

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

**NARRATIVAS ACERCA DA TENTATIVA DE SUICÍDIO:
CONSIDERAÇÕES SOBRE A PREVENÇÃO
NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA**

SILVANA LIMA BUSCIOLI

**MARINGÁ
2012**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

**NARRATIVAS ACERCA DA TENTATIVA DE SUICÍDIO:
CONSIDERAÇÕES SOBRE A PREVENÇÃO
NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA**

Dissertação apresentada por SILVANA LIMA BUSCIOLI, ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Estadual de Maringá, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Área de Concentração: ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a LUCIA CECILIA DA SILVA

MARINGÁ
2012

B977 Buscioli, Silvana Lima
Narrativas acerca da tentativa de suicídio : considerações sobre a prevenção no contexto da saúde pública / Silvana Lima Buscioli. Maringá, 2012.
108f.
Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas), Universidade Estadual de Maringá.
Orientadora: Profa. Dra. Lucia Cecília da Silva.
1. Tentativa de suicídio. 2. Prevenção do suicídio. 3. Políticas públicas. 4. Saúde pública. I. Silva, Lucia Cecília da. II. Universidade Estadual de Maringá. Mestrado em Políticas Públicas. III. T.

CDD: 364.152.2

SILVANA LIMA BUSCIOLI

**NARRATIVAS ACERCA DA TENTATIVA DE SUICÍDIO: CONTRIBUIÇÕES
SOBRE A PREVENÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA**

Aprovada em **29 de outubro de 2012.**

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Lucia Cecília da Silva
Orientadora
UEM



Prof. Dra. Rozilda das Neves Alves
Membro
UEM



Prof. Dr. Rafael Siqueira de Guimarães
Membro
UNICENTRO

Dedico este trabalho ao meu pai, Luiz de Oliveira Lima, *in memoriam*, por me transmitir, desde pequena, o valor dos estudos e da liberdade de ser; e à minha mãe, Maria Silva Lourenço, *in memoriam*, que me faz tanta falta.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente às minhas amigas Aline, Sonia, Joice, Mayumi, Soraya, Sílvia, Maria Auxiliadora, Idalina, Ana Lia e Gislaine – que eu adoro! –, por serem parceiras de todas as horas (até nas madrugadas), por compartilharem minhas aflições, angústias, inseguranças e desmotivações, sempre dispondo de tempo para me escutar e dar uma palavra de conforto. Sem o apoio delas, o caminho trilhado até aqui teria sido bem mais árduo.

Agradeço à Prof.^a Dr.^a Lucia Cecilia da Silva, minha orientadora, por compartilhar comigo seus saberes e, principalmente, por me incentivar nesse processo de conhecimento.

Agradeço a Joice Matsudo, minha supervisora de estágio e terapeuta ocupacional, pela dedicação e pela competência e ética que transmite no exercício profissional.

Agradeço à direção do Hospital Colônia Adauto Botelho, especialmente ao Sr. Alceu Bosi, diretor-administrativo, por apoiar meu aprimoramento profissional.

Agradeço a Emerson Peres, do Departamento de Epidemiologia da Secretaria da Saúde do Estado do Paraná, pelas importantes informações fornecidas.

E, finalmente, agradeço aos pacientes que se dispuseram a compartilhar comigo parte de sua sofrida vivência.

Queria partir

Queria partir sem voltar
Queria partir desse lugar
E uma nova vida recomeçar
Sem mais me atrasar

O tempo vem trazendo marcas
Até hoje derrapei no barranco
Tenho que passar por vários trancos
Como se fossem solavancos

Queria partir para o além
Ir sem dor
Sem lágrimas e sofrimentos também
Mas penso muito no amor

No amor à vida
Isso a nós concedido
Evitar a ida?
Estar comprometido

Quero esquecer a morte
Que é certa
Ter sorte
Pois a vida é passageira

(Julia)

BUSCIOLI, Silvana L. **NARRATIVAS ACERCA DA TENTATIVA DE SUICÍDIO: CONSIDERAÇÕES SOBRE A PREVENÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA.** 108 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lucia Cecília da Silva. Maringá, 2012.

RESUMO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio é um problema de saúde pública e, nesse sentido, um fenômeno passível de intervenção, medida que tem por finalidade diminuir o número de tentativas e de mortes autoinfligidas. O Ministério da Saúde (MS) elaborou, em 2006, a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, conjunto de ações de prevenção do suicídio e promoção da saúde, com o intuito de fomentar o debate sobre o problema nos diversos segmentos da sociedade e potencializar os recursos disponíveis na Rede de Atenção à Saúde. As estratégias preventivas se norteiam tanto pelos fatores de risco quanto pelos de proteção, e entre os primeiros destacam-se: tentativas prévias de suicídio, transtornos mentais (principalmente esquizofrenia), transtornos de humor (sobretudo depressão), dependência química e alcoolismo e internamentos psiquiátricos recentes. Nesse sentido, esta pesquisa tem o objetivo de compreender a vivência da tentativa de suicídio e do acesso ao cuidado, por meio das narrativas de pacientes internados no Hospital Colônia Aduato Botelho. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de abordagem fenomenológica, que buscou a apreensão do fenômeno por meio da análise da experiência relatada pelos próprios sujeitos. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista, que se norteou pela seguinte pergunta: “Como foi sua experiência/vivência acerca da tentativa de suicídio?” O comportamento suicida, assim como o próprio fenômeno do suicídio, é envolto em complexidade e multicausalidade, e sua análise requer uma contextualização que privilegie também as singularidades do sujeito que o experiencia, a fim de se evitarem generalizações. Independentemente do motivo que leva uma pessoa a tentar o suicídio, prevalece a existência do sofrimento psíquico. Por isso, a melhor forma de prevenção do suicídio é o acompanhamento daqueles que estão sob esse risco, proporcionando-lhes cuidado não só na rede especializada em saúde mental, mas também na Atenção Básica. Constataram-se a dificuldade no acesso ao tratamento na Rede de Atenção Psicossocial e a dificuldade dos profissionais de saúde mental em abordar o paciente com comportamento suicida e em cuidar dele. O estudo pretendeu oferecer subsídios que possam contribuir para o aprimoramento do trabalho dos profissionais de saúde nos vários contextos da saúde pública.

Palavras-chave: Tentativa de Suicídio. Prevenção do Suicídio. Políticas Públicas. Saúde Pública.

BUSCIOLI, Silvana L. **NARRATIVES CONCERNING SUICIDE ATTEMPTS: CONSIDERATIONS REGARDING PREVENTION IN THE PUBLIC HEALTH CONTEXT.** 108 f. Dissertation (Master in Public Policies) – State University of Maringá. Supervisor: Prof. Dr. Lucia Cecília da Silva. Maringá, 2012.

ABSTRACT

According to the World Health Organization (WHO), suicide is a public health problem and, in this sense, a phenomenon liable to intervention with the aim of reducing the number of attempts and self-inflicted deaths. Ministry of Health created, in 2006, the National Suicide Prevention Strategy, that is a set of suicide prevention and health promotion actions, which has as its purpose to foster the debate about the problem on the many sections of society, seeking to strengthen the available resources of health attention and social care network. The preventive strategies are directed by both risk and protection factors. Among risk factors the major ones are: previous suicide attempts, mental disorders (mainly schizophrenia), mood disorders (especially depression), chemical addiction, alcoholism, and recent psychiatric internments. In this sense, the aim of this research is to get to know the experience of suicide attempts and the care accessibility, through the narratives of patients of Colônia Adauto Botelho Hospital. It is a qualitative research, of phenomenological approach, that tried to understand the phenomena by analyzing the experiences narrated by those who attempted suicide. The instrument used to collect the data was an interview, which has the following guiding question: "How was your suicide attempt experience?" The suicidal behavior, as well as the phenomenon of suicide itself, is shrouded in complexity and multicausality and its analysis requires a context that might also favor the peculiarities of the subject who experiences it, in order to avoid generalizations. Independently of the cause that leads a person to attempt suicide, there is a prevailing mental suffering. Therefore, the best way to prevent suicide is to monitor persons at risk, providing them the care not only by the network specialized in mental health but also in the primary services. It was noted the difficulty of access to the Psychosocial Attention Network and the difficulty of the mental health professionals in approaching a patient with suicidal behavior and taking care of them. The study intended to provide insight that can contribute to the improvement of the work of the health professionals in the various contexts of the public health.

Keywords: Suicide Attempt. Suicide Prevention. Public Politics. Public Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 CONCEPÇÕES ACERCA DO SUICÍDIO	17
2.1 O SUICÍDIO NA HISTÓRIA: BREVES CONSIDERAÇÕES	17
2.2 MARCOS TEÓRICOS SOBRE O SUICÍDIO	22
3 PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: ESTRATÉGIAS E POSSIBILIDADES NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL	30
3.1 FATORES DE PROTEÇÃO E DE RISCO	30
3.2 A PREVENÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	33
3.2.1 <i>A Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Paraná</i>	38
3.3 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO: INICIATIVAS E POSSIBILIDADES	40
3.3.1 <i>O papel da mídia na prevenção do suicídio</i>	48
4 PERCURSO METODOLÓGICO	52
4.1 A PESQUISA QUALITATIVA NA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA	52
4.2 O LOCAL DA PESQUISA	54
4.3 DEFININDO OS PARTICIPANTES	55
4.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	56
4.4.1 <i>Análise dos dados</i>	57
5 NARRATIVAS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO: UMA COMPREENSÃO DA VIVÊNCIA DE PESSOAS QUE PASSARAM PELA EXPERIÊNCIA DE ATENTAR CONTRA A PRÓPRIA VIDA	59
5.1 TRAJETÓRIAS	60
5.1.1 <i>A trajetória de Rosa</i>	60
5.1.2 <i>A trajetória de Julia</i>	61
5.1.3 <i>A trajetória de João</i>	63
5.1.4 <i>A trajetória de Jane</i>	63
5.1.5 <i>A trajetória de Mariana</i>	64
5.1.6 <i>A trajetória de Gislaine</i>	65

5.2 OS SENTIDOS DA TENTATIVA DE SUICÍDIO	66
5.2.1 “Achei melhor acabar com minha vida”	66
5.2.2 “A gente só pensa em tirar aquele sofrimento do corpo e da alma”	69
5.2.3 “Se eu pudesse pensar um pouco mais eu não teria feito”	69
5.2.4 “Sou uma pessoa com depressão”	70
5.2.5 “Ninguém falou nada”	72
5.2.6 “O que vai acontecer quando eu sair lá fora?”	75
6 VIVÊNCIAS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO: SUBSÍDIOS PARA SE LIDAR COM O FENÔMENO NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA	79
7 CONCLUSÃO	93
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICES	103
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	104
APÊNDICE B – Roteiro da entrevista.....	106

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), suicídio é todo ato intencional realizado por um indivíduo para extinguir a própria vida. Para os estudiosos Rosenberg e colaboradores (1988 apud MELEIRO; BAHLS, 2004, p. 15), o suicídio consumado caracteriza-se por “morte causada por lesão, envenenamento ou sufocação, com evidência explícita ou implícita de que tenha sido auto-infligida e de que havia intenção de morrer”.

Até então, contudo, não há uma definição consistente do que seja “tentativa de suicídio”. Inexistem critérios universalmente aceitos para estabelecer os níveis de determinação investigáveis em uma tentativa ou classificar sua intencionalidade (JAMISON, 2010).

Segundo a OMS, todo ano cerca de 1 milhão de pessoas morrem por suicídio. O coeficiente global é de 16 mortes por 100 mil habitantes, e isso representa uma taxa de 1 morte a cada 40 segundos (WHO, 2012).

A projeção é de que, até 2020, aproximadamente 1,5 milhão de pessoas cometerão suicídio no mundo e de 15 milhões a 30 milhões tentarão suicídio, ou seja, ocorrerá 1 morte a cada 20 segundos e uma tentativa a cada 1 ou 2 segundos (BERTOLOTE, 2004).

No ano passado, foi lançado o *Mapa da violência 2011: os jovens do Brasil*, elaborado pelo Instituto Sangari, em parceria com o Ministério da Justiça (MJ), e coordenado pelo sociólogo Julio Jacobo Waiselfisz. O estudo utilizou dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde (MS), e expôs o aumento do número de mortes entre os jovens brasileiros causadas por homicídios, acidentes de trânsito e suicídios no período de 1998 a 2008. Entre as três causas de morte, o suicídio foi a que teve maior aumento: o número de óbitos passou de 6.985 para 9.328 em 100 mil habitantes, o que correspondeu a um aumento de 17% na população total e 17% na população jovem, considerada a que está na faixa etária de 15 a 24 anos de idade. A taxa de homicídios subiu 19,5% e a de mortes por acidentes de transporte, 26,5% (WASELFISZ, 2011).

De acordo com os dados reunidos nesse estudo, o Brasil apresenta baixa taxa de mortalidade por suicídio: em média 4,9/100 mil habitantes na população total e 5,1/100 mil habitantes na população jovem. Entre os estados brasileiros, os que

registraram maior taxa de suicídio na população total, considerando-se 100 mil habitantes, foram Rio Grande do Sul (10,7), Santa Catarina (8,1), Mato Grosso do Sul (7,8), Roraima (7,5) e Piauí (7,1). O Paraná ocupou a 10.^a posição, com uma taxa de 5,7.

Entre as capitais brasileiras, Teresina, Porto Alegre, Goiânia, Aracaju e Palmas ocuparam as primeiras posições e Curitiba atingiu uma taxa de 4,6/100 mil habitantes, ficando na 20.^a posição. Em relação à Região Metropolitana, o levantamento revela o seguinte: “As maiores taxas, tanto para a população total quanto para os jovens, podem ser encontradas nas regiões metropolitanas de Porto Alegre e Fortaleza, só que para os jovens, temos que incluir também Curitiba e Belo Horizonte” (WAISELFISZ, 2011, p. 129). Nesse sentido, a Região Metropolitana de Curitiba é a terceira com maior taxa de suicídio: 5,3/100 mil habitantes.

O relatório traz um dado alarmante no que se refere à taxa nacional de suicídios indígenas: 20 mortes por 100 mil índios. De acordo com dados fornecidos pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) sobre a população indígena e com o número de suicídios indígenas registrado pelo SIM/MS, abrangendo apenas dois estados, temos:

[...] para o Amazonas uma taxa de 101 suicidas para 100 mil jovens e de 446 para Mato Grosso do Sul, índices que não têm comparação nem no contexto internacional, entre os países com taxas de suicídio consideradas trágicas. (WAISELFISZ, 2011, p. 157).

Dados epidemiológicos mundiais indicam que o comportamento suicida, ou seja, ter ideação, fazer planos e tentar se matar, constitui um problema de saúde pública. Por isso, em 1999 a OMS iniciou uma campanha mundial de prevenção em que uma das ações foi a criação do Suicide Prevention-Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours (SUPRE-MISS), que coordena estudos sobre o comportamento suicida nos países da África do Sul, Sri Lanka, China, Estônia, Índia, Irã, Vietnã e Brasil, com o objetivo de avaliar os efeitos de uma breve intervenção nos indivíduos que tentaram suicídio (WANG; MELLO-SANTOS; BERTOLOTE, 2004).

O Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS publicou, em 2002, uma série de manuais destinados a profissionais de diversas áreas, com esclarecimentos e orientações de acordo com as especificidades de

cada profissão. Para os profissionais da mídia – pois se entende que os meios de comunicação têm grande influência no comportamento das pessoas, de modo geral, e que a divulgação inadequada dos casos de suicídio pode induzir a esse ato –, o título indicado foi *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia*. Professores e outros trabalhadores em instituições de ensino contaram com as orientações reunidas no volume *Prevenção do suicídio: manual para professores e educadores*, no qual se aponta que o suicídio está entre as cinco causas de morte na faixa etária de 15 a 19 anos. Para médicos foi lançado *Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais*. Além destes, foram publicados manuais destinados a agentes prisionais, profissionais de aconselhamento, grupos de sobreviventes e também para o ambiente de trabalho.

No Brasil, o MS publicou, em 2006, a cartilha *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*, o que representou a primeira medida do conjunto de ações denominado Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2006a). Entre seus objetivos, destacam-se:

[...] desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas; identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade. (BRASIL, 2006a).

Nesse sentido, visando reduzir as taxas de suicídio, a maioria das propostas preventivas existentes no mundo baseia-se primeiramente na identificação dos fatores de proteção e fatores de risco presentes nas populações.

Assim, a existência de transtorno mental e história prévia de tentativa são considerados os mais importantes fatores de risco para o suicídio. Bertolote (2004) fez uma revisão sistemática dos 31 artigos publicados sobre casos de suicídio entre os anos de 1959 e 2001. No total, foram elencados 15.629 suicídios cometidos por pessoas da população geral, de ambos os sexos, entre as quais se constatou que 98% tinham diagnóstico psiquiátrico. Entre os mais frequentes estavam os transtornos do humor, principalmente depressão, com uma taxa de 30,2%; transtornos por uso de substâncias psicoativas e álcool, com 17,6%; e esquizofrenia, com 14,1%.

Chachamovich et al. (2009) fizeram uma revisão de diversas pesquisas com diferentes abordagens metodológicas nas distintas populações e corroboram a associação entre depressão e suicídio. Essas pesquisas afirmam que a depressão é a principal entidade nosológica relacionada à ideação suicida.

Segundo Botega et al. (2006), estima-se que o número de tentativas ultrapasse em 10 vezes o número de suicídios, que 15% a 25% das pessoas que tentam se matar tentarão novamente no ano seguinte e que 10% das que tentam se matar conseguirão nos próximos 10 anos. Os autores citam um estudo realizado no ano 2000 na Dinamarca, com base em fatores socioeconômicos, e constatam que a hospitalização psiquiátrica era o fator mais associado ao risco de suicídio. Para eles, a pesquisa enfatiza a ideia de que o transtorno mental grave é um forte indicador de risco de suicídio, e remetem à reflexão sobre o adequado e necessário acompanhamento assistencial aos pacientes durante o internamento psiquiátrico e principalmente após a alta hospitalar.

No Brasil, em decorrência do movimento da reforma psiquiátrica, a legislação sobre saúde mental preconiza a necessidade de a atenção à pessoa em sofrimento psíquico ser realizada prioritariamente em serviços não hospitalares. Entretanto, a maneira como a sociedade em geral se relaciona com as pessoas em sofrimento mental não mudou significativamente. As atitudes de medo e rejeição continuam existindo e permanecem associadas ao conceito de transtorno mental aliado a “periculosidade, incapacidade, irracionalidade” (AMARANTE, 2007, p. 99). Por essa razão, mesmo nos dias atuais o hospital psiquiátrico mantém-se, pelo menos no estado do Paraná, como o principal recurso no atendimento à crise, ainda é irrisória a quantidade de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS III), que funcionam 24 horas por dia, e a implantação de leitos psiquiátricos em hospital geral é insuficiente.

Nesse contexto, trabalhando como assistente social há sete anos em um hospital psiquiátrico público, chamou-me a atenção a quantidade de internamentos por tentativa de suicídio. De acordo com informações obtidas no Setor de Arquivamento Médico e Estatístico (SAME) do hospital, em 2010 foram internados 509 pacientes, de ambos os sexos, nas unidades para tratamento de transtornos mentais agudos, e, entre eles, 35,5% estavam ali em decorrência de comportamento suicida, ou seja, tinham ideação ou haviam tentado suicídio.

Em alguns casos, durante o atendimento os familiares relatavam que não reconheciam a necessidade do tratamento e muitos interpretavam a tentativa de suicídio do paciente como um mecanismo para se conseguir a atenção dos pais ou do cônjuge; outros tinham dificuldade em aceitar o tratamento em hospital psiquiátrico, visto por eles como um local para loucos. Quando era o primeiro internamento por causa de comportamento suicida, geralmente os familiares decidiam pelo abandono do tratamento e pediam alta. Nesses casos, assinavam um termo de responsabilidade em que constava a interrupção do tratamento contra o parecer da equipe multiprofissional.

Em uma política de promoção e prevenção da saúde, entende-se que o hospital é o último refúgio e último recurso para as pessoas que estão enfrentando um sofrimento. Até chegar a ele, espera-se que a pessoa tenha passado por outros serviços. Entretanto, ainda é forte entre nós a mentalidade hospitalocêntrica e curativa na área da saúde, que faz tanto a população quanto os profissionais preferirem o atendimento hospitalar, evitando – seja por dificuldades da própria rede, por costume ou por desconhecimento – a procura de serviços extra-hospitalares. Pensando assim, entende-se que conhecer a história das pessoas por meio das experiências delas pode oferecer subsídios para que se compreenda o percurso que fizeram até o hospital e, a partir desse momento, torna-se possível detectar os pontos frágeis e as potencialidades da Rede de Saúde em relação aos dispositivos extra-hospitalares.

Com base na experiência profissional no atendimento aos pacientes e suas famílias, visando orientá-los sobre a importância da continuidade do tratamento nos recursos extra-hospitalares, surgiram alguns questionamentos: Como os pacientes com histórico de tentativas de suicídio têm vivenciado os atendimentos prestados pelos serviços de saúde? Como foi o acesso desses pacientes a esses serviços? O que a saúde pública já ofereceu ou oferece a eles? Uma das hipóteses é que os pacientes realizaram um longo percurso até serem assistidos pelos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial e não tiveram suas necessidades atendidas, ou não se utilizaram daquilo que esses serviços poderiam oferecer, seja por desconhecimento ou por falta de encaminhamento. Respostas a essas questões podem trazer importantes subsídios para que os profissionais entendam pelo que passam os pacientes e seus familiares e possam oferecer uma atenção mais apropriada, após refletirem acerca de ações que diminuam o agravo.

Este estudo tem a intenção de contribuir para que as pessoas com sofrimento psíquico, notadamente aquelas com risco de suicídio, possam ser atendidas da melhor forma possível nos dispositivos extra-hospitalares.

Entende-se que a experiência das pessoas que sofrem com o problema possa lançar luz sobre essa realidade, por isso é importante os profissionais de saúde atentarem aos sinais, por mais insignificantes que lhes pareçam. Conhecer como a pessoa busca tratamento e como ela se sente atendida também pode contribuir com subsídios para que as políticas de prevenção proponham ações mais resolutivas, da mesma forma que os serviços de saúde em geral também podem se beneficiar das informações que as pessoas transmitem por meio de suas vivências e de sua realidade.

Portanto, os objetivos desta pesquisa foram compreender a vivência da tentativa de suicídio e da acessibilidade a cuidados na Rede de Atenção à Saúde mental por meio das narrativas de pacientes internados no Hospital Colônia Adauto Botelho. Para isso, procurou-se obter informações sobre os aspectos epidemiológicos e psicossociais relacionados ao suicídio; conhecer as políticas públicas de enfrentamento do suicídio no estado do Paraná, assim como as ações elaboradas nacionalmente, de acordo com a Portaria nº. 1.876/2006; e identificar os recursos de atenção disponíveis e utilizados por pacientes na Região Metropolitana de Curitiba (PR).

A dissertação está estruturada da forma apresentada a seguir.

Na seção intitulada “Concepções acerca do suicídio”, fez-se uma revisão de literatura, na qual foram citadas algumas das teorias explicativas do suicídio e como este tem sido entendido em nossa sociedade.

Na seção “Prevenção do suicídio: estratégias e possibilidades a partir de políticas públicas de saúde mental”, foram abordadas as políticas públicas de enfrentamento do suicídio no Brasil.

Na seção denominada “Percurso metodológico”, apresentou-se a metodologia adotada para se desenvolver o estudo. Nele foram expostos os princípios básicos da pesquisa fenomenológica, bem como os procedimentos adotados para a coleta e análise dos dados.

Em “Narrativas de tentativas de suicídio: uma compreensão da vivência de pessoas que passaram pela experiência de atentar contra a própria vida”, a quarta seção, mostraram-se os resultados da pesquisa. Para facilitar a apresentação e a

análise dos dados, foram estabelecidas algumas temáticas, as quais correspondem às unidades de significado apreendidas das falas dos sujeitos.

Na seção “Vivências de tentativas de suicídio: subsídios para se lidar com o fenômeno no contexto da saúde pública”, apresentamos a discussão, a fim de chegar a uma compreensão do fenômeno investigado, articulando-a com os objetivos.

Na última seção, teceram-se algumas considerações sobre a complexidade e multicausalidade que caracterizam o comportamento suicida, bem como sobre a dificuldade sentida pelo sujeito em rever e ressignificar seu ato e o fato de a sociedade como um todo, incluindo-se nesse contingente os profissionais de saúde, desconhecer que o suicídio é uma questão de saúde pública e que pode ser prevenido.

2 CONCEPÇÕES ACERCA DO SUICÍDIO

Assim como a morte tem suas representações conforme a época histórica e a cultura, o suicídio também é entendido conforme as ideias, crenças, valores e costumes de uma dada sociedade. Da mesma forma, diferentes teorias procuram conhecê-lo em seus variados aspectos e sob determinadas perspectivas filosóficas e sociológicas. É disso que trata esta seção. Mesmo que este estudo não tenha adotado uma teoria específica para abordar o tema “suicídio”, é interessante apresentar as concepções sobre ele, pois as vivências das tentativas de suicídio não são exclusivamente individuais, mas entendidas como contextualizadas em uma sociedade, em uma cultura.

2.1 O SUICÍDIO NA HISTÓRIA: BREVES CONSIDERAÇÕES

Kurcgant e Wang (2004) traçam uma linha do tempo do suicídio no Ocidente no decorrer dos séculos e demonstram que o modo de explicar e enfrentar o tema modifica-se à medida que variam os sistemas sociais, culturais, políticos e científicos, entre outros aspectos.

De acordo com os autores, os filósofos incitavam discussões sobre o suicídio, e se constatava que diferentes escolas filosóficas tinham diferentes opiniões sobre o assunto. De um lado, estavam os que o defendiam, como os cirenaicos, cínicos, epicuristas e estoicos, por compreenderem que o indivíduo possui a liberdade nata de decidir-se por sua vida ou por sua morte. Do outro, os pitagóricos, que o desaprovavam, por considerarem o homem um ser social, que vive coletivamente e que, por isso, deveria cumprir seu papel na sociedade; nesse caso, a satisfação do interesse individual não deveria se sobrepor ao coletivo.

Os autores supracitados inferem que o mundo grego está repleto de casos de suicídio, como os de Meneceia, Isócrates, Temístocles, Demóstenes, Aristodemo, Cleomeno, Pitágoras, Demócrito, Panteu, Hero e Safo, Zenão, Cleanto, Hegésias, Diógenes, Epicuro. Cada um desses suicídios teve uma motivação: questão de honra, patriotismo, convicções religiosas, desprezo da vida, remorso ou para fugir da velhice (BARNES, 1997 apud KURCGANT; WANG, 2004).

A morte de Sócrates, por exemplo, foi considerada um suicídio filosófico. Por não reconhecer os deuses da Cidade-Estado, adotando outras divindades, e por ter

sido acusado de corromper a juventude, foi julgado e condenado à morte. Na prisão, tomou uma taça de cicuta. Em *Fédon*, de Platão, Sócrates aceita passivamente sua sentença, pois acredita que sua condenação é uma vontade dos deuses, mesmo tendo sido injustamente julgado pelos juízes atenienses, e pensa que a morte não deve ser temida por ninguém. Em sua última investigação filosófica, que é sobre a imortalidade da alma, a morte é vista como liberação do pensamento e purificação (SILVA, 2009).

