que Maltsberger (1996) definiu como contra-transferência de ódio. Essa intensa reação emocional é da ordem do inconsciente e aparece diante de ataques ao vínculo vindos de pacientes *borderline*, psicóticos ou que apresentam comportamento suicida.

Tal discussão respalda a necessidade dos profissionais atentarem para o vínculo que estabelecem com os pacientes e para suas reações diante de cada paciente. A qualidade desta relação pode ser o alicerce para a continuidade do tratamento, caso o usuário tenha confiança e sinta sua demanda legitimada pelo profissional. Caso contrário, não se observará avanços no atendimento. Nesta pesquisa, os profissionais apontaram o vínculo como um aspecto positivo e aliado da construção do cuidado longitudinal.

A segunda subcategoria **4.2. Da família com o usuário**, discorreu sobre **a função da rede de apoio (4.2.1)**, uma reflexão que apareceu somente no grupo dos profissionais. P10, da P.S, acredita que “ter rede de apoio é tudo né. Então uma dificuldade também é quando não tem rede de apoio, pra nós é, nossa, é um pouco agonizante assim, você tá com esse paciente e não ter a quem recorrer, não ter a quem ligar. O que facilita ter né, alguma referência, algum familiar”.

P1, que trabalha em um CRAS afirmou:

Ah que facilitam? Uma rede né, uma rede de apoio que de fato me dê suporte, até porque não é o tipo de pessoa que eu costumeiramente atendo né, e não é o tipo de situação que o meu serviço de fato atende, pode atender num universo da família, mas não especificamente pr'aquele tipo de coisa né, é isso.

Usuários que não têm rede de apoio encontram-se em maior situação de vulnerabilidade que aqueles que tem um acompanhante. De fato, é todo um emaranhando de fatores que foram discutidos até o momento, como o isolamento, a solidão, o segredo, a falta de apoio familiar etc, elementos estes que vão exigir dos profissionais flexibilidade e lançar mão de diferentes estratégias para lidar com cada situação.

Por fim, a terceira subcategoria **4.3 Do serviço com o usuário** trouxe à tona a **garantia do acolhimento (4.3.1)** como um aspecto referente à organização dos serviços que, segundo os profissionais é um aliado no atendimento às demandas relacionadas ao comportamento suicida na Atenção Básica. A possibilidade do paciente ser acolhido, sem necessidade de agendamento prévio, é um aspecto positivo segundo os profissionais entrevistados. P12, na P.S, afirmou que uma facilidade é

... a questão do acolhimento na unidade de saúde, porque aqui é um município que faz isso, eu já trabalhei em outros que não faziam, se não tem vaga a pessoa do balcão já é mandada embora, sabe? Então aqui a gente tem acolhimento por profissional de saúde né, ou técnico ou enfermagem, pelo menos ali da unidade de saúde eles não vão embora, sabe? Então a gente consegue pelo menos ver a pessoa, conversar, vê o prontuário, ver que é aquela pessoa, então isso é uma grande facilidade.

Para P13, também da P.S,

Eu acho que o que facilita é ter esse modelo de ter uma certa flexibilidade, de ter acolhimento e de ter alguém da equipe ou alguém do posto de saúde, enfim, que se realmente tem alguma coisa mais importante alguém vai ver né, não é uma coisa assim que ah, não tem atendimento agora, já tá com todas as vagas preenchidas, tchau né, eu acho que isso é uma coisa que pode facilitar assim.

P8 refletiu sobre o que entende que seria uma condição ideal de acesso aos usuários que manifestam comportamento suicida na Atenção Básica. Segundo ele,

... pra esse tipo de paciente, um acesso facilitado, teria que ser o tipo de usuário de saúde que deveria sentir e perceber, na teoria e na prática, que ele pode acessar o serviço sempre que ele tiver sentindo necessidade disso, então nesse

sentido é manter a equipe disponível o máximo possível. Que vai chegar, sabe que vai chegar no centro de saúde, não vai ser atendido pelo psicólogo ou pelo enfermeiro, mas alguém vai atender essa pessoa.

Observou-se que profissionais e usuários apresentaram divergências sobre os aspectos que facilitam o atendimento às questões relativas ao comportamento suicida. Os profissionais indicaram que a capacitação dos profissionais, o vínculo construído com o usuário, a presença de rede de apoio para dar suporte e a garantia do acolhimento dos usuários nos serviços são aspectos que colaboram ao trabalho diário. Já os usuários apontaram que o atendimento que vá além do uso de medicamentos é um aspecto que colabora para a elaboração das experiências vividas. A síntese destas informações pode ser encontrada na Figura 6, adiante.

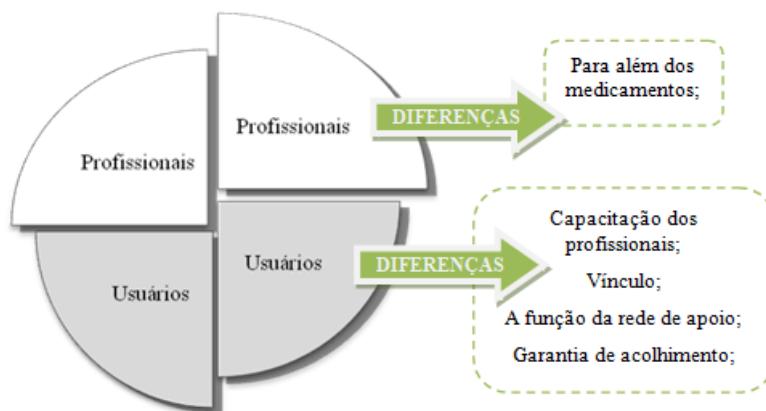


Figura 6: Esquema comparativo de diferenças encontradas entre os dois grupos após análise e discussão da Categoria 4.

Sentir e perceber, aos quais o participante se refere, dependem sobremaneira de uma postura aberta e acolhedora dos profissionais, onde o usuário vai se sentir bem-vindo ao serviço e não uma bomba, como foi trazido por um dos usuários entrevistados e corroborado por Medina *et al.*, 2014.

Sabe-se que profissionais e usuários ocupam diferentes espaços e desempenham diferentes papéis nos serviços de Saúde e de Assistência Social. Aos profissionais, reserva-se no imaginário das pessoas um lugar privilegiado de conhecimento e saber e ao usuário, o lugar daquele que é muitas vezes passivo diante do cuidado. Porém, esta tese é uma tentativa de dar também visibilidade aos usuários que são atendidos nas políticas públicas mencionadas, a partir de aspectos discutidos a seguir.

Na primeira categoria, os usuários apontaram definições semelhantes àquelas trazidas pela literatura para os termos ideação, tentativa de suicídio e suicídio. A ressalva feita anteriormente neste texto disse respeito ao desconhecimento, por alguns participantes, do termo ideação suicida. A desesperança apareceu em seguida como uma das muitas razões para o suicídio, ato este que se configura como a única solução para acabar com o sofrimento.

Em alguns casos, os usuários observaram a banalização do sofrimento que motivou o atendimento na conduta de alguns profissionais, mas também observaram a disponibilidade para ajudar, embora muitos profissionais tenham verbalizado que não sabem ou que não se sentem preparados para atendê-los. A presença do comportamento suicida, de acordo com os usuários, ainda gera preconceito e leva ao segredo, uma vez que referem serem frequentes os julgamentos ou a pouca empatia com relação à situação.

Na segunda categoria, foi possível enumerar características que são compartilhadas por quem apresentou comportamento suicida em algum momento da vida. O histórico de violências e a falta de apoio familiar apareceram de maneira recorrente nas falas. Além deles, foi mencionado ainda a presença de transtornos mentais e situações de crise, que levam o usuário ao isolamento e à solidão. Neste caso, é importante refletir sobre o desafio de se produzir saúde mental e reinserção social em um contexto que ainda é tão excluente com o sofrimento psíquico.

Os serviços de saúde e de assistência social estudados foram nomeados pelos usuários como espaços de acolhimento e de escuta, embora não possa ser negada no relato de alguns a menção de não se sentir levado a sério. A expectativa de cuidado dos usuários aparece amplamente associada a um cuidado que acontece na atenção básica. Contudo, alguns participantes indicaram os serviços especializados e a internação como os espaços de preferência para o cuidado.

Nas categorias 3 e 4, os usuários destacaram alguns aspectos que dificultam o cotidiano de trabalho, bem como aqueles que atuam como facilitadores para o mesmo. Entre os principais desafios estão a rede

precarizada, a distância entre os serviços e a falta de acompanhamento psicológico individual. Como fator que facilita, o destaque ficou no cuidado que se dê para além do uso de medicamentos. Tal pontuação vem validar a defesa de que o sofrimento humano é singular e multideterminado. Quando a soberania do cuidado baseado no uso de medicamentos é problematizado, e por quem o recebe, tem-se um novo desafio de repensar as práticas vigentes ...

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Seis anos se passaram desde a veiculação da notícia que introduziu este trabalho. Conclui-se, infelizmente, que de lá para cá pouca coisa mudou na realidade brasileira no que se refere à organização de serviços para atendimento às demandas relativas ao comportamento suicida. Uma busca rápida na ferramenta de pesquisas “Google” com as palavras *suicídio* e *Brasil* retornou em terceiro lugar a notícia de 2018¹⁰, que afirma que no Brasil a cada 45 minutos uma pessoa comete suicídio.

Com o intuito de diminuir esse número de mortes, o Ministério da Saúde lançou em 2017 uma Agenda Estratégica cujos objetivos esperam diminuir em 10%, até 2020, o número de suicídios no país. Serão desenvolvidas ações nos âmbitos da vigilância e qualificação da informação, prevenção do suicídio e promoção da saúde e gestão e cuidado (Brasil, 2017), dentre as quais se considera que a Atenção Básica terá um papel importante.

Faz-se necessário retomar este lugar da Atenção Básica como porta de entrada dos serviços de saúde e assistência social, cujas organizações se dão a partir da proximidade às pessoas e ao território. Importante ainda incluir seu papel no processo de identificação e acompanhamento das situações que apresentam risco de suicídio, considerando que, como já apresentado, estima-se que 45% das pessoas que morreram por suicídio tiveram contato com um serviço desta complexidade nas semanas ou meses anteriores à morte.

Isto posto, esta pesquisa teve como *objetivo geral* compreender os significados atribuídos ao comportamento suicida entre os profissionais e usuários no contexto da Atenção Básica à Saúde e Assistência Social. Para tanto, foram percorridos sete objetivos específicos que juntos, dada a complexidade do fenômeno, permitiram a construção de respostas para o questionamento norteador desta tese.

Entre os participantes estavam profissionais da Atenção Básica das P.S e P.AS e usuários atendidos nestes serviços, totalizando 92 participantes (80 na primeira etapa - dentre os quais 15 participaram das entrevistas, mais os 12 usuários da segunda etapa). Participaram da

¹⁰ <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,a-cada-45-minutos-uma-pessoa-comete-suicidio-no-brasil,70002496904>.

primeira etapa da pesquisa, de natureza quantitativa, 80 profissionais. Foram utilizados como instrumentos o QUACS, questionário que mensura as atitudes frente ao comportamento suicida e um questionário sociodemográfico. Na segunda etapa, qualitativa, foram entrevistados 15 profissionais (8 da P.S e 7 da P.AS) e 12 usuários destes serviços.

