



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO -  
UENF

CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM - CCH

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS SOCIAIS - PPGPS

**POR UMA POLÍTICA DE ATENÇÃO AO SUICÍDIO:**

**Análise da assistência no município de Campos dos Goytacazes entre os anos de 2015 a  
2019**

DENISE SALEME MACIEL GONDIM

Campos dos Goytacazes, 2 julho de 2021

**POR UMA POLÍTICA DE ATENÇÃO AO SUICÍDIO:  
Análise da assistência no município de Campos dos Goytacazes entre os anos de 2015 a  
2019**

**DENISE SALEME MACIEL GONDIM**

Tese apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação (Doutorado) em Políticas Sociais, da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF, como requisito final para a obtenção do título de Doutora em Políticas Sociais.

Orientador: Dra. Paula Mousinho Martins

Campos dos Goytacazes, 2 de julho de 2021

### **FICHA CATALOGRÁFICA**

UENF - Bibliotecas

Elaborada com os dados fornecidos pela autora.

G637 Gondim, Denise Saleme Maciel.

Por uma política de atenção ao suicídio : análise da assistência no município de Campos dos Goytacazes entre os anos 2015 e 2019 / Denise Saleme Maciel Gondim. - Campos dos Goytacazes, RJ, 2021.

147 f. : il.

Bibliografia: 131 - 147.

Tese (Doutorado em Políticas Sociais) - Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Centro de Ciências do Homem, 2021.

Orientadora: Paula Mousinho Martins.

1. Políticas Públicas. 2. Atenção ao Suicídio. 3. Clínica. I. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. II. Título.

CDD - 361.61

**POR UMA POLÍTICA DE ATENÇÃO AO SUICÍDIO:  
Análise da assistência no município de Campos dos Goytacazes entre os anos de 2015 a  
2019**

DENISE SALEME MACIEL GONDIM

Tese apresentada à banca do Curso de Pós-Graduação – Doutorado – em Políticas Sociais do Centro de Ciências do Homem, da Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro, como requisito final para a obtenção do título de Doutora em Políticas Sociais.

Data: 02/07/2021

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Carlos Antônio de Souza Moraes (UFF)

---

Prof. Dr. Rogério Robbe Quintella (UFF)

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Silvia Alicia Martínez (UENF)

---

Prof. Dr. Marcelo Carlos Gantos (UENF)

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Paula Mousinho Martins, orientadora (UENF)

## **DEDICO ESSE TRABALHO**

A José, que trabalhava para a Prefeitura, mas perdeu o emprego, sem direitos trabalhistas;

A José, que confirmou sua sexualidade aos 45 anos, perante a sua família, esposa e filhos;

A José, que passou a viver de favores do seu novo companheiro e de sua rede social;

A José, que nunca conseguiu ter um tratamento contínuo, pela distância e falta de dinheiro para transporte;

A José, que na pandemia, lhe faltava dinheiro para comprar cartão de celular e ser atendido de forma remota;

A José, que preferiu dizer Não a essa vida, ao se despedir das mazelas do mundo.

A todos os Josés que estão por aí à deriva, desejando que a mudança se faça possível.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais (in memoriam), que me incentivaram a seguir meu desejo, sempre...

À Nelson, pela força e fé na vida, prova de que o amor supera e fortalece;

Aos meus amados filhos, com quem aprendo diariamente e pela intensa presença em minha vida;

À Viviane, filha e psicóloga, que segue a militância na Saúde Mental;

Ao meu neto Bernardo, que mesmo ainda sem compreender, me mostra o valor da vida;

À minha orientadora, professora Paula Mousinho Martins, inicialmente por ter acreditado que o suicídio é um problema a ser enfrentado na política pública e pela disponibilidade, sempre;

À professora Silvia Martinez, que em um dia de sol na praia, me provocou a tentar mais uma vez a seleção para o doutorado;

Aos professores Carlos Moraes, Marcelo Gantos e Rogério Quintella, pelas belas contribuições durante a pesquisa e no exame de qualificação;

Aos meus companheiros do Hospital Ferreira Machado, cenário de lutas e conquistas;

Ao colega dr. Cláudio Rodrigues Teixeira, por ter apostado comigo na construção de uma política de atenção ao suicídio em Campos;

À Elisa Mayerhoffer, que acreditou e fez acontecer a assistência que temos hoje;

Aos profissionais entrevistados, que permitiram uma aproximação com a realidade;

Aos colegas do Ambulatório Ampliado do Parque Imperial, com quem pude dividir a assistência às tentativas de suicídio;

A todos os pacientes e famílias que me ensinaram, um a um, a lidar com o sofrimento psíquico, acreditando que a luta não é só deles, mas de todos nós.