Na Roma Antiga, as concepções sobre o suicídio levavam em conta o segmento social dos suicidas. Os escravos, por exemplo, por uma questão econômica, eram proibidos de cometer suicídio, que, nesse caso, era considerado um atentado à propriedade. A proibição se aplicava também aos soldados, mas por uma questão de patriotismo, e, caso tentassem e sobrevivessem, eram punidos. Já para os homens livres não existia impedimento legal nem religioso até o século II d.C., aproximadamente, época em que foram feitas modificações no direito romano e as autoridades passaram a exercer controle sobre a livre decisão de morrer dessa parcela da sociedade, colocando então que, para praticar esse ato, o cidadão tinha de ter justificativas plausíveis (KURCGANT; WANG, 2004).

Na Idade Média, o suicídio passou a ser uma “tentação diabólica e de loucura” e visto como crime, portanto passível de punição. Cada país ditava castigos diferentes; em todo caso, o corpo do suicida era concebido como possuído por maus espíritos. Na França, por exemplo, se um homem se suicidasse, o cadáver era arrastado até a forca e pendurado; se uma mulher o fizesse, era queimada. Na Inglaterra, o corpo do suicida era enterrado em lugar onde houvesse bastante movimento, preferencialmente uma encruzilhada, preso ao chão por uma estaca de madeira atravessada no peito. Em Zurique, a punição variava de acordo com o suicídio cometido: se a morte tivesse sido auto-infligida por um punhal, por exemplo, o corpo era enterrado com um pedaço de madeira fincado em seu crânio. Na Inglaterra e na França, além da punição imposta ao morto, seus bens eram confiscados pelas autoridades civis e religiosas.

Entretanto, a punição não se estendia a todos. Os suicídios cometidos por clérigos, aristocratas e cavaleiros eram considerados como um ato honroso e de fé inabalável, necessário para escapar de humilhação e decepcionar os inimigos. Artesãos e camponeses, por sua vez, matavam-se por causa do sofrimento e da miséria, e isso era visto como um ato de covardia (KURCGANT; WANG, 2004).

Com o Cristianismo, o entendimento pregado era de que a vida terrena era cheia de provações e sofrimento e apenas com a morte se alcançaria a vida eterna, repleta de paz, isenta de pecados e próxima de Deus. Segundo Corrêa, Nicolato e Neves (2011), Tertuliano, um dos pais da doutrina cristã, considerou a morte de Cristo como um suicídio, pois ele sabia que ia morrer e nada fez para evitar. Nesse caso, a morte voluntária foi vista como uma prova de fidelidade a Deus. No *Antigo Testamento*, são mencionados nove suicídios e no *Novo Testamento*, apenas um, o de Judas Iscariotes, julgado pela Igreja como um ato vergonhoso e condenável.

O suicídio tornou-se duramente repreendido pela Igreja Católica entre os séculos XI e XIV. Na literatura teológica, principalmente na *Suma Teológica*, escrita por São Tomás de Aquino, a única solução para esse mal diabólico é a confissão, pois esta absolve o pecador e o reconcilia com Deus (MINOIS, 1998).

No Renascimento, que marcou o fim da Idade Média e o início da Idade Moderna, ocorreram várias transformações em todas as áreas da sociedade, como arte, filosofia, religião, cultura, economia, política. Nesse período, as elites intelectuais exprimiam seus princípios e desejos por meio de obras literárias e peças teatrais. Esses trabalhos, que até então eram limitados aos clérigos e cavaleiros, passaram a ser acessíveis à burguesia, à pequena nobreza e também aos tidos como iletrados. Na época, por meio da literatura, das artes cênicas e das artes plásticas, divulgaram-se os mais variados tipos de suicídio cometidos na história greco-romana. Entretanto, mesmo com a Reforma Protestante o suicídio continuou sendo considerado um ato diabólico, condenado também pelos luteranos, calvinistas, puritanos e anglicanos (KURCGANT; WANG, 2004).

A partir do século XVI, houve uma maior preocupação em não se cometer injustiça para com o suicida, tornando-se, então, mais rigoroso o processo de inquérito. Os juristas recomendavam que se fizesse uma investigação minuciosa sobre a vida do suicida, seus hábitos, seus costumes e as circunstâncias que envolveram sua morte. Surpreendentemente, nomeavam um curador do corpo para ser o defensor do morto no tribunal, e a família era convocada para prestar esclarecimentos.

Na segunda fase do Renascimento, os filósofos, os ensaístas, os intelectuais e os médicos se interessaram em estudar sistematicamente o comportamento suicida. Surgiu, então, outro tipo de explicação: o indivíduo comete suicídio não porque está possuído por espíritos malignos, mas porque sofre de melancolia, vista

como um desequilíbrio mental, portanto, uma doença. Em 1621, Robert Burton analisou a melancolia em seu famoso livro *Anatomy of melancholy*.

[...] trata-se de um excesso de bÍlis negra, associada ao mais sombrio dos elementos, a Terra, e ao mais sombrio dos planetas, Saturno. Este caráter é adquirido desde o nascimento, mas pode ser corrigido ou agravado pelo envolvimento social e pelo comportamento individual. (KURCGANT; WANG, 2004, p. 43).

No século XVII, os juristas, influenciados pelas teorias médicas, absolviam o suicida quando se comprovava a existência de doença. Começou-se a recorrer ao internamento como medida de contenção, isto é, para se evitarem tentativas de suicídio. Caso alguém tentasse se matar, então essa pessoa não só era internada como mantida presa em uma gaiola, com as mãos imobilizadas (FOUCAULT, 1978).

No século XVIII, período conhecido como Iluminismo ou Era das Luzes, os filósofos e intelectuais se encantaram com o assunto, conforme afirmam Kurcgant e Wang (2004), e o abordaram em várias obras literárias e teatrais. Outros motivos sobrevieram, então, para explicar o suicídio: o “desgosto pela vida” e a negação de viver uma vida de sofrimento. Surgiram correntes de pensamento que defendiam a liberdade de escolha individual.

Estudos científicos da época contribuíram para desculpar o ato suicida, que passou a ser considerado um problema no funcionamento fisiológico da pessoa, provocado por excesso de estudo ou de atividades físicas, mentais e também de paixões. Então foram indicados tratamentos:

[...] com tártaro, fuligem de chaminés, pó das patas de lagostins e banhos de chuveiro; são sugeridas viagens, férias no campo e a música. Os efeitos do teatro eram considerados questionáveis, pois podiam desregular a imaginação, sobretudo nas mulheres. (MINOIS, 1998, p. 47).

Na Inglaterra, as condenações religiosas ao corpo do suicida deixaram de existir em 1823 e, em 1870, suspenderam-se as condenações civis. Até a primeira metade do século XIX, os suicidas eram condenados judicialmente. Somente na segunda metade desse século, precisamente em 1961, o suicídio deixou de ser considerado crime, embora ainda tenham ocorrido algumas prisões por tentativa de suicídio nesse período (MINOIS, 1998).

Segundo Minois (1998), a medicina contribuiu para que o suicídio fosse visto como uma “doença vergonhosa”. Philippe Pinel, em seu *Traité médico-philosophique*

sur l'aliénation mentale, ou la manie, publicado em 1801, afirmava que o comportamento suicida era comum aos que tinham fraqueza de espírito; estes eram tidos como incapazes de lidar com as vicissitudes da vida, e o tratamento se baseava na repressão.

O alienista Esquirol (1838), discípulo de Pinel, foi quem elaborou a primeira teoria psiquiátrica para explicar o suicídio. Segundo sua teoria, não existe no cérebro uma área específica que determine a causa do suicídio, e alguns suicídios são isentos da presença de doença mental. A partir de então, alguns alienistas adquiriram uma visão mais ampla sobre as possíveis causas do comportamento suicida, como hereditariedade e localização de lesões no cérebro, e passaram a englobar as emergentes explicações sociais.

No século XIX, Émile Durkheim (2004) realizou um estudo sociológico sobre o suicídio baseado em dados estatísticos da época, contribuindo, assim, para aumentar a discussão sobre as causas e definições existentes até aquele momento. No mesmo período, Sigmund Freud também trouxe inovadoras explicações sobre o suicídio, fundamentadas em sua teoria psicanalítica sobre o instinto de morte e de vida (1976).

No século XX, as discussões acerca do suicídio se silenciaram, e o suicídio tornou-se “um mal mental, moral, físico e social, não mais a manifestação de uma liberdade humana, tal como os pensadores mais audaciosos haviam sugerido entre os séculos XVI e XVIII” (KURCGANT; WANG, 2004).

No século XXI, o suicídio está diretamente associado à ordem dos novos tempos, ou seja, à chamada “crise”. Crise em todos os sentidos, mas principalmente econômica, política e social, na qual as pessoas convivem com menos recursos, menos expectativas, menos esperanças e mais desespero, em que se verifica um aumento significativo do uso abusivo de álcool e outras drogas psicoativas, bem como das taxas de desemprego, criminalidade e violência, menor índice de natalidade e baixo índice de escolaridade. Esses e outros tantos aspectos podem refletir no aumento do índice de mortalidade por suicídio.

Neste século, provavelmente em decorrência das preocupantes taxas de mortalidade, cientificamente observam-se múltiplos estudos, de diferentes vieses, que tentam responder à principal questão acerca do assunto: por que o indivíduo se mata? Parece que é consenso o suicídio ser considerado o ato mais intrigante do

ser humano e que é decorrente de múltiplos fatores, internos e externos ao indivíduo, por isso qualquer resposta que surja será insatisfatória.

2.2 MARCOS TEÓRICOS SOBRE O SUICÍDIO

O assunto, em seus vários aspectos, tem interessado a muitos pesquisadores, conforme demonstra a quantidade de trabalhos publicados sobre isso. Etimologicamente, a palavra “suicídio” deriva do latim *suicidiu*, que significa morte violenta ou imolação (*caedes*) de si mesmo (*sui*), e começou a ser utilizada apenas no século XVIII, pelo filósofo Caramuel. Duas outras expressões empregadas para denominar o ato é *hekousios thanatos*, do grego, ou *mors voluntaria*, do latim, que significam morte voluntária. Todavia, o conceito de “morte de si mesmo” é muito genérico e não detalha as várias dimensões desse comportamento (GUIMARÃES, 2011).

A pesquisa sociológica pioneira sobre o suicídio está apresentada no livro *O suicídio: estudo de sociologia*, de Émile Durkheim, lançado em 1897. A obra é considerada um clássico e o mais importante tratado sobre o tema. Nela o autor analisa o suicídio não como um fato psicológico individual, mas como um fenômeno social:

De fato, se, em vez de enxergá-los apenas como acontecimentos particulares, isolados uns dos outros e cada um exigindo um exame à parte, considerarmos o conjunto dos suicídios cometidos numa determinada sociedade durante uma determinada unidade de tempo, constataremos que o total assim obtido não é uma simples soma de unidades independentes, uma coleção, mas que constitui por si mesmo um fato novo e *sui generis*, que tem sua unidade e sua individualidade, por conseguinte sua natureza própria, e que, além do mais, essa natureza é eminentemente social. (DURKHEIM, 2004, p. 17).

Para estudar a sociologia do suicídio, Durkheim aplicou o método sociológico utilizando dados estatísticos obtidos por meio do levantamento de cerca de 26 mil dossiês sobre suicídios ocorridos na França, os quais foram arquivados pelo serviço de estatística judiciária desse país, no período de 1889 a 1891, e classificou-os por idade, sexo, estado civil, presença ou ausência de filhos e religião. Ele argumenta que toda sociedade possui, em cada período histórico, certa aptidão para as mortes voluntárias e elabora a taxa social do suicídio:

Cada sociedade tem, portanto, em cada momento de sua história, uma disposição definida para o suicídio. Mede-se a intensidade relativa dessa disposição tomando a razão entre o número total global de mortes voluntárias e a população de todas as idades e todos os sexos. Chamaremos esse dado numérico de *taxa de mortalidade-suicídio própria à sociedade considerada*. Ele é calculado, geralmente, com relação a um milhão de habitantes ou a cem mil. (DURKHEIM, 2004, p. 19-20, grifo do autor).

Para o autor, o suicídio é definido como:

[...] todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima, em que ela sabia que produziria esse resultado. A tentativa é o ato assim definido, mas interrompido antes que dele resulte a morte. (DURKHEIM, 2004, p. 14).

Considerando que toda sociedade tem sua taxa social de suicídio, Durkheim descarta a teoria de que o suicídio afete apenas os alienados. Entretanto, cita a classificação de suicídio dos alienados proposta pelos especialistas Jousset e Moreau de Tours (apud DURKHEIM, 2004), para se referir a causas extrassociais:

- a) suicídio maníaco: o doente encontra-se em mania e se mata para obedecer às alucinações ou pensamentos delirantes que o acometem. A ideia de suicídio surge de repente e torna-se instável;
- b) suicídio melancólico: o doente sofre de profunda depressão e não consegue sentir atrativos na vida. A ideia de suicídio é de caráter imaginário e persistente;
- c) suicídio obsessivo: também conhecido como suicídio ansioso, não possui uma causa imaginária ou real. A ideia de morte torna-se fixa na mente do doente, é um desejo incessante. Muitas vezes a pessoa luta contra essa vontade e, em algum momento, consegue superá-la após uma tentativa fracassada;
- d) suicídio impulsivo ou automático: o desejo de se matar surge repentina e esporadicamente diante de uma oportunidade, seja estando à beira de um lago ou visualizando uma faca. A tentativa é realizada rapidamente, sem que a pessoa tenha tempo de raciocinar sobre os motivos.

Para entender o suicídio por meio de uma abordagem social, Durkheim tomou a integração e a regulação sociais como dimensões independentes presentes na sociedade e classificou o suicídio em três tipos:

- a) suicídio egoísta: ocorre quando o indivíduo encontra-se em uma posição de isolamento e marginalização na sociedade, não tem vínculos nem faz parte de nenhum grupo social. Sua integração na sociedade é muito baixa. Como exemplo, pode-se citar o suicídio do deprimido;
- b) suicídio altruísta: ao contrário do egoísta, o indivíduo está extremamente ligado à sociedade, abre mão de sua individualidade, de seus interesses pessoais, e comete suicídio porque sua consciência moral ordena. Nesse caso, caracteriza-se uma alta integração da pessoa na sociedade. Podem-se citar como exemplos o haraquiri, o suicídio dos pilotos kamikazes e a morte dos homens-bomba. Essas formas de suicídio são comumente as que ocorrem nas sociedades “primitivas” e asiáticas;
- c) suicídio anômico: vem da noção de anomia, estado que se caracteriza pela ausência de normas, segurança, estabilidade e amparo. O indivíduo nessa situação vive sem regulamentação nem proteção social. Não se exerce controle sobre seu comportamento, constata-se uma baixa regulação da sociedade sobre ele. São exemplos os casos de suicídio de desempregados e divorciados. Esse tipo de suicídio geralmente ocorre nas sociedades ocidentais e industriais.

E, ao tratar da anomia, Durkheim define-a comparativamente às demais:

A anomia é, portanto, em nossas sociedades modernas, um fator regular e específico de suicídios; é uma das fontes em que se alimenta o contingente anual. Por conseguinte, estamos diante de um novo tipo, que deve ser distinguido dos outros. Difere deles na medida em que depende não da maneira pela qual os indivíduos estão ligados à sociedade, mas da maneira pela qual ela os regulamenta. O suicídio egoísta tem como causa os homens já não perceberem razão de ser na vida; no suicídio altruísta, essa razão lhes parece estar fora da própria vida; o terceiro tipo de suicídio, cuja existência acabamos de constatar, tem como causa o fato de sua atividade se desregrar e eles sofrerem com isso. Por sua origem, daremos a essa última espécie o nome de *suicídio anômico*. (DURKHEIM, 2004, p. 328-329, grifo do autor).

Segundo o sociólogo Dahrendorf (apud DURKHEIM, 2004), a anomia refere-se a uma condição social em que as normas reguladoras e sanções tornam-se vulneráveis e não possuem a capacidade de regular o comportamento das pessoas; surge aí um sentimento de impunidade. Desse modo, “a anomia seria, então, uma condição na qual tanto a eficácia social como a moralidade cultural das normas tende a zero” (DURKHEIM, 2004, p. XXVIII).

Karl Marx também se interessou pelo tema e, em 1846, publicou a obra *Sobre o suicídio*, em que utilizou trechos dos escritos *Mémoires tirés des archives de la police de Paris*, elaborado em 1838 por Jean-Jacques Peuchet, diretor dos arquivos da polícia francesa. A metodologia que Marx adotou para analisar o suicídio foi o estudo de casos. Entre os quatro suicídios descritos no livro, três foram cometidos por mulheres. Ao minuciar o cotidiano da vida dessas pessoas, o autor fez uma crítica social e levantou temas como a opressão das mulheres, o aborto, o patriarcado e a desumanidade da sociedade moderna. Segundo Marx (2006), injustiça social, desemprego, miséria, violência, patologias e falta de ética são manifestações da sociedade moderna e podem levar ao suicídio:

O número anual do suicídio, aquele que entre nós é tido como uma média normal e periódica, deve ser considerado um sintoma da organização deficiente de nossa sociedade; pois, na época da paralisação e das crises da indústria, em temporadas de encarecimento dos meios de vida e de invernos rigorosos, esse sintoma é sempre mais evidente e assume um caráter epidêmico. A prostituição e o latrocínio aumentam, então, na mesma proporção. Embora a miséria seja a maior causa do suicídio, encontramos-lo em todas as classes, tanto entre os ricos ociosos como entre os artistas e os políticos. A diversidade das suas causas parece escapar à censura uniforme e insensível dos moralistas. (MARX, 2006, p. 23-24).

Marx parte da vida particular das pessoas para tecer uma crítica à sociedade moderna e não se limita a mencionar a condição de exploração econômica, mas também conclui que há ausência de ética e moral na sociedade capitalista. Nesse sentido, o desespero, o abandono e os desafios resultantes dos valores sociais que são formulados em determinada sociedade afetam todos os indivíduos, independentemente da classe social a que pertencem.

Rodrigues (2009), em uma perspectiva sociológica, faz um estudo comparativo entre as obras de Durkheim e Marx e considera que elas se complementam, pois ambos os autores procuraram demonstrar a sociologia como uma disciplina científica e fizeram uma crítica à sociedade moderna. Marx partiu da

análise da vida privada para realizar uma crítica social contundente, e Durkheim partiu do “exterior [a sociedade] para o interior [a vida privada]”, com o mesmo propósito.

Outras publicações mais atuais tornaram-se marcos na compreensão do fenômeno. Os sociólogos Guillon e Le Bonniec, ao publicarem o livro *Suicídio: modo de usar*, causaram muita polêmica, principalmente na Europa e nos Estados Unidos, chegando inclusive a sofrer pressão pela censura da publicação. Os autores também criticaram a sociedade moderna, vista por eles como responsável pela dominação e desumanidade, causadora de sofrimentos e, conseqüentemente, de números significativos de suicídio. Entretanto, na contramão da ideia de prevenção, defenderam que todo ser humano que não suporta mais a continuação de uma vida indigna tem o direito de escolher morrer e, para isso, deve ter acesso aos meios que possibilitem uma “morte suave” (GUILLON; LE BONNIEC, 1984).

Os autores divulgaram uma listagem de medicamentos disponíveis nas farmácias – soníferos, analgésicos, calmantes, anti-histamínicos, antidepressivos, remédios para cardíacos –, que, em determinadas doses, podem ser letais. O livro suscitou discussões acerca de questões como eutanásia, liberdade individual e suicídio assistido, e a polêmica continua até nos dias atuais.

Além das teorias elaboradas pelas ciências sociais, a psicanálise também contribuiu significativamente para o entendimento do tema. Em suas *Obras completas*, Freud escreveu o texto “Contribuições para uma discussão acerca do suicídio”, relacionado à educação. Já naquela época, a escola era considerada um locus importante para o desenvolvimento das habilidades sociais, o que reforçava um dos fatores de proteção preconizados nas atuais propostas preventivas do suicídio. Segundo Freud (1970), a escola deve se preparar para lidar com indivíduos imaturos, que se encontram em diferentes estágios de desenvolvimento, e uma de suas funções é estimular o interesse pela vida, que é uma das formas de prevenir o suicídio. Ele entende que, na adolescência, as pessoas estão em transição no curso de seu desenvolvimento, mudando seus vínculos em relação aos pais, e a escola pode ser fonte de apoio nos momentos críticos. Para Freud:

A escola secundária toma o lugar dos traumas com que outros adolescentes se defrontam em outras condições de vida. Mas uma escola secundária deve conseguir mais do que não impelir seus alunos ao suicídio. Ela deve lhes dar o desejo de viver e devia lhes oferecer apoio e amparo numa época

da vida em que as condições de seu desenvolvimento os compelem a afrouxar seus vínculos com a casa dos pais e a família. (FREUD, 1970, p. 217-218).

Mas foi em *Luto e melancolia*, texto lançado em 1917, que Freud procurou explicar os mecanismos do ato suicida. Nessa obra, ele destacou que o luto é uma reação a uma perda que pode ter sido decorrente do falecimento de um ente querido, de uma desilusão amorosa, da privação de liberdade, entre outras. Por um lapso de tempo, o indivíduo fica desinteressado do mundo externo, desmotivado em fazer certas atividades, afastando-se, conseqüentemente, do convívio social. Em alguns casos, ocorre a somatização na forma de inapetência e/ou insônia. O fim do luto se caracteriza quando a pessoa aceita a perda e redireciona sua libido (FREUD, 1974).

Segundo Freud, a melancolia também pode ser uma reação à perda e nela verificam-se os mesmos desânimos existentes no luto, mas, excepcionalmente, ocorre uma acentuada diminuição da autoestima, autorrecriação, delírio de inferioridade e autodegradação, os quais não são realmente justificáveis. No caso da melancolia, não há transferência da libido para outro objeto, mas uma identificação com o que se perdeu; a agressão não é externada, e, sim, autoprovocada.

O tema foi abordado também no texto “Além do princípio de prazer” (1976), no qual Freud destacou a pulsão de vida (que ele chamou de *Eros*) e a pulsão de morte (que ele denominou *Thanatos*) como condições essenciais da natureza humana e afirmou ser fundamental o equilíbrio entre elas. Enquanto a pulsão de vida está relacionada ao desenvolvimento, à reprodução, à aprendizagem, a pulsão de morte antagonicamente conduz à destruição, à degradação, à desconexão. No caso do suicídio, somente a pulsão de morte está atuando.

Karl Menninger, psiquiatra e psicanalista americano, desenvolveu, em 1983, importantes reflexões sobre o comportamento suicida. O livro *Eros e Tânatos: o homem contra si próprio* é constituído por estudos de casos com base nos quais ele explicou a tendência autoagressiva do indivíduo. Ele defendeu que qualquer comportamento autolesivo pode ser considerado suicídio e o classificou em três tipos: suicídio crônico, suicídio focal e suicídio orgânico.

Como exemplos do primeiro tipo ele cita o alcoolismo, o ascetismo e o martírio, casos em que o indivíduo toma atitudes ou adota um estilo de vida com a intenção de causar sofrimento a si próprio e que poderão levá-lo à morte. Ou seja, o

sujeito provoca a autodestruição e, embora seus atos pareçam sem propósitos mortais, “em tais pessoas, porém, o impulso destrutivo é muitas vezes de natureza progressiva, exigindo pagamentos cada vez maiores, até que finalmente o indivíduo fica, por assim dizer, falido e precisa se entregar à morte” (MENNINGER, 1970, p. 90).

O segundo tipo de suicídio, na classificação de Menninger, refere-se às ações autodestrutivas que têm como alvo partes específicas do corpo. Automutilação, simulação de doença, poliecirurgia compulsiva, acidentes inconscientes que provocam ferimentos locais e impotência sexual são exemplos de suicídio focal. Esses casos “são determinados em geral pelos mesmos motivos e mecanismos delineados para o suicídio propriamente dito, exceto quanto ao grau de participação do instinto de morte” (MENNINGER, 1970, p. 207).

O suicídio orgânico, por sua vez, tem como exemplos os portadores de doenças psicossomáticas. Para Menninger, todo ato suicida é carregado de complexidade. Ele critica o julgamento que o senso comum faz do suicídio como um ato de coragem, bravura e autonomia.

De acordo com Cassorla (1991, p. 20), o estudo sobre o suicídio requer interdisciplinaridade, visando evitar reducionismos e explicações unilaterais, pois o suicídio não possui apenas uma causa, mas “trata-se de um evento que ocorre como culminância de uma série de fatores que vão se acumulando na biografia do indivíduo, em que entram em jogo desde fatores constitucionais até fatores ambientais, culturais, biológicos, psicológicos, etc.”.

O autor considera que, por meio de um exaustivo e prolongado estudo psicanalítico do indivíduo, é possível desvendar os fatores que influenciam o ato suicida. Ele argumenta que esse ato está mais associado à vida do que à morte, que é vista pelo sujeito como solução para aplacar a dor insuportável do viver.

Nesse sentido, Cassorla (1991) destaca três tipos de fantasias inconscientes em relação à morte. A primeira seria o reencontro com algum ente querido que faleceu: nesse reencontro, a vida seria feliz e cheia de paz. A segunda está relacionada à agressividade e à vingança: o indivíduo se mata para causar sofrimento aos que permanecerão vivos. E a última fantasia inconsciente está associada ao sentimento de culpa, verificada principalmente na melancolia.

Nos casos em que o indivíduo opta por um estilo de vida que pode ocasionar sua morte, dificilmente é identificada sua intencionalidade, por isso o autor

denominou de suicídio inconsciente, e enfatizou que “pior ainda é a anestesia, a alienação, o suicídio da condição humana, em que as pessoas se sujeitam a uma morte em vida, sem consciência e sem condições de lutar por sua dignidade” (CASSORLA, 1991, p. 25).

Cassorla contribuiu também por meio de vários trabalhos publicados sobre as reações de aniversário, ocasião tida como um dos fatores suicidógenos ou de risco, e cita exemplos de alguns casos clínicos de suicídios de poetas e atores. Nesses casos, o indivíduo que sofre por causa da perda de um ente querido não apresenta quadro melancólico, mas, inconscientemente, aflora nele certa agressividade quando se aproxima o aniversário do acontecimento. Nessa circunstância, é comum o aparecimento de sintomas, que vão de leves a graves, nos níveis psicossomáticos e sociais, como, por exemplo, isolamento social, angústia, mal-estar, aborto, psicose, neurose, tentativa de suicídio e suicídio.

Às teorias explicativas mencionadas anteriormente somam-se aquelas formuladas como resultado de pesquisas na área da neurobiologia do suicídio, que demonstram a influência da redução da atividade serotoninérgica no comportamento suicida, uma vez que no modelo neurobiológico o principal foco é a disfunção da serotonina.

Nessa linha investigativa, Turecki (1999), mediante a revisão de alguns estudos, verificou que pessoas que possuem redução na região cerebral pré-frontal tendem a ser impulsivas e manifestar autoagressividade quando estão envolvidas em situações estressantes e que isso pode ser um fator de predisposição ao suicídio. Seguindo esse viés, alguns estudos genético-epidemiológicos demonstram que o suicídio pode estar associado a problemas hereditários.