A análise dos resultados permitiu a construção de tabelas comparativas, baseadas em testes estatísticos e de quatro categorias de análise, decorrentes da análise do conteúdo entrevistas. Tais categorias versam sobre o significado do comportamento suicida (Categoria 1), a experiência dos usuários e intervenções realizadas pelos profissionais (Categoria 2), os desafios observados na rede de Atenção Básica (Categoria 3) e os aspectos que auxiliam na elaboração da experiência vivida (Categoria 4).

O *objetivo 1* identificou os significados que os profissionais que atuam na Atenção Básica da P.S e P.AS atribuem ao comportamento suicida. Observou-se que a construção dos significados para o fenômeno investigado foi o resultado da relação complexa entre diferentes aspectos, como as *definições* de comportamento suicida, *razões* que levam ao ato suicida, *sentimentos* que são despertados nos profissionais durante os atendimentos e diferentes percepções de *capacidade profissional*, que vão orientar o perceber e o agir diante do fenômeno. Foi indicado também a relação do suicídio com o *desespero*, percebido como a *única solução* que os usuários encontram para *acabar com seu sofrimento*.

A fim de permitir a comparação entre os dois grupos, o *objetivo 2* buscou identificar os significados que usuários dos contextos acima citados atribuem ao comportamento suicida por eles apresentado. Observou-se que as definições atribuídas pelos usuários dialogam com as definições apresentadas pelos profissionais. Contudo, o termo “*ideação suicida*” foi nomeado como desconhecido por alguns usuários.

Os usuários relacionaram o comportamento suicida à *desesperança*, a partir do momento em que deixam de acreditar que a situação na qual se encontram tem possibilidade de mudar. O *preconceito* e a escolha de deixar as vivências decorrentes do comportamento suicida em *segredo* também fizeram parte das experiências relatadas pelos usuários. Além disso, observaram que são recebidos nos serviços da rede pública por profissionais que *banalizam o sofrimento*, mas também por aqueles que têm *disponibilidade para ajudar*.

Na sequência, o *objetivo 3* propôs-se a caracterizar as intervenções realizadas pelos profissionais diante de situações que

apresentem demandas relativas ao comportamento suicida. Profissionais de ambas as políticas indicaram o *contexto social* do usuário atendido como um elemento gerador de sofrimento. Pontuaram a presença de *transtornos mentais*, a *falta de apoio familiar* e usuários *com histórico de violências* como as características que mais se sobressaem dentre o público atendido.

O espaço de atendimento foi destacado com *um lugar de acolhimento e escuta* que é oferecido ao usuário, pautados também no entendimento de que as situações onde há risco de suicídio são *situações urgentes*. Tanto profissionais da P.S como da P.A.S descreveram as rotinas de acolhimento, atendimento e encaminhamento realizadas nos serviços; contudo, a existência de *diferentes processos de trabalho* enquanto um aspecto que interfere na uniformidade de acesso foi apontada apenas entre os profissionais da P. S.

Ainda sobre o objetivo 3, os profissionais indicaram que o melhor lugar para atender e acompanhar o usuário é no *território*, na *Atenção Básica*. Apenas uma fala trouxe de forma explícita a defesa do cuidado de pacientes que apresentam comportamento suicida na *atenção especializada*. Para além do território, foram indicados o *contato com a rede de apoio e outros encaminhamentos* realizados pelos profissionais que visam dar conta de fragilidades da rede pública.

O volume e a qualidade dos dados encontrados nas entrevistas necessitaram ainda que, para responder ao objetivo 3, fossem criadas duas categorias de análise distintas (Categorias 3 e 4); assim, elas trouxeram mais corpo à discussão do processo de intervenção junto ao usuário. Tais categorias apresentaram os desafios e as facilidades encontrados no cotidiano de trabalho. Entre os principais desafios apontados pelos profissionais estão a *distância até os serviços* e a *precarização da rede*, bem como a *falta de articulação entre as diferentes políticas ou níveis de assistência* e a *falta de capacitação e treinamento*. Apenas profissionais da P.S citaram *mudanças* ocorridas no processo de trabalho que consideram que interferiram de forma negativa e o *preconceito e estigma*, que prejudicam tanto a chegada do usuário ao serviço como a continuidade do tratamento.

Entre os aspectos que auxiliam na elaboração da experiência vivida pelos usuários, os profissionais citaram quatro pontos: a *capacitação dos profissionais*, que garante mais segurança nos atendimentos, o *vínculo* que é construído com o usuário, a *função da rede de apoio*, cuja presença é fundamental em situações de crise e a *garantia do acolhimento*. Segundo eles, os serviços estão organizados

de maneira que qualquer usuário que chegue na unidade vai ter no mínimo sua demanda ouvida.

O próximo objetivo, o *objetivo 4*, visou caracterizar as intervenções recebidas pelos usuários atendidos na Atenção Básica das P.S e P.AS, em virtude da presença de comportamento suicida, a fim compará-las ao objetivo 3. De forma semelhante ao trazido pelos profissionais, os usuários também indicaram o *histórico de violências*, a *falta de apoio familiar*, a presença de *transtornos mentais*, com ênfase para a depressão, por eles assim nomeada, o *lugar de acolhimento e escuta* que observam nos serviços onde são atendidos e defendem que o *cuidado em saúde mental* aconteça na *Atenção Básica*.

Os usuários também descreveram a experiência da “*crise*”, que tem relação estreita com o comportamento suicida, durante a qual há perda do controle sobre si mesmo e a impulsividade toma o lugar do pensamento, além do *isolamento e da solidão*, presente nas falas de quase todos eles. A experiência dos usuários nos serviços de Atenção Básica revelou que há casos em que o usuário sente que *não é levado a sério*, fato este que talvez justifique a crença de que os *serviços especializados* e a *internação* são as melhores propostas terapêuticas.

De maneira semelhante aos profissionais, os usuários também apontaram desafios no atendimento na Atenção Básica e aspectos que auxiliam na elaboração de suas experiências. Dentre os desafios, a *distância até os serviços e a rede precarizada* corroboraram o que foi trazido pelos profissionais. Contudo, destacou-se como principal desafio a insuficiência de vagas para *atendimento psicológico individual*. Nesse sentido, um aspecto apontado como importante para a elaboração da experiência vivida foi a possibilidade de terapêuticas que estejam *para além do uso de medicamentos*.

O *objetivo 5* comparou os dois grupos de interesse desta pesquisa, profissionais e usuários. Propôs-se então a estabelecer as semelhanças e diferenças entre os significados atribuídos pelos profissionais e usuários da Atenção Básica das P.S e P.AS têm para o comportamento suicida, listados na Categoria 1. As principais semelhanças observadas relacionaram-se às *definições* de ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio e ao entendimento do suicídio como *única solução para acabar com o sofrimento*.

Quanto às diferenças, o *preconceito e segredo* estiveram presentes nas experiências dos usuários e a *desesperança* foi uma das razões apontadas para o suicídio. Os usuários avaliaram também que a *banalização do sofrimento e a vontade de ajudar* existem ao mesmo tempo no cotidiano dos serviços. Entre os profissionais, o *desespero* foi

citado como uma das razões que pode levar ao suicídio. Eles ainda indicaram *diferentes sentimentos* despertados diante de situações que envolvam questões relativas ao comportamento suicida e apontaram diferentes percepções de *preparo profissional* para lidar com demandas relativas à temática.

Em síntese, profissionais e usuários compartilharam apenas alguns elementos de análise que orientaram a construção dos significados atribuídos ao comportamento suicida. Merecem destaque, portanto, as experiências que se referem a cada um dos grupos isoladamente. Entre os profissionais, destacaram-se as questões relativas aos sentimentos que cada profissional vivencia no atendimento ao paciente e a percepção de capacidade profissional. Entre os usuários, o destaque foi a forma como vivenciam o comportamento suicida nos serviços e na sociedade e a percepção que têm do olhar dos profissionais sobre a sua demanda.

O penúltimo objetivo, o *objetivo 6*, de maneira semelhante ao anterior, buscou comparar os significados que profissionais e usuários atribuem ao processo de intervenção que é desencadeado a partir da chegada de usuários em sofrimento psíquico e que apresentam comportamento suicida. Algumas das semelhanças encontradas foram o apontamento de características como *histórico de violências* e de *transtornos mentais* e a indicação da *Atenção Básica* como local de escolha para o cuidado, que se configura assim como *espaço de acolhimento e escuta*. A *distância até os serviços* e a *rede precarizada* também apareceram como dificuldades importantes a serem superadas.

Entre os aspectos que apresentaram diferenças, profissionais fizeram menção ao *contexto social como gerador de sofrimento* e à situação do usuário que apresenta comportamento suicida como uma *situação urgente*. Também observaram que a *capacitação dos profissionais*, o *vínculo* com o usuário e a *garantia de acolhimento* são aspectos positivos e que garantem potência ao trabalho. Para os usuários, a “*crise*”, o *isolamento e solidão* estão presentes no cotidiano de quem vivencia o comportamento suicida. Indicaram ainda a *ausência de acompanhamento psicológico individual* como dificuldade à elaboração das experiências e a proposta de tratamentos *para além dos medicamentos* como um horizonte a não ser perdido de vista.

De maneira sintética, no que se refere ao processo de intervenção e aos significados que são atribuídos a ele, houve aspectos comuns entre profissionais e usuários. Merece destaque entre os profissionais da P.S a *mudança no processo de trabalho* e, entre os usuários, a demanda por atendimentos que extrapolam a lógica

biologicista e medicalizante ainda presente nas ações em saúde. Por fim, o *objetivo 7*, propôs-se a comparar os significados atribuídos entre os profissionais da Atenção Básica da Saúde e da Proteção Social Básica da Assistência Social ao comportamento suicida, com base nos resultados obtidos no QUACS.

Observou-se, portanto, que profissionais da P.S e da P.AS apresentaram aspectos divergentes quanto à percepção da capacidade profissional (Fator 2) e diferentes sentimentos em relação ao paciente (Fator 1). Porém, os profissionais como um todo indicaram atitudes positivas diante do comportamento suicida e a tentativa de entender o fenômeno de maneira integral. Importante retomar também a hipótese de que o sentimento de impotência entre os profissionais da P.AS está mais próximo de ser explicado pela falta de condições organizativas dos serviços do que pela falta de capacitação profissional. Acerca do direito ao suicídio (Fator 3 do QUACS), não houve diferença baseada no fato do profissional fazer parte de uma política pública ou da outra. Em ambas as políticas os profissionais indicaram a presença de atitudes moralistas em relação ao comportamento suicida.

A discussão sobre o direito ao suicídio não apareceu nas entrevistas. Duas participantes, ambas da P.AS disseram de maneira muito tímida a frase bastante conhecida na literatura: “*Se eu estivesse no lugar dele, talvez teria feito o mesmo*”. Esta ausência de debate levantou duas hipóteses: a primeira é a hipótese que o suicídio é mesmo um tabu e como todo tabu, é proibido socialmente e não se fala nele. A segunda, muito próxima da primeira, foi pautada na reflexão de que as pessoas tiveram medo de julgamento, caso dissessem que concordam com o direito ao suicídio.

Acredita-se que os questionamentos apontados na introdução desta tese foram respondidos: o comportamento suicida aparece em um momento de sofrimento, a demanda é considerada urgente pelos profissionais, porém estes avaliam que é necessário mais capacitação. Para os usuários, o sentimento de não ser levado a sério coexistiu com a percepção de disponibilidade dos profissionais para ajudar. Nesse grupo, o comportamento suicida aparece frente à desesperança de que o futuro, e suas experiências, venham a mudar.