## RESUMO

O suicídio é compreendido atualmente como um grave problema de saúde pública, sendo considerada uma das causas mais comuns de morte. É um problema tão antigo quanto a própria história da humanidade, ultrapassa os limites tanto do tempo como das culturas, tendo sido considerado um problema de saúde pela psiquiatria na modernidade e um problema de saúde pública só nos anos 2000. Entretanto, o que há de novo e recente é que o tema do suicídio ultrapassa o campo da saúde, pertencendo também aos campos da educação, da assistência, do trabalho, da justiça. Ou seja, a política de atenção ao suicídio diz respeito às políticas sociais. Em função da concepção complexa do problema, tem sido fundamental refletir o fenômeno em vários âmbitos para além da classificação médica, como a filosofia e a psicanálise, e, nesse sentido, é necessário tratar dos determinantes e instituir políticas voltadas para a atenção e assistência. Este trabalho trata da política de atenção ao suicídio no município de Campos dos Goytacazes, através da análise da assistência prestada entre os anos de 2014 a 2019. Através de uma pesquisa qualitativa com entrevistas dirigidas a profissionais que atuam nos campos da saúde mental, da educação e da assistência social, foi possível delinear a situação atual e propor uma política pública com foco em uma linha de cuidado que leve em consideração a integralidade, a intersetorialidade, a capacitação continuada, a clínica, o acesso, e a desmedicalização.

**Palavras-Chave:** Políticas Públicas; Atenção ao suicídio; Clínica;

## **ABSTRACT**

Suicide is currently understood as a serious public health problem, being considered one of the most common causes of death. It is a problem as old as the history of humanity, it goes beyond the limits of both time and cultures, having been considered a health problem by psychiatry in modernity and a public health problem only in the 2000s. new and recent is that the theme of suicide goes beyond the field of health, also belonging to the fields of education, assistance, work, and justice. In other words, the suicide care policy concerns social policies. Due to the complex conception of the problem, it has been fundamental to reflect the phenomenon in several areas beyond medical classification, such as philosophy and psychoanalysis, and, in this sense, it is necessary to address the determinants and institute policies aimed at care and assistance. This work deals with the policy of attention to suicide in the city of Campos dos Goytacazes, through the analysis of the assistance provided between the years 2014 to 2019. Through a qualitative research with interviews directed to professionals who work in the fields of mental health, education and social assistance, it was possible to outline the current situation and propose a public policy focused on a line of care that takes into account comprehensiveness, intersectorality, continued training, clinic, access, and demedicalization.

**Key Words:** Public Policy; Suicide Care; Clinic.



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AB – Atenção Básica

ABEPS – Associação Brasileira de estudos sobre o suicídio

APA – American Psychiatric Association

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CFM – Conselho Federal de Medicina

CGSM – Coordenação Geral de Saúde Mental

CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária

CVV – Centro de Valorização da Vida

CREAS – Centro de Referência de Assistência Social

DAB – Departamento de Atenção Básica

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IFOTES – International Federation of Telephonic Emergency

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NEPS – Núcleo de Estudo de Prevenção do Suicídio

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PL– Projeto de lei

PNPAS – Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio no Brasil

PSF – Programa de Saúde da Família

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SUPRE-MISS – Multisite Intervention Study on Suicidal Behavior

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICAMP – Universidade de Campinas

UQÀM – Universidade de Québec

VIVA/Sinan – Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - A Rede de Atenção Psicossocial.....	32
Figura 2 – Fluxograma de atendimento a tentativas de suicídio .....	91

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Serviços de Saúde Mental da RAPS .....	93
Quadro 2 - Roteiro de entrevistas .....	99
Quadro 3 – Categorias profissionais que colaboraram nas entrevistas .....	99

## **LISTA DE TABELA**

Tabela 1 - CAPS por região e tipo.....	33
Tabela 2 - Serviços hospitalares com leitos de saúde mental habilitados .....	35
Tabela 3 - Número de Unidades de Saúde que atendem ao SUS .....	89
Tabela 4 - Notificações de violência autoprovocada Sinan-Net.....	92

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>CAPÍTULO 1: BREVE HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL</b> .....	22
1.1 PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	23
1.2 A ATUALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	24
1.3 O SUS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL.....	25
1.4 DESAFIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL .....	32
1.5 UM NOVO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: A ATENÇÃO BÁSICA.....	36
1.6 INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE .....	39
1.7 AS TENTATIVAS DE DESCONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NOS DIAS ATUAIS .....	40
1.8 O SUICÍDIO NO INTERIOR DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	45
<b>CAPÍTULO 2: O FENÔMENO DO SUICÍDIO</b> .....	49
2.1 O SUICÍDIO NA HISTÓRIA.....	49
2.2 A FILOSOFIA MODERNA E O SUICÍDIO .....	54
2.3 O SUICÍDIO E A PERSPECTIVA PSICOPATOLÓGICA .....	58
2.4 A CONCEPÇÃO DAS CIÊNCIAS SOCIAIS .....	64
2.5 PARA A PSICANÁLISE .....	66
<b>CAPÍTULO 3: A POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO AO SUICÍDIO</b> .....	70
3.1 AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO SUICÍDIO NOS NÍVEIS NACIONAL E INTERNACIONAL.