Diante da complexidade dos fatores predisponentes ao ato suicida, os estudiosos tendem a analisá-lo de maneira contextualizada, levando em consideração diversas variáveis, como a constituição biológica, a história pessoal e o ambiente sociocultural e econômico. Dessa forma, nenhum deles, isoladamente, dará conta de explicar o fenômeno. Estar ciente dessa complexidade é, portanto, imprescindível para se evitarem julgamentos superficiais e reducionistas no momento do acolhimento de uma pessoa em sofrimento psíquico.

3 PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: ESTRATÉGIAS E POSSIBILIDADES NAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

A prevenção do suicídio em âmbito mundial, conforme ressalta Bertolote (2004), é centenária. Os primeiros programas preventivos foram lançados nos Estados Unidos e na Europa em 1906, nas cidades de Nova York, Londres, Viena e Berlim. Hoje em dia, são raros os países que não desenvolvem alguma forma de prevenção do suicídio, seja por meio de centros de atenção a crises ou de serviços de escuta telefônica, seguindo o pioneiro modelo inglês dos Samaritanos (1930). No Brasil, desde 1962 funcionam os Centros de Valorização a Vida (CVV), que estão espalhados em mais de 70 cidades e contam com aproximadamente 2 mil voluntários (SANTOS, 2012).

As atuais propostas de prevenção se baseiam na produção de conhecimento nos campos das ciências humanas, sociais e de saúde sobre os fatores de risco e de proteção e têm o objetivo de compreender os mecanismos que poderiam desencadear ou inibir o comportamento suicida e, conseqüentemente, determinar o segmento populacional mais vulnerável.

3.1 FATORES DE PROTEÇÃO E DE RISCO

Os fatores de proteção são aqueles que visam diminuir as taxas de suicídio, mas, de acordo com Bertolote (2004), atualmente são escassas as evidências do papel de tais fatores no comportamento suicida.

Condições ou estados como gravidez, puerpério, presença de crianças em casa, senso de responsabilidade familiar, religiosidade, suporte social positivo, relação terapêutica positiva, habilidades positivas de enfrentamento e solução de problemas e habilidades cognitivas e sociais têm sido apontados como inibidores do suicídio. Mulheres grávidas, puérperas e com crianças são menos predispostas ao suicídio, exceto quando apresentam quadros psiquiátricos puerperais, situação em que se tornam vulneráveis (MELEIRO; TENG, 2004).

As habilidades cognitivas e de socialização dependem, provavelmente, da constituição e da oferta da rede de apoio a que o indivíduo pertence ou da inexistência dos efeitos deletérios ocasionados pelos transtornos mentais ao desenvolvimento da personalidade (MELEIRO; TENG, 2004).

Os fatores de risco, por sua vez, foram definidos em estudos baseados em dados epidemiológicos que reuniram informações relativas tanto aos casos de morte registrados oficialmente como suicídio como aos métodos escolhidos. De acordo com Meleiro e Teng (2004, p. 109), por meio de “técnicas de autópsia psicológica, podem-se resgatar aspectos psicológicos, psiquiátricos, médicos e socioeconômicos dos pacientes, incluindo informações sobre características das famílias dos suicidas”.

Pode-se afirmar que a probabilidade de uma pessoa cometer suicídio é proporcional à quantidade de fatores de risco a que ela está exposta. Quanto maior a quantidade desses fatores na vida de uma pessoa, maior a gravidade do caso e, conseqüentemente, maior a necessidade que ela terá de cuidados e atenção. Todavia, é preciso assinalar que, mesmo sujeito a diferentes fatores de risco, o indivíduo pode não apresentar ideação suicida.

Conforme estudos realizados por Meleiro e Teng (2004), os principais fatores de risco podem ser distribuídos em fatores psiquiátricos, sociodemográficos, psicológicos, médicos e familiares.

Entre os fatores psiquiátricos, podem ser citados os transtornos mentais (principalmente esquizofrenia), transtornos de humor (sobretudo depressão), transtornos de personalidade (*borderline*, narcisista, antissocial), transtornos alimentares, transtornos de ansiedade e dependência e abuso de álcool e outras substâncias psicoativas.

Os fatores sociodemográficos são:

- a) idade – idosos e adolescentes são os principais grupos de risco;
- b) gênero – sobretudo a masculina;
- c) raça – a indígena e a branca principalmente;
- d) residir em área urbana;
- e) ter participado de migração;
- f) sazonalidade;
- g) estado civil – em especial pessoas viúvas, divorciadas e separadas;
- h) orientação sexual – homossexuais e bissexuais são os mais vulneráveis;
- i) determinados profissionais, como dentistas, médicos, policiais, enfermeiros, assistentes sociais, cientistas, matemáticos, artistas e agricultores;
- j) fazer parte de estratos econômicos extremos;

- k) estar desempregado e passando por dificuldades financeiras;
- l) ser ateu;
- m) estar enfrentando problemas legais;
- n) ter porte de arma de fogo;
- o) fazer parte de população institucionalizada – ser detido, residente ou interno em penitenciária, asilo ou hospital psiquiátrico, respectivamente.

Entre os fatores psicológicos estão perda de parente ou amigo próximo, perdas de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conturbada, aproximação de datas importantes, reações de aniversário, personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade, humor lábil, solidão e isolamento social.

Os fatores médicos mais evidenciados são HIV (aids), câncer, epilepsia, esclerose múltipla, coreia de Huntington, transtornos mentais orgânicos, lesões medulares, doença cardiopulmonar, úlcera péptica, doença renal crônica e dor crônica.

Os fatores neurobiológicos são as disfunções serotoninérgica, noradrenérgica e dopaminérgica, hiperatividade do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e diminuição dos sítios de ligação do hormônio liberador de corticotrofina (CRH, do inglês Corticotropin-Releasing Hormone) no córtex pré-frontal.

Nos fatores familiares estão incluídos histórico familiar de suicídio, história familiar de transtorno mental, abuso físico e sexual na infância e distúrbios e violência no âmbito familiar.

Também existem os fatores relacionados ao comportamento suicida, que são as tentativas prévias de suicídio, desesperança, impulsividade e agressividade, internamento hospitalar e tratamentos médicos (MELEIRO; TENG, 2004).

Tais fatores podem mudar no decorrer do tempo e também apresentar diferenças dependendo de variáveis como região, população, cultura, religião, economia, entre outras. Geralmente são classificados em fatores fixos (basicamente gênero, idade, etnia, situação conjugal, situação econômica, orientação sexual, tentativas prévias de suicídio e ideação suicida) e fatores modificáveis (acesso a meios e métodos de suicídio, transtornos mentais, ansiedade elevada, doenças físicas, isolamento social, desesperança e insatisfação em relação à própria vida) (BERTOLOTE, 2004).

Os vários estudos que avaliam os fatores para o comportamento suicida disponibilizam informações importantes para sua abordagem em saúde pública ou para a intervenção clínica. Entretanto, ainda não existe um procedimento sistematizado que defina realmente o risco de suicídio nem estratégias de intervenção de fato eficazes na diminuição das taxas de morte. Meleiro e Teng (2004) apontam a importância da sistematização e a continuidade das pesquisas científicas direcionadas a populações específicas, como determinados profissionais e etnias, além de destacarem a relevância das abordagens em saúde pública que representem impacto social, como restrições ao acesso a arma de fogo e a medicamentos e treinamento das equipes que atendem emergências médicas, a fim de capacitá-las para intervir nessas situações.

A vulnerabilidade ao suicídio sobressai nas pessoas com histórico de tentativas e nas que sofrem de transtornos de humor (principalmente depressão), transtornos mentais (especialmente esquizofrenia), transtornos de personalidade e dependência de álcool e/ou outras drogas psicoativas. Portanto, a prevenção do suicídio diz respeito diretamente à Rede de Atenção em Saúde Mental, por isso é imprescindível entender de que forma essa rede se apresenta e como foi pensada, a fim de que se possa vislumbrar de que maneira e em que cenários pode se dar a prevenção do suicídio.

3.2 A PREVENÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Até pouco tempo, pragmaticamente a única opção existente de assistência aos que apresentavam tais sofrimentos psíquicos era o internamento em hospital psiquiátrico. Mas, após a reforma psiquiátrica, o atendimento em saúde mental vem passando, gradativamente, da visão hospitalocêntrica para a oferta de cuidados nos serviços substitutivos.

Desde 1970, os trabalhadores em saúde mental vêm fomentando reflexões e críticas sobre o modelo assistencial baseado no saber psiquiátrico, hospitalocêntrico, que é segregador e invasivo. Nesse sentido, a reforma psiquiátrica caracterizou-se como movimento social, ampliando o espaço de discussão e inserindo outros envolvidos na questão: de um lado estavam as associações de usuários e familiares, gestores, políticos e integrantes do Movimento da Luta Antimanicomial; do outro,

representantes de indústrias farmacêuticas, donos de hospitais psiquiátricos e categorias profissionais de médicos (AMARANTE, 1995).

A partir de então, ocorreram importantes acontecimentos, que acarretaram algumas mudanças no modelo assistencial. Entre esses acontecimentos, destaca-se a publicação da Portaria n.º 224/92, do Ministério da Saúde, que fez com que as inovadoras experiências que estavam ocorrendo no Brasil tivessem legitimidade e legalidade e passassem a ser financiadas pelo SUS, pois regulamentou o funcionamento de serviços assistenciais, normatizando as equipes de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (USB), Ambulatórios de Saúde Mental, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospital-Dia de Psiquiatria, Serviço de Urgência Psiquiátrica em Hospital Geral, leito psiquiátrico em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria. Além disso, ao ser utilizada como instrumento para avaliar o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, essa Portaria resultou no descredenciamentos de vários leitos psiquiátricos. Na realidade, tratava-se mais de organizar hierarquicamente os níveis de assistência do que de enfatizar os serviços substitutivos (LUZIO; YASUI, 2010).

No mesmo período, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, considerada um marco na reforma psiquiátrica, pois as propostas elaboradas pelos aproximadamente 20 mil participantes culminaram na criação das portarias posteriores e na Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica, oficializando, assim, uma política pública de saúde mental (LUZIO; YASUI, 2010).

Após dez anos de discussões e alterações no Congresso Nacional, em 2001 foi aprovada a Lei n.º 10.216, no período das comemorações do Dia Mundial da Saúde Mental, cujo lema era: “Saúde mental: cuidar, sim, excluir, não”. O texto aprovado dessa lei, que hoje é considerada “A Lei da Reforma Psiquiátrica”, ao contrário do original, não propõe a extinção progressiva do manicômio e sua substituição por outros serviços, mas “mantém a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas, e apenas acena para uma proposta de mudança do modelo assistencial” (LUZIO; YASUI, 2010, p. 22).

No mesmo ano, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental e iniciou-se, após o evento, por meio do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar Psiquiátrico (PNASH/Psiquiatria), o processo de avaliação e reclassificação dos hospitais psiquiátricos, visando melhorar a qualidade do tratamento prestado aos internados. Além disso, houve a importante promulgação

da Portaria n.º 336/02, que propôs a criação de diversas modalidades de CAPS (I, II, III, AD, AD III e i),¹ que se tornaram protagonistas do novo modelo de assistência. A partir de então, ocorreu um aumento significativo de CAPS credenciados pelo SUS, facilitado pela alteração do financiamento, que passou a ser por meio da Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC).

Luzio e Yasui (2010) alertam para a abertura desenfreada desses serviços:

[...] essa velocidade pode induzir a um perigoso e crucial equívoco: o CAPS ser considerado e implantado como mais um serviço de saúde mental, isto é, uma unidade isolada, em que executam em nível ambulatorial ações próprias de profissionais. (LUZIO; YASUI, 2010, p. 23).

Em uma tentativa de evitar o “capslocentrismo”, em 2010 a legislação em saúde mental foi ampliada e publicaram-se várias portarias regulamentando outros serviços assistenciais, com enfoque na diversidade do acolhimento e no esforço de ativar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Pretendeu-se, com isso, fazer com que todos os serviços de saúde estivessem preparados para atender a pessoa em sofrimento psíquico.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a) define a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. A RAS deve

¹ De acordo com a Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011a), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são descritos da seguinte forma:

CAPS I: atende pessoas, de todas as faixas etárias, com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. É indicado para municípios com população acima de 20 mil habitantes.

CAPS II: atende a mesma população que o CAPS I atende, mas é indicado para municípios com mais de 70 mil habitantes.

CAPS III: presta atendimento 24 horas a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, oferecendo serviços de atenção contínua, retaguarda clínica e acolhimento noturno. Funciona inclusive nos fins de semana e feriados. É indicado para municípios com população acima de 200 mil habitantes.

CAPS AD: atende crianças, adolescentes e adultos com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

CAPS AD III: atende crianças, adolescentes e adultos de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente. Funciona 24 horas, inclusive nos fins de semana e feriados. Dispõe de, no máximo, 12 leitos. É indicado para municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes.

CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de *crack*, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes.

ofertar, minimamente, serviços na Atenção Básica em Saúde; Urgência e Emergência; Atenção Psicossocial; Atenção Hospitalar e Ambulatorial e Vigilância em Saúde.

Nesse sentido, a RAPS atua na perspectiva da territorialidade e pressupõe ações integradas, articuladas e efetivas nos diferentes pontos de atenção, para atender pessoas em sofrimento psíquico e com demandas decorrentes de transtornos mentais ou do consumo de álcool, *crack* e outras drogas. Os objetivos são promover a vinculação dessas pessoas ao ponto de atenção; ampliar o acesso à atenção psicossocial da população geral; garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011a).

A atual Rede de Atenção Psicossocial é constituída de sete componentes, e cada um possui pontos de atenção específicos, ou seja, espaços que ofertam os seguintes serviços de saúde:

- a) Atenção Básica em Saúde: Unidade Básica de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Estratégia Saúde da Família (ESF), Consultório de Rua e Centro de Convivência;
- b) Atenção Psicossocial Especializada: compreende todas as modalidades de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I, II, III, AD, AD III e i);
- c) Atenção de Urgência e Emergência: SAMU, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Unidade Básica de Saúde e Pronto-Socorro;
- d) Atenção Residencial de Caráter Provisório: Unidade de Acolhimento e Serviço de Atenção em Regime Residencial;
- e) Atenção Hospitalar: Enfermaria Especializada em Hospital Geral e Serviço Hospitalar de Referência;
- f) Estratégias de Desinstitucionalização: Serviço Residencial Terapêutico e Programa de Volta para Casa;
- g) Reabilitação Psicossocial: consiste em iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e Cooperativas Sociais.

De acordo com a Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011a), a Rede de Atenção Psicossocial tem por linha diretriz o respeito aos direitos humanos e os seguintes objetivos:

- a) garantir a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania;
- b) combater o estigma e o preconceito;
- c) promover a equidade, reconhecendo os determinantes sociais de saúde;
- d) garantir o acesso e a qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional;
- e) enfatizar os serviços de base comunitária e territorial, diversificando as estratégias de cuidados com participação e controle social de usuários e familiares;
- f) organizar os serviços em rede, estabelecendo ações intersetoriais, a fim de garantir a integralidade do cuidado;
- g) desenvolver a lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais e os decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Com a nova configuração da Rede de Atenção Psicossocial, constatou-se que nem o Hospital-Dia, nem o Ambulatório em Saúde Mental, nem o hospital psiquiátrico compõem a atual Rede. A ideia é de que, territorialmente, haja a corresponsabilização pela atenção em situação de crise, ou seja, a responsabilidade passou a ser partilhada pelos ESF, CAPS, UPA, US e SAMU, que devem operar de maneira articulada e integrada. Nesse contexto, os CAPS devem propor serviços de portas abertas e se fazer acessíveis à pessoa em sofrimento psíquico ou em situação de crise, programando-se para atender as demandas existentes e as emergentes independentemente do horário. Para tanto, existe o CAPS III, modalidade que funciona 24 horas, com acolhimento noturno.

O hospital psiquiátrico não é mencionado na legislação, entretanto, pode ser acionado nas regiões de saúde em que não esteja consolidada a Rede de Atenção Psicossocial. Nesse caso, a prioridade dessas regiões de saúde deve ser a ampliação dos pontos de atenção, visando à substituição dos leitos psiquiátricos nesses serviços.

A construção da política pública de saúde mental por meio desse arcabouço legal demonstra a preocupação em diminuir os leitos psiquiátricos, qualificar as equipes e, principalmente, ofertar aos usuários um tratamento de qualidade, que

contemple a inclusão social, o acesso ao trabalho e o exercício da cidadania e da autonomia.

Segundo Amarante (1995), a reforma psiquiátrica, em sua essência, não representa restritamente a desospitalização ou a extinção dos hospícios. Cabe mais o conceito de desinstitucionalização, considerado como um processo ético, cultural, político, técnico-administrativo e jurídico. É “uma prática que introduz novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos” (AMARANTE, 1995, p. 494).

O grande desafio é fazer com que os pontos de atenção se caracterizem em rede, ou seja, que o trabalho seja articulado, que proporcione um cuidado integral, e isso, por si só, aponta para um alto nível de complexidade e ramificações.

3.2.1 A Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Paraná

É nesse contexto de reconfiguração que a Coordenação Estadual de Saúde Mental apresentou, no 1º Encontro Estadual de Saúde Mental, realizado em julho de 2012, a palestra “Realidade da Assistência Mental no Paraná”. A atual Rede de Atenção Psicossocial é composta de 94 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estão implantados 22 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT): cinco em Curitiba, três em Quatro Barras, oito em Campina Grande do Sul, quatro em Cascavel e dois em Maringá.

Por enquanto, a Rede é composta de 15 hospitais psiquiátricos, que contam com 2.404 leitos, dos quais 168 são destinados a adolescentes. Os 22 hospitais gerais existentes na Rede disponibilizam 211 leitos psiquiátricos, sendo 21 para crianças e adolescentes. Existem seis hospitais-dia, com 489 leitos psiquiátricos. E há 54 ambulatórios em saúde mental, dos quais 17 são consorciados.

Além desses serviços, a Rede de Atenção Psicossocial conta com 2.542 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 76 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dois Consultórios de Rua, uma Casa de Acolhimento Transitório e serviços de Urgência e Emergência.

Objetivando promover o “desenvolvimento e a articulação da implantação de medidas destinadas a ampliar a acessibilidade e a equidade das ações de prevenção de agravos e de promoção à saúde mental no âmbito do Estado do Paraná”, a gestão estadual promulgou o Decreto n.º 2.037/2011, que institui o Comitê Gestor Intersecretarial de Saúde Mental do Estado do Paraná (CISMEEP).

O Comitê é composto de representantes da Secretaria da Saúde (SESA), Secretaria da Educação (SEED), Secretaria da Família e Desenvolvimento Social (SEDS), Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos e Vice-Governadoria. Pretende-se consolidar os Comitês Regionais Intersetoriais de Saúde Mental, implantar os Comitês Municipais Intersetoriais de Saúde Mental e promover capacitação na área de saúde mental às outras secretarias, por meio de educação a distância.

Paralelamente, os representantes da gestão estão redefinindo a Política Estadual de Saúde Mental, por meio da construção do planejamento estratégico. A construção do Mapa Estratégico tem por objetivo formular e desenvolver a Política Estadual de Saúde Mental para organizar a Rede de Atenção à Saúde Mental de forma articulada e resolutiva a toda a população.

Entre os desafios abordados no 1º Encontro Estadual de Saúde Mental (PARANÁ, 2012a), destacou-se uma série de dificuldades:

- a) articular os serviços da Rede, desde a Atenção Básica em Saúde até os serviços mais complexos, promovendo, com qualidade, o cuidado integral em saúde mental a todos os ciclos da vida;
- b) avaliar e monitorar os serviços de saúde mental;
- c) desinstitucionalizar os pacientes asilares e egressos dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico;
- d) implantar leitos em saúde mental nos hospitais gerais e outros serviços de atenção à crise;
- e) promover a saúde mental em populações específicas, como, por exemplo, o povo indígena, internos do sistema penitenciário e população infantojuvenil em conflito com a lei.

Neste momento, a saúde mental no Paraná vivencia algumas alterações nos serviços prestados à população, em decorrência das recomendações das novas legislações em saúde mental. O Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM), por exemplo, reformulou seu funcionamento e atualmente permanece como regulador de leitos psiquiátricos, mas não mais disponibiliza os serviços de Emergência Psiquiátrica demandados pela Região Metropolitana de Curitiba (RMC). Agora, cabe aos municípios da RMC estruturar seus serviços de Urgência e Emergência.

Quando se trata de prevenção do suicídio, pressupõe-se que a reconfiguração e a efetivação da Rede de Atenção Psicossocial possibilitará o

desenvolvimento de ações educativas e de assistência em todos os pontos de atenção, abrindo o leque de acolhimento e espaços de discussão.

3.3 ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO: INICIATIVAS E POSSIBILIDADES

Conforme foi exposto anteriormente, a Rede de Atenção à Saúde Mental poderá atuar de forma significativa na prevenção do suicídio, uma vez que, entre os fatores de risco, o transtorno mental destaca-se como o principal na epidemiologia do suicídio. E sua atuação será ainda mais importante quando a atenção tiver seu fluxo estabelecido desde a Atenção Básica em Saúde.

Nesse sentido, alguns apontamentos incitam a discussão sobre como a prevenção do suicídio pode se constituir em política pública. Segundo Serrano (2008), as políticas públicas em saúde com enfoque na prevenção não devem se limitar apenas aos fatores de risco mais conhecidos. Para o autor, a prevenção deve abranger os níveis primário, secundário e terciário e todos devem estar interligados. Ele explica que, no nível primário, as ações devem ser realizadas antes que o risco se estabeleça. Essas ações contemplam medidas de promoção à saúde, como o controle de armas de fogo, medidas educativas que diminuam a gravidez na adolescência, medidas de apoio e integração dos idosos e acessibilidade aos serviços de saúde mental.

Em relação às políticas de saúde, temos, na Atenção Básica, a implantação da ESF, que se propôs a substituir o tradicional modelo de assistência médica baseado na cura da doença, hospitalização e medicalização. O novo foco da assistência passou a ser a unidade familiar, pertencente a um determinado território. As diretrizes da ESF trouxeram à tona conceitos como vínculo, cuidado, acolhimento e humanização, que remetem à construção de uma rede de atenção partilhada por gestores, usuários, familiares e a comunidade.

O reconhecimento, pelo Ministério da Saúde, de que esse tipo de intervenção é necessário fez com que, a partir de 1994, fossem promovidas discussões por meio de Oficinas de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica e foi incorporado o conceito de apoio matricial. O apoio matricial é uma metodologia de trabalho que serve como suporte técnico-pedagógico às equipes, visando à valorização da prática terapêutica no território, considerando-se todas as dimensões que envolvem o cotidiano das

ações para a promoção da saúde mental, a saber: a dimensão familiar, a sociocultural, a econômica e a biopsicossocial (MIELKE, 2010).

A ESF é considerada um mecanismo fundamental no âmbito da Atenção Básica em Saúde para o desenvolvimento de ações preventivas do suicídio, pois é por meio dessa abordagem que a pessoa em sofrimento psíquico tem o primeiro contato com os profissionais de saúde. Além disso, é no espaço comunitário que se desenvolvem práticas que vão além da ótica assistencial-curativa. De acordo com Estellita-Lins (2012), “a melhora na detecção, na referência e no manejo dos transtornos psiquiátricos na atenção primária é muito importante para a prevenção do suicídio”.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde lançou, em 2006, a publicação *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais da saúde da Atenção Básica*, por reconhecer que as equipes que atuam nesse contexto têm a possibilidade de detecção precoce dos transtornos mentais, o que possibilita à rede de proteção social avaliar os indivíduos em risco de suicídio, mapear as condições ambientais, clínicas, familiares, financeiras, psicológicas e de trabalho desses indivíduos e prover-lhes encaminhamento ao serviço de saúde mental e tratamento.

Segundo Serrano (2008), a prevenção também pode acontecer no nível secundário, logo que surge o comportamento de risco, durante a crise. Desvendar precocemente o diagnóstico, iniciar um tratamento imediato, fortalecer a rede de atenção e propiciar acolhimento e proximidade aos que estão em crise são algumas das medidas que se propõem a minimizar o sofrimento e as sequelas em decorrência do ato.

No nível terciário, as ações se destinam aos que já foram afetados pelo comportamento suicida, como os que estão em risco de fazer outras tentativas, sobreviventes traumatizados pelo ato. Nesse caso, a intervenção recai nesses sobreviventes, e a abordagem é focada nos aspectos de reabilitação e integração social e nas incapacidades do indivíduo (SERRANO, 2008).

Segundo Botega (2010), atualmente é possível classificar as estratégias preventivas de acordo com os diferentes segmentos populacionais a que se destinam, conforme o modelo de Mrazek e Haggerty, que, com o objetivo de promover ações voltadas para a população dependendo das condições de saúde e risco de suicídio, propõe três tipos de intervenção: universal, seletiva e indicada.

A prevenção universal implica ações que abrangem o público em geral, visando diminuir os elevados índices de morte por meio da redução da disponibilidade de substâncias tóxicas e letais, como gases de escapamento de motores à combustão, medicamentos e produtos tóxicos de uso agrícola e doméstico, além do bloqueio do acesso a lugares como linhas ferroviárias, edifícios altos e pontes elevadas. Outro exemplo de prevenção universal é o desenvolvimento de programas no âmbito escolar.

Na prevenção seletiva, as ações visam controlar as situações em que o risco de suicídio é mais elevado e se destina à população que constitui grupos de risco, como, por exemplo, os que sofrem de transtornos mentais e depressão, dependentes de substâncias psicoativas e adolescentes grávidas. Nesse caso, a intervenção consiste em disponibilizar tratamento e acompanhamento profissional.

A prevenção indicada, por fim, destina-se às pessoas consideradas de alto risco, ou seja, as que tentaram suicídio, pois “o risco de suicídio entre essas pessoas é, pelo menos, cem vezes maior do que o encontrado na população geral” (OWENS et al., 2002 apud BOTEGA, 2010, p. 38).

Por outro lado, segundo Estellita-Lins (2012) a construção de medidas preventivas requer o envolvimento de outras secretarias, além da de Saúde, como, por exemplo, as de Educação, Esporte, Infraestrutura e Urbanismo:

Um maior controle social dos meios de suicídio implica uma articulação do Ministério Público com o SUS/MS. Sua colocação em prática significa uma agenda que envolve a compreensão da política em sentido amplo: políticas públicas, gestão da informação, pacto republicano, transformações do Judiciário, autorregulamentação dos meios de comunicação, urbanismo e arquitetura saudáveis, comprometidos com a saúde e o meio ambiente. (ESTELLITA-LINS, 2012, p. 37).

A recente criação do CISMEEP desponta como uma possibilidade de concretizar no estado do Paraná a ideia, apresentada por Estellita-Lins (2012) e recomendada pela OMS, da necessidade de mobilizar e articular diversas secretarias na elaboração de ações preventivas na área da saúde mental.