Em síntese, foram encontradas diferenças na relação entre as atitudes dos profissionais frente ao comportamento suicida e política pública na qual eles atuam. Também foram encontrados diferentes significados para o comportamento suicida entre profissionais e usuários. Desta forma, considerando as afirmações trazidas, pode-se declarar que a hipótese inicial desta tese foi confirmada. Tais

significados e mais especificamente, tais diferenças de entendimento direcionaram as discussões deste trabalho em dois grandes eixos: atitudes frente ao comportamento suicida e capacitação profissional.

Isto implica em refletir sobre a questão de como produzir cuidado e responder a uma determinada demanda quando os atores envolvidos não compartilham os mesmos significados. Certamente esta é uma resposta que precisa ser construída e deve envolver todos os atores, profissionais, usuários e gestores. Contudo, é através da aproximação do debate sobre o comportamento suicida e seus impactos na vida das pessoas que sofrem ao cotidiano dos serviços públicos, que o *status quo* de pouca empatia e segregação poderá ser modificado.

As atitudes que as pessoas têm em relação ao comportamento suicida foi construída historicamente e influenciada pela forma como a sociedade lida com a morte, com o adoecimento e com o sofrimento psíquico. Logo, o estigma e o preconceito aparecem como resposta à tendência do senso comum, e de alguns profissionais de saúde, de atribuir diferentes pesos ao sofrimento físico e ao sofrimento psíquico. Freud (2013 [1910]) trouxe esta afirmação já em 1910, quando declarou que o interesse de médicos frente a um doente histérico não era o mesmo que diante de um paciente com uma doença orgânica. Isto justifica o segundo aspecto que se destacou nesta tese, que foi a percepção dos profissionais em relação à sua capacidade profissional.

Nesse sentido apresentam-se duas situações cujos reflexos incidem sobre o atendimento aos usuários. A primeira delas é que, ainda que não se sintam capacitados, alguns profissionais se esforçam para dar o seu melhor diante da demanda do paciente, seja pela escuta acolhedora ou através da construção de estratégias possíveis. Reconhecer a fragilidade é o começo para a busca de mais conhecimento. O segundo, que fala também da ética do profissional, é a recusa ou o mau atendimento, sob a mesma afirmação de falta de preparo, que vai gerar uma série de desdobramentos. Entende-se que a oferta de atendimentos no SUS ou no SUAS não é pautada na afinidade dos profissionais com as demandas, sejam físicas ou psíquicas. O acesso é universal, independente do que cada usuário venha buscar.

Abro aqui um pequeno parênteses para narrar uma experiência pessoal. Desde que atuo como psicóloga, há onze anos, em diferentes serviços, a frase que mais escuto é “*não é aqui*”. Fico sempre pensando que pode até ser que não seja *não seja aqui* o lugar indicado para tal demanda se pensarmos nas normativas, portarias, etc, mas infelizmente, considerando a escassez e precariedade de serviços, esse não é aqui acaba sendo em lugar nenhum.

Portanto, espera-se que este trabalho possa contribuir para a reflexão das equipes nas P.S e P.AS no que diz respeito às demandas em saúde mental e referentes ao comportamento suicida. Deseja-se que as equipes problematizem seus processos de trabalho, identifiquem o lugar, ou o *não-lugar*, que estes usuários que apresentam sofrimento psíquico intenso ocupam no cotidiano dos serviços e possam pensar em estratégias para identificação e acompanhamento adequados. Pode-se pensar que os modos de morrer dizem muito sobre modos de viver. Logo, o suicídio enquanto um tipo de morte violenta, em inúmeros aspectos, fala de um modo de viver que também foi marcado por múltiplas violências.

Espera-se ainda que os resultados encontrados possibilitem o direcionamento das decisões de gestores de políticas públicas, seja na esfera municipal, estadual ou federal, no que tange à oferta de atendimento continuado em saúde mental. Mostrou-se urgente a necessidade de mais profissionais na rede, tanto na Atenção Básica quanto de saúde mental, e de mais serviços para dar conta das necessidades da população. As demandas trazidas pelos usuários vêm reiterar que o modelo biomédico não dá mais conta da complexidade que apresenta o comportamento suicida e ainda mais, a experiência humana.

É salutar também que se discuta a articulação entre os serviços, uma vez que serviços que não se comunicam, ainda que em maior quantidade, não suprem as demandas apresentadas. Ainda, é preciso falar sobre a construção de protocolos de saúde mental e de avaliação de risco, que sejam pensados, discutidos e articulados de maneira que façam sentido e sejam incorporados na realidade de cada serviço. Entre os usuários, espera-se como desdobramentos desta pesquisa que se sintam motivados a participar de espaços de Controle Social, seja na P.S ou na P.AS, para que tenham voz e vez.

De forma prática sugere-se a elaboração de um protocolo articulado de atendimento às situações que envolvam pessoas que apresentam comportamento suicida, do qual façam parte os diferentes pontos da RAPS – da atenção básica aos serviços de emergência –, e diferentes políticas públicas (Assistência Social, bombeiros, polícia militar). Contudo, tal protocolo precisa ser amplamente divulgado entre os serviços e estes precisam se organizar para receber esta demanda. Caso contrário, a lógica de “cada um faz o que acha certo” vai continuar inalterada.

Sugere-se ainda a implementação da supervisão técnica, espaço este no qual os profissionais poderão discutir questões que consideram

que precisem ser construídas com os pares e a identificação de profissionais-referência, que sejam um contato para serviços quando situações de crise surgirem, para que possam ser discutidas. O objetivo de tal proposta não é sobrecarregar um único profissional, tornando-o responsável pela demanda, mas sim, que tal profissional possa instrumentalizar outros profissionais para que consigam melhor acolher e encaminhar, quando necessário.

Diante dos resultados que foram apresentados e do trabalho desenvolvido durante esta tese, algumas limitações e dificuldades encontradas durante o processo precisam ser pontuadas. A primeira delas destaca o fato de que este trabalho é o recorte de uma realidade específica, datada no tempo e no espaço, que embora dialogue com outros trabalhos realizados no contexto de Atenção Básica, teve um número pequeno de participantes. Portanto, qualquer generalização vai requerer cautela.

No que se refere às dificuldades, uma delas foi a impossibilidade de acessar o mesmo número de profissionais na P.S e na P.A.S para participação na primeira etapa da pesquisa. O número total de profissionais que atuam em CRAS no município de Florianópolis é menor que o número que atua em UBS e NASF. Logo, foram entrevistados quase todos os trabalhadores de nível superior que estavam atuando em CRAS no momento da coleta, ficando de fora apenas aqueles que não puderam ser contatados devido à afastamento por gozo de férias ou licença.

Outra dificuldade referiu-se à indicação de usuários para participação nas entrevistas. Alguns profissionais referiram receio de indicar usuários e se negaram a fazê-lo; já outros, por motivos inúmeros, também não o fizeram. Houve casos em que os serviços não tinham o registro dos pacientes que apresentaram comportamento suicida em algum momento da vida. Diferente do que é indicado na literatura, os casos de pacientes que referem comportamento suicida foram apontados como pouco comuns nos serviços contatados. Logo, as indicações pautaram-se muito mais na boa vontade e memória dos profissionais de situações que atenderam e deixaram alguma lembrança mais específica, do que pelo acompanhamento sistemático destas situações no território.

É preciso, contudo, dar crédito aos profissionais cuja disponibilidade facilitaram a realização desta pesquisa, assim como o contato com as equipes e com os usuários. Sem dúvida a inserção da pesquisadora na Política de Assistência Social foi um aspecto positivo, uma vez que diminuiu algumas barreiras para a entrada em campo.

Indica-se que pesquisas futuras não se furtem a pesquisar a temática em outros contextos de Atenção Básica, com amostras maiores e que os usuários continuem a ser ouvidos. Afinal, construir estratégias de acesso, atendimento e acompanhamento alinhadas às expectativas do público atendido têm mais chances de sucesso. A comparação dos dados de realidades diferentes contribui para a fundamentação e justificativa das políticas públicas que precisam ser ampliadas. Por fim, é também necessário que mais profissionais, de outras especialidades e de diferentes níveis de escolaridade participem dos estudos, pois a integralidade do cuidado só é garantida a partir do trabalho de diferentes profissionais.

Abre-se aqui um segundo parênteses para destacar duas situações, uma pela falta e outra pela presença. A falta refere-se a fato de que os agentes comunitários de saúde não foram citados pelos usuários, nem pelos profissionais desta pesquisa. Um único participante mencionou que este profissional ajudava na recepção do serviço. Perde-se de maneira importante a contribuição deste profissional-chave para a execução de um serviço cujo foco é o território. Além disso, como é indicado pela literatura, a proximidade com a população facilita a identificação dos casos e o referenciamento aos profissionais responsáveis.

A presença refere-se à discussão trazida por alguns profissionais da P.A.S sobre o papel do psicólogo no CRAS. Considerando que o SUAS tem apenas 13 anos (e o SUS 29), há ainda que se lapidar o papel deste profissional que, sobremaneira, contribui para o olhar sobre o sofrimento humano em suas diferentes expressões e contextos. Entre os profissionais, as falas foram no sentido de não saber o que fazer ou de não ter se apropriado do seu papel no cotidiano de trabalho. Outros, pontuaram que a contribuição do psicólogo ainda está aquém do que a formação permitiria oferecer, percebendo-se assim a subutilização destas potencialidades e consequente frustração.

Observou-se que os estudos sobre comportamento suicida estão distribuídos quase em sua totalidade na Política de Saúde. O estágio de pesquisa realizado pela pesquisadora na cidade de Quebec (Canadá), em 2018, permitiu conhecer um outro jeito de pensar e executar as P.S e P.A.S. Lá, Saúde e Assistência Social são uma mesma política pública, cujo cuidado na Atenção Básica é ofertado nos Centros de Saúde e Serviço Social (*Centres de Santé et Services Sociaux*).

Como se espera de um estágio desta natureza, o fato de conhecer uma realidade diferente daquela na qual se está imerso, trouxe mais inquietações e questionamentos do que certezas. Tais questionamentos

vão no sentido de estabelecer relações entre o que é vivenciado no Brasil - e aqui falo em primeira pessoa do meu cotidiano de trabalho, que hoje é na Assistência Social, e no Canadá. O que se pode adiantar, é que o acesso é teoricamente mais eficiente pela existência de uma única porta de entrada dos usuários, ao invés de duas.

Contudo, os profissionais que atuam nas políticas públicas, e aqui em particular da Política de Assistência Social, não devem se furtar ao compromisso de ofertar acolhimentos de qualidade quando se trata também de aspectos de saúde mental ou da demanda relativa ao comportamento suicida. Nesse sentido, reforça-se a capacitação dos profissionais e a troca com outros profissionais como estratégias importantes.

Para encerrar, nestes parágrafos finais permito-me deixar de lado a imparcialidade da escrita acadêmica e falar em primeira pessoa, a que desenvolveu este trabalho. A construção de uma tese é um processo intenso e não linear, que exige do aluno, e exigiu de mim, lançar mão de recursos que ele tem ou que precisa desenvolver para a sua concretização. Por isso, cada etapa trouxe seus desafios e despertou os mais variados sentimentos.

Senti-me particularmente impactada pelos encontros e pelas informações obtidas durante a coleta de dados. Observei-me vivenciando sentimentos muito parecidos àqueles trazidos pelos profissionais que entrevistei, em particular, sentimentos de frustração e impotência. Esses sentimentos foram despertados sempre que observei potencial terapêutico em alguns usuários que aceitaram compartilhar suas histórias e seu sofrimento comigo. Eu tive a clareza de que eles poderiam avançar muito na elaboração das suas vivências caso conseguissem acessar o espaço da psicoterapia. Este, infelizmente não é uma realidade acessível a todos, seja pelo custo financeiro ou não oferta no serviço público. Não à toa, este foi um dos desafios apontados durante boa parte deste trabalho.

Por isso, solidarizo-me com meus colegas do serviço público que vivem as alegrias, desafios e frustrações dos seus cotidianos de trabalho, seja na UBS ou no CRAS, cuja realidade poderia ser diferente se tivéssemos uma rede de serviços e equipamentos melhor organizada desde a Atenção Básica, se tivéssemos mais profissionais e, sobretudo, mais empatia com a saúde mental e com o sofrimento da nossa população. Encerro fazendo referência à crítica recente de Paulo Amarante (Amarante & Nunes, 2018), que contempla também minha inquietação e o meu desconforto enquanto profissional e cidadã, no que diz respeito ao conservadorismo, ao discurso excludente, ao retrocesso e

ao desmonte que temos acompanhado em relação às políticas públicas, em especial na Política de Saúde Mental, de três anos para cá.

Há cinco anos, em 2015, quando este trabalho teve início, havia entre os trabalhadores de saúde mental uma certa garantia quanto às bases da Reforma Psiquiátrica, enquanto uma política de Estado e não uma política de governo. Contudo, tal garantia mostrou-se frágil e tem sido atacada à medida que algumas decisões políticas são tomadas. Exemplos disso são os hospitais psiquiátricos tornarem-se pontos de atenção da RAPS e as Comunidades Terapêuticas de cunho religioso começarem a receber fortes investimentos financeiros por parte do Estado (além de também se tornarem parte da RAPS). Observa-se assim que os serviços privados novamente vêm ganhando espaço frente ao serviço público, o que nos faz lembrar que, como já apontado na História da Loucura, o sofrimento psíquico sempre pode ser transformado em fonte de lucro.

REFERÊNCIAS

- Abreu, K.P; Lima, M.A.D.; Kohlrausch, & & Soares, J.F. (2010) Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Rev eletrônica Enferm.* [on-line]. 12(1):195-200. Recuperado em 15 de maio de 2016. Obtido em https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a24.pdf.
- Abreu, K. P. D., Kohlrausch, E. R., & Lima, M. A. D. D. S. (2008). Atendimento ao usuário com comportamento suicida: a visão dos Agentes Comunitários de Saúde: um estudo qualitativo. *Online braz. j. nurs.* (Online),7(3). Recuperado em 06 de junho de 2016. Obtido em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=B DENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22138&indexSearch=ID>
- Alvarez, A. (1999). *O Deus selvagem: um estudo do suicídio.* São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Álvarez, J.M., Esteban, R., & Sauvagnat, F. (2004). *Tratado de Psicopatología Psicoanalítica.* Madri: Síntesis.
- Amarante, P. & Cruz, B. (orgs.). (2008). *Saúde mental: formação e crítica.* Rio de Janeiro: Laps.
- Amarante, P. & Nunes, M. de O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 23, n. 6. Acesso em 23 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.
- Angerami, V.A. (2017). *Solidão: a ausência do outro.* Belo Horizonte: Ed. Artesã, 184p.
- Aragão E. I. S., Portugal, F. B., Campos, M. R., Lopes, C. de S., & Fortes, S. L. C. L. (2017). Distintos padrões de apoio social percebido e sua associação com doenças físicas (hipertensão, diabetes) ou mentais no contexto da atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 2367–2374. Acesso em 23 de fevereiro de 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702367&nrm=iso.

Arce, V. A. R., Sousa, M. F., & Lima M. G. (2011). A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: Contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(2) 541-560.

Baqueiro, C. [s.d.]. O cuidado em Saúde. Em: *Capacitação para as equipes da Saúde da Família: introdutório*. Módulo 3: Atenção Básica. Santa Catarina: Escola de Saúde Pública.

Bardin, L. (2006 [1977]). *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70.

Batisde, R. (2001). *O candomblé da Bahia: rito nagô*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.

Bergeret, J. (2002). Actes de violence: réflexion générale. In: Millaud, F. (Org.). *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodinamiques*. 2. ed. Paris: Masson.

Bertolote, J.M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Unesp.

Bertolote, J.M.; Fleischmann, A.; Butchart, A. & Beslelli, N. (2006) Suicide, suicide attempts and pesticides: a major public health problem. *Bulletin World Health Organization*. Recuperado em 15 de maio de 2016. Obtido em <http://www.who.int/bulletin/volumes/84/4/editorial30406html/en/>.

Bertolote, J.M.; Fleischmann, A; De Leo, D.; Bolhari, J.; Botega, N. ... Wasserman, D. (2005) Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med*. Oct;35(10):1457-65.

Bertolote, J.M.; Mello-Santos, C. de. & Botega, N.J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v.32, pp. 87-95. Recuperado em 15 de maio de 2016. Obtido em www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600005.

Bezerra, E., & Dimenstein, M. (2008). Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia: Ciência & Profissão*, 28, 632-645. Acesso em 23 de fevereiro de 2019. Disponível

em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300015&nrm=iso.

Bezerra, I. C., Jorge, M. S. B., Gondim, A. P. S., Lima, L. L., & Vasconcelos, M.G. F. (2014). "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentalização e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(48), 61-74. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0650>.

Biderman, I. (2013). Taxa de suicídio entre jovens cresce 30% em 25 anos no Brasil. *Folha de S. Paulo*. Retrieved May 15, 2016, from <http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2013/06/1292216-para-cineasta-que-fez-filme-sobre-suicidio-da-irma-desinformacao-leva-a-tragedia.shtml>.

Birman, J. (2006). Arquivo da agressividade em psicanálise. *Natureza humana*, 8(2), 357-379. Recuperado em 05 de março de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302006000200005&lng=pt&tlang=pt.

Bono, V., & Amendola, C.L. (2015) Primary care assessment of patients at risk for suicide. *JAAPA*. 28(12):35-9. doi: 10.1097/01.JAA.0000473360.07845.66.

Botega, N. J. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, Brasil, v. 25, n. 3, p. 231-236, dec. 2014. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>.

Botega, N.J. (2015) *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artemed.

Botega, N. J; Reginato, D. G.; Silva, S. V. da.; Cais, C. F. da S.; Rapeli, C. B.; Mauro, M. L. F.; ..., Stefanello, S. (2005). Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 315-318. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000400011>.

Botega, N. J., Marín-León, L., Oliveira, H. B. de, Barros, M. B. de A., Silva, V. F. da & Dalgallarondo, P. (2009). Prevalências de ideação,

plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 25(12), 2632-2638.

Botega, N.J., Mitsuushi, G. N., Azevedo, R. C. S., Lima, D. D., Fanger, P. C., Mauro, M. L. F., Gaspar, K.C., & Silva, V. F. (2010). Depression, alcohol use disorders and nicotine dependence among patients at a general hospital. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(3), 250-256. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010005000016>.

Botti, N. C. L, Araújo, L. M. C., Costa, E. E., & Machado, J. S. A. (2015). Atitudes dos estudantes de enfermagem frente ao comportamento suicida. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33(2), 334-342. doi: <https://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a16>

Brasil (2006). Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS]. Universidade Estadual de Campinas [UNICAMP]. *Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, (2013). *Cadernos de Atenção Básica, nº34*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2015). Portal da Saúde. *Quem são os ACS e ACE?* Recuperado em 06 de junho de 2016. Obtido em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/omnisterio/principal/secretarias/1180-sgtes-p/agentes-comunitarios-de-saude-e-agentes-de-combate-as-endemias/19744-quem-sao-e-o-que-fazem-os-acs-e-ace>.

Brasil, (2017). *Boletim epidemiológico nº30*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. V.48. Brasília, DF.

Buriola, A. A., Arnauts, I., Decesaro, M.N., Oliveira, M. L. F. de, & Marcon, S. S.. (2011). Assistência de enfermagem às famílias de indivíduos que tentaram suicídio. *Escola Anna Nery*, 15(4), 710-716. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000400008>.

Campos, R. O., Gama, C. A., Ferrer, A. L., Santos, D. V. D., Stefanello, S., Trapé, T.L. & Porto, K. (2011). Saúde mental na atenção primária à

saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4643-4652. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300013>.

Canario, E.Z. do A. (2011). “É mais uma cena da escravidão”: suicídio de escravos na cidade de Recife, 1850-1888. *Dissertação de mestrado – Universidade federal de Pernambuco, CFCH, Recife*.

Carmona-Navarro, M. C., & Pichardo-Martínez, M. C. (2012). Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: influence of emotional intelligence. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(6), 1161-8. <https://doi.org/S0104-11692012000600019>.

Cassorla, R. M. S. (coord.) (1991). *Do suicídio: estudos brasileiros*. 2^a ed. Campinas, SP: Papirus.

Cassorla, R.M.S. (2017). *Suicídio. Fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução*. São Paulo: Blucher.

Cassorla, R. M. S., & Smeke, E. L. M. (1994). Autodestruição humana. *Cadernos de Saúde Pública*, 10, S61–S73. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500005&nrm=iso.

Chang, E. C., Yu, E. A., Kahle, E. R., Du, Y., Chang, O. D., Jilani, Z., ... Hirsch, J. K. (2018). The Relationship Between Domestic Partner Violence and Suicidal Behaviors in an Adult Community Sample: Examining Hope Agency and Pathways as Protective Factors. *Violence Against Women*, 24(12), 1399–1412. <https://doi.org/10.1177/1077801217732427>.

Chin-Lun H.G; Cheng C.T.; Jhong, J.R.; Tsai, S.Y.; Chen, C.C. & Kuo, C.J. (2015) Risk and protective factors for suicide mortality among patients with alcohol dependence. *J Clin Psychiatry*; 76(12) 1687-93. doi: 10.4088/JCP.15m09825.

Corbeil, S. & Richard-Devantoy, S. (2017). Éclairage freudien sur l’acte suicidaire. In : *Psychologie Québec*, vol.34, n°4, décembre 2017.

Correia, V. R., Barros, S., & Colvero, L. A. (2011). Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Revista da Escola*

de *Enfermagem da USP*, 45(6), 1501-1506. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032>.

Delfini, P. S. de S., Sato, M. T., Antoneli, P. de P., & Guimarães, P. O. da S. (2009). Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 1483-1492. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800021&nrm=iso.

Dunker, C. (2017). *Signo, significante, significado*. Falando nisso 150. [YouTube]. Acesso em 26 de janeiro de 2019. Disponível em https://www.youtube.com/watch?v=MmXfx_0Tztl.

Durkheim, E. (2008[1897]). *O suicídio*. São Paulo, SP: Editora Martin Claret.

Ferreira, J. (2004). “Por hoje se acaba a lida”: suicídio escravo na Bahia (1859-1888). *Afro-Ásia*, 31, pp. 197-243. Recuperado em 11 de novembro de 2012. Obtido em http://www.afroasia.ufba.br/pdf/31_12_porhoje.PDF.

Ferreira, V. R. T., & Trichês, V. J. S. (2014). Epidemiological profile of suicide attempts and deaths in a southern Brazilian city. *Editora da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (EDIPUCRS)*. Recuperado em 16 de maio de 2016. Disponível em <http://vufind.uniovi.es/Record/oai:doaj.org/article:03719ec0134c4f3aa74191d6d072993b>.

Fletcher J. (2015) Right to die in Canada: respecting the wishes of physician conscientious objectors. *CMAJ*; 187(18): 1339. Recuperado em 06 de junho de 2016. Obtido em <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-26598370>.