É importante destacar que, a partir dos anos 90 do século XX, a OMS assumiu o compromisso de prevenir o suicídio no mundo e, para isso, lançou algumas recomendações intersetoriais:

- identificar e reduzir a disponibilidade e o acesso aos meios para se cometer suicídio (ex.: armas de fogo, substâncias tóxicas);
- melhorar os serviços de atenção à saúde, reforçar o apoio social e promover a reabilitação de pessoas com comportamento suicida;
- melhorar os procedimentos diagnósticos e subsequente tratamento dos transtornos mentais;
- aumentar a atenção dirigida a profissionais de saúde em relação a suas atitudes e tabus em relação à prevenção do suicídio e às doenças mentais;
- aumentar o conhecimento, por meio da educação pública, sobre doença mental e o seu reconhecimento precoce;
- auxiliar a mídia a noticiar apropriadamente suicídio e tentativas de suicídio;
- incentivar a pesquisa na área da prevenção do suicídio, encorajar a coleta de dados das causas de suicídio e evitar a duplicação dos registros estatísticos;
- prover treinamento para indivíduos e profissionais que se encontram na linha de frente (*gatekeepers*) e que entram primeiro em contato com indivíduos sob risco de suicídio. (WHO, 2004 apud BOTEGA et al., 2006, p. 218).

Com base nessas recomendações, entre os países da América Latina o Brasil foi pioneiro na elaboração de medidas preventivas, visando reduzir as elevadas taxas de suicídio e as tentativas recorrentes, bem como compreender os danos associados ao comportamento suicida nas famílias, nas comunidades, nos locais de trabalho, nas escolas e em outras instituições.

Objetivando elaborar o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, foi constituído o Grupo de Trabalho de Prevenção do Suicídio, conforme a Portaria n.º 2.542/2005/MS (BRASIL, 2005), que contou com membros representantes das secretarias do Ministério da Saúde, de universidades e da sociedade civil organizada. Nesse sentido, a Coordenação Nacional de Saúde Mental apresentou a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (ENPS), preconizada pela Portaria n.º 1.876, de 14 de agosto de 2006, na qual se instituem as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio.

No segundo artigo da referida Portaria, são apontadas algumas propostas de ação que basicamente ressaltam a necessidade de se elaborar um sistema de informação em rede, promover a capacitação dos profissionais de saúde e incentivar estudos para a elaboração de ações de promoção, prevenção e fortalecimento da assistência integral:

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

- II – desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;
- III – organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;
- IV – identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersectoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;
- V – fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;
- VI – contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;
- VII – promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações;
- VIII – promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (BRASIL, 2006a).

Após a publicação dessas prerrogativas, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, promoveu, em 2006, entre outras ações:

- a) realização do I Seminário de Prevenção do Suicídio;
- b) divulgação dos manuais de prevenção do suicídio e sua distribuição a todas as coordenações estaduais de saúde mental;
- c) capacitações para profissionais de saúde dos CAPS, da Atenção Primária, da Rede de Urgência e Emergência e do Hospital Geral;
- d) criação do projeto Amigos da Vida;
- e) incentivo para que estados e municípios utilizassem a data 10 de setembro, dedicado ao Dia Mundial de Prevenção do Suicídio, para debater o tema com a sociedade em geral e discutir estratégias de ação local que contribuíssem para a diminuição do número de mortes por suicídio e suas tentativas.

Em 2009 e 2010, o Ministério da Saúde, em convênio com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e com a Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), implantou um projeto piloto em municípios do Rio Grande do Sul, visando implantar a estratégia de prevenção por meio de ações de

sensibilização, capacitação, notificação e acompanhamento das pessoas que tentaram suicídio. Segundo a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, o grande desafio para os próximos anos é:

[...] implantar e consolidar um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, atento às especificidades de cada região do país e das populações mais vulneráveis. É urgente que os novos gestores possam colocar o tema da prevenção do suicídio em sua agenda e construir planos de ação locorregionais para enfrentamento do problema. (BRASIL, 2011b, p. 83).

Algumas universidades brasileiras desenvolvem projetos que propõem não só a intervenção assistencial da população que tentou suicídio e dos sobreviventes do suicídio (familiares e amigos afetados pela perda), mas também o fomento de pesquisas científicas sobre o tema. Entre os trabalhos desenvolvidos, destaca-se o projeto realizado pelo Laboratório de Saúde Mental e Medicina (LSMM), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Além disso, foi organizada uma pesquisa pelo Estudo Multicêntrico de Intervenção do Comportamento Suicida (SUPRE-MISS, do inglês Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours), da OMS, da qual participaram oito países. No Brasil, o município escolhido para executar o projeto foi Campinas (BOTEGA, 2010).

No decorrer de 18 meses, periodicamente os responsáveis pela referida pesquisa efetuaram telefonemas aos pacientes que receberam alta dos hospitais gerais, onde estavam internados por terem tentado suicídio. O objetivo dos telefonemas era incentivar essas pessoas a buscar tratamento e facilitar o atendimento a elas (agendando horários e garantindo vagas, por exemplo) nos serviços de saúde da rede pública.

Foram propostos dois tipos de tratamento: em um deles, um grupo de pacientes, além do encaminhamento para o serviço da rede pública, recebeu intervenção psicossocial, que consistia em uma entrevista motivacional e telefonemas periódicos; o outro grupo recebeu o tratamento habitual, ou seja, apenas o encaminhamento ao serviço público de saúde. No final do período, ao se compararem os resultados, “os pesquisadores notaram que a porcentagem de suicídios no grupo que não recebeu os telefonemas periódicos foi, comparativamente, dez vezes maior” (BOTEGA, 2010, p. 43).

Além dessa intervenção, Botega (2010) cita outras realizadas no município de São Paulo e pelos Estudos de Intervenção Breve Oportuna (EIBO), projeto

desenvolvido no Hospital das Clínicas da Unicamp. Embora cada projeto utilizasse metodologias diferentes, todos comprovaram a importância desse tipo de intervenção, ao reconhecer a limitação dos profissionais em lidar com a resistência de muitos dos pacientes em aderir ao tratamento e principalmente a dificuldade desses profissionais em mobilizar essas pessoas a reinventar sua história de vida com o auxílio deles:

[...] frequentemente, a tentativa de suicídio deixa de ser tomada como um marco na trajetória pessoal para se tornar pedaço de uma história a ser esquecida, jogada fora, odiada [...] A ideia, com os telefonemas, além da manutenção da adesão a um tratamento, era de que a pessoa começasse a [se] integrar e a ressignificar essa vivência. (BOTEGA, 2010, p. 53).

Na UERJ, foi constituído, em 2004, o grupo de pesquisa Pesqsui. Em 2008, os membros desse projeto foram convidados a participar do Grupo de Trabalho de Prevenção do Suicídio, juntamente com representantes do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde, do Centro de Valorização à Vida (CVV) e da corporação dos bombeiros. Além das pesquisas relacionadas à intervenção nos serviços de emergência psiquiátrica, outra iniciativa que se destacou foi a que discutiu, no *campus* da universidade, os casos de tentativas e de suicídios ocorridos no país, inclusive dentro da instituição. As discussões envolviam o corpo docente, o corpo discente, profissionais das áreas de saúde e segurança e demais interessados no tema. Desde então, esse tema vem sendo debatido em seminários e treinamentos dirigidos aos agentes de segurança da universidade, com o intuito de orientar para possíveis intervenções diante do risco de suicídio entre alunos e transeuntes (ESTELLITA-LINS, 2012).

Passaram-se seis anos desde a publicação, pelo Ministério da Saúde, das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, as quais reuniam recomendações às três esferas governamentais, para o desenvolvimento de estratégias de informação e sensibilização da sociedade.

Todavia, foi apenas em agosto de 2012 que o Distrito Federal formulou um programa de políticas públicas visando à prevenção do suicídio, tornando-se, assim, a primeira unidade federativa do país a lançar essa iniciativa. Para isso, foi criado um grupo de trabalho intersetorial para elaborar um plano distrital de ação, com o intuito de articular a Rede de Saúde. Ao paciente em situação de vulnerabilidade atendido primeiramente em um pronto-socorro, passou a ser garantida a

continuidade de seu tratamento em outra unidade de saúde. Segundo a psicóloga Beatriz Montenegro, responsável pela Coordenação de Prevenção do Suicídio do Distrito Federal, está sendo formada uma rede de proteção transversal, com atendimento gratuito e aberto à população, o que facilitará a identificação de casos de pessoas que necessitem de acompanhamento.

Segundo Botega (2010), não houve iniciativas governamentais que representassem avanços significativos na construção do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. Meleiro (2012) faz um balanço do andamento das ações preventivas e compartilha da opinião de Botega ao afirmar que “faz tempo que todas as coisas ligadas ao suicídio não ficam mais do que no papel. Reúnem-se grandes nomes, celebridades e não sai nada do papel”.

De acordo com Meleiro (2012), a orientação é o principal instrumento para uma prevenção eficiente. Primeiramente, os serviços de saúde pública deveriam orientar representantes de escolas e igrejas a reconhecer os indícios da ideação suicida. Os principais sinais podem ser distanciamento dos amigos, abandono de atividades sociais, perda de interesse em atividades antes tidas como prazerosas, instabilidade emocional e conversas sobre morte. Sabendo identificar essas evidências, as pessoas mais próximas devem procurar ajuda profissional especializada.

Meleiro, psiquiatra filiada à Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em entrevista a essa entidade diz:

Eu instruiria professores e esses professores instruiriam os pais. Eu instruiria representantes de todos os credos religiosos, seja padre, pastor, rabino, de tudo quanto é religião. Instruiria também comunidades como Lions, Rotary, e todas as comunidades que fazem serviços voluntários. (ABP, 2012).

Meleiro complementa que outra iniciativa para se prevenir o suicídio seria a realização de programas de treinamento dos profissionais que trabalham nas emergências e nos serviços de saúde mental, pois:

[...] quando há uma tentativa [de suicídio], a pessoa vai para um serviço de emergência. Nele, não há pessoas qualificadas para o tratamento. O primeiro tratamento médico-cirúrgico é feito como se fosse um trauma qualquer. Mas, dali, o paciente precisaria de um encaminhamento para internação, para um psiquiatra ou psicólogo. Do pronto-socorro ele vai pra casa. Nada é feito. (ABP, 2012).

Refletindo sobre esse tema no Paraná, a realidade não difere do balanço feito pelos especialistas. Segundo informação da coordenadora estadual de Saúde Mental, atualmente não existe programa específico de prevenção do suicídio no estado. Ao longo do desenvolvimento desta pesquisa, observou-se que o tema “suicídio” não foi mencionado no Plano Estadual de Saúde 2008-2011. Até agora, aparentemente o tema não preocupa os gestores de saúde, apesar de em 2010 o Paraná ter registrado uma taxa de suicídio de 5,3/100 mil habitantes e algumas regionais de saúde terem apresentado taxas expressivas, como, por exemplo, a 7.^a Regional de Saúde de Pato Branco, que teve taxa de suicídio de 11,2/100 mil habitantes; a 8.^a Regional de Saúde de Francisco Beltrão, cuja taxa de suicídio foi de 9,5/100 mil habitantes; e a 22.^a Regional de Saúde de Ivaiporã, com taxa de suicídio de 8,9/100 mil habitantes (PARANÁ, 2012b).

As intervenções preventivas necessitam ser construídas coletivamente, elaborando-se políticas públicas intersetoriais com o envolvimento do Poder Judiciário, das secretarias municipais, estaduais e federais e da sociedade civil organizada. Mas, para isso, é preciso dar visibilidade ao problema não só nos conselhos de saúde e nos conselhos profissionais, mas também nas universidades, nas igrejas e na comunidade. O fenômeno do suicídio e o comportamento suicida são uma questão de saúde pública, mas o espaço de acolhimento e de escuta não se restringe aos serviços de saúde e aos profissionais de saúde. Pensando assim, a mídia pode ser considerada um importante espaço para se discutir a problemática do suicídio e suas medidas preventivas.

3.3.1 O papel da mídia na prevenção do suicídio

Quando se aborda o tema “prevenção do suicídio”, uma das premissas é a ideia de que o assunto deve ser visibilizado, problematizado e desmitificado e as ações devem ser desenvolvidas intersetorialmente. Espera-se, portanto, que os meios de comunicação não fiquem alheios à discussão nem se isentem de colaborar para esclarecer um problema tão sério e, se possível, minimizá-lo por meio da divulgação de medidas de prevenção.

Nesse contexto, o papel da mídia é discutido de forma polêmica entre profissionais de diversas áreas, cujo debate teve início quando da publicação, em 1774, do romance *Os sofrimentos do jovem Werther*, escrito pelo alemão Johann

Wolfgang von Goethe, quando vários jovens da sociedade europeia cometeram suicídio da mesma forma como fora descrito o do protagonista do livro. Em 1974, o sociólogo David Phillips comprovou, por meio de pesquisa, o aumento nas taxas de suicídio logo após a publicação das notícias pela imprensa. Desde então, as expressões “efeito Werther”, “suicídio por contágio” ou “suicídio por imitação” são utilizadas quando em alusão ao comportamento suicida desencadeado pela divulgação de casos de suicídio nos meios de comunicação de massa (PHILLIPS, 1974 apud SERRANO, 2008).

Em 2000, a OMS lançou a publicação *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia*, salientando a importância dos meios de comunicação nessa questão, ao afirmar que: “O relato de suicídios de uma maneira apropriada, acurada e cuidadosa, por meios de comunicação esclarecidos, pode prevenir perdas trágicas de vidas”. E orientou sobre a maneira considerada adequada de divulgar informações nos casos de suicídio. Divulgação de fotografias, cartas de despedida, detalhes do método utilizado, glorificação, sensacionalismo, utilização de estereótipos religiosos ou culturais e atribuição de culpas são consideradas, pela OMS, informações que devem ser abolidas dos noticiários.

Fontenelle (2008) afirma que a mídia pode contribuir para o entendimento do suicídio e sua prevenção e ressalta que toda reportagem deve mencionar alguns pontos fundamentais, como, por exemplo: os inovadores tratamentos para as pessoas com transtorno mental, os mitos relacionados ao suicídio, a existência dos fatores de risco, os efeitos que podem ocasionar nos amigos e familiares, as atuais tendências na epidemiologia e a divulgação de contatos de grupos de ajuda e de instituições que prestam atendimento psicossocial.

Estellita-Lins (2012) analisou 135 reportagens sobre suicídio publicadas em quatro jornais cariocas no período de 2009 e constatou que, entre elas, apenas oito estavam de acordo com as recomendações da OMS. Notam-se, então, duas práticas opostas: por um lado, a total omissão da informação, por se considerar o suicídio um assunto tabu; e, por outro, o sensacionalismo, que anuncia detalhes do caso quando alguma celebridade está envolvida, contrariando todas as orientações da OMS.

Os autores destacam que, atualmente, um dos problemas emergentes e pouco discutidos é a questão da Internet, que constitui um espaço de comunicação sem regras estabelecidas. Assim como existem *blogs* e *home pages* comprometidos

com a promoção da saúde, que divulgam o assunto de modo responsável e ético, há vários outros que consideram o suicídio um direito de todos e disponibilizam fóruns de discussão aos interessados, nos quais se divulgam métodos eficazes para se matar, incluindo até mesmo vídeos de suicídios em tempo real, os chamados “suicídios virtuais” (FONTENELLE, 2008; ESTELLITA-LINS, 2012).

Dapieve (2007) analisa a maneira como o suicídio é tratado na imprensa e conclui que, em vez de colaborar para que se pense no assunto, a imprensa somente evidencia a forma como lidamos com o suicídio, fornecendo explicações simplistas e limitantes, praticamente enquadrando o suicida em três categorias: fanático religioso, criminoso e louco:

O procedimento recalcado da imprensa frente ao suicídio reflete o mal-estar de toda a nossa sociedade diante da morte voluntária. Porque, mais do que os próprios jornalistas, os suicídios levantam questões demais. Questões perturbadoras demais, como aquela proposta por Camus. “Julgar se a vida merece ou não ser vivida”, contudo, não é tão somente “responder a uma questão fundamental da filosofia”, é ter de admitir que, para um número considerável de pessoas, a resposta é não. Daí a milenar satanização ou criminalização da figura do suicida, daí o *wishful thinking* de que apenas uma pessoa sem a posse da sua saúde mental pode cogitar tirar a própria vida. (DAPIEVE, 2007, p. 169).

Os meios de comunicação de massa, mais especificamente a mídia impressa, podem constituir um instrumento de prevenção; entretanto, nitidamente necessita de esclarecimentos e capacitação para não veicular informações incongruentes e moralistas a respeito do tema:

E se a desinstitucionalização da loucura pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade, é essencial pensar em estratégias de informação e comunicação que mobilizem os usuários, seus pares e toda a comunidade à sua volta. A promoção de saúde mental pode não apenas apoiar os cuidados e o tratamento das pessoas que necessitam como também reduzir o estigma associado aos problemas de saúde mental. (ESTELLITA-LINS, 2012, p. 143).

Nunes (2009) considera que as variadas expressões de estigma refletem situações socioculturais de violência às pessoas que possuem transtorno mental. Essa violência pode ser interpessoal, simbólica, institucional e estrutural. O autor observa que, primeiramente, para se criarem estratégias de enfrentamento dos processos estigmatizantes, é necessário identificar os espaços sociais onde ocorrem tais violências e saber diferenciá-las. Ele aponta, ainda, que os programas Economia

Solidária em Desenvolvimento e De Volta para Casa e algumas ações realizadas nos serviços que elaboram projetos terapêuticos baseados no vínculo, na integralidade e na inclusão social são estratégias de mitigação do estigma e que esse estigma, o preconceito, o modo como a sociedade lida com a morte e a prevalência do entendimento de que o suicídio é assunto tabu e proibido dificultam o esclarecimento do tema.

Segundo Estellita-Lins (2012), um dos maiores desafios é construir uma rede de atenção psicossocial isenta de discriminação e preconceito e reconhecer o espaço territorial como um espaço comunitário, em que se pode promover a saúde mental.

A concepção de doença psiquiátrica relacionada à loucura e à incapacidade faz com que muitos retardem o início do tratamento, agravando sua patologia:

O preconceito comunitário muitas vezes se reflete em preconceito intradomiciliar, levando à instabilidade das relações familiares, o que aumenta o sofrimento do indivíduo. Recomendam-se graus distintos de mobilização social, política e cultural e que enfatizem a importância de a sociedade redefinir suas concepções sobre a loucura, libertando-a do ideário da incurabilidade e periculosidade, e contando com o precioso auxílio da informação, da comunicação e da arte. (ESTELLITA-LINS, 2012, p. 128-129).

É importante ressaltar que concepções são construídas social, histórica e culturalmente. No caso do suicídio, o maior desafio é transformar a maneira de se lidar com o assunto, o julgamento que se faz dele e o tratamento que se dá àqueles que atentam contra a própria vida. Pode-se afirmar, portanto, que, ao se discutir o suicídio abertamente, cria-se a possibilidade de se lançarem novos olhares para o problema.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Para uma investigação existencial, a comunicação é um enigma e até mesmo um milagre. Por quê? Porque o estar junto, enquanto condição existencial da possibilidade de qualquer estrutura dialógica do discurso, surge como um modo de ultrapassar ou de superar a solidão fundamental de cada ser humano. A experiência experienciada, como vivida, permanece privada, mas o seu sentido, a sua significação, torna-se pública (RICOEUR, 1987, p. 27).

4.1 A PESQUISA QUALITATIVA NA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA

A presente investigação é uma pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica, que buscou a apreensão do fenômeno do suicídio com base nas falas dos próprios sujeitos que passaram por essa experiência:

A fenomenologia é o *estudo das essências*, e todos os problemas, segundo ela, tornam a definir essências: a essência da percepção, a essência da consciência, por exemplo. Mas também a fenomenologia é uma filosofia que substitui as essências na *existência* e não pensa que se possa compreender o homem e o mundo de outra forma senão a partir de sua *"facticidade"*. É uma filosofia transcendental que coloca *"em suspenso"*, para compreendê-las, as afirmações da atitude natural, mas também uma filosofia segundo a qual o *mundo está sempre "aí"*, antes da reflexão, como uma presença inalienável, e cujo esforço está em reencontrar esse contato ingênuo com o mundo para lhe dar enfim um status filosófico. (TRIVIÑOS, 1987, p. 43, grifo do autor).

Segundo Turato (2005), a metodologia aplicada à área da saúde tenta interpretar fenômenos com base nas significações que os próprios sujeitos elaboram de suas vivências:

[...] não busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Torna-se indispensável assim saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. O significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde. (TURATO, 2005, p. 509).

Esse tipo de pesquisa refuta a ideia da neutralidade do pesquisador, uma vez que este deve perceber a si mesmo e as possibilidades e limitações do contexto, evitando valorizar apenas a objetividade e as concretudes. Por isso, a pesquisa qualitativa com enfoque fenomenológico se volta para os fenômenos e não para os

fatos, estes considerados como ocorrências de determinada realidade objetiva, passíveis de serem mensurados, observados, quantificados.

É importante salientar que “fenômeno” pode ser entendido como aquilo que se mostra, aquilo que dá visibilidade e manifesta algo:

O significado de fenômeno vem da expressão grega *fainomenon* e deriva-se do verbo *fainestai*, que quer dizer mostrar-se a si mesmo. Assim, *fainomenon* significa aquilo que se mostra, que se manifesta. *Fainestai* é uma forma reduzida que provém de *faino*, que significa trazer à luz do dia. *Faino* provém da raiz *Fa*, entendida como *fos*, que quer dizer luz, aquilo que é brilhante. Em outros termos, significa aquilo onde algo pode tornar-se manifesto, visível em si mesmo [...] *Fainomena* ou *fenomena* são o que se situa à luz do dia ou o que pode ser trazido à luz. Os gregos identificavam os *fainomena* simplesmente como *ta onta*, que quer dizer entidades. Uma entidade, porém, pode mostrar-se a si mesma de várias formas, dependendo, em cada caso, do acesso que se tem a ela. (MARTINS; BICUDO, 1989, p. 21-22 apud GARNICA, 1997, p. 112).

A noção primordial da fenomenologia é a existência da intencionalidade da consciência, que sempre está dirigida a um objeto. Isso significa, por princípio, que não existe objeto sem sujeito. O termo “intencionalidade”, segundo Triviños (1987), é a característica que a consciência apresenta de estar orientada para um objeto. Nenhum tipo de conhecimento é possível se o entendimento não se sente atraído por um objeto.

Segundo Coltro (2000), esse método tem como objeto de investigação o fenômeno e adota a intuição como principal instrumento de conhecimento. Essa pode ser considerada uma visão intelectual do objeto do conhecimento, em que “visão” significa uma forma de consciência na qual se dá originalmente algo.

O enfoque metodológico requer uma postura filosófico-crítica, para assim desenvolver, na esfera humana, o conhecimento científico. Essa postura impõe ao pesquisador assumir a intencionalidade de rever os próprios valores e atitudes que contribuem para a manutenção do *status quo* atual:

O método fenomenológico propõe uma reflexão exaustiva e constante sobre a importância, validade e finalidade dos questionamentos, indagações e respostas obtidas. Apresenta-se como natureza exploratória, ou seja, como interpretação aberta a outras interpretações, muitas vezes conflitantes e que marcam o seu caráter polissêmico, sendo este o maior sinal de sua fertilidade. (COLTRO, 2000, p. 40).

Segundo Garnica (1997), a essência nunca é totalmente apreendida nas manifestações do fenômeno, mas a trajetória da procura possibilita compreensões.

O fenômeno, para ser compreendido, precisa ser interrogado, mas, em uma perspectiva fenomenológica, qualquer forma de manifestação implica um relacionamento intersubjetivo.

A intersubjetividade, de acordo com Coltro (2000), acontece apenas na esfera da vida prática. As ações humanas são eminentemente sociais, pois remetem à relação de um com o outro. Essa relação se dá na situação face a face, e é aí que o outro aparece ao pesquisador em sua unidade e totalidade:

É na situação face-a-face que a vida consciente do semelhante aparece melhor para o pesquisador, pois é nesta relação que se tem maior número de indicações, gestos, maneiras, entonações da voz etc., além das expressas conscientemente, permitindo uma aproximação vivencial que possibilita uma maior e melhor compreensão do ser humano, com o passar do tempo permite que se conheçam os conjuntos típicos dos motivos que levam a ação de alguém. (COLTRO, 2000, p. 41).

Ao interrogar, o pesquisador busca apreender aspectos do fenômeno por meio de informações fornecidas pelo sujeito que o vivenciou. Ao descrever aspectos do fenômeno, o sujeito expressa ou comunica suas percepções e observações, dando significado à experiência vivida.

Segundo Triviños (1987), a fenomenologia é uma exposição do mundo vivido por meio de uma descrição direta de nossa experiência tal como ela é, sem outras explicações causais. Trata-se de descrever e não de explicar nem de analisar, pois o universo da ciência social é construído sobre o mundo vivido, enquanto a fenomenologia busca colocar as ideias básicas e, em seguida, trata de esclarecê-las.

4.2 O LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida com pacientes do Hospital Colônia Adauto Botelho. O hospital foi construído na década de 50 do século XX e é considerado referência na Rede de Saúde Mental do Estado do Paraná. Presta atendimento exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e possui 160 leitos credenciados por esse sistema, dos quais 105 estão ativos.

Está situado no município de Pinhais e atende a capital e a Região Metropolitana, composta de 29 municípios. O grande fluxo de internamentos provém dos municípios que compõem o Núcleo Urbano Central, ou seja, Almirante

Tamandaré, Araucária, Campina Grande do Sul, Campo Largo, Campo Magro, Colombo, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras, Rio Branco do Sul e São José dos Pinhais.

Atualmente possui duas unidades para tratamento de transtornos mentais agudos: uma feminina, com 35 leitos, e uma masculina, com 30 leitos. Também dispõe de 35 leitos para pacientes masculinos com histórico de dependência química e/ou alcoolismo e 19 leitos para usuários de longa permanência.

Os internamentos duram, em média, de 30 a 60 dias, e o período de permanência do paciente no hospital depende da evolução do tratamento. O tratamento é realizado por uma equipe multidisciplinar, que conta, em cada unidade, com um médico psiquiatra assistente, um enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem, um psicólogo, um assistente social e um terapeuta ocupacional.

Os familiares são atendidos semanalmente por essa equipe, para esclarecer suas dúvidas em relação à proposta terapêutica, bem como para acompanhar e avaliar a evolução do parente internado. Após a alta hospitalar, os pacientes são orientados a continuar o tratamento nos serviços de referência da Rede de Atenção Psicossocial do município onde residem.

4.3 DEFININDO OS PARTICIPANTES

Foram estabelecidos critérios para definir a participação ou não do paciente na pesquisa, aqui indicados, respectivamente, por critérios de inclusão e critérios de exclusão.

a) Critérios de inclusão:

- ter sido internado(a) no Hospital Colônia Adauto Botelho por tentativa de suicídio;
- ser maior de 18 anos;
- residir em Curitiba ou na RMC;
- concordar em participar da pesquisa após a leitura, explicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

b) Critérios de exclusão:

- apresentar retardo mental;

- sofrer de psicose crônica;
- demonstrar, no momento da entrevista, dificuldades cognitivas que o(a) impedisse de compreender as questões que lhe foram dirigidas e de responder a elas;

Primeiramente, pesquisou-se no prontuário de cada paciente o motivo do internamento. Em seguida, foram selecionados os pacientes que se enquadraram nos critérios de inclusão.