Flick, U. (2009) *Introdução à pesquisa qualitativa*. Tradução Joice Elias Costa – 3^ªed. Porto Alegre: Artesmed.

Fonseca, J. J. S. da. (2002). *Metodologia da pesquisa científica*. Ceará: Universidade Estadual do Ceará.

Freitas, A.P.A. (2013). “*Da sua vida cuido eu!*” Os significados das tentativas de suicídio para profissionais de saúde. (Dissertação de

Mestrado). Curso de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Freitas, A.P.A. de, & Martins-Borges, L. (2014). Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(2), 560-577. Recuperado em 15 de maio de 2016. Obtido em www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/12560.

Freud, S. (2010[1915]). Considerações atuais sobre a guerra e a morte. Em: Freud, S. *Introdução ao narcisismo: ensaios da metapsicologia e outros textos (1914-1916)*. São Paulo: Cia das Letras.

Freud, S. (2013[1910]). Cinco lições de Psicanálise. Em: Freud, S. *Observações sobre um caso de neurose obsessiva [O homem dos ratos], uma recordação de infância de Leonardo da Vinci e outros textos (1909-1910)*. São Paulo: Cia das Letras.

Freud, S. (2014[1916]). Primeira parte: Os atos falhos. Em: *Conferências Introdutórias à Psicanálise (1916-1917)*. São Paulo: Cia das Letras.

Frey, L. M., Hans, J. D., E Cerel, J. (2016). Perceptions of suicide stigma: How do social networks and treatment providers compare? *Crisis*, 37(2), 95–103. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000358>.

Frosi, R. V., & Tesser, C. D. (2015). Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3151-3161. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.10292014>.

Gibb, S. J.; Beutrais, A. L. & Surgenor, L. J. (2010). Health-care staff attitudes towards self-harm patients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 44. pp. 713–720. Recuperado em 15 de maio de 2016. Obtido em www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20636192.

Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5^a ed. São Paulo, SP: Atlas.

Gonçalves, P. I. de E., Silva, R. A. da, & Ferreira, L. A. (2015). Comportamento suicida: percepções e práticas de cuidado? *Psicologia*

Hospitalar, 13, 64-87. Retrieved from
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092015000200005&nrm=iso.

Gotsens, M., Marí-Dell'Olmo, M., Rodríguez-Sanz, M., Martos, D.; Espelt, A.; Pérez, G.; Pérez, ... Borrell, C. (2011). Validation of the Underlying Cause of Death in Medicolegal Deaths. *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 163-174. Recuperado em 15 de maio de 2016.
Obtido em
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272011000200005&lng=en&tlng=en.

Goulart, J.O. (1972). *Da fuga ao suicídio: aspectos de rebeldia dos escravos no Brasil*. Rio de Janeiro: Conquistas INL.

Graham, R.D.; Rudd, M.D. & Bryan, C.J. (2011). Primary Care Providers' Views Regarding Assessing and Treating Suicidal Patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 41(6) doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00058.x.

Grigolo, T.M. & Moretti-Pires, R. [orgs] (2014). *Políticas de saúde mental e direitos humanos* Recurso eletrônico. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC. 95 p.

Guest, G.; Bunce, A. & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*. February. 18: 59-82.

Guibu, I. A., Moraes, J. C. de, Guerra Junior, A. A., Costa, E. A., Acurcio, F. de A., Costa, K. S., ... Alvares, J. (2017). Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 51. Retrieved from
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000300306&nrm=iso.

Gureje, O., Abdulmalik, J., Kola, L., Musa, E., Yasamy, M. T., E Adebayo, K. (2015). Integrating mental health into primary care in Nigeria: report of a demonstration project using the mental health gap action programme intervention guide. *BMC health services research*, 15, 242. doi:10.1186/s12913-015-0911-3.

Hirdes, A. & Scarparo, H.B.K., (2015). O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 383-393. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.12642013>.

Huband, N., & Tantam, D. (2000) Attitudes to selfinjury within a group of mental health staff. *Br J Med Psychol.* 73:495–504. Recuperado em 07 de junho de 2016. Obtido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11140790>.

Jorge, M.S.B; Sousa, F.S.P. & Franco, T.B. (2013). Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm.* 2013 set-out; 66(5): 738-44. Recuperado em 06 de junho de 2016. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/15.pdf>.

Jucá, V. J. S.; Nunes, M. O. & Barreto, S. G. (2009) Programa de Saúde da Família e saúde mental: impasses e desafios na construção da rede. *Revista Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 173-182. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100023>.

Kalina, E. & Kovadloff, S. (1983). *As cerimônias da destruição*. Rio de Janeiro, RJ: Livraria Francisco Alves Editora S/A.

Kral, M. J., Links, P. S., & Bergmans, Y. (2012). Suicide Studies and the Need for Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 6(3), 236–249. <https://doi.org/10.1177/1558689811423914>.

Krug, E.G.; Dahlberg, L.L.; Mercy, J.A.; Zwi, A.B.; Lozano, R. (Eds). (2002). *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

Kohlrausch, E.; Lima, M. A. D. S.; K. P. Abreu & Soares, J.S.F. (2008) Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidades de saúde. *Ciência Cuidado e Saúde*. 7(4). DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v7i4.6628.

Lane, J. et al. (2010). Prévention du suicide : Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux. Québec: *Ministère de la Santé et des*

Services Sociaux et Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 93 p.

Leavey , Rosato, Galway, Hughes, Mallon & Rondon (2016). Patterns and predictors of help-seeking contacts with health services and general practitioner detection of suicidality prior to suicide: a cohort analysis of suicides occurring over a two-year period. *BMC Psychiatry*. Apr 30;16(1):120. doi: 10.1186/s12888-016-0824-7.

Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (2001). *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília, DF. Recuperado em 06 de junho de 2016. Obtido em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.

Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. (2011).

Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília, DF. Recuperado em 06 de junho de 2016. Obtido em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm.

Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. (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*. Recuperado em 06 de junho de 2016. Obtido em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

Luoma, J. B., Martin, C. E., E Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *The American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909–916. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.909>.

Macedo, M. M. K., & Werlang, B. S. G.. (2007). Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 10(1), 86-106. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982007000100006>.

Machado, D. B, & Santos, D. N. (2015). Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(1), 45-54. <https://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000056>.

- Machin, R. (2009). Nem doente, nem vítima: o atendimento às “lesões autoprovocadas” nas emergências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 1741–1750. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500015&nrm=iso.
- Maltsberger, J. T (1996). Countertransference Hate in the Treatment of Suicidal Patients. In Maltsberger, J. T & Goldblatt, M. J., *Essential papers on suicide*. New York. University Press, NY.
- Marcon, S.S., Soares, N.T.I. & Sassá, A.H. (2007). Users perception on their relationship with health professionals: an exploratory study. Percepção dos usuários sobre suas relações com os profissionais de saúde. *Online braz j nurs* [internet]. 6 (0): 66-74. Acesso em 24 de fevereiro de 2019. Disponível em <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3778>.
- Marcolan, J.F. (2018). For a public policy of surveillance of suicidal behavior. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl 5):2343-7. [Thematic Issue: Mental health] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0256>.
- Marín-León, L.; Barros, M. B. A. (2003). Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Revista de Saúde Pública*, (S.1.), v. 37, n. 3, p. 357-363. Recuperado em 15 de maio de 2016. Obtido em <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/31599>.
- Maron, G. (2008). Psicanálise e crise: urgência, sintoma e solução. Em: Grova, T. & Machado, O.M.R.. *Psicanálise na Favela. Projeto Digaí–Maré: A Clínica dos Grupos*. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Digaí Maré.
- Marquetti, F. C., Vilarubia, G. V., & Milek, G. (2014). Percurso suicida: observação e análise de alterações no cotidiano do indivíduo com tentativas de suicídio. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*, 25(1), 18-26. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i1p18-26>.
- Martins-Borges, L.; Mayorca, D.S. & Livramento, M. da S.(2012). Atendimento psicológico em situações de violência conjugal. In: Zurba,

M. do C. (org). *Psicologia e saúde coletiva*. 1^a ed. Florianópolis, SC: Tribo da Ilha.

Maurano, D. (2006). *A transferência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Coleção Psicanálise – Passo a Passo). 78p.

Medina, Kullgren & Dahlblom (2014). A qualitative study on primary health care professionals' perceptions of mental health, suicidal problems and helpseeking among young people in Nicaragua. *BMC Fam Pract.* 15: 129. Published online 2014 Jul 2. doi: [10.1186/1471-2296-15-129](https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-129).

Michaelis (2015). *Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa*. Acesso em 26 e fevereiro de 2019. Disponível em <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/>

Michail, M., & Tait, L. (2016). Exploring general practitioners views and experiences on suicide risk assessment and management of young people in primary care: a qualitative study in the UK. *BMJ Open*, 6(1), e009654–e009654. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4716217/?tool=pubmed>.

Millaud, F. (2002). Le passage à l'acte: points de repères psychodynamiques. In: Millaud, F. (Org.). *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodinamiques*. 2. ed. Paris: Masson.

Minayo, M. C. de S. (1999). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6.ed. São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. de S. (org.). (2004) *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 14 ed. Petrópolis: Vozes.

Minayo, M.C.de S. (2005). Suicídio: violência auto-inflingida. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde.

Minayo, M.C de S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 1-12.

Recuperado em 23 de fevereiro de 2019. Obtido
em <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>.

Mondin, T. C., Cardoso, T. de A., Jansen, K., Konradt, C. E., Zaltron, R.F., Behenck, M. de O., Mattos, L.D. de, & Silva, R.A. da. (2016). Sexual violence, mood disorders and suicide risk: a population-based study. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3), 853-860. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.10362015>.

Moraes, S.M., Magrini, D. F., Zanetti, A. C. G., Santos, M.A. dos, & Vedana, K. G. G. (2016). Atitudes relacionadas ao suicídio entre graduandos de enfermagem e fatores associados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(6), 643-649. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600090>.

Motta, C. C. L. da. (2011). *Depressão: sua compreensão e significados à luz da prática de psicólogos no contexto de uma rede municipal de saúde mental*. (Tese de doutorado não publicada). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC.

Muhr, T. (2004). *Atlas/ti the knowledge workbench*. V 5.0 Quick tour for beginners. Berlin: Scientific Software Development.

Nock, M. K.; Borges, G.; Bromet, E.J.; Alonso, J.; Angermeyer, M.; Beautrais, A.; Bruffaerts, R. ... Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry* 192.2: 98-105. Recuperado em 16 de maio de 2016. Obtido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18245022>.

Nunes, M.; Jucá, V. J. & Valentim, C. P. B. (2007). Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10), 2375-2384. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000012>.

Nutting, P. A., Dickinson, L. M., Rubenstein, L. V., et al. (2005). Improving detection of suicidal ideation among depressed patients in primary care. *Annals of Family Medicine*; 3(6), 529-536.

Oliveira, S. V. & Oda, A. M. G. R. (2008). O suicídio de escravos em São Paulo nas últimas duas décadas da escravidão. *História, Ciência,*

Saúde – Manguinhos 15(2), pp. 371-388. Recuperado em 16 de maio de 2016. Obtido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010459702008000200008&script=sci_arttext

Oliveira, C. T. de, Collares, L.A., Noal, M. H. elena O., & Dias, A. C.G.. (2016). Percepções de uma equipe de saúde mental sobre o comportamento suicida. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 9(1), 78-89. Recuperado em 25 de fevereiro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202016000100007&lng=pt&tlng=pt.