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital do Trabalhador (CEP/HT), da Secretaria da Saúde do Estado do Paraná (SESA), registrado com o n.º 305/2011, foram convidados a participar da pesquisa oito pacientes internados no hospital por tentativa de suicídio. No entanto, dois deles desistiram. Dos seis pacientes entrevistados, apenas um era do sexo masculino.

Antes da coleta de dados, fez-se uma leitura em voz alta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na presença de todos os pacientes, que foram informados dos objetivos e procedimentos da pesquisa e lhes foram asseguradas a confidencialidade dos dados que fornecessem e sua identidade. Foi-lhes também comunicado que a participação na pesquisa era voluntária e a eles era garantido o direito de desistir a qualquer momento, independentemente da fase de desenvolvimento da pesquisa.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

As entrevistas foram realizadas no período de maio a outubro de 2011, todas em âmbito hospitalar. Foram divididas em duas ou mais etapas, evitando-se, assim, que os pacientes se cansassem ou deixassem de cumprir alguma das rotinas e atividades da instituição. Tendo em vista essa preocupação, a maioria das entrevistas foi agendada em data próxima a que estava prevista para a alta hospitalar.

Em todas as situações, só se falou a respeito da pesquisa após a melhora da sintomatologia inicial. Depois de iniciada a coleta de dados, duas pacientes apresentaram piora do quadro e foi necessário aguardar sua estabilização.

Optou-se por aplicar um modelo de entrevista com enfoque fenomenológico, dividida em três momentos: no primeiro momento, foram coletados alguns dados de

identificação; no segundo momento, para que os sujeitos pudessem se expressar o mais livremente possível a respeito de sua experiência, fez-se a seguinte pergunta norteadora: “Como foi sua experiência/vivência acerca da tentativa de suicídio?”; no terceiro momento, após o relato, foram feitas outras perguntas para esclarecer alguns pontos da história de cada sujeito e para se obterem outros dados, julgados importantes na ocasião. Para isso, foi organizado um roteiro, ou seja, tinha-se à mão uma série de perguntas que foram feitas conforme a necessidade, além das que surgiram espontaneamente durante a entrevista.

A entrevista com enfoque fenomenológico valoriza a expressão corporal, o tempo que antecede a resposta e também o silêncio, pois estes são aspectos considerados extremamente importantes para a apreensão do fenômeno:

[...] trata-se de efetuar a experiência da compreensão desde o interior, que se exprime nos movimentos do corpo do cliente, expressão do olhar, nas modulações de sua existência. Se há uma certa hesitação no gesto e em todos os modos de o cliente se comportar, isto pode ser explicitado no decorrer da entrevista na totalidade expressiva de seu gesto e há também um sentido nesse gesto. Um sentido que se impõe e é legível na conduta do cliente, presente em suas atitudes e perceptível de maneira imediata (CARVALHO, 1991, p. 62).

As falas dos entrevistados foram transcritas na íntegra, lidas e estudadas. No primeiro momento, visando a uma compreensão geral da narrativa dos sujeitos, foram realizadas várias leituras atentas em busca dos pontos convergentes e divergentes entre elas. A partir de então, foram elencadas unidades de significado, as quais nortearam uma síntese compreensiva a respeito do fenômeno investigado. As entrevistas foram gravadas em áudio digital e, após a conclusão do estudo, os arquivos foram apagados.

4.4.1 Análise dos dados

Como enfatizado anteriormente, na pesquisa de abordagem fenomenológica o pesquisador procura apreender aspectos do fenômeno por meio das informações fornecidas pelo sujeito que vivenciou o fato investigado, conforme o próprio sujeito o descreve e o significa. Assim, para a análise dos dados, serviu-se das descrições que os sujeitos fizeram de suas vivências, expressas durante as entrevistas.

As entrevistas foram transcritas, lidas e relidas atentamente e depois analisadas. Segundo Garnica (1997), quanto maior for o esforço de perscrutar esse fenômeno por meio de análises, mais clara será a compreensão que se terá dele.

No primeiro momento, a análise buscou tornar visíveis as significações manifestadas nas narrativas do sujeito. Após várias leituras dessas narrativas, procurou-se por unidades de significados, e alguns recortes foram estabelecidos como os mais significativos entre os descritos pelos sujeitos. Para tanto, sempre se voltava à interrogação norteadora:

[...] como é impossível analisar um texto simultaneamente, torna-se necessário dividi-lo em unidades [...]. As unidades de significado são discriminações espontaneamente percebidas nas descrições dos sujeitos quando o pesquisador assume uma atitude psicológica e a certeza de que o texto é um exemplo do fenômeno pesquisado [...]. As unidades de significado [...] também não estão prontas no texto. Existem somente em relação à atitude, disposição e perspectiva do pesquisador. (MARTINS; BICUDO, 1989, p. 99 apud GARNICA, 1997, p. 117).

Após estabelecer as unidades de significado, optou-se por expressá-las por meio de frases enunciadas pelos próprios sujeitos, elaborando-se uma compreensão das vivências em relação ao propósito da pesquisa. Ou seja, no segundo momento, procurou-se relacionar os aspectos das vivências que pudessem contribuir para a prevenção e no cuidado do suicídio na saúde pública.

5 NARRATIVAS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO: UMA COMPREENSÃO DA VIVÊNCIA DE PESSOAS QUE PASSARAM PELA EXPERIÊNCIA DE ATENTAR CONTRA A PRÓPRIA VIDA

Nesta seção, apresentaram-se as vivências de pacientes internados no Hospital Colônia Adauto Botelho, que foram entrevistados para que falassem de suas tentativas de suicídio e do cuidado que receberam.

Optou-se por dispor os dados da seguinte maneira: no primeiro momento, contou-se, resumidamente, a história de cada entrevistado, fornecendo-se as informações mais pertinentes, obtidas durante as entrevistas; depois, essas vivências foram distribuídas em subseções, de acordo com os significados que lhes foram atribuídos pelos próprios sujeitos. Para nomear essas subseções, foram selecionadas frases proferidas pelos entrevistados, as quais, a nosso ver, eram as que melhor expressavam e sintetizavam a experiência compartilhada por todos. Cada uma dessas unidades de significado foi ilustrada por excertos das falas dos sujeitos, mesclando-se a experiência relatada por eles, de forma que a vivência em relação à tentativa de suicídio e ao cuidado foi sendo revelada aos poucos.

Alguns dados dos participantes foram elencados no quadro abaixo, visando a uma melhor caracterização da situação.

QUADRO 1 – Dados pessoais dos participantes da pesquisa

Nome	Idade	Estado civil	Cidade	N.º de internamentos	N.º de tentativas de suicídio	Método da última tentativa
Rosa	43	Separada	São José dos Pinhais	2	2	Ingestão de medicamentos
João	33	Separado	Piraquara	1	2	Enforcamento
Jane	32	Solteira	Campo Largo	1	5	Ingestão de medicamentos
Gislaine	28	Separada	Tijucas do Sul	1	5	Ingestão de medicamentos
Mariana	48	Divorciada	Fazenda Rio Grande	4	1	Ingestão de medicamentos
Julia	37	Separada	São José dos Pinhais	18	5	Ingestão de medicamentos

FONTE: A autora

5.1 TRAJETÓRIAS

5.1.1 A trajetória de Rosa²

Rosa, 43 anos de idade, foi casada durante 20 anos e há três separou-se. Segundo ela, o ex-companheiro era muito violento, o que a fez sair de casa em 2008, levando consigo seus filhos, todos adolescentes. Ficaram cinco meses abrigados, em locais diferentes. Os filhos foram mantidos sob a responsabilidade do Conselho Tutelar. No ano seguinte, ela já havia conseguido providenciar um emprego, sair do abrigo, alugar uma casa e reunir os filhos.

Rosa é mãe de oito filhos; o primeiro nasceu quando ela tinha 15 anos e as caçulas, que são gêmeas, são adolescentes. Estudou até o segundo ano do Ensino Fundamental e atualmente é dona de casa.

Ela reside na periferia de um dos municípios da Região Metropolitana de Curitiba (PR), em um local considerado de risco, pois a casa é situada próximo a um rio e a região possui muitos focos do mosquito da dengue. Segundo Rosa, a Prefeitura Municipal fez o levantamento das casas mais afetadas e ela aguarda ser inserida no Programa Minha Casa Minha Vida, que facilita a aquisição de apartamentos no mesmo bairro, mas fora da área de risco.

Mora com as gêmeas, de 14 anos, com a filha de 22 anos, o genro e uma neta de três anos de idade. Ela comentou que uma das filhas contraiu meningite quando criança e ficou com algumas sequelas, como tremores pelo corpo e dificuldade em deambular e dialogar. Outra filha faz uso de substâncias psicoativas, teve vários internamentos psiquiátricos e já tentou suicídio. O irmão de Rosa também já tentou suicídio.

Rosa recebe Bolsa-Família e pensão alimentícia para as filhas mais novas (R\$ 75,00 para cada uma). Além dessas contribuições, o genro e a filha, que trabalham, ajudam a custear as despesas da casa. Sua mãe tem 74 anos de idade, o pai é desconhecido e ela tem três irmãos. Há três anos, uma irmã sua faleceu. Todos os familiares, filhos, irmãos, tios e a mãe residem no mesmo município e mantêm contato semanalmente.

² Como mencionamos na seção “Percurso metodológico”, foram usados nomes fictícios, inclusive para os profissionais mencionados nos relatos dos pacientes, e foram omitidos dados que pudessem identificá-los.

Diariamente Rosa faz tricô e crochê, assiste a programas de televisão e ouve rádio, e considera tais atividades como seu momento de lazer. Ela disse que normalmente se acha uma pessoa calma e quieta, mas quando está sem o remédio é uma pessoa bem agitada. Comentou que sofreu bastante, pois vivenciou várias perdas, chegando a perder inclusive a casa e a família. Entre essas perdas menciona o falecimento da irmã, do tio e da avó e a separação com o marido. Contou também que sofreu um acidente de queimadura. Nos últimos anos, começou a sentir alguns sintomas depressivos, mas até então não fazia tratamento, porque desconhecia que tinha “depressão profunda”. Descobriu somente em 2010, quando foi internada pela primeira vez por causa da primeira tentativa de suicídio. Nessa ocasião, permaneceu no hospital por 30 dias. No mesmo ano, em maio, junho e julho, ocorreram as mortes dos três parentes mencionados anteriormente.

O segundo internamento ocorreu em 2011, no Hospital Colônia Adauto Botelho, pelo mesmo motivo do internamento anterior, ou seja, tentativa de suicídio por ingestão de psicotrópicos.

Dessa vez, logo depois de tomar a medicação, alertou a filha mais velha, que a levou ao pronto-socorro da cidade em que residem, onde permaneceu um dia em observação e depois foi encaminhada ao Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM). Rosa compareceu no CPM por cinco dias consecutivos, até conseguir vaga para o internamento.

5.1.2 A trajetória de Julia

Foi com lágrimas nos olhos e poucos sorrisos que Julia narrou um pequeno trecho de sua trajetória de 37 anos de idade. Ela se considera uma pessoa simpática, educada e aponta o perfeccionismo como um defeito seu. Tem a leitura, o artesanato, a televisão e a poesia como atividades de lazer. Entretanto, em decorrência de suas dificuldades relacionadas à visão e, mais recentemente, por causa dos tremores nas mãos, gradativamente essas atividades estão deixando de ser prazerosas. Ela relatou que, na realidade, o que a deixa mais feliz é estar perto das pessoas que ama.

Julia é separada há nove anos. Tem uma filha de 16 anos, que mora no interior do estado, e um neto de aproximadamente 2 anos de idade. Coursou o Ensino Médio completo, fez Magistério, mas não exerceu a profissão, em decorrência dos

vários internamentos a que foi submetida, o primeiro deles quando tinha 25 anos de idade. Na época, teve um “surto depressivo”. Na ocasião, sua filha tinha apenas 3 anos de idade. Além do sofrimento psíquico, teve de enfrentar o sofrimento pela separação do marido e também da filha, que ele levou alegando que Julia não tinha condições de cuidar dela. Julia precisou abrir um processo judicial para reconquistar a guarda da menina. Hoje ela pensa que realmente não tinha condições de educá-la adequadamente, pois, em decorrência dos vários internamentos, não se fez presente, e a filha acabou engravidando precocemente.

Julia mora com a mãe e o irmão mais novo. Recebe Benefício de Prestação Continuada e, com a renda mensal, divide as despesas domésticas, pois se sente responsável por eles. Os familiares fizeram uma estimativa de 18 internamentos, dos quais sete foram no Hospital Colônia Adauto Botelho. Mencionou que tentou se matar cinco vezes ingerindo medicação e cortando os pulsos.

Nessa última tentativa, tomou os medicamentos que tinha em casa, e sua mãe notou que ela “não estava boa”. Ao ser questionada, relatou o ocorrido e foi levada diretamente ao Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM). No dia seguinte, foi internada.

Julia conta que a mãe e a tia materna já foram internadas em hospital psiquiátrico – a tia foi internada no Hospital Colônia Adauto Botelho – e o irmão às vezes tomava antidepressivo. Ela desconhece histórico de tentativas ou de suicídio na família. Permaneceu cinco meses hospitalizada. Nesse período, persistiam as alucinações auditivas, fato que a deixava muito insegura em relação ao retorno ao convívio familiar e social.

Após três meses de internamento, soube, durante uma licença, do falecimento do pai. Julia não pôde comparecer ao sepultamento, pois lhe deram a notícia posteriormente, mas sabia, de antemão, que ele estava com algumas complicações cardíacas. Julia ficou bastante entristecida com a situação, principalmente por não ter ido se despedir do pai.

No quinto mês da permanência de Julia no hospital, mesmo ainda não havendo a total supressão dos sintomas que motivaram seu internamento, a médica conversou com ela para saber se ela se sentia em condições de sair do hospital. Julia resolveu aguardar um pouco mais. Contudo, quando recebeu alta hospitalar, as alucinações auditivas continuaram, embora não fossem tão constantes e intensas.

Foram realizadas três entrevistas com Julia. A primeira delas ocorreu depois de quatro meses de seu internamento. Na maioria das vezes, ela se mostrava deprimida e, em alguns dias, dizia estar indisposta para falar.

5.1.3 A trajetória de João

João, aos 33 anos, foi internado em hospital psiquiátrico após sua segunda tentativa de suicídio. Na primeira vez, depois de contar à esposa sobre sua intenção, tentou se enforcar. Mas na época não fez tratamento.

Durante o internamento, separou-se da esposa, com quem mantinha um relacionamento conturbado havia 12 anos. Tem um filho de 9 anos e um enteado de 17, que, segundo ele, “ajudou a criar”. Estudou o Ensino Fundamental completo e trabalhava como colorista. A mãe mora em outra cidade e o pai é falecido. Tem seis irmãos.

Na anamnese de seu prontuário consta que há seis anos João havia tentado se matar, esfaqueando seu peito com uma faca. Segundo a ex-esposa, era a terceira tentativa, por causa das crises de ciúme. Em casa, apresentava constante cefaleia, ansiedade, mudança brusca de humor, crise de choro e sensação de inutilidade. Quando tentava se matar, estava alcoolizado. Durante a adolescência, especificamente dos 14 aos 18 anos de idade, fez uso abusivo de maconha.

Logo após a discussão com a ex-esposa, que o expulsou de casa, tentou se enforcar com uma corda e foi socorrido pelo enteado e pela ex-esposa, que acionaram o Siate. Segundo João, estava cuspidando sangue quando foi encontrado pelos familiares. Encaminharam-no ao CPM e depois ao Hospital Colônia Aduato Botelho.

A mãe tem transtorno mental e precisou de internamento psiquiátrico. O avô e o bisavô se suicidaram e o pai, segundo informações da mãe, apresentava um comportamento excessivamente ciumento, como João.

5.1.4 A trajetória de Jane

Jane tem 32 anos de idade, é solteira e tem um filho de 12 anos. Mora com o pai e o filho. Há um ano, a mãe faleceu repentinamente de “parada cardíaca de causa desconhecida”. Jane tem seis irmãos. Há um ano e seis meses, ela

trabalhava como auxiliar de produção. Usava drogas psicoativas, como cocaína e *crack*, mas parou há seis anos.

Jane relatou que cometeu cinco tentativas de suicídio. As formas foram as mais variadas: ingestão de fármacos e planta venenosa (chá de “comigo-ninguém-pode”), enforcamento e precipitando-se em frente a um caminhão. Dessa vez, tomou os 43 comprimidos que encontrou em casa, dormiu, depois acordou e vomitou. No dia seguinte, contou o que aconteceu à médica da Unidade de Saúde. Quatro dias depois, conseguiu o internamento.

Os três médicos que a atenderam, tanto os dois da UBS quanto o médico do trabalho, indicaram o internamento como o mais viável dos tratamentos. Nem ela nem seus familiares concordavam, mas, mesmo assim, ela achou melhor tentar se recuperar. A grande dificuldade foi conseguir uma vaga e também convencer algum parente a acompanhá-la durante o processo de internamento. As irmãs não queriam e o pai, além de não achar necessário, considerava o hospital psiquiátrico um lugar para “loucos e drogados”. Por fim, conseguiu mobilizar uma das tias. Jane desconhece a existência de transtorno mental na família, mas se lembra de que a mãe vivia deprimida e falava constantemente sobre um “cansaço de viver”.

Desde que sua mãe faleceu, sua vida se resumiu ao trabalho, a cuidar do pai, do filho e da casa. Ela diz que não tem lazer. O que realmente gosta de fazer e que considera seu lazer é fumar. Quando lhe foi perguntado em quais momentos se sentia bem, respondeu que era quando estava dormindo – “dormindo eu fico longe do mundo” – e também quando ficava com o filho, quando não brigavam.

5.1.5 A trajetória de Mariana

Mariana tem 48 anos de idade. Quando pequena, conviveu com intensas brigas familiares, principalmente envolvendo o pai. Permaneceu um período em um convento, mas teve algumas decepções, sobre as quais evita falar.

Durante oito anos, viveu um relacionamento conjugal conturbado, segundo ela baseado em violência, traição e medo. Após seu adoecimento e uma briga, finalmente teve coragem de denunciar o marido à polícia. Ele saiu de casa, deixando-a com a responsabilidade de cuidar de si e da filha. Mariana conseguiu providenciar o divórcio e a pensão alimentícia para sua única filha até ela completar 18 anos (hoje, ela está com 21anos) e nunca mais tiveram notícias dele.

Concluiu o Ensino Médio e teve vários empregos. O último foi como auxiliar de enfermagem em um hospital clínico em Curitiba (PR). E, assim, sustentava a casa. Depois do primeiro internamento, passou a receber auxílio-doença e não retornou mais ao mercado de trabalho, por não conseguir cumprir as exigências.

Ela contou que depois do primeiro internamento manteve-se estável por oito anos, mas que foram momentos difíceis. Na ocasião da entrevista, Mariana estava em seu quarto internamento. Dessa vez, aconteceu algo diferente. Ela relatou que não ficou “fora de si” como nos três internamentos anteriores; pela primeira vez, atentou contra a própria vida. O avô materno e a tia paterna tinham transtorno mental, mas ela desconhece comportamento suicida entre seus familiares.

Após a primeira entrevista, com a substituição de médicos na unidade e as alterações da prescrição medicamentosa, Mariana teve uma piora em seu quadro e contou que ficou aproximadamente duas semanas angustiada, com crise de choro, insônia e pensamentos negativos. Após sua melhora, voltamos a entrevistá-la.

5.1.6 A trajetória de Gislaine

Durante a entrevista, Gislaine falou bastante, chorou diversas vezes, esboçou poucos sorrisos e pareceu bem entristecida. Ela tem 28 anos de idade, é solteira, estudou até o Ensino Médio e trabalha como agente arrecadadora em uma praça de pedágio. Reside com os pais e a filha. A convivência familiar é definida por ela como sendo “com trancos e barrancos”, ou seja, permeada de conflitos, desavenças e culpas.

Aos 17 anos, com o intuito de viver “uma vida melhor” e “ser uma pessoa melhor”, em suas próprias palavras, mudou-se para São Paulo e lá morou por sete anos com um rapaz. Mas, por causa da violência dele, seus vícios, ciúmes e muitos outros motivos, separaram-se, e isso a fez concluir que fracassou em seu objetivo de mudar de vida. Há quatro anos, Gislaine retornou ao estado do Paraná e logo depois engravidou. O pai da criança não assumiu a responsabilidade em cuidar da filha, hoje com 3 anos de idade.

Na ocasião da entrevista, estava em seu primeiro internamento psiquiátrico. Os únicos familiares que conhecia com transtorno mental eram a avó materna e a prima. A irmã da bisavó, após vários internamentos em hospital psiquiátrico, cometeu suicídio.

Gislaine contou que, desde a adolescência, a ideação de morte se faz presente, seja por pensamentos, palavras ou atitudes. Tentou se matar várias vezes, de diversas formas: por ingestão medicamentosa, enforcamento, uso abusivo de álcool e de drogas, como maconha e cocaína. A mãe, ao ver que Gislaine estava tentando se matar tomando um “monte de comprimido”, além de agir de modo agressivo com os pais, vizinhos, parentes e principalmente com a filha, entrou em contato com a psicóloga que a atendia no posto de saúde e conseguiram encaminhá-la ao internamento.

5.2 OS SENTIDOS DA TENTATIVA DE SUICÍDIO

Após diversas leituras atentas das falas dos entrevistados, destacaram-se seis unidades de significado em relação à tentativa de suicídio. Essas unidades revelaram de que forma os sujeitos significaram sua experiência, tais como a compreensão que tiveram do ato, da motivação, da morte, do arrependimento, do sofrimento mental, do cuidado recebido e do cuidado que gostariam de receber. Procurou-se denominar tais unidades usando-se frases extraídas da própria fala dos entrevistados. A motivação para a escolha das frases repousa no fato de terem sido percebidas como as mais representativas do conjunto das vivências desses sujeitos.

5.2.1 *“Achei melhor acabar com minha vida”*

Os entrevistados relataram como foi sua tentativa de suicídio, o que os motivou, o que pensaram em fazer e o que esperavam com esse ato. Conforme se pôde constatar no Quadro 1, o meio empregado na maioria dos casos foi a intoxicação medicamentosa, principalmente pela ingestão de psicotrópicos. Em um dos casos, o meio utilizado foi o enforcamento.

Entre as motivações de uns e de outros sujeitos, percebem-se algumas semelhanças, normalmente relacionadas a desavenças familiares, medo do abandono, sentimento de vazio e de inutilidade e interrupção do tratamento. De modo geral, o que se pode observar é que a motivação central é a cessação de um sofrimento que para eles era insuportável. Relataram, também, um sentimento de falta de controle de situações e de sentimentos relacionados a determinadas situações:

Eu tentei foi duas vezes. [...] Foi um dia normal, assim, só que eu tinha parado com o remédio, então tava difícil o controle, vivia me descontrolando e chorando bastante, e naquele dia tive uma discussão muito feia com minha filha. Daí ela disse que ia abrir mão de mim [...] porque [eu] tava dando muito problema; daí eu peguei e achei melhor acabar com minha vida. (Rosa).³

Pela fala de Rosa, percebe-se que ela aliou quatro fatores, os quais serviram, segundo seu entendimento, de desencadeadores para sua tentativa de suicídio: interrupção do tratamento medicamentoso; falta de controle dos sintomas, possivelmente de uma depressão; discussão com a filha; sentimento de menos-valia e de que estava sendo uma sobrecarga, já que a filha fez menção de “abrir mão” dela.

João e Jane, dois outros entrevistados, também se referiram, em seu relato, a um sentimento de estar sendo “deixado de lado” e de que o suicídio seria uma forma de chamar a atenção para si.

João descreveu a situação que antecedeu imediatamente sua tentativa de suicídio da seguinte forma:

Ah, é que nós brigamos. Que ela tem outro filho com outro homem, ele pegou e veio pra cá ver a mãe dele, daí o piá joga bola e torceu o joelho. Ela pegou e foi com ele levar o piá no médico, daí eu não gostei, e isso foi entrando na minha cabeça, o cara ficou ligando lá em casa, lá, pra saber das coisas, eu não gostei, e daí que eu vim ficar assim, só por isso. [...] Ah! Eu tentei me enforcar, peguei a corda, amarrei na área e tava me enforcando já. Ela [a mulher] pegou e saiu na porta e ela viu, ela chamou meu enteado, meu enteado me pegou e me ergueu, ela veio e cortou a corda e eu caí no chão, caí no chão e tava cuspiendo sangue, daí mandaram chamar o Siate. (João).

Jane, por sua vez, declarou que queria chamar a atenção do namorado: “[...] não é depressão que me deu [...], eu queria chamar a atenção, queria chamar a atenção do meu namorado”.

Depois de relatar suas tentativas de suicídio anteriores, Jane contou como chegou à sua última tentativa, razão pela qual se encontrava internada. Em seu relato, ela apontou dois possíveis desencadeadores: uma situação estressante com a irmã e o fato de estar trabalhando à noite. No entanto, pode-se depreender de sua fala que o trabalho noturno era o que ela considerava o real motivo de seu estresse

³ As falas foram transcritas respeitando-se a maneira de falar de cada entrevistado, porém, para facilitar a leitura, reduzimos o número de repetições da maioria dos vícios de linguagem, como “né”, “tá”, “tão”, “sabe”, “daí”, entre outros.

e o que, por conseguinte, a estava “matando”. Ela foi diagnosticada pelos médicos como tendo transtorno afetivo bipolar e contou sobre suas oscilações de humor:

No sábado, eu tava bem tranquila e, de repente, eu me estressei com a minha irmã. Eu tinha limpado a casa e minha irmã tinha sujado, aí peguei e tomei todos os comprimidos: 25 Diazepam, 12 Amitriptilina e acho que 6 Carbolitium. Tomei, só que eu tomei e pensei: “Vou tomar e vou morrer, né?” Já tomei, assim, e já deitei, porque as pernas ficaram bambas [...] “Decerto eu caio na cama e já morro.” [...] Daí foi diferente, dormi por sete horas e acordei com dor no estômago e vomitei tudo. [...] E não morri, tô aqui [risos], tentei mas não morri, tô aqui. Eu já falei pro médico: uma vez eu tento de volta [...] Na frente do caminhão já tentei me enfiar uma vez, quando tava indo trabalhar. Por isso, já falei, o que me estressou, o que tá me matando é o emprego, por ser de noite, talvez se eles me mudassem de horário. (Jane).

Mariana também revelou sentimentos de menos-valia e que sua vida estava sem atrativos. É importante observar que os entrevistados vivenciaram os sentimentos desencadeadores da ideação suicida e da passagem desta para o ato como algo que aconteceu “de repente”:

De repente me deu, assim, que eu não valia nada pra ninguém, que eu não tinha importância pra ninguém e que a vida minha tava muito rotineira. Daí eu peguei, catei 30 comprimidos de Diazepam e tomei. Só que não aconteceu nada. Eu pensei que se tomasse, já caía dura. Eu corri na casa da minha vizinha e contei pra ela, falei pra ela: “Eu tomei 30 comprimidos de Diazepam e não aconteceu nada”, nem dormir eu conseguia. Ela falou: “Ah, é? Chico, vem cá, pega o carro”. Colocou eu dentro do carro e me levou no médico. Chegando lá, foi feito lavagem, foi feito lavagem na boca e [...] eles pegaram um frasco de um líquido e espremeram, assim, no ânus, pra limpar tudo, pra dar vontade de fazer cocô e sair tudo a sujeira, tudo os remédios. (Mariana).