Organização Mundial de Saúde [OMS], (2006). *Prevenção do suicídio: manual para conselheiros*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

Orientações técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS (2009) – 1.ed. – Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Owens, D., Horrocks, J. & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry*. Sep;181:193-9.

Política Nacional de Atenção Básica [PNAB] (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde.

Política Nacional de Atenção Básica (2012). Ministério da Saúde. (Série E. Legislação em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde.

Política Nacional de Assistência Social [PNAS], de 15 de outubro de 2004 (2005). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasil.

Portaria 44, de 10 de janeiro de 2001. (2001). *Dispõe sobre a modalidade de assistência – Hospital Dia*. Acesso em 04 de março de 2019. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0044_10_01_2001.html.

Prefeitura Municipal de Florianópolis [PMF]. (2010). *Protocolo de atenção em saúde mental*. Secretaria Municipal de Saúde. Tubarão: Ed. Copiart.

Prefeitura Municipal de Florianópolis [PMF]. (2017). *Perfil epidemiológico da violência em Florianópolis. Óbitos por agressão e suicídio*. Boletim epidemiológico nº2, nov. 2017. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Vigilância em Saúde. Gerência de Vigilância Epidemiológica, Florianópolis, SC.

Prefeitura Municipal de Florianópolis [PMF] (2018). *Centros de saúde*. Secretaria Municipal de Saúde. Acesso em 05 de março de 2019. Disponível em

<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=centros+de+saude&menu=0>.

Prieto, D.; Tavares, M. (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: Incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(2):146-154.

Puel, E.; Freitas, M.A.; & Heckrath, M.C.R. [s.d.]. Saúde Mental na Atenção Básica. Em: *Capacitação para as equipes da Saúde da Família: introdutório*. Módulo 2: Organização. Santa Catarina: Escola de Saúde Pública.

Rahimi, R.; Ali, N.; Noor, S.; Mahmood; M.S.; & Zainun, K.A. (2015) Suicide in the elderly in Malaysia. *Malays J Pathol*; 37(3): 259-63. Recuperado em 06 de junho de 2016. Obtido em

<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-26712672>.

Ramos, I. N. B. & Falcão, E. B. M. (2011). Suicídio: um tema pouco conhecido na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(4), 507-516. Recuperado em 26 de outubro de 2016. Obtido em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000400010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000400010&lng=en&tlng=pt).

Reis, J. J. (1991) *A morte é uma festa, ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.

Ribeiro, J., Mascarenhas, T., Araújo, A., Coelho, D., Branca, S., & Coelho, D. (2018). Sociodemographic profile of suicide mortality. *Journal of Nursing UFPE on line - ISSN: 1981-8963, 12*(1), 44-50. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i1a25087p44-50-2018>.

Rueda-Jaimes, G. E.; Díaz Bueno, P. A.; Rangel Martínez-Villalba, A. M.; Castro-Rueda, V. A. & Camacho, P. A. (2011). Diferencias de género en pacientes con suicidabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(4), 637-646. Recuperado em 15 de maio de 2016. Obtido em http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502011000400004&lng=en&tlng=es.

Saini, P., Chantler, K., E Kapur, N. (2016). General practitioners perspectives on primary care consultations for suicidal patients. *Health Soc Care Community*, 24(3), 260–269. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12198>.

Saini, P.; While, D.; Chantler, K., Windfuhr, K. & Kapur, N. (2014). Assessment and management of suicide risk in primary care. *Crisis*. ;35(6):415-25. doi: [10.1027/0227-5910/a000277](https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000277).

Sampaio, M. A., & Boemer, M.R. (2000). Suicídio: um ensaio em busca de um des velamento do tema. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 34(4), 325-331. Recuperado em 06 de novembro de 2016. Obtido em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342000000400002&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0080-62342000000400002.

Santos, S. A., Legay, L. F., Aguiar, F.P., Lovisi, G.M., Abelha, L., & Oliveira, S.P de. (2014). Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(5), 1057-1066. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054213>.

Schnitman, G.; Kitaoka, E.G.; Arouca, G.S.de S.; Lira, A.L.da S.; Nogueira, D.; Duarte, M. B. (2010). Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v.34 n.1. jan/mar.. pp 44-59. Recuperado em 05 de

junho de 2016. Obtido em
<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/12/17>.

Schutel, T.A.A, Rodrigues, J. & Peres, G.M. (2015). A concepção de demanda em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Revista Ciência & Saúde*. V.8. n.2. doi: <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2015.2.20167>.

Senninger, J.L. & Fontaa, V. (1996). *Psychopathologie des maladies dangereux*. Paris: Dunod.

Sethi, S. & Uppal, S. (2006). Attitudes of clinicians in emergency room towards suicide. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10(3): 182_185. Recuperado em 15 de maio de 2016. Obtido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24941056>.

Silva, L.L.T (2014). Atitudes e percepções de estudantes e professores de enfermagem frente ao suicídio de adolescentes. (*Tese de doutorado*). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG.

Silva, V. P. da. & Boemer, M. R. (2004) . O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v. 06, n. 02, pp. 143-152. Acesso em 17 de novembro de 2016.

Disponível em

<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/822/952>.

Silva, P., Nóbrega, M., & Oliveira, E. (2018). Knowledge of the nursing team and community agents on suicide behavior. *Journal of Nursing UFPE on line - ISSN: 1981-8963*, 12(1), 112-117. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i1a23511p112-117-2018>.

Silva, Tatiana de Paula Santana da, Sougey, Everton Botelho, & Silva, Josimário. (2015). Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. *Revista Bioética*, 23(2), 419-426. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232080>.

Sistema Nacional de Informações Toxicológicas [SINITOX]. (2016). *Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Circunstância - Brasil, 2016*. Manguinhos, RJ: Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Recuperado em 06 de junho de 2017. Obtido em

https://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files//Brasil6_1.pdf.

Sistema Nacional de Informações Toxicológicas [SINITOX]. (2016a). *Casos, Óbitos e Letalidade de Intoxicação Humana por Agente e por Região. Brasil, 2016*. Manguinhos, RJ: Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Recuperado em 06 de junho de 2017. Obtido em https://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files//Brasil3_1.pdf.

Souza, F.(2010). Suicídio – Dimensão do problema e o que fazer. *Debates: Psiquiatria Hoje*. Rio de Janeiro - RJ. Ano 2 . nº5.

Souza, J., & Luis, M. A. V. (2012). Demandas de saúde mental: percepção de enfermeiros de equipes de saúde da família. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(6), 852-858. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000600005>.

Srivastava, M. & Tiwari R. (2012). A comparative study of attitude of mental health versus nonmental health professionals toward suicide. *Indian Journal of Psychological Medicine*. v.34, pp 66-69. Recuperado em 15 de maio de 2016. Obtido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3361847/>.

Suokas, J.; Suominen, K. & Lönnqvist, J. (2008). Psychological distress and attitudes of emergency personnel towards suicide attempters. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(2), 144-146. Recuperado em 05 de junho de 2016. Obtido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18569778>.

Stefanello, B., & Furlanetto, L. M.. (2012). Ideação suicida em pacientes internados em enfermarias de clínica médica: prevalência e sintomas depressivos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(1), 2-7. <https://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852012000100002>.

Storino, B. D., Campos, C. F. e, Chicata, L. C. de O., Campos, M. de A., Matos, M. S. da C., Nunes, R. M. C. M., E Vidal, C. E. L. (2018). Atitudes de profissionais da Saúde em relação ao comportamento suicida. *Cadernos Saúde Coletiva*, 26, 369–377. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&Epid=S1414-462X2018000400369Enrm=iso.

- Swanson, J.W.; Bonnie, R.J.;& Appelbaum, P.S. (2015) Getting Serious About Reducing Suicide: More "How" and Less "Why". *JAMA*; 314(21): 2229-30, doi:[10.1001/jama.2015.15566](https://doi.org/10.1001/jama.2015.15566).
- Tardif, M. (2002). Le déterminisme de la carence d'élaboration psychique dans le passage à l'acte. In: Millaud, F. (Org.). *Le passage à l'acte. Aspects cliniques et psychodinamiques*. 2. ed. Paris: Masson.
- Thornicroft, G. E Tansella, M. (1999). Translating principles into outcome measures for mental health service research. *Psychological medicine*, 29, 761-767.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514. Recuperado em 09 de novembro de 2012. Obtido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025.
- Vannoy, S.D. & Robins, L.S., (2011). Suicide-related discussions with depressed primary care patients in the USA: gender and quality gaps. A mixed methods analysis. *BMJ Open* 1, e000198.
- Veloso, T. M. C., & Souza, M. C. B. M. (2013). Concepções de profissionais da estratégia saúde da família sobre saúde mental. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), 79-85.
<https://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100010>.
- Veneu, M. G. (1994) *Ou não ser: uma introdução à história do suicídio no Ocidente*. Brasília, Ed. UNB.
- Vidal, C.E.L, Gontijo, E. C. D. M., & Lima, L. A. (2013). Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(1), 175-187. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100020>.
- Waiselfisz, J. J.(2011) *Mapa da Violência 2011: Os jovens do Brasil*. Brasília, DF: Instituto Sangari. Ministério de Justiça. Governo Federal. pp. 1-163. Recuperado em 15 de maio de 2016. Obtido em <http://www.sangari.com/mapadaviolencia/pdf2011/MapaViolencia2011.pdf>.

Waiselfisz, J. J. (2014) *Mapa da Violência 2014: Os jovens do Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Flacso Brasil. Recuperado em 15 de maio de 2016. Obtido em http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2014_jovens.php.

Wallauer, A. & Maliska, M.E. (2012). *Suicídio: um desafio para profissionais de saúde*. Florianópolis, SC: Pandion.

Werlang, B. S. G. (2000) Proposta de uma entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio (*Tese de doutorado não publicada*) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP.

Werlang, B.G. & Botega, N. J. (2004). *Comportamento suicida*. Porto Alegre, RS: Artmed Editora.

Werlang, B. S. G., Borges, V. R. & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39(2), 259-266.

World Health Organization [WHO] (2004). *Preventing violence A guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health*. Geneva: WHO.

World Health Organization [WHO] (2008). *The World Health report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva: WHO.

World Health Organization [WHO] (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: Department of Mental Health, World Health Organization.

Yaseen, Briggs, Kopeykina, Orchard, Silberlicht, Bhingradia & Galynker (2013). Distinctive emotional responses of clinicians to suicide-attempting patients--a comparative study. *BMC Psychiatry*. Sep 22;13:230. doi: 10.1186/1471-244X-13-230.

Zé, T. (2000) Senhor Cidadão [Tom Zé]. *Em Dois momentos: Se o caso é chorar*. Vol. 1. [CD] Continental. São Paulo.

Zimerman, D.E. (2004). *Manual da Técnica Psicanalítica: uma revisão*. Porto Alegre: Artemed.

ANEXOS

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DE ATITUDES EM RELAÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICIDA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Este questionário pesquisa **atitudes em relação ao comportamento suicida**. Evite pensar demais para responder. Estamos interessados em sua resposta espontânea, a primeira ideia que lhe ocorrer. Você não será pessoalmente identificado quando da análise e publicação dos dados. Alguma informação pedida é para criar um código que lhe representa.

Obrigada desde já pela sua participação!