O suicídio aparece como solução para as situações difíceis, é compreendido como uma solução definitiva para todos os problemas:

Eu coloquei uma corda amarrada num pau em cima, porque agora eu sabia como que era [risos], eu coloquei um banquinho embaixo e eu coloquei o pescoço e soltei o banquinho com o pé. Aí, quando vi que tava machucando muito, eu tirei, eu consegui puxar assim e tirar. [...] Eu não sei, eu achava que... é difícil [choro]. [...] Eu achava que se morresse tava tudo resolvido [silêncio]. (Gislaine).

5.2.2 “A gente só pensa em tirar aquele sofrimento do corpo e da alma”

Não somente o suicídio é vivenciado como solução para os problemas, mas a morte é compreendida como o livramento do sofrimento de uma vida sentida como um peso, um fardo difícil de carregar:

Morrer, apagar tudo [choro], apagar todo o meu sofrimento, apagar. Tava sofrendo demais, aquelas vozes na minha cabeça, eu não entendia o que era. (Julia).

A morte [silêncio] pra mim é um descanso, eu não acredito em vida após a morte, acho que morreu, morreu [silêncio]. (Jane).

E tem hora que eu tenho medo de morrer, tem hora que eu quero morrer. [...] Eu pensava assim que depois é um descanso, descanso pra sempre [silêncio]. (Mariana).

Não aguentava o sofrimento, não é fácil você viver. [...] Acabar com tudo, acabar com todo aquele sofrimento que eu tava passando, eu pensava assim, eu vou morrer e tudo isso vai acabar, vai acabar a briga pra ficar com minha filha, vai acabar todo meu nervoso, vai acabar. Minha mãe vai ter paz, porque ela mesmo diz pra mim que ela só vai ficar bem no dia que eu morrer [choro]. Acabaria tudo [silêncio]. [...] Eu ia descansar de todo o sofrimento, é isso que eu penso, que o sofrimento é enquanto você tá vivo, depois, morreu e acabou, não tem mais. (Gislaine).

A gente não pensa em ninguém; só pensa em tirar aquele sofrimento do corpo e da alma. (Rosa).

5.2.3 “Se eu pudesse pensar um pouco mais eu não teria feito”

Os entrevistados relataram que, após a tentativa de suicídio, passaram pela experiência do arrependimento e do remorso:

Achei melhor acabar com minha vida só naquele instante. Quando, depois que eu ingeri o remédio e que eu voltei a si, que acalmou os nervos, me arrependi. (Rosa).

Para uns, isso aconteceu imediatamente após a tentativa, inclusive tentaram impedir o avanço do efeito da medicação ingerida por meio de algumas medidas, como a provocação do vômito e a ingestão de leite:

Minha filha não sabe, eu não falei pra ela que tentei suicídio. E eu já tentei suicídio várias vezes na minha vida. Só que eu fiquei quatro anos sem internamento e fazia tratamento certo, tomava remédio. Daí eu resolvi tomar a mais, daí tomei Amplictil. Daí pensei na minha filha e fui no vaso e vomitei tudo [silêncio]. (Julia).

Eu vi que tava me sufocando assim, né? Daí eu tomei um copo de leite. Eu pensei: “Eu não quero morrer, eu quero chamar a atenção, eu não quero morrer”. Desta vez que eu não queria morrer, mas das outras vezes eu queria morrer. (Jane).

Para outros, o arrependimento não se restringiu à tentativa em si, mas estava relacionado, também, à recaída em seu sofrimento mental, à interrupção de um tratamento que, supostamente, estava dando certo:

Se eu pudesse pensar um pouco mais, eu não teria feito, porque não tinha motivo nenhum. Porque tava um dia lindo, um sol tão lindo lá fora, um dia lindo, tão maravilhoso. E eu fui fazer esta besteira, pra ter que internar aqui novamente. Eu tava tomando remédio certinho, tava dando tudo certo. [...] Me veio um remorso tão grande de ter que internar de novo, sendo que se eu tivesse tomando certinho o remédio não precisava ter internado novamente. Mas eu tive esta fraqueza. (Mariana).

5.2.4 “Sou uma pessoa com depressão”

A maioria dos entrevistados contou em seus relatos que são pessoas que estão passando por um sofrimento mental, geralmente depressão. E, para alguns deles, a depressão não é doença, embora haja um tratamento medicamentoso para seu quadro:

Eu acho que não tenho doença. Só depressão, sou uma pessoa com depressão, foi o que ele falou [o médico] [...]. Tem que fazer tratamento, tomar os remédios que o médico mandou, pra não piorar. Se eu parar de tomar os remédios, vai piorar, ele falou. Daí volta tudo de novo, até que tem que se internar de novo, pra ficar na medicação. (João).

Rosa, por exemplo, inicialmente entendia a depressão não como doença, mas como um estado psicológico próprio de quem tem dificuldades em compartilhar seus sofrimentos com outras pessoas. Contudo, no decorrer da entrevista, parece ter tido um *insight* e chegou à conclusão de que a depressão é uma doença, sim, pois precisa de tratamento:

Eu acho que é uma depressão, só depressão, doença mesmo eu nunca tive, é só depressão, por causa de muito sofrimento [...]. Depressão é a gente, ao meu ver, é por causa de me fechar pro mundo, e, por causa do sofrimento, fico guardando só pra mim, não falo pra ninguém. Daí é onde que vai acumulando tudo na minha cabeça e não consigo controlar. Eu acho que a depressão é assim. Não chega ser uma doença [silêncio]. Sim, chega, se não fosse doença, não precisava tratar, né? [risos]. (Rosa).

Rosa manifesta, ainda, a preocupação em não vincular a tentativa de suicídio à loucura. Em dois momentos, ela expõe essa preocupação:

Que não é uma pessoa louca. Eles [as pessoas] não devem pensar que só porque a pessoa tentou suicídio é louca. [...] Tem alguma doença que não consegue controlar, mas não é que ela seja louca, pra ficar num sanatório pro resto da vida. Sabendo que ali tem cura. Levando certinho, tem cura.

[...] Eles [as pessoas] deviam enxergar com outros olhos e não como loucura. É uma doença, uma depressão, porque loucura é pra pinel mesmo. Eu só tô tratando de uma doença e não de uma loucura. Se eu fosse louca, não poderia estar entre os familiares. É uma doença que, graças a Deus, tem cura. Fazendo o tratamento certo, vai ter cura. E já tá tendo, porque já vi bastante diferença. (Rosa).

Jane também trouxe em seu relato um sentimento de incerteza acerca de seu sofrimento psíquico: é doença ou não? No início, ela afirmou que não se sentia doente, embora tenha expressado sentimentos de revolta, impaciência e instabilidade de humor. Prosseguindo, ela admitiu ter um transtorno e apresentou uma hipótese quanto à causa. Depois, ao pensar como vai ser sua vida fora do hospital psiquiátrico, quando receber alta, manifestou insegurança quanto ao efeito dos medicamentos e no que diz respeito aos relacionamentos familiares, que são tumultuados, conforme contou em outro momento. A certa altura de seu depoimento, ela se questionou se o que ela tem não é uma doença realmente. Por fim, após o diagnóstico dos médicos e da classificação desse diagnóstico, admitiu-se como doente:

Eu me vejo uma pessoa que não tem, não tem paciência, é revoltada, doente não vou dizer: “Ah, eu me sinto uma pessoa doente”, porque doente eu não me sinto, não me sinto. Tô em tratamento aqui, mas não me sinto doente assim: “Ah, coitadinha, sou uma coitadinha porque eu tô doente”. Ah, isso, não, porque tenho dois braços, duas pernas. [...] É uma fase que eu tô passando, mas doente assim eu não sou [silêncio]. Acho que é isso [...] Humor brabo, um dia sorrio, outro dia eu quero matar [risos], vamos dizer assim.

[...] Na verdade, não sei o que causou essa doença, não é doença, é esse transtorno. Eu acho que desde que comecei a trabalhar. De noite trabalhando, de dia tinha que dormir, a mãe não tava muito boa, e tinha que dormir pouco. Depois, é muita gente na fábrica, lá. Isso daí foi indo que me sobrecarregou demais.

[...] Não sei [silêncio]. Eu ontem falei que não era doente, mas eu não sei.

[...] Falei pra você que eu não era doente ontem, que eu devia ter alguma coisa. Eu não sei se não sou doente, eu não sei [...] Que agir por impulso, que nem tá internada aqui, eu tô internada, mas eu tô indo embora, né?

Como que eu vou, como que eu vou ser lá fora, como vou me comportar lá fora? Será que a medicação daqui de dentro vai fazer efeito lá fora? Lá eu tô sem ninguém. [...] Aqui tô sem ninguém. Não tenho pai, não tenho filho, não tenho nada, não tenho problema. Aqui tanto faz, como tanto fez. Mas e lá fora? [silêncio]. É isso aí, que doença eu tenho? Alguma coisa eu devo de ter.

[...] É depressão e transtorno bipolar. [...] A doutora daqui [do hospital] falou. Eu acho que ela falou, eu não conversei com ela. Eu sei que os médicos lá do bairro falou. “Ah, é transtorno bipolar”, a Dr.^a Leandra, lá do CAPS, falou que é transtorno bipolar, o Dr. Tadeu também falou que é transtorno bipolar, tanto que o CID é 30 [...] F31.3. (Jane).

Gislaine entende que tem um “problema” que, como ela disse, precisa ser tratado por meio de fármacos e assinalou que ainda está surpresa em saber que tem esse “problema”. E procurou expor sua compreensão acerca do diagnóstico que lhe foi dado, bem como demonstrou sua preocupação acerca da demora do tratamento:

É difícil falar sobre isso, porque é difícil você aceitar que depois, numa certa idade que você chega, você tem um problema que você não sabia que você tinha. Então eu olho como eu não tenho um problema. Só que as pessoas olham como eu tendo um problema. Então é possível, impossível que todo mundo esteja errado, sinal que tenho um problema. Só que eu tenho um problema, mas não caiu a ficha, assim, que eu tenho esse problema.

Ele [o médico] falou que era F31. [...] Depressão? Transtorno bipolar? [...] Não, eu imagino que seja por causa do meu jeito de ser, essa alteração de humor que eu tenho, uma hora eu tô bem, outra tô mal. Todo mundo fala que isso é transtorno bipolar, então, e depressão, porque eu caí, caí ao ponto de não querer viver mais. Eu acredito que seja isso, será que tô certa?

Acho não, tenho certeza que sim, eu tenho que continuar [o tratamento], porque, se eu parar, vai acontecer tudo de novo, eu acho que vou continuar do jeito que tava e vou piorar. Uma vez que eu já tô medicada... Eu só não acredito que tem que ser pra sempre, eu não quero que seja pra sempre, porque, ah, eu acredito que não vai ser preciso tomar pra sempre, vai? [risos]. (Gislaine).

5.2.5 “Ninguém falou nada”

Os entrevistados mencionaram o tratamento que receberam por ocasião do surgimento do transtorno mental e principalmente quando tentaram suicídio e precisaram acionar a rede de cuidados. Relataram o que sentiram, como foram acolhidos e as dificuldades enfrentadas.

Rosa relatou suas dificuldades para conseguir consulta com psiquiatra e descreveu sua jornada em busca de tratamento para seu sofrimento mental.

Conforme podemos constatar em sua fala, o tratamento se restringiu à prescrição farmacológica:

Faz uns quatro anos já que começou. [...] No primeiro ano, fiquei sem tratamento, é que há três anos que comecei o tratamento [...], lá mesmo, em São José [...], no posto de saúde. [...] Foi, foi receitado Fluoxetina. Fazia três anos que tomava Fluoxetina. [...] Ia quando acabava o remédio, só quando acabava o remédio eu ia e pegava nova receita, que não tinha psiquiatra, daí pegava com outro médico, um clínico geral mesmo. Eu tava tomando remédio assim, sem passar por um psiquiatra, nada. Daí, foi um encaminhamento para o psiquiatra, peguei encaminhamento, consultei duas vezes [no CPM], daí fechou lá. Daí, eles [os profissionais do CPM] me encaminharam de volta pra outro psiquiatra, que é a clínica da mulher onde que eu tô com acompanhamento agora. [...] Tem lá em São José, é único, não tem outro, e daí que comecei a tratar de novo, mas ele trocou muito de chupetão [supetão] o remédio por outros remédios, e eu não soube controlar, daí ingeri todos na hora do nervoso [...] (Rosa).

Pelo relato de Rosa, após sua tentativa de suicídio ela foi atendida no pronto atendimento, de lá foi encaminhada ao CPM e, cinco dias depois, conseguiu uma vaga para se internar no Hospital Colônia Aduauto Botelho:

[a tentativa] foi na quarta, fiquei quarta à noite, a noite inteira [no pronto atendimento]. Daí, na quinta, na sexta e no sábado que eu fui que eu fui pro CPM, daí não tinha vaga. Eles me mandaram pra casa, daí vim pra cá. [...] Eu que quis me internar tudo, sabe? Corri atrás, que eu não queria mais incomodar minha família.

[...] Eles [os profissionais do CPM] deram opção de me tratar no CAPS, mas só que não tinha medicamento novo ainda, então eu queria me internar pra acertar os remédios certo pra eu continuar tomando, porque não adiantava eu me tratar [no CAPS] sem saber qual que era o certo, né? [...] Aqui [no hospital] eles foram vendo qual que foi o melhor e acharam o remédio melhor que deu certo comigo. (Rosa).

Julia conta que era acompanhada no CAPS e que, nesse dispositivo, havia muita rotatividade de profissionais e poucas atividades. Para ela, esse tratamento aparece como “improdutivo”:

[...] fazia [tratamento] no CAPS. Não, agora eu não gostei do CAPS, eu achei muito improdutivo, porque não parava psiquiatra, não parava terapeuta ocupacional e enfermeiro pra fazer outra atividade, era a gente dar a volta na quadra. Ele não queria fazer nada, queria ficar lá sem fazer nada, e mandava a gente, ia com a gente até lá onde eu moro e voltava. Uma vez eu até brinquei com ele: “Não quer ir até em cima tomar um café? [risos] Estamos perto de casa.” [risos]. (Julia).

Mariana também se queixa da falta de acompanhamento psiquiátrico e de que seu tratamento consistia “somente em receber receita”:

Então, primeiro eu fazia tratamento no CAPS, daí ele [o psiquiatra] me deu, me liberou do CAPS. Daí eu fui pra clínica geral, ela só me dava receita e eu não tinha acompanhamento com o psiquiatra. E no postinho a médica me dava [a receita]. E inclusive, na semana que eu internei aqui, era a semana que era pra ir buscar o remédio. [...] Eu acredito que agora eu vou pro CAPS novamente, né? (Mariana).

Sobre o atendimento que recebeu em decorrência da tentativa de suicídio, Mariana parece não ter se sentido bem acolhida, pois não lhe dirigiram a palavra e não encontrou vaga para internamento imediato:

Ninguém falou nada, só fizeram o atendimento sem abrir a boca, ninguém falou nada [no pronto atendimento]. Daí o médico veio e falou pra minha filha que eu tinha que ir no CPM, que lá eles iriam me encaminhar. Daí nós fomos, chegamos lá, não tinha vaga, tivemos que ir embora pra casa na segunda-feira, porque eu me internei numa terça. Daí, na terça-feira, fomos bem de madrugada e consegui vaga aqui. (Mariana).

Após sua tentativa de suicídio, Jane foi encaminhada pela médica da UBS ao CAPS. Ela disse que não foi bem acolhida lá, por isso preferiu voltar à UBS, onde se queixou do mau atendimento que recebeu no CAPS. A médica da UBS intercedeu por ela e solicitou ao CAPS que Jane fosse atendida por outro psiquiatra. Este a encaminhou para o CPM, onde Jane permaneceu o dia inteiro, mas não conseguiu vaga para ser internada. De lá voltou à UBS e novamente foi encaminhada ao CPM, que, por fim, conseguiu o internamento:

[...] a médica [da UBS] me encaminhou pro CAPS. Cheguei lá, o médico falou que minha cunhada não era da família, foi grosso. Daí eu voltei e falei pra doutora: “Não vou mais lá!” “Por quê?” [a médica perguntou]. “Não vou, né? Foi um grosso ele, olhou pra mim e jogou o papel.” “Você quer se tratar ou não quer?” [o médico falou]. Gritando, né? Eu tava indo lá me tratar e não pra escutar grito. Daí a doutora ligou lá pro CAPS e pediu pra falar com o diretor de lá, queria outro psiquiatra pra me atender, daí passaram pro psiquiatra João. Fui com minha irmã. Ele pegou o papel, leu, fez perguntinhas, marcou, olhou bem pra mim e disse: “Dois dias de atestado pra você, você tem dez, doze pra se internar, você não tem condições de ficar vivendo na sociedade do jeito que você tá, tua médica gosta muito de você, ela ligou pra cá dizendo que é pra te atender bem, tô te encaminhando pro internamento”. Daí eu fui pro CPM, fiquei desde as seis e meia da manhã até seis e meia da tarde, não conseguia vaga, daí eu voltei pra casa e na segunda-feira era pra voltar pro CPM. Não fui, fui lá no postinho, lá, conversar com a médica. A médica não quis conversa, me deu outra cartinha pra me internar. (Jane).

João também se sentiu mal atendido na UBS, por isso preferiu se consultar na rede privada:

Eu nem frequento muito o posto de saúde lá. E quando eu tô doente assim, eu pago consulta, porque eu não gosto de lá, é mal atendido a gente, eles atendem mal a gente. [...] Quando eu tô doente, eu pago consulta. (João).

João comentou como foi acolhido pelo Siate quando foi socorrido após sua tentativa de suicídio:

[...] foi o bombeiro que falou comigo. [...] Ah, ele falou pra mim que não era pra eu ter feito aquilo, que não adiantava, né? Que sou um rapaz forte, trabalhador, né? Conversou muito comigo, falando que não adiantava fazer isso, que ele foi uma pessoa sofrida na vida dele também, só que nunca pensou em fazer isso, conversou bastante comigo. (João).

5.2.6 “O que vai acontecer quando eu sair lá fora?”

De modo geral, os sujeitos relataram que gostariam de retomar suas atividades da vida diária, mas cada um mostra isso de maneira diferente. Há uma preocupação em como vai ser a vida depois do internamento e do episódio da tentativa de suicídio.

Jane conta que sente angústia quando pensa que está prestes a ter alta e que vai ter de enfrentar a vida “lá fora”, onde, para ela, “tudo é complicado”.

[...] que nem aqui, eu acho que eu tô meio concentrada aqui por causa da medicação, muita medicação, mas a partir do momento que eu for lá pra fora, que eu veja o que eu tenho que encarar, o que eu tenho que ver, eu acho que vai ser mais difícil. A doutora perguntou se eu tava bem hoje, eu falei: “Eu tô, eu tô um pouquinho cansada, um pouco com frio”. Mas não é, é angustiada já, assim, por saber que vou ter que ir pra casa, o que vai acontecer, assim, quando eu ir lá fora, o que eu tenho que fazer, o que tenho que resolver, tudo complicado. (Jane).

Rosa acredita que, depois de receber alta do hospital psiquiátrico, não necessitará fazer tratamento por muito tempo e descarta a orientação fornecida durante as consultas psiquiátricas pelo médico da unidade, segundo o qual o tratamento será para o resto da vida.⁴

⁴ Como assistente social do hospital, eu estava presente na consulta quando o psiquiatra informou à paciente sobre a manutenção do tratamento por toda a vida.

Eu acho que um pouco de tempo vou precisar, sim. [...] O mesmo [tratamento] que eu faço aqui, porque me identifiquei com esse remédio, não é muito como o antigo. Eu tomava muito remédio e esse é pouco e o pouco já fez efeito. Se eu não tivesse esse remédio, eu, nossa, vivia que nem aquelas mulheres lá, chorando por qualquer canto ou só andando aflita, que dá uma ansiedade [...] (Rosa).

Em outro momento, Rosa considera que o tratamento poderia ser feito em casa, com a ajuda de alguém para administrar a medicação, mas reconhece a importância do CAPS e do CPM como pontos de atenção: “[...] dá pra tratar em casa, se tiver uma pessoa que seja que nem as enfermeiras, [que] dá os remédios certos, na hora certa. E também no CPM, no CAPS, também dava pra se tratar”. Receber uma atenção especial em casa é, para Rosa, uma forma de se prevenir o suicídio:

[...] ver se essa pessoa tá tomando remédio certo, se não tá parando com o remédio. E, se tiver, não falar com brutalidade, falar calmamente com a pessoa, pra que a pessoa não se irrite, que é mais fácil de evitar, porque se for tratar com brutalidade é onde atormenta a cabeça da pessoa e a pessoa não sabe mais o que fazer, qual que é o bem ou o ruim pra ela [...] (Rosa).

Na opinião de Mariana, a família pode adotar alguns procedimentos para evitar que novas tentativas de suicídio aconteçam:

[...] a família não deve deixar no alcance objeto que é perigoso, que nem remédio, quando a paciente sabe que corre o risco de ela tomar o remédio a mais, que nem no meu caso, deve esconder o remédio e deve dar apenas na hora certa. (Mariana).

Julia e Jane não concordam que o suicídio possa ser evitado, pois quem toma a decisão vai encontrar a oportunidade e não há quem faça a pessoa mudar de ideia:

Não tem meio, de repente a gente fica maquinando aquilo e não fala pra ninguém, vai lá, pega e faz. [...] Eu acho que não tem como evitar, eu acho que falta, é um vazio que dá na pessoa, por isso que ela tenta se matar. Nada presta pra ela, assim eu me sentia cada vez que eu queria me matar, que eu não tinha valor [...] [silêncio]. (Julia).

[...] eu acho que a pessoa quando põe na cabeça ali num, não, não, não tem quem tire, eu acho. (Jane).

Gislaine, mesmo concordando que quem decide se matar não costuma escutar ninguém, ainda assim, acha importante ter alguém que possa acolhê-la, que esteja disposta a ouvi-la:

[...] uma pessoa que tenta se matar não escuta ninguém, ela não dá ouvido pra ninguém. [...] Mas o fato de alguém sentar e tentar entender ela já é uma grande coisa, e a pessoa acaba ficando mais tranquila, de certa forma, se ela consegue se abrir com alguém [silêncio]. Se alguém conversar, se alguém tentar entender, se alguém sempre tiver dando espaço pra pessoa se abrir como que ela tá, ela acaba desabafando, isso acaba aliviando [...], faz com que ela não tente se matar. Mas se ela não tiver com quem se abrir, ela não tem com quem falar, [se] ela não tiver liberdade pra chegar em ninguém e contar o problema, ela acaba tentando se matar sempre. [silêncio]. (Gislaine).

Para Julia, os profissionais que atendem a pessoa em sofrimento psíquico devem ser acolhedores, a fim de se evitarem novas tentativas:

[...] o tratamento, eu acho que deveria ser acolhedor [silêncio]. O máximo possível de psicologia junto ao caso e até ajuda de outros profissionais, como terapia ocupacional. [...] Principalmente de psicologia, psicologia e psiquiatria principalmente, porque o psiquiatra vai ajudar ele não tentar outras tentativas, né? Novamente com remédios [...] (Julia).

Julia considera que a pessoa que tenta o suicídio sente uma “falta”, uma carência, e que descobrir o que lhe falta e se há algum antecedente familiar também poderia contribuir para a prevenção do suicídio:

[...] deviam descobrir o que faltam nela: aconchego, carinho? O que falta pra essa pessoa? Tentar descobrir o que falta, correr atrás até da árvore genealógica, pra ver se não teve alguém na família que tentou se matar. (Julia).

João considera que nem sempre o internamento é a melhor solução, pois, para ele, há casos em que a pessoa pode ser tratada em casa:

Ah, [o tratamento] devia de ser pra fora, né? Cada um na sua casa, fazendo um tratamento no dia a dia. Não precisava ficar aqui fechado, internado, que tem muita gente que não pode sair pra fora, fazer o tratamento, né? (João).

Mariana aborda o preconceito que as pessoas manifestam em relação a quem tentou suicídio. Ela afirma que as pessoas não compreendem o sofrimento de

quem passa pela situação de querer acabar com a própria vida e que, por isso, não deveriam julgar. Ela dá a entender que tem medo de ser julgada:

[...] as pessoas deveriam não julgar, porque elas não passaram por isto, só quem passou por isto que sabe como é que aconteceu. Então eu acredito que as pessoas não deveriam julgar sem ter passado aquilo, sem ter sentido aquilo na pele, né? (Mariana).

Gislaine entende que as pessoas têm medo daquelas que tentaram suicídio, pois supõem que, se atentaram contra a própria vida, podem atentar contra a vida de outrem:

[...] a maioria das pessoas tem medo, né? Tem medo [...], acha que assim como tentou se matar pode tentar matar alguém, e não é assim. Quem tentou suicídio é porque não gosta de si mesmo mais, não gosta de nada e nada tá bom. [...] Não quer dizer que vai matar alguém, mas tenta se matar, só isso. (Gislaine).

Mas há esperança. É preciso ter firmeza de propósito para não sucumbir a novas tentativas. É preciso se levantar e aprender a não cair mais:

Eu vejo [o suicídio] como uma fraqueza, uma fraqueza porque a gente não tem a cabeça pra resolver os problemas. Em vez da gente tentar se firmar no pensamento positivo, a gente se firma no pensamento negativo, e é onde a gente faz bobagem. [...] Mas se a gente tentar firmar o pensamento positivo e toda vez que acontecer alguma coisa ruim você levantar e dizer “Não, isso não vai me deixar cair, isso não vai me deixar abater”, você acaba passando por qualquer problema. (Gislaine).

6 VIVÊNCIAS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO: SUBSÍDIOS PARA SE LIDAR COM O FENÔMENO NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA

Esta seção tem por finalidade discutir os resultados da pesquisa, com o objetivo de explicitar a experiência de pessoas que atentaram contra a própria vida, focando nos aspectos que podem ser úteis para se pensar a atenção ao usuário da saúde pública que vivencia uma situação semelhante.

O ato suicida é de difícil manejo. Às vezes possui diversas causas, muitas delas inconscientes ou invisíveis aos olhos. O comportamento suicida pode representar a encenação de um drama com determinante familiar ou cultural, além de estar associado às particularidades do indivíduo que sofre. Entende-se que, mesmo sendo parte de uma história de transtorno mental, como é o caso dos sujeitos da pesquisa, o suicídio não deve ser pensado somente com base em um diagnóstico, segundo um rótulo atribuído por parâmetros de classificação de doenças. Optar por uma compreensão que leve em consideração, da melhor forma possível, a experiência desses sujeitos pode fazer com que eles venham a ser atendidos em suas necessidades de acolhimento e escuta.

Como foi visto em Durkheim (2004), toda sociedade tende a ter sua taxa de suicídio. Todo ato individual é condicionado pelo meio social no qual o indivíduo está inserido. Dessa forma, cada tipo de suicídio (egoísta, altruísta ou anômico) depende da integração social do indivíduo, ou seja, de seu vínculo com a sociedade e da regulação social, que se refere aos vínculos com as normas da sociedade. A esse respeito, Durkheim defende o seguinte:

Assim se formam correntes de depressão e de desencanto que não emanam de nenhum indivíduo em particular, mas que exprimem o estado de desagregação em que se encontra a sociedade. Elas traduzem o afrouxamento dos vínculos sociais, uma espécie de astenia coletiva, de mal-estar social [...] (DURKHEIM, 2004. p. 265).