Ao responder as questões, **assinala com um traço** a posição que mais se aproximar de sua opinião. Veja nos exemplos abaixo (Moraes, Magrini, Zanetti, Santos & Vedana, 2016):

EXEMPLOS

"EU GOSTO DE OUVIR MÚSICA SERTANEJA"

Discordo
totalmente

————— |

Concordo
plenamente

A resposta acima indica concordância com a proposição, mas não uma concordância total. A concordância total seria indicada por um traço ao final da linha, como abaixo:

Discordo
totalmente

————— |

Concordo
plenamente

Se, em relação à afirmativa, você não tiver opinião formada ou for indiferente, assinala no centro da linha, como indicado:

Discordo
totalmente

————— |

Concordo
plenamente

Então, vamos começar...

1. Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar.

Discordo
totalmente

Concordo
plenamente

2. Quem fica ameaçando, geralmente não se mata.

Discordo
totalmente

Concordo
plenamente

3. Apesar de tudo, penso que uma pessoa tem o direito de se matar.

Discordo
totalmente

Concordo
plenamente

4. Diante de um suicídio penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho?

Discordo
totalmente

Concordo
plenamente

5. No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio.

Discordo
totalmente

Concordo
plenamente

6. A vida é um dom de Deus, e só Ele pode tirar.

Discordo
totalmente

Concordo
plenamente

7. Sinto-me capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar.

Discordo
totalmente

Concordo
plenamente

8. Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental.

Discordo
totalmente

Concordo
plenamente

9. Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio, e acabar induzindo o paciente a isso.

Discordo
totalmente

Concordo
plenamente

10. Acho que tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio.

Discordo
totalmente

Concordo
plenamente

11. Acho que é preciso ser uma pessoa corajosa para se matar.

Discordo _____ Concordo _____
totalmente _____ plenamente _____

12. Sinto-me inseguro(a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio.

Discordo _____ Concordo _____
totalmente _____ plenamente _____

13. Às vezes dá raiva, porque tanta gente querendo viver... e aquele paciente querendo morrer.

Discordo _____ Concordo _____
totalmente _____ plenamente _____

14. Se eu sugerir um encaminhamento ao psiquiatra para um paciente que falou em se matar, penso que isso será bem aceito pelo psiquiatra.

Discordo _____ Concordo _____
totalmente _____ plenamente _____

15. A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar.

Discordo _____ Concordo _____
totalmente _____ plenamente _____

16. Quem tem Deus no coração, não vai tentar se matar.

Discordo _____ Concordo _____
totalmente _____ plenamente _____

17. No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a ideia de suicídio.

Discordo _____ Concordo _____
totalmente _____ plenamente _____

18. Quando uma pessoa fala em pôr fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela.

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

19. Quem quer se matar mesmo, não fica “tentando” se matar.

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

20. Um paciente internado dificilmente se mata sem que tenha um forte motivo pra isso.

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

21. Eu já passei por situações que me fizeram pensar em suicídio.

Discordo _____ Concordo
totalmente _____ plenamente

Fim do Questionário QUACS

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO PARA PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Departamento de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**Já estamos chegando ao final, agora gostaria de
conhecer um pouco mais sobre você:**

1. Idade: _____
2. Sexo: Feminino () Masculino ()
3. Estado civil: () casado () união estável () solteiro
() separado () divorciado () viúvo
4. Possui religião: () Sim () Não
 - 4.1 Se sim, qual?
() Católica () Evangélica () Espírita () Islâmica
() Candomblé () outra religião: qual?

4.2 Frequência que participa:

- () 1x na semana () 2x ao mês () 1x ao mês
() 2 a 3x ao ano () 1x ao ano () quase nunca
() não frequenta

5. Formação superior em:
() Serviço Social () Enfermagem () Psicologia
() Medicina
6. Escolaridade (maior título)
() Graduação () Especialização () Mestrado
() Doutorado () Pós-Doutorado

- 6.1 Ano de obtenção: _____
7. Ano de conclusão da graduação: _____
8. Tempo de serviço na Proteção/Atenção Básica: _____ anos e _____ meses
9. Tipo de vínculo profissional:
() concurso público () processo seletivo
() temporário () outros _____
10. Qual o número médio de atendimentos realizados por você ao mês _____
11. Dentre os atendimentos mencionados na questão 10, você consegue pensar em um percentual cujos pacientes relatam algum comportamento suicida (pensamentos de morte, planos de tirar a própria vida, tentativas de suicídio)?
-
12. Recebeu alguma capacitação para lidar com o comportamento suicida?
Não () Sim ()
13. Caso a resposta anterior seja sim, quem ofertou:
-
14. Quando foi realizada (ano)? _____
-
15. Qual foi a duração da capacitação (em horas)? _____
16. Após a capacitação, o que mudou na sua prática profissional? _____
17. Você tem disponibilidade para participar de uma entrevista sobre a temática acima abordada?
Se sim, deixe seu contato (telefone ou email):

-

**APÊNDICE 2 - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA
PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA
SOCIAL**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Departamento de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

1. Defina ideação suicida / tentativa de suicídio / suicídio.
2. O que você pensa sobre o comportamento suicida?
3. Que características – físicas, psicológicas - você observa nestes pacientes?
4. Qual a frequência destes pacientes na unidade de saúde/de assistência?
5. O que você acha que leva uma pessoa a cometer suicídio?
6. Quais são os procedimentos adotados quando o paciente chega no acolhimento do serviço com sintomas do comportamento suicida?
7. Há algum protocolo de atendimento para este público?
8. Quais as dificuldades que você observa nesse processo de acolhimento?
9. Que aspectos facilitam o atendimento a este paciente?
10. O que você acha das pessoas que tentam suicídio?
11. Quais as intervenções realizadas junto a este paciente depois do acolhimento? Quais profissionais atendem-no?
12. O que você sente ao atender um paciente com comportamento suicida?
13. São realizados encaminhamentos após o atendimento deste paciente? Quais?
14. Na sua opinião, por que as pessoas cometem suicídio?
15. Onde você acha que este público deve/deveria/poderia ser atendido?
16. Você se sente preparado para atender e acompanhar um paciente que apresente comportamento suicida? Por que?

17. Quem são os principais parceiros da rede para atendimento aos pacientes com comportamento suicida?
18. Como você avalia a rede de saúde mental para atendimento a esta demanda?
19. O que é comportamento suicida para você?

**APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO PARA
usuários dos serviços de saúde e assistência
social**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

1. Idade: _____
2. Sexo: Feminino () Masculino ()
3. Estado civil: () casado () solteiro () separado () divorciado () viúvo
4. Religião: () Sim () Não
 - 4.1 Se sim, qual?

() católico () evangélico () espírita () islâmico
 () candomblecista ou umbandista
 () outras religiosidades _____
 - 4.2 Frequência que participa:

() 1x na semana () 2x ao mês () 1x ao mês
 () 2 a 3x ao ano () 1x ao ano () quase nunca () não frequenta
5. Grau de escolaridade:

() Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós-Doutorado
6. Ocupação _____
7. Profissão: _____
8. Está trabalhando atualmente? () Não () Sim - Onde?
9. Mora próximo ao serviço? () Sim () Não
10. Tempo que é atendido na UBS/CRAS:

() 1 a 30 dias () 31 a 60 dias () 61 a 90 dias
 () 91 a 180 dias () 181 a 365 dias () 366 dias a 2 anos
 () Mais de 2 anos - se sim, quantos? _____ anos e _____ meses

- 11 Com que frequência vai ao serviço para atendimento?
- () mais de 1x na semana () 1x na semana () 2x ao mês
() 1x ao mês () a cada 2 meses () a cada 6 meses () 1x ao ano

APÊNDICE 4 - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

1. Com quem frequência você vem ao serviço? Por quais motivos?
2. Como foi sua experiência de tentar tirar a própria vida?
2. O que é ideação suicida / tentativa de suicídio / suicídio (em três perguntas diferentes).
2. O que você pensa sobre quem tem ideias de tirar a própria vida. E de quem tenta tirar sua vida?
3. Há quanto tempo você é atendido neste serviço?
4. Com qual frequência você procura este serviço de saúde/de assistência? Você faz algum tratamento regular? Qual?
5. O que você acha que leva uma pessoa a cometer suicídio?
(mesmo quando teve ideias relacionadas à morte?)
7. Você lembra quando foi a primeira vez que você falou desta preocupação com o profissional? Como foi para você? O que foi acordado entre você e o profissional? (no sentido de continuidade do acompanhamento)

8. E você já foi atendido por esta razão específica?
9. O que você acha das pessoas que tentam suicídio?
10. Onde você acha que devem ser atendidas pessoas com pensamentos ou tentativas de tirar suas vidas?
11. Na sua opinião, por que as pessoas cometem suicídio?
12. Você já foi atendido em outro serviço por tentativa de suicídio? Qual? Como foi?
13. Como você percebe que as outras pessoas reagem quando sabem que a pessoa apresenta/apresentou comportamento suicida?
14. O que você acha que os profissionais pensam sobre quem tem comportamentos suicidas?
16. E sua família e amigos, como lidaram com esta situação?
17. O que você acha da rede de saúde mental de Florianópolis?
18. O que você pensa da sua unidade e quais sugestões daria para aperfeiçoá-la?

APÊNDICE 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Caro participante,

Eu, **Ana Paula Araujo de Freitas**, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), venho convidá-lo (a), a participar do processo de coleta de dados de minha Tese de Doutorado, sob orientação do Prof. Dra. Lucienne Martins Borges, cujo título é **“SIGNIFICADOS DO COMPORTAMENTO SUICIDA PARA PROFISSIONAIS E USUÁRIOS NOS CONTEXTOS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL”**.

O seu papel enquanto participante consiste em responder às questões de um roteiro de entrevista semi-estruturado e a um questionário sócio-demográfico. Caso você venha a se sentir desconfortável frente à temática abordada ou por conteúdos emocionais demandados, a pesquisadora se compromete a encaminhá-lo(a) de forma imediata para atendimento psicológico no Ambulatório para Situações de Crise, projeto de extensão vinculado ao Serviço de Psicologia da Emergência do Hospital Universitário da UFSC e atende a tentativas de suicídio e outras demandas atendidas na emergência do referido hospital. Todos os dados de identificação serão omitidos e não serão divulgados em momento algum do estudo.

Ainda que de forma remota, o risco da quebra de sigilo sempre existe, mesmo que as pesquisadoras façam de tudo para dirimi-lo. Caso ela venha a acontecer, mesmo que de forma involuntária e não intencional, as consequências serão tratadas nos termos da lei. Com o objetivo de evitá-lo, todos os dados de identificação serão omitidos e não serão divulgados em momento algum do estudo.

Sua participação é importante pois permite investigar os significados que os profissionais de Saúde e de Assistência Social que atendem em serviços de atenção e proteção social básicas têm acerca do comportamento suicida, comparando-os aos significados atribuídos por usuários atendidos nestes mesmos serviços, produzindo assim conhecimento científico que, disponibilizado, permita melhorar a oferta dos serviços.

A sua participação é voluntária, não será remunerada e a pesquisadora estará à disposição para qualquer esclarecimento. Você é livre para se recusar a responder a qualquer questão, parar ou desistir da participação a qualquer momento, sem ser penalizado ou ter algum prejuízo. As informações obtidas serão utilizadas na elaboração do trabalho científico que poderá vir a ser publicado em meios acadêmicos e científicos.

Os resultados da presente pesquisa serão apresentados aos participantes após a defesa da Tese, em data a ser agendada. Caso você se sinta prejudicado de alguma forma, material ou imaterialmente, decorrência da participação nesta pesquisa, você poderá solicitar indenização de acordo com a legislação vigente.