Marx (2006) também enfatiza que a vida privada do indivíduo é reflexo da vida em sociedade. Portanto, pode-se dizer que determinados contextos sociais são mais propícios a fomentar comportamentos violentos, sendo o suicídio um deles. E Marx questiona:

Que tipo de sociedade é esta, em que se encontra a mais profunda solidão no seio de tantos milhões; em que se pode ser tomado por um desejo

implacável de matar a si mesmo, sem que ninguém possa prevê-lo? Tal sociedade não é uma sociedade; ela é, como diz Rousseau, uma selva, habitada por feras selvagens. [...] eu queria saber se entre suas causas determinantes não poderiam ser encontradas algumas cujo desfecho se poderia prevenir. [...] Descobri que, sem uma reforma total da ordem social de nosso tempo, todas as tentativas de mudança seriam inúteis. (MARX, 2006, p. 28).

Evidentemente, não se trata apenas de melhorar as condições materiais e de renda da população. Isso não é um determinante, pois, se assim fosse, nossas taxas de suicídio seriam ainda maiores, e em países com uma distribuição de renda mais equilibrada, nos quais as questões materiais da vida estão satisfatoriamente resolvidas, as taxas seriam mais baixas. No Brasil, a taxa de suicídio por 100 mil habitantes é de 4,9, ao passo que na Suíça, por exemplo, essa taxa quase triplica, chegando a 18 suicídios por 100 mil habitantes.

O contexto social de pobreza, violência, desemprego e uso de substâncias psicoativas remete à reflexão sobre o desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais. Todavia, para que uma determinada demanda da sociedade se transforme em política pública, ela deve primeiramente tornar-se prioridade de um governo. Para isso, tal demanda deve sofrer pressões, sejam sociais ou políticas, tanto no contexto nacional como no internacional:

Políticas públicas são ações articuladas pelo Estado com recursos financeiros e humanos próprios. Envolvem uma dimensão temporal e se propõem a ter alguma capacidade de impacto sobre determinado problema. As políticas públicas tratam desde a implantação de serviços até projetos de natureza ética, compreendendo vários níveis de relação entre o Estado e a sociedade civil. Seu traço definidor e característico é a presença do aparelho público-estatal na definição, indução, no acompanhamento e na avaliação das propostas, mesmo quando, para sua realização, ocorram parcerias e consórcios com instituições não governamentais e universidades, entre outras. (MINAYO; LIMA, 2009, p. 43).

Ao analisar as narrativas, pôde-se perceber que alguns dos entrevistados que tentaram suicídio procuraram encontrar uma explicação para o próprio comportamento suicida. No entanto, muitas vezes as respostas, ou parte delas, não estão no sujeito, mas, sim, fora dele, e são propícias para serem apropriadas por políticas públicas.

Nas vivências narradas, constatou-se que as problemáticas dessas pessoas podiam ser contempladas por mais de uma política pública, pois comumente abrangiam mais de um fator de risco, a saber: tentativa prévia de suicídio, histórico

peçoal e familiar de transtornos mentais, histórico de suicídio ou de tentativas na família, violência intrafamiliar, uso de substâncias psicoativas, perdas recentes de parentes e acesso aos meios letais.

Entre os aspectos que mais chamaram a atenção, destacou-se o método utilizado pelos sujeitos para cometer o ato suicida. Suas tentativas se deram por meio da ingestão de psicotrópicos e enforcamento. De acordo com alguns estudos, os principais meios de suicídio ou de tentativas de suicídio são enforcamento, uso de armas de fogo e intoxicações, principalmente por meio de medicamentos e carbamatos, conhecido popularmente como “chumbinho” (WANG; MELLO-SANTOS; BERTOLOTE, 2004).

Entre as mulheres, que constituem a maioria de nossos entrevistados, os dados disponibilizados no período de 1996 a 2002 pelo SIM/MS apontam que o meio mais utilizado é a ingestão de medicamentos:

Pode-se observar que as mulheres fazem muitas tentativas através de intoxicação: medicamentos e substâncias não especificadas (48%), pesticidas e produtos químicos (25%), enquanto a população masculina apresenta um contingente grande de tentativas através do uso de armas de fogo (7,6%) e armas brancas (9,7%). (ESTELLITA-LINS, 2012, p. 43).

Assim, as notificações sobre intoxicação poderiam fornecer indicadores que permitissem a identificação da população vulnerável ao suicídio. No entanto, ocorre a subnotificação, ou seja, nem todos os casos são encaminhados aos sistemas existentes para o registro desses dados.

No Brasil, os principais sistemas disponíveis para se registrarem as situações de intoxicação, seja por venenos, drogas ou materiais industriais, são: o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox); o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), que registra as mortes hospitalares e os atendimentos realizados por traumas e agressões, cujos dados se encontram nas informações contidas na Autorização de Internação Hospitalar (AIH); e, o mais utilizado, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS), que tem por finalidade computar os dados das declarações de óbito emitidas pelo Instituto Médico-Legal (IML).

De acordo com Minayo (2005), além das escassas informações obtidas nos serviços que fazem os registros, as pessoas que efetuam as notificações sofrem

pressões de ordem cultural, religiosa e moral, o que contribui para agravar a situação de subnotificação dos dados:

Freqüentemente os familiares tentam esconder, negociam com quem notifica, revelando as dificuldades microssociais que o lidar com esse fato revela; suicidou; [...] num nível mais amplo, a sociedade também costuma ficar perplexa com esse tipo de evento, dificultando um conhecimento menos envolvido em preconceitos, em sentimentos de culpa frente à pessoa suicida, na estigmatização da família e do sujeito que se suicidou. (MINAYO, 2005, p. 208).

A informação de qualidade representa um importante instrumento para ações de vigilância, pesquisa, controle social e formulação de políticas públicas:

A informação é um direito de todos os cidadãos. Portanto, os sistemas de informação também têm um papel social, ajudando na compreensão da magnitude do problema dos acidentes e violência e no compartilhamento de decisões que dizem respeito à população em geral, como medidas de prevenção e de promoção da saúde e crescimento da cidadania. (NJAINÉ, 2009, p. 312).

Assim, disponibilizar um sistema de notificação de qualidade resultará em uma melhor oferta de serviços nos diversos pontos de atenção para o segmento da população mais vulnerável ao suicídio.

O internamento psiquiátrico em decorrência de tentativa de suicídio é o sinal vermelho que indica a necessidade de se prestar a máxima atenção à pessoa e à sua família, a fim de se prevenirem novas tentativas. E estar internado não significa, necessariamente, que o indivíduo esteja fora de risco. De acordo com alguns estudos, a realidade indica justamente o contrário:

[...] a maioria dos suicídios ocorre durante internações hospitalares por transtornos mentais e nos períodos próximos a internações. Após uma internação, o risco vai diminuindo com o passar dos anos, mas continua bem maior do que nos indivíduos em tratamento apenas ambulatorial. (MELEIRO; TENG, 2004, p. 126).

Um dos médicos que atendeu nossa entrevistada Jane alertou-a dos perigos do internamento psiquiátrico:

Ele [o psiquiatra] falou que, aqui, o internamento pra mim não era a melhor coisa pra mim, porque pra quem tinha sede de se matar, de provocar o suicídio, [ele] disse que este lugar [o hospital] é pronto, porque tem bisturi e um monte de coisa. [...] Disse que aqui não é um lugar próprio pra me internar, porque, se eu tava com a ideia fixa de me matar, disse que aqui é

um lugar certo pra eu morrer então, porque tinha bisturi, tinha medicação e tinha tudo [...] (Jane).

Isso quer dizer que parte da população necessita que a Rede de Atenção Psicossocial funcione de forma articulada e que é importante que seus usuários se sintam realmente envolvidos pelos fios que tramam essa rede, ou melhor, pelos pontos de atenção, e sejam acompanhados não apenas no momento da crise, mas também no momento da pós-crise, evitando-se, assim, as recaídas.

Jane se vinculou à equipe da UBS e não conseguiu ser acolhida no CAPS. Se tivessem conseguido fazer essa vinculação, provavelmente o internamento psiquiátrico teria sido evitado. Ou, se o CAPS tivesse colocado em prática o matriciamento, os médicos da UBS poderiam ter adotado uma conduta diferente e conduzido o encaminhamento de outra forma. Se a Rede de Atenção Psicossocial estivesse realmente ativa, a exaustiva peregrinação aos serviços de saúde em busca de cuidado teria sido evitada.

Nos municípios de Tijucas do Sul, onde reside a entrevistada Gislaine, e São José dos Pinhais, onde residem as entrevistadas Julia e Rosa, não existe o CAPS II à disposição da população.

São José dos Pinhais é um dos municípios mais populosos da Região Metropolitana de Curitiba, com 264.210 habitantes, de acordo com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), e possui gestão plena. Em 2006, foi desativado o hospital psiquiátrico que atendia não só as demandas provenientes do município, mas também as de outras regiões. Desde seu fechamento, verificou-se que o município não instalou outros serviços substitutivos, pois não possui CAPS II nem Serviço Residencial Terapêutico e não conta com leitos psiquiátricos em hospital geral. O Ambulatório de Saúde Mental destinado a adultos e crianças começou seu funcionamento apenas no ano passado. A Rede de Atenção Psicossocial é constituída por CAPS i e CAPS AD, que oferecem serviços de portas abertas, possui uma unidade de emergência psiquiátrica, SAMU e a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que faz matriciamento na Atenção Básica.

Campo Largo, Fazenda Rio Grande e Piraquara dispõem de alguns serviços substitutivos em saúde mental, entretanto, não houve vinculação ao CAPS dos entrevistados residentes nesses municípios – Jane, Mariana e João,

respectivamente. Apenas Jane tinha acompanhamento na UBS, os demais não tiveram acompanhamento contínuo pela equipe.

No município onde Gislaine mora não existe nenhum tipo de CAPS (CAPS I ou CAPS II) disponível para a população. Ela era atendida esporadicamente na UBS, mas sua mãe desenvolveu vínculo com a equipe que sabia de sua situação familiar, por isso conseguiram internamento logo que acionaram a unidade. O vínculo com a UBS foi importante, pois, na crise, a mãe de Gislaine recorreu à equipe profissional:

[...] daí minha mãe disse que não dava mais pra eu ficar daquele jeito, né? E falou assim pra mim, que era pra mim me internar. Daí, nesse dia que eu cheguei em casa, ela já foi no posto de saúde e já falou: “Ó, ela tá em casa”. No posto de saúde, todo mundo tava sabendo da minha situação, que o psiquiatra, o psicólogo sabia que eu tinha saído de casa por causa da briga e tal. [...] Ela me mandou me internar, eu já vim e me internei. Daí foi rápido. (Gislaine).

Algumas das dificuldades em relação ao CAPS, relatadas por aqueles que procuraram o serviço, são dignas de nota. Os entrevistados falaram principalmente da alta rotatividade de profissionais e da insensibilidade no acolhimento por parte de alguns deles.

Aqui tocamos na questão das políticas de contratação para o serviço público, bem como nos fatores que podem levar à alta rotatividade de pessoal. No primeiro caso, sabemos da morosidade dos processos de contratação e das justificativas que os gestores sempre apresentam, especialmente em relação à falta de recursos financeiros. No segundo, muitos fatores têm ligação com a alta rotatividade de profissionais, principalmente psiquiatras, como foi dito pelos entrevistados.

Somada a esses aspectos, há a questão da morosidade, a dificuldade de se conseguir o cuidado que se procura, o que é agravado pelo atendimento deficiente dos profissionais de saúde nesses serviços, como foi relatado pelos entrevistados:

Ninguém falou nada, só fizeram o atendimento sem abrir a boca, ninguém falou nada [no pronto atendimento]. Daí o médico veio e falou pra minha filha que eu tinha que ir no CPM, que lá eles iriam me encaminhar. (Mariana).

[...] a médica [da UBS] me encaminhou pro CAPS. Cheguei lá, o médico falou que minha cunhada não era da família, foi grosso. Daí eu voltei e falei pra doutora: “Não vou mais lá!” “Por quê?” [a médica perguntou]. “Não vou, né? Foi um grosso ele, olhou pra mim e jogou o papel.” “Você quer se tratar

ou não quer?” [o médico falou]. Gritando, né? Eu tava indo lá me tratar e não pra escutar grito. (Jane).

[...] uma pessoa que tenta se matar não escuta ninguém, ela não dá ouvido pra ninguém. [...] Mas o fato de alguém sentar e tentar entender ela já é uma grande coisa, e a pessoa acaba ficando mais tranquila, de certa forma, se ela consegue se abrir com alguém [silêncio]. Se alguém conversar, se alguém tentar entender, se alguém sempre tiver dando espaço pra pessoa se abrir como que ela tá, ela acaba desabafando, isso acaba aliviando [...], faz com que ela não tente se matar. (Gislaine).

Segundo Cassorla (1991), não é incomum a equipe atender o paciente que tenta suicídio reincidentemente com “desprezo agressivo”, quase maltratando-o. Coloca-se o rótulo de “histerismo” e libera-se o paciente com palavras que o ridicularizam.

Para o autor, julgar tais equipes como desumanas e frias não explica tal atitude:

A equipe capta a agressividade do ato suicida [...] os médicos e demais profissionais de saúde foram treinados para salvar vida e minorar o sofrimento. Quando aparece uma pessoa que não quer viver, ou que aparenta isso, ou ainda que “brinca” com algo tão sério como a vida e a morte, confundem-se no profissional todas as premissas de sua vocação e atuação. Dessa vez médico e paciente têm objetivos conflitantes. [...] Outro fator que influi nas atitudes do médico decorre da própria formação profissional [...] onde procura relação de causa-efeito, linear e visível. Penso que esse tipo de formação ajuda até a atrofiar a sensibilidade e a intuição que todos os seres humanos possuem e que devem ser desenvolvidas, ainda mais no médico. Em suma surgem dificuldades para se intuïrem ou aceitarem fatores inconscientes, por isso, muitas vezes os motivos que o médico atribui ao ato suicida não diferem da impressão leiga [...] A maior dificuldade decorre da invasão do médico por sentimento de impotência, de frustração, de fragilidade, diante dos ataques violentos de ordem emocional que recebe de seu paciente. (CASSORLA, 1991, p. 151-153).

Segundo Botega (2010), o profissional que atende uma pessoa com risco de suicídio deveria, necessariamente, ter alguns atributos pessoais para prestar a assistência adequada. As principais são:

Empatia: a capacidade de ajudar emocionalmente reúne qualidades inatas e aprendidas, aprimoradas com a experiência. Tem por base a empatia, ou seja, colocar-se na situação do outro e permitir-se sentir como ele. É bom lembrar um perigo: o de identificar-se tão intensamente com a pessoa, a ponto de com ela se confundir, por meio de pensamentos, sentimentos e atos, e não conseguir mais separar o que é de si próprio do que é do outro.

Espontaneidade: também é importante, desde que temperada pelo comedimento. Isso significa a presença valer-se de algo genuïno em alguém que se coloca como cuidador, que se faz presente como um ser humano interessado em outro ser humano.

Calma confiante: ainda que procure manter a espontaneidade, é inegável que o terapeuta precisa valer-se de uma forma de proteção psicológica e de sensação de potência. Há necessidade de um *setting* interno, percebido como uma calma confiante, a fim de que o terapeuta, tranquilizado pela “capacidade de exercer sua função” possa sentir em si o que procura oferecer ao outro.

Limites: tal investimento de proteção e de potência do terapeuta não deve chegar a um grau de cisão, numa espécie de couraça que leve à frieza ou à onipotência. Deve ficar claro para o profissional o limite de sua responsabilidade, de forma a tomar todas as iniciativas e a procurar todos os recursos que resultem em ações de proteção à vida, incluindo a ajuda de outrem. (BOTEGA, 2010, p. 15-16).

O objetivo desta pesquisa não é aprofundar essas questões, mas é importante assinalá-las, porque estão relacionadas à problemática investigada, já que a rotatividade de pessoal dificulta a integração da equipe e a gestão do trabalho, e isso tem consequências no serviço oferecido aos usuários e nos modos de se fazer prevenção. Nos casos em análise, a dificuldade de vinculação do usuário em risco de suicídio é patente e isso repercute em um cuidado deficiente, quando não inexistente. Segundo Botega (2010), para se trabalhar com crises humanas dois cuidados são fundamentais: “cuidar de mim para cuidar dos outros” e “tomar conta de minha capacidade de cuidar”. Para o autor:

É imprescindível para nossa saúde mental: reservar tempo de “qualidade” para si e para a família, retomar antigos costumes que habitualmente traziam alegria e paz, limitar o número de pacientes que provocam sobrecarga emocional, fazer pausas para reflexão, contar com supervisão, organizar com os colegas um grupo de estudos e um encontro rotineiro, a fim de discutir situações clínicas mais difíceis ou angustiantes (BOTEGA, 2010, p. 24).

Tais questões também nos levam a pensar na importância da implantação e consolidação da Política Nacional de Humanização (PNH) em todos os pontos de atenção, tanto da Atenção Básica, como da Rede de Atenção Psicossocial. A PNH procura fomentar meios de se colocar em prática o modo de trabalho do SUS, enfatizando o acolhimento e a Clínica Ampliada.

O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, “uma atitude de inclusão”. Relacionado à área da saúde, o acolhimento deve ser entendido como “diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta,

construção de vínculo, garantia do acesso e com responsabilização e resolutividade nos serviços” (BRASIL, 2010b, p. 151).

Ao mesmo tempo em que a Clínica Ampliada e Compartilhada é considerada igualmente como linha diretriz da política, tem como proposta se contrapor ao modelo tradicional das práticas excludentes, cujo enfoque está restrito ao aspecto biomédico, social ou psicológico, ao ideal da neutralidade e ao não envolvimento, bem como à lógica da produção, valorizando a quantidade de atendimentos e não a qualidade do atendimento.

A proposta da Clínica Ampliada é articular e incluir os diferentes enfoques e disciplinas para atender as diferenças e singularidades, valorizando o compartilhamento, entre a equipe, de suas fragilidades, angústias, temores, dúvidas e ansiedade, assim como de suas potencialidades, seus saberes e práticas. É também reconhecer os pacientes como sujeitos, protagonistas de seu próprio projeto terapêutico. A Clínica Ampliada aposta na autonomia, nos potenciais e nos saberes dos diferentes sujeitos para a transformação da realidade, porque propõe a inclusão de todos nos processos de mudança (BRASIL, 2010b).

Tanto o acolhimento quanto o acompanhamento são fundamentais para qualquer ação preventiva, especialmente no caso de pessoas com transtornos mentais e com histórico de tentativas de suicídio. A forma como essas pessoas serão acompanhadas é fundamental para se prevenirem novas tentativas. Jane, por exemplo, demonstrou preocupação com sua vida depois do internamento e questionou como será seu modo de ser, como será o cuidado: “Como que eu vou, como que eu vou ser lá fora, como vou me comportar lá fora? Será que a medicação daqui de dentro vai fazer efeito lá fora?”

A Rede de Atenção Psicossocial e a Rede de Atenção Básica poderiam oferecer a ela – que é usuária do sistema e está inserida na comunidade – um cuidado integrado, o qual poderia deixá-la mais segura, mais confiante.

Uma questão importante apontada não apenas por Jane, mas também por outros entrevistados, é a da medicação. É fundamental que a medicação seja bem controlada e que seu uso seja acompanhado. Para isso, o sujeito necessita sentir confiança nos profissionais que o atendem. Aliás, antes de tudo, é preciso que haja profissionais no serviço para atendê-lo.

Mas não é só no que se refere à administração do medicamento que o acompanhamento é importante. Os aspectos psicossociais também são de extrema

importância. É certo que as estratégias preventivas devem ter o intuito de se antecipar à crise e intervir no controle de recaídas. As medidas preventivas pressupõem o reconhecimento dos possíveis fatores protetores, como a rede de apoio, e, para isso, é necessário identificar como as pessoas em sofrimento psíquico vivem na comunidade a que pertencem, se elas se sentem pertencentes a algum lugar e como são suas relações interpessoais.

Nesse aspecto, a rede de apoio é um espaço para troca de experiências e ajuda mútua. A solução ou a amenização dos problemas é encontrada na própria comunidade. Assim, há a valorização dos saberes técnicos e particulares encontrados nas instituições governamentais e não governamentais, como as secretarias de saúde e seus serviços, as universidades, os meios de comunicação, os conselhos tutelares, o Ministério Público, as secretarias de Educação, de Emprego, de Esporte e Lazer, assim como entre os moradores da comunidade, vizinhos, grupos de amigos e representantes religiosos:

As redes sociais levam os indivíduos a se sentir pertencentes a grupos, e a desenvolver e aprofundar relações, podendo encontrar soluções para seus impasses e situações difíceis da vida, sem recorrer a qualquer forma de violência, seja sobre outros ou sobre si mesmo. De qualquer forma, participar de uma rede torna o indivíduo mais protegido. As redes sociais, portanto, promovem relações saudáveis e ajudam a prevenir a violência. (PHEBO; NJAINE; ASSIS, 2009, p. 372).

“Rede” é definida por Castells (2000) como um conjunto de “nós” que se encontram conectados. Segundo o autor, as redes são estruturas abertas que podem se expandir, formando novos nós, abrindo novas possibilidades de comunicação e articulação entre as pessoas e as instituições que delas fazem parte. Para que os profissionais que atuam na atenção construam um trabalho em rede, um dos primeiros passos é o compartilhamento de valores e objetivos comuns. Nessa questão, sublinhamos que, assim como na rede social, em que os indivíduos pedem “socorro” uns aos outros, na rede de saúde, um setor pede “socorro” a outro, para solucionar um problema. Da mesma forma, as várias redes se interconectam e dão apoio umas às outras.

No caso da prevenção do suicídio, destaca-se a importância de vários setores, bem como das várias redes que estejam engajadas em prol desse objetivo. A Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (ENPS) propõe:

IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade. (BRASIL, 2006a).

Outro ponto relevante ressaltado nas vivências dos entrevistados diz respeito ao preconceito em relação ao suicídio e à patologização do comportamento suicida. Rosa revelou preocupação a esse respeito ao dizer:

Que não é uma pessoa louca, eles [as pessoas] não devem pensar que só porque a pessoa tentou suicídio é louca. [...] Tem alguma doença que não consegue controlar, mas não é que ela seja louca pra ficar num sanatório pro resto da vida. Sabendo que ali tem cura, levando certinho tem cura [...] (Rosa).

O trabalho em rede exige a proximidade com a sociedade e tende a:

[...] produzir mudanças no imaginário social acerca da doença mental, da loucura, da anormalidade e da periculosidade do louco, bem como dos serviços de saúde mental enquanto um mero depositário de “doentes mentais”. (LUZIO; YASUI, 2010, p. 25).

A ênfase na patologização faz com que a interpretação do comportamento suicida siga somente um viés, isto é, que seja encarado como uma patologia individual. Dessa forma, cala-se toda a possibilidade de compreensão do desse comportamento, e essa interpretação acaba mascarando ou refutando as questões subjetivas, familiares, sociais, culturais e econômicas. Essa situação piora quando se é internado em hospital psiquiátrico, já que o sujeito entra com um código numérico e sai com a marca da loucura, do desatino, que será perpetuada em sua história de vida.

Três dos entrevistados – Gislaine, João e Jane – foram internados pela primeira vez em um hospital psiquiátrico. Para eles, foi muito difícil saber que tinham uma doença e, pior que isso, que essa doença necessita de tratamento para o resto da vida, segundo informações que receberam do psiquiatra assistente:

É difícil falar sobre isso, porque é difícil você aceitar que depois, numa certa idade que você chega, você tem um problema que você não sabia que você tinha. Então eu olho como eu não tenho um problema. Só que as pessoas olham como eu tendo um problema. Então é possível, impossível que todo mundo esteja errado, sinal que tenho um problema. Só que eu tenho um problema, mas não caiu a ficha, assim, que eu tenho esse problema. (Gislaine).

Pelas narrativas, percebe-se que prevalece a ênfase no tratamento medicamentoso. A concepção curativa com foco na sintomatologia ainda é predominante na área da saúde pública, e verifica-se que o tratamento restritamente medicamentoso tem suas falhas, principalmente no que se refere à insuficiência da orientação fornecida, à desvalorização da questão educativa e ao não reconhecimento de outras terapêuticas mais alinhadas com o cuidado psicossocial.

A tentativa de suicídio precisa ser ressignificada pelo sujeito. O que se observa é que se quer “esconder” a vivência da tentativa de suicídio por meio da medicalização, pois somente medicar é insuficiente. Em certos casos, o tratamento medicamentoso acaba escondendo a pessoa da vida e daquilo com que ela precisa lidar. Julia, por exemplo, diz que não reconhece mais seu humor:

Meu humor? É controlado pela medicação, né? Eu tenho bom humor, eu tenho bom humor, só que, antes de acontecer tudo o que aconteceu na minha vida, eu tinha bem mais humor, eu sorria mais. (Julia).

As tentativas de suicídio podem ser consideradas como um meio de dizer algo para o outro. O indivíduo está tentando expressar, com o gesto, alguma coisa que pode ser um “pedido de ajuda”, um “grito por socorro” ou “um pedido de atenção”. É o anúncio de que se está sofrendo demais e a pessoa não consegue lidar com isso, conforme disse claramente Gislaine:

[Gostaria] que vissem como uma pessoa que tá sofrendo muito, que não tá aguentando mais sofrer, que acha que aqui na Terra já deu o que tinha que dar. Porque, morrendo, descansa. Bom, geralmente quem tenta pensa assim, né? Eu penso assim. [...] Muitas e muitas vezes eu pensei assim, cheguei a dizer que Deus não existe: “Que Deus o quê?! Se Deus existisse eu não tava passando por isso.” [...] Então é uma pessoa que tá totalmente desacreditada. (Gislaine).

A ambivalência permeia todas as falas. Em alguns casos, o ato não tem como objetivo a morte, mas, sim, escapar de uma confusão interna, como uma resolução de conflito. A maioria quer viver de outra forma, por isso afirma que queria morrer para acabar com o sofrimento ou evitá-lo, como no caso de Julia, que afirmou não aguentar mais o sofrimento por causa das vozes. Cassorla (1991) aponta a ambivalência em relação ao comportamento suicida:

O suicida quer viver e morrer ao mesmo tempo e ele está sempre em conflito. O resultado do ato decorrerá da intensidade de cada um dos seus

desejos e de circunstâncias fortuitas ligadas ao método usado e à possibilidade de socorro. Por outro lado, o ser humano não tem condições de saber o que é a morte, e um estudo cuidadoso das fantasias suicidas nos mostrará que o indivíduo, na verdade, não quer a morte: o que ele deseja é livrar-se do sofrimento, e em suas fantasias comumente encontraremos desejos de uma nova vida, de fusão com objetos perdidos, de encontro com Deus, etc., associados a fantasias de vingança e de autopunição. (CASSORLA, 1991, p. 69-70).

Independentemente do motivo que leva uma pessoa a atentar contra a própria vida, seja por impulso, para chamar a atenção, por não ter pensado nas consequências ou porque teve um diagnóstico desenganador, tal ato sempre demonstra a existência de um sofrimento psíquico. Por isso exige observação e escuta atenta, para além do ato suicida:

[...] o estado psíquico geralmente encontrado em alguém prestes a se matar é de uma dor emocional intolerável, *psychache* (dor psíquica) vivenciada como uma turbulência emocional interminável, um desespero sem luz no fim do túnel, uma sensação angustiante de estar preso em si mesmo, sem encontrar saída. O desespero leva, então, à necessidade de um alívio rápido: matar-se para interromper a dor psíquica. (SHNEIDMAN 1993 apud BOTEGA, 2010, p. 13).

Mariana, Rosa e Gislaine comentaram sobre como a sociedade pensa e como elas acham que deveria pensar a respeito das pessoas que passaram pela experiência da tentativa de suicídio:

[...] as pessoas deveriam não julgar, porque elas não passaram por isto, só quem passou por isto que sabe como é que aconteceu [...] (Mariana).

Que não é uma pessoa louca, eles [as pessoas] não devem pensar que só porque a pessoa tentou suicídio é louca [...] (Rosa).

[...] a maioria das pessoas tem medo, né? Tem medo [...], acha que assim como tentou se matar pode tentar matar alguém, e não é assim [...] (Gislaine).

As narrativas acima confirmam a constatação do escritor Dapieve (2007) de que o suicídio é tratado na imprensa da mesma forma que a população em geral lida com o assunto:

Entendi que o silêncio era menor do que eu supunha e, mais até, o que me incomodava era o tom das palavras, a desqualificação do suicida como fanático religioso, criminoso ou louco. Tudo isso, como escreveu José Carlos Rodrigues, “não se explica apenas porque o suicídio seja um desafio ao poder, mas também porque todo *verdadeiro* desafio ao poder seja de natureza suicidária”. Para o antropólogo, os suicídios “são uma escandalosa

afirmação do direito à liberdade e à dignidade, afirmação que o opróbrio lançado contra o suicida e seus próximos tenta anular”. (DAPIEVE, 2007, p. 171, grifo do autor).

Dessa forma, esta seção é o resultado do esforço em articular as vivências narradas com aspectos trazidos pela revisão bibliográfica realizada e com propostas de políticas públicas voltadas especificamente para a questão da prevenção do suicídio.

Destaca-se que, apesar da existência de uma extensa legislação sobre a efetividade dos princípios do SUS e do novo paradigma de atenção à saúde mental, na prática verifica-se a prevalência dos cuidados pautados na doença, bem como a inacessibilidade ao serviço, ineficiência dos serviços existentes, dificuldade dos profissionais, familiares e comunidade em geral em lidar com o assunto e, principalmente, dificuldade em abordar os sujeitos que sofrem psiquicamente e em cuidar deles.

7 CONCLUSÃO

Ao se buscar elaborar uma compreensão do comportamento suicida por meio das narrativas de pessoas que tentaram suicídio, ouviram-se histórias de vida em que a motivação para atentar contra a própria vida foi a esperança de aliviar um sofrimento muitas vezes maldefinido pela própria pessoa que cometeu o ato.

As histórias também revelaram que nem sempre essas pessoas se sentiram bem acolhidas nos vários contextos em que elas ou suas famílias procuraram por cuidados, notadamente os espaços da saúde pública.

Esse não é um tema fácil, nem é fácil aceitar que alguém queira acabar com a própria vida, tampouco definir claramente as causas para tal comportamento. A questão do suicídio é extremamente complexa e multicausal. Às vezes o próprio sujeito apresenta dificuldade em rever e ressignificar seu gesto, e as diferentes abordagens que buscaram explicar o fenômeno são aproximações a respeito das causas possíveis e reais.

Nesta pesquisa, notou-se que o sentimento de desesperança e o sofrimento em relação à vida prevaleceram em todas as situações descritas pelos sujeitos que narraram seu modo de ser e compreender a vida.

Todos os sujeitos da pesquisa apresentavam algum transtorno mental e, segundo a literatura especializada, aproximadamente um terço das pessoas que se matam consulta um psiquiatra na semana anterior à sua morte e mais da metade o faz no mês que antecede o suicídio, embora muitos não revelem ideação suicida e muitos outros nem sequer sejam indagados, pois parte dos profissionais insiste na crença errônea de que se interrogarem seus pacientes sobre suicídio vão de alguma forma encorajar o ato. (JAMISON, 2010).

Por meio da pesquisa, tornou-se evidente que as intervenções em saúde pública ainda são insuficientes quando o assunto é a prevenção do suicídio, principalmente no que se refere ao fluxo do cuidado. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ainda não é propriamente uma rede, pois há lacunas entre um serviço e outro. Além de não haver uma integração consolidada entre ela e a Atenção Básica, é evidente o despreparo das equipes profissionais no manejo dos pacientes com comportamento suicida, não apenas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mas também nos hospitais psiquiátricos.

A Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio ainda não se desenvolveu. Após seis anos de seu lançamento, poucos profissionais de saúde conhecem sua proposta e pouco se fala dela nos vários cenários da saúde pública e na sociedade como um todo. Entende-se que essa dificuldade de implantação, e posterior consolidação, deve-se fundamentalmente ao fato de a Rede de Atenção à Saúde ainda não funcionar integralmente como tal.

Pelo que se pode compreender, é comum que o sujeito que já tentou suicídio não esteja vinculado a um CAPS, o que pode ser atribuído a razões diversas, desde falta de vontade do indivíduo, por entender que não vale a pena, tendo em vista o serviço que é oferecido, até desconhecimento da existência desse dispositivo ou dificuldade de acesso a ele.

Na Atenção Básica, tampouco há facilidades para se lidar com o problema, pois, além das dificuldades apontadas em relação à consolidação da própria rede, as abordagens sobre o suicídio são reducionistas, uma vez que priorizam mais o aspecto nosográfico relacionado ao transtorno mental. Dessa forma, o tratamento para as pessoas que têm o suicídio em seu horizonte existencial acaba se resumindo ao farmacológico e o internamento por ocasião de uma tentativa.

O internamento, necessário em alguns casos e às vezes de maneira recorrente, acaba por estigmatizar o sujeito, que carrega o rótulo de “insano”, e ocasiona problemas pessoais, econômicos, profissionais e familiares. Sem falar que o tema “suicídio” ainda é um tabu na sociedade e entre os profissionais da saúde.

Há ainda o mito de que uma abordagem direta e clara sobre o fato pode piorar a situação. Esse pensamento é falacioso, pois, ao não se olhar de frente para a questão, não se vislumbram possibilidades de esclarecimento e cuidados, e, conseqüentemente, aqueles que passam pela experiência da tentativa de suicídio são ainda mais estigmatizados.

Todavia, há possibilidades. Com a reconfiguração da RAPS, a pessoa em sofrimento psíquico, especialmente a que apresenta comportamento suicida, pode optar por uma forma de cuidado e atendimento no próprio meio comunitário, onde ela terá acesso aos serviços disponibilizados para esse tipo de situação sem que suas particularidades e necessidades sejam desrespeitadas e sem que ela precise se isolar, afastando-se do convívio com familiares e amigos.

Essa nova reconfiguração da rede requer dos serviços de emergência dos municípios o atendimento de emergências psiquiátricas, o que possibilitará

mudanças no olhar e no cuidar, a diminuição da segregação e possivelmente a desmistificação sobre a periculosidade do paciente que atenta contra a própria vida.

Mas, enquanto isso não for um fato, é importante, sim, rever as práticas dos profissionais em qualquer âmbito de atuação, desde a ESF até a instituição hospitalar, no sentido de que se procure ver o comportamento suicida como um pedido de ajuda para um sofrimento que se apresenta insuportável e, como tal, precisa ser acolhido e atendido, sem julgamentos prévios.

Na Região Metropolitana de Curitiba, verificou-se que, ao serem atendidas nos serviços de emergência, as pessoas são encaminhadas, quando são, a um hospital psiquiátrico ou a um CAPS, mas, nesses casos, falta um acompanhamento contínuo e/ou mais consistente. Saber por que isso ocorre é um capítulo à parte, no qual esta pesquisa se mostrou limitada, tendo em vista seu objetivo principal.

A pesquisa possibilitou uma reflexão a respeito da própria conduta profissional da pesquisadora no que se refere a uma efetiva reinserção dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos nos serviços substitutivos. Para que, de fato, ocorra o acompanhamento profissional extra-hospitalar, tal processo exige um comprometimento profissional e familiar e a consciência do agravo que representa uma pessoa com história de tentativa de suicídio.

Como profissional de saúde mental atuante no Hospital Colônia Adauto Botelho, a pesquisadora pôde usufruir dos dados da pesquisa ao longo do desenvolvimento desta e constatar a inexistência de comunicação entre o serviço hospitalar e os serviços comunitários de saúde e, por conseguinte, a falta de compartilhamento entre as equipes sobre as dificuldades vivenciadas pelo paciente com risco de suicídio e as demandas não atendidas pela Rede de Atenção.

Nesse sentido, visando facilitar o acesso ao tratamento extra-hospitalar, aumentar a adesão a ele e evitar reinternamentos, em 2011, por iniciativa da direção e do setor de serviço social do hospital e da Coordenação de Saúde Mental de Pinhais, município da Região Metropolitana de Curitiba (PR), deu-se início ao projeto de acompanhamento dos pacientes nos serviços comunitários.

O projeto consiste em garantir acolhimento ao paciente tão logo ele saia do hospital. E isso se faz da seguinte forma: quando há previsão de que um paciente terá alta hospitalar, o caso é comunicado ao CAPS II ou ao CAPS AD, que agenda um dia para o acolhimento em um desses serviços. Para avaliar a inserção do paciente na Rede de Atenção, a cada dois meses a equipe do hospital e a do CAPS

que o acolheu se reúnem e verificam os dados. Caso o paciente não tenha comparecido no dia agendado, os agentes comunitários de saúde da ESF ou os profissionais do CAPS fazem uma busca ativa. Entende-se que essa é uma iniciativa simples, mas que tem importante repercussão no cuidado com o paciente e quando se pensa em prevenção do suicídio.

Outra medida importante para a prevenção do suicídio é envolver, de alguma forma, os familiares e amigos da pessoa em risco, fornecendo-lhes desde informações a respeito da situação clínica e do tratamento durante a crise até o que se pode buscar nos serviços extra-hospitalares em termos de ajuda não só para o paciente, mas também para a família, para os outros envolvidos e para os grupos de apoio, seja nos serviços de saúde ou em outros setores.

No que se refere ao tratamento hospitalar e medicamentoso, tanto os pacientes como os familiares devem ser bem informados sobre a terapêutica ofertada e estimulados não só a participar ativamente do atendimento, questionando sobre o diagnóstico, o prognóstico e os possíveis efeitos colaterais da medicação indicada, mas também a procurar uma segunda opinião, caso discordem.

O atendimento psicológico é de extrema importância, por proporcionar apoio a pacientes e familiares nos momentos de intenso sofrimento psíquico e após uma tentativa de suicídio, bem como por estimular a adesão ao tratamento e contribuir para a necessária resignificação do ato suicida na vida dessas pessoas. Todavia, verifica-se nesses serviços a não contratação de psicólogos, uma alta rotatividade de profissionais, entre outros aspectos que impedem ou dificultam o atendimento exigido nessa situação.

Em se tratando da prevenção do suicídio, entre os profissionais importantes nessa tarefa enfatizam-se os da educação, principalmente os que trabalham com adolescentes e jovens adultos; os da mídia, pois podem divulgar o assunto de maneira esclarecedora, sem sensacionalismos; os profissionais da saúde e da área jurídica em geral, que lidam com pessoas e grupos relacionados à violência doméstica e a transtornos mentais, alcoolismo e outras drogas, bem como as relacionadas .

No Brasil, não se elaborou ainda um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, evidenciando que os desafios para a política pública permanecem substanciais. O que se verifica são intervenções ligadas às universidades, as quais aliam assistência, pesquisa e estudo, muito importante para o desenvolvimento de

saberes e condutas. Entretanto, praticamente inexitem ações pertinentes à gestão em saúde pública.

A sociedade não pode permanecer alheia diante do sofrimento de tantas pessoas. Problematizar a mortalidade por suicídio na população paranaense, esclarecer os fatores de risco e de proteção, enfatizar a defasagem dos serviços em saúde mental disponíveis à população considerada de alto risco para o suicídio, questionar a atuação dos gestores de saúde em relação ao tema, tudo isso são atitudes que podem ser tomadas e disseminadas pelo poder público a fim de evidenciar que o suicídio – ou a tentativa de suicídio – é uma questão de saúde pública, e como tal dever ser tratada.

Realmente, muito pode ser feito em relação à prevenção do suicídio na saúde pública, mesmo na atual situação da Rede de Saúde e nas condições de trabalho dos profissionais dessa área. Pequenos gestos podem se tornar um grande e importante cuidado. Essa foi a principal lição apreendida das narrativas dos sujeitos desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 491-494, jul./set., 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n3/v11n3a11.pdf>>. Acesso em: 2 set. 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Psiquiatra afirma que as políticas nacionais de prevenção do suicídio “não saíram do papel”. Entrevista concedida à ABP pela Dr.^a Alexandrina M. A. da S. Meleiro. 2012. Entrevistador: Aline Leal Valcarenghi. Brasília: Agência Brasil, 2012. Disponível em: <<http://www.abp.org.br/portal/archive/8414>>. Acesso em: 2 set. 2012

BERTOLETE, L. O suicídio e a sua prevenção. In: MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. (Coord.). **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p. 193-205.

BOTEGA, N. J. et al. Prevenção do comportamento suicida. **Revista de Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 213-220, set./dez. 2006. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1442/1130>>. Acesso em: 2 set. 2012.

BOTEGA, N. J.; SILVEIRA, I. U. da; MAURO, M. L. F. **Telefonemas na crise: percursos e desafios na prevenção do suicídio**. Rio de Janeiro: ABP, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=25605>. Acesso em: 25 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.876, de 14 de agosto de 2006**. [Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do suicídio]. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1876.htm>>. Acesso em: 18 fev. 2010.

_____. **Portaria n.º 2.542/GM, de 22 de dezembro de 2005**. [Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio]. Brasil: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2542.htm>>. Acesso em: 5 abr. 2010.

_____. **Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. [Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em:

<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 12 ago. 2012.

_____. **Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** [Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)]. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em: 3 maio 2011.

_____. **Prevenção do suicídio:** manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2010.

_____. **Saúde mental no SUS:** as novas fronteiras da reforma psiquiátrica. Relatório de gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao2007_2010.pdf>. Acesso em: 8 maio 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 6 set. 2012.

CARVALHO, A. de S. **Metodologia da entrevista:** uma abordagem fenomenológica. 2. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1991.

CASSORLA, R. M. S. (Coord.). **Do suicídio:** estudos brasileiros. Campinas: Papyrus, 1991.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede.** São Paulo: Paz e Terra, 2000. v. 1: A era da informação: economia, sociedade e cultura.

CHACHAMOVICH, E.; TURECKI, G.; STEFANELLO, S.; BOTEGA, N. J. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2009, v. 1, p. 18-25. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s1/a04v31s1.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2012.

CORRÊA, H.; NICOLATO, R.; NEVES, F. Suicídio e cultura. **Revista Psique, Ciência & Vida**, São Paulo, ano 5, ed. 61, p. 1-5, jan. 2011. Caderno especial.

DAPIEVE, A. **Morreu na contramão:** o suicídio como notícia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

DURKHEIM, E. **O suicídio:** estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

ESTELLITA-LINS, C. (Org.) et al. **Trocando seis por meia dúzia:** suicídio como emergência do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Mauad X: FAPERJ, 2012.

FONTENELLE, P. **Suicídio**: o futuro interrompido – guia para sobreviventes. São Paulo: Geração Editorial, 2008.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FREUD, S. Além do princípio de prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos [1920]. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. XVIII.

_____. Contribuições para uma discussão acerca do suicídio. In: _____. **Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos (1910 [1909])**. Rio de Janeiro: Imago, 1970. v. XI.

_____. Luto e melancolia. In: _____. **A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)**. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. 14, p. 271-291.

GARNICA, A. V. M. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 1, n. 1, p. 109-112, ago. 1997. Disponível em: < <http://www.interface.org.br/revista1/ensaio7.pdf> >. Acesso em: 2 out. 2012.

GUILLON, C.; LE BONNIEC, Y. **Suicídio**: modo de usar. 1. ed. São Paulo: EMW, 1984.

GUIMARÃES, J. **Suicídio mítico**: uma luz sobre a Antiguidade Clássica. Coimbra: Centro de Estudos Clássicos e Humanísticos, 2011.

JAMISON, K. R. **Quando a noite cai**: entendendo a depressão e o suicídio. 2. ed. Rio de Janeiro: Gryphus, 2010.

KURCGANT, D.; WANG, Y. P. Aspectos históricos do suicídio no Ocidente. In: MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. (Coord.). **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p. 37-52.

LUZIO, C. A., YASUI, S. Além das Portarias: desafios da Política de Saúde Mental. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 17-26, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a03v15n1.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2012.

MARX, K. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MELEIRO, A. M. A. S.; BAHLS, S.-C. O comportamento suicida. In: MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. (Coord.). **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p. 13-36.

MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, C. T. Fatores de risco de suicídio. In: MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. (Coord.). **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p. 109-131.

MENNINGER, K. **Eros e Tântatos**: o homem contra si próprio. São Paulo: Ibrasa, 1970.

MIELKE, F. B.; OLCHOWSKY, A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: avaliação de apoio matricial. **Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)**, Brasília, DF, p. 900-907, nov./dez., 2010.

MINAYO, M. C de S. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Suicídio**: violência auto-infligida. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. p. 206-239.

MINAYO, M. C. de S; LIMA, C. A. de. Processo de formulação e ética de ação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G. de; CONSTANTINO, P. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz: Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009. p. 43-56.

MINOIS, G. **História do suicídio**: a sociedade ocidental perante a morte voluntária. Lisboa: Teorema, 1998.

NJAINE, K. Qualidade da informação sobre morbimortalidade por causas externas. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G. de; CONSTANTINO, P. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz: Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009. p. 305-314.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. de. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, supl. 1, p. 101-108, ago. 2009.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Apresentações do Encontro de Saúde Mental**, 1, 2012a. Disponível em: <www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2943>. Acesso em: 15 ago. 2012.

_____. **A situação da saúde no Paraná**. 2012b. Disponível em: <http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Apresentacoes/Analise_Situacao_Saude_PR.pdf>. Acesso em: 12 set. 2012.

PHEBO, L.; NJAINE, K.; ASSIS, S. G. de. Redes de prevenção à violência e de proteção no âmbito da gestão em saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G. de; CONSTANTINO, P. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz: Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009. p. 371-375.

RICOEUR, P. **Teoria da interpretação**. Tradução: Arthur Morão. Lisboa: Edições 70, 1987.

RODRIGUES, M. M. A. Suicídio e sociedade: um estudo comparativo de Durkheim e Marx. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 698-713, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>

scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 jul. 2010.

SANTOS, D. D. dos. **Como vai você?** – CVV, 50 anos ouvindo pessoas. Rio de Janeiro: Aliança, 2012.

SERRANO, A. I. **Chaves do óbito autoprovocado**: sua prevenção, assistência e gestão em saúde pública. Florianópolis: Insular, 2008.

SILVA, S. P. **O filósofo e a morte**: um estudo sobre a Phroneis no Fédon de Platão. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de Filosofia, Faculdade de São Paulo, São Paulo, 2009. 213 f.

TENG, C. T.; DEMETRIO, F. N. Neurobiologia do suicídio. In: MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. (Coord.). **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p. 133-155.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 507-514, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 maio 2010.

TURECKI, G. O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, supl. 2, out. 1999.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2011**: os jovens do Brasil. São Paulo/Brasília: Instituto Sangari: Ministério da Justiça, 2011. Disponível em: <<http://www.sangari.com/mapadaviolencia/pdf2011/MapaViolencia2011.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2011.

WANG, Y. P.; MELLO-SANTOS, C. de; BERTOLOTE, J. M. Epidemiologia do suicídio. In: MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. (Coord.) **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p. 97-108.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide prevention (SUPRE)**: The problem. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/>. Acesso em: 2 jun. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**“Narrativas acerca da tentativa de suicídio: considerações sobre a prevenção no contexto da saúde pública”**

A pesquisa tem como objetivo conhecer e compreender significados acerca do suicídio e da acessibilidade ao tratamento, por meio de narrativas de pacientes internados no Hospital Colônia Aduino Botelho por tentativa de suicídio.

O trabalho é orientado pela Prof.^a Dr.^a Lucia Cecilia da Silva, da Universidade Estadual de Maringá (UEM), e realizado pela pesquisadora principal Silvana Lima Buscioli, assistente social do Hospital Colônia Aduino Botelho.

Este estudo é necessário e relevante, pois contribuirá para aprimorar o trabalho dos profissionais de saúde nos diversos níveis da atenção, fornecendo subsídios para se pensarem ações referentes às medidas preventivas e de tratamento preconizadas pelo Ministério da Saúde, colaborando, assim, para a diminuição do agravo e para uma melhor qualidade de vida.

Informo-lhe que entrei em contato com você por intermédio do Hospital Colônia Aduino Botelho e convido-o(a) a participar da pesquisa. Caso você autorize, gostaria de entrevistá-lo(a). As entrevistas serão realizadas em local adequado no Hospital Colônia Aduino Botelho ou, se preferir, em sua residência, caso esteja de alta hospitalar. A entrevista é uma conversa na qual você contará como se sente em relação à tentativa de suicídio e ao tratamento recebido. Caso sinta algum desconforto em responder a algumas das perguntas que eu porventura lhe fizer, fica assegurado seu direito de não responder, ou, se preferir, realizaremos a entrevista dividindo-a em duas etapas.

A pesquisa não acarretará despesas para você e também não haverá compensação financeira, qualquer custo adicional será responsabilidade da pesquisadora principal. A entrevista será gravada, mas, seguindo os preceitos éticos, asseguro que a participação será absolutamente sigilosa e voluntária, não constando nome nem qualquer outro dado que possa identificá-lo(a).

Você tem total liberdade para se recusar a participar a qualquer momento da pesquisa, assim como solicitar a exclusão de seus dados, retirando seu

consentimento sem qualquer penalização, custo financeiro ou prejuízo em relação à continuidade de seu tratamento na instituição.

Informo-lhe meus telefones de contato – (41) 3661-6600 ou 3661-6616 –, para qualquer informação que você considerar necessária.

Agradeço sua participação, enfatizando que contribuirá para a construção de um importante conhecimento nesta área.

ENTREVISTADO(A)

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim sobre o estudo *Narrativas acerca da tentativa de suicídio: considerações sobre a prevenção no contexto da saúde pública*. Após discussão com a pesquisadora principal, Silvana Lima Buscioli, ficaram claros os propósitos e procedimentos do estudo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e autorizo a utilização e divulgação das informações que forneci.

_____ / ____ / ____
 Paciente

_____ / ____ / ____
 Testemunha

_____ / ____ / ____
 Silvana Lima Buscioli – Pesquisadora Principal

APÊNDICE B – Roteiro da entrevista

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Raça: _____

Cidade de nascimento: _____ Cidade onde mora: _____

Bairro: _____ Estado civil: _____ Há quanto tempo? _____

Tem filhos: () Não () Sim. Quantos? _____ Qual a idade dos filhos? _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Situação trabalhista:

() Desempregada

() Trabalha com vínculo empregatício

() Do lar

() Trabalha sem vínculo empregatício

Renda familiar: _____ Recebe benefício: () Não () Sim

Qual tipo de benefício? _____

Tem autonomia econômica: () Sim () Não. Depende de quem? _____

Qual a idade da mãe? _____ Qual a idade do pai? _____

Tem irmãos: () Não () Sim. Quantos? _____ Qual a idade deles? _____

Com quem reside? _____

Quais parentes moram na mesma cidade? _____

Com que frequência você tem contato com eles? _____

() Diariamente () Semanalmente () Raramente

Tem religião? Qual? _____

Você frequenta alguma igreja/templo: () Sim () Não () Às vezes

Com que frequência? _____

Seus familiares acompanham você? () Sim. Quem? _____ () Não

O que você faz como lazer? _____

Com que frequência? _____

Tem algum familiar com transtorno mental? () Sim () Não

Grau de parentesco: _____ Qual doença? _____

Você tem algum problema de saúde? _____ Qual? _____

Toma algum medicamento de uso contínuo? _____ Qual? _____

PERGUNTA NORTEADORA:

Como foi sua experiência/vivência acerca da tentativa de suicídio?

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO:

1. O que faz você se sentir bem?
2. Descreva como você se vê? Descreva como é sua personalidade, seu humor...
3. Como era sua vida no que se refere ao relacionamento com os familiares, vizinhos, amigos, no local de trabalho?
4. Como você reagia às situações conflitantes no dia a dia? Resolvia só, buscava ajuda, deixava algum familiar ou outra pessoa resolver?
5. Você sente dificuldade em falar sobre morte ou sobre sua tentativa de suicídio? Como é isso?
6. Em quais momentos surge o pensamento de morte?
7. Para você, o que significa morrer? O que acha que aconteceria com você depois de morrer?
8. Quantas vezes você tentou suicídio? Quando e com qual idade foi a primeira vez que tentou suicídio? Qual o motivo? Houve algum acontecimento anterior? Relate como aconteceu.
9. No momento em que isso aconteceu, o que você mais desejava?
10. Em algum momento, você teve alguma dúvida sobre a decisão que estava tomando? Como foi?
11. Existia algum motivo que teria feito você desistir dessa decisão?
12. No momento, você pensou em alguém? Quem?
13. Você apresentava alguma dificuldade familiar, de trabalho ou emocional?
14. Antes da tentativa de suicídio, você procurou ajuda profissional? Falou para sua família sobre sua intenção?
15. Após a tentativa de suicídio, você conseguiu tratamento imediato? Detalhe como foi o atendimento. Qual profissional conversou com você a respeito da tentativa de suicídio? O que ele falou?
16. Quantos internamentos em hospital psiquiátrico você teve? Quando? Qual hospital? Qual o motivo do internamento?
17. Acha que o internamento em hospital psiquiátrico foi necessário?
18. Você acha que tem alguma doença? O médico informou o nome da doença? Acha que depois do internamento precisará de tratamento?

19. Para você, como deveria ser o tratamento para pessoas que tentam suicídio?
20. Você fazia tratamento antes deste internamento? Por qual serviço de saúde? Recebe ou recebeu visitas periódicas dos agentes de saúde? Tem acompanhamento dos profissionais do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)? Em sua cidade, tem algum serviço de saúde que atenda pessoas com risco de suicídio? Qual?
21. Em casa, você tem apoio da família? Como eles ajudam você?
22. Você acha que existem meios de evitar que as pessoas cometam suicídio? Descreva.
23. Para você, o que a sociedade deveria oferecer às pessoas que passaram por essa experiência e o que deveria pensar em relação a elas?
24. Você identifica alguma coisa que você considera importante e que falta em sua vida atualmente? O quê?
25. Consegue identificar se algo mudou em você depois da tentativa de suicídio? O quê? Em relação aos familiares mais próximos, você notou alguma mudança de comportamento? Quais?
26. Quais são seus planos para o futuro?
27. Para você, viver é...
28. Quer acrescentar algo para finalizarmos a entrevista? Tem mais alguma coisa que você queira me contar?