Para quaisquer outras informações, coloco-me a sua disposição pelo telefone: (48) 96557412, no e-mail: anapfreitas2812@gmail.com ou no NEMPsiC (Núcleo de Estudo sobre Psicologia, Migrações e Culturas), endereço Departamento de Psicologia da UFSC, Campus Universitário – Trindade. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094, no endereço Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC ou via email: cep.propesq@contato.ufsc.br. Reitera-se que a pesquisadora principal compromete-se a conduzir esta pesquisa de acordo com a Resolução 466/2012, de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar do estudo, solicito sua assinatura em duas vias no referido Termo, sendo que uma delas permanecerá em seu poder.

Eu.....

..... RG: _____, declaro através deste documento o meu consentimento em participar da pesquisa intitulada **“SIGNIFICADOS DO SUICÍDIO PARA PROFISSIONAIS DAS ATENÇÕES BÁSICA DA SAÚDE E DA ASSISTÊNCIA SOCIAL”**

E PARA USUÁRIOS ATENDIDOS NESTES SERVIÇOS: UM ESTUDO COMPARATIVO”.

Declaro ainda, que estou informado (a) dos objetivos da pesquisa, do método, dos meus direitos de desistir participar a qualquer momento e também do meu anonimato.

Assinatura do participante da pesquisa:

Florianópolis, 10 de outubro de 2011.

Ana Paula Araujo de Freitas
Pesquisadora principal
Doutoranda

Lucille Yvette Boisjoly

Profª Dra. Lucienne Martins Borges
Pesquisadora responsável
Orientadora

APÊNDICE 6 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS ATENDIDOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA SOCIAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Caro participante,

Eu, **Ana Paula Araujo de Freitas**, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), venho convidá-lo (a), a participar do processo de coleta de dados de minha Tese de Doutorado, sob orientação do Prof. Dra. Lucienne Martins Borges, cujo título é **“SIGNIFICADOS DO COMPORTAMENTO SUICIDA PARA PROFISSIONAIS E USUÁRIOS NOS CONTEXTOS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL”**.

O seu papel enquanto participante consiste em responder às questões de um roteiro de entrevista semi-estruturado e a um questionário sócio-demográfico. Caso você venha a se sentir desconfortável frente à temática abordada ou por conteúdos emocionais demandados, a pesquisadora se compromete a encaminhá-lo(a) de forma imediata para atendimento psicológico no Ambulatório para Situações de Crise, projeto de extensão vinculado ao Serviço de Psicologia da Emergência do Hospital Universitário da UFSC e atende a tentativas de suicídio e outras demandas atendidas na emergência do referido hospital. Todos os dados de identificação serão omitidos e não serão divulgados em momento algum do estudo.

Ainda que de forma remota, o risco da quebra de sigilo sempre existe, mesmo que as pesquisadoras façam de tudo para dirimi-lo. Caso ela venha a acontecer, mesmo que de forma involuntária e não intencional, as consequências serão tratadas nos termos da lei. Com o

objetivo de evitá-lo, todos os dados de identificação serão omitidos e não serão divulgados em momento algum do estudo.

Sua participação é importante pois permite investigar os significados que os profissionais de Saúde e de Assistência Social que atendem em serviços de atenção e proteção social básicas têm acerca das tentativas de suicídio, comparando-os aos significados atribuídos por usuários atendidos nestes mesmos serviços, produzindo assim conhecimento científico que, disponibilizado, permita melhorar a oferta dos serviços.

A sua participação é voluntária, não será remunerada e a pesquisadora estará à disposição para qualquer esclarecimento. Você é livre para se recusar a responder a qualquer questão, parar ou desistir da participação a qualquer momento, sem ser penalizado ou ter algum prejuízo. As informações obtidas serão utilizadas na elaboração do trabalho científico que poderá vir a ser publicado em meios acadêmicos e científicos.

Os resultados da presente pesquisa serão apresentados aos participantes após a defesa da Tese, em data a ser agendada. Caso você se sinta prejudicado de alguma forma, material ou imaterialmente, decorrência da participação nesta pesquisa, você poderá solicitar indenização de acordo com a legislação vigente.

Para quaisquer outras informações, coloco-me a sua disposição pelo telefone: (48) 96557412, no e-mail: anapfreitas2812@gmail.com ou no NEMPsiC (Núcleo de Estudo sobre Psicologia, Migrações e Culturas), endereço Departamento de Psicologia da UFSC, Campus Universitário – Trindade. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPSPH da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094, no endereço Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC ou via email: cep.propesq@contato.ufsc.br. Reitera-se que a pesquisadora principal compromete-se a conduzir esta pesquisa de acordo com a Resolução 466/2012, de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar do estudo, solicito sua assinatura em duas vias no referido Termo, sendo que uma delas permanecerá em seu poder.

Eu.....

..... RG: _____, declaro através deste documento o meu consentimento em participar da pesquisa intitulada

“SIGNIFICADOS DO COMPORTAMENTO SUICIDA PARA PROFISSIONAIS E USUÁRIOS NOS CONTEXTOS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL”.

Declaro ainda, que estou informado (a) dos objetivos da pesquisa, do método, dos meus direitos de desistir participar a qualquer momento e também do meu anonimato.

Assinatura do participante da pesquisa:

Florianópolis, 10 de outubro de 2011.

Ana Paula Araujo de Freitas
Pesquisadora principal
Doutoranda

Barbara Martinez Boppre

Profª Dra. Lucienne Martins Borges
Pesquisadora responsável
Orientadora

APÊNDICE 7 – CARTA DE INSTRUÇÕES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Departamento de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

ORIENTAÇÕES ÀS EQUIPES (Por favor, leiam antes de responder):

Prezados colegas,

Conforme indicado por vocês, envio o envelope com os materiais para participação na pesquisa intitulada “Significados do comportamento suicida para profissionais e usuários nos contextos da atenção básica à Saúde e Assistência Social”. Nele, vocês encontrarão material para o preenchimento de **até 6 profissionais – entre psicólogos e assistentes sociais**.

A pesquisa deverá ser respondida individualmente e cada profissional ficará com uma via do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) – lembrem-se de assinar as duas vias.

No envelope que será devolvido à DPSB, retornarão então os **dois questionários de cada participante** – QUACS e Sociodemográfico (podem colocar ali do que jeito que quiserem) e uma **via do TCLE**, que ficará comigo. Os materiais que não forem utilizados, em branco, peço que devolvam no envelope também. Fechem-no bem com fita crepe ou grampeador e remetam pela pasta azul, à DPSB, que eu os buscarei lá.

Agradeço muito a participação de vocês e quaisquer dúvidas não hesitem em fazer contato (48-996557412).

Atenciosamente, Ana Paula.

APÊNDICE 8 – TABELA DE CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E ELEMENTOS DE ANÁLISE DOS PROFISSIONAIS

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE
CATEGORIA 1 Significados atribuídos ao comportamento suicida pelos profissionais da P.S e P.A.S	<p>1.1 Definições do comportamento suicida</p> <p>1.2 Razões que levam ao suicídio</p> <p>1.3 Sentimentos despertados nos profissionais</p> <p>1.4 Percepção da capacidade profissional</p>	<p>1.1.1. ter ideias ou pensamentos (15)</p> <p>1.1.2. tentar tirar a própria vida (15)</p> <p>1.1.3. a morte como desfecho (15)</p> <p>1.2.1. única solução para acabar com o sofrimento</p> <p>1.2.2. sofrimento existencial</p> <p>1.2.3. desesperança</p> <p>1.3.1. impotência</p> <p>1.3.2. medo</p> <p>1.3.3. insegurança</p> <p>1.3.4. empatia</p> <p>1.3.5. satisfação</p> <p>1.3.6. cumprir o dever profissional</p> <p>1.4.1. “sim, eu me sinto preparado(a)”</p> <p>1.4.2. “não, eu não me sinto”</p> <p>1.4.3. “sim, mas...”</p>
CATEGORIA 2 Intervenções realizadas pelos profissionais	<p>2.1 Características das pessoas atendidas</p> <p>2.2 Características dos processos de intervenção</p> <p>2.3 Sobre os encaminhamentos realizados</p>	<p>2.1.1. com rede de apoio ausente</p> <p>2.1.2. oriundas de contexto social como sofrimento</p> <p>2.1.3. portadoras de transtorno mental</p> <p>2.1.4. com histórico de violências</p> <p>2.2.1. situação urgente</p> <p>2.2.2. diferentes processos de trabalho</p> <p>2.2.3. espaço de escuta</p> <p>2.3.1. rede pública</p> <p>2.3.2. contato com a rede de apoio</p> <p>2.3.3. outros encaminhamentos</p> <p>2.3.4. intensificação do cuidado na atenção básica</p>

conclusão

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE
CATEGORIA 3 Desafios encontrados no cotidiano de trabalho	3.1 Na relação com o usuário 3.2 Na organização e funcionamento dos serviços	3.1.1. falta de capacitação e treinamento 3.1.2. preconceito e estigma (P.S) 3.2.1. rede precarizada 3.2.2. serviços centralizados 3.2.3. falta de articulação entre as diferentes políticas e/ou níveis de assistência 3.2.4. mudanças no processo de trabalho (P.S)
CATEGORIA 4 Aspectos que facilitam o trabalho	4.1 Do profissional com o usuário 4.2 Da família com o usuário 4.3 Do serviço com o usuário	4.1.1. capacitação dos profissionais 4.1.2. o vínculo 4.2.1. a função de rede de apoio 4.3.1. garantia do acolhimento

APÊNDICE 9 – TABELA DE CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E ELEMENTOS DE ANÁLISE DOS USUÁRIOS

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE
CATEGORIA 1 Significados atribuídos ao comportamento suicida pelos usuários atendidos	<p>1.1 Definições do comportamento suicida</p> <p>1.2 Razões que levam ao suicídio</p> <p>1.3 A experiência/vivência do comportamento suicida</p> <p>1.4 O <i>olhar</i> dos profissionais</p>	<p>1.1.1. ter ideias ou pensamentos</p> <p>1.1.2. tentar tirar a própria vida</p> <p>1.1.3. a morte como desfecho</p> <p>1.1.4. não sabe definir</p> <p>1.2.1. desespero</p> <p>1.2.2. acabar com a dor psíquica</p> <p>1.3.1. preconceito</p> <p>1.3.2. segredo</p> <p>1.4.1. banalização do sofrimento</p> <p>1.4.2. disponibilidade para ajudar</p> <p>2.1.1. depressivos</p> <p>2.1.2. com histórico de violências</p> <p>2.1.3. a “crise”</p> <p>2.1.4. isolamento e solidão</p> <p>2.1.5. falta de apoio familiar</p> <p>2.2.1. não ser levado a sério</p> <p>2.2.2. lugar de acolhimento</p> <p>2.3.1. para continuidade na atenção básica</p> <p>2.3.2. serviços especializados</p> <p>2.3.3. internação</p>
CATEGORIA 2 A experiência nos serviços de atenção básica	<p>2.1 Características relacionadas aos usuários</p> <p>2.2 O atendimento nos serviços</p> <p>2.3 Expectativas de encaminhamento</p>	
CATEGORIA 3 Desafios observados na rede de Atenção Básica	3.1 Dos serviços com o usuário	<p>3.1.1. distância até os serviços</p> <p>3.1.2. rede precarizada</p> <p>3.1.3. falta de acompanhamento psicológico individual</p>
CATEGORIA 4 Aspectos que auxiliam na elaboração da experiência vivida	4.1 Na relação profissional-usuário	<p>4.1.1 para além dos medicamentos</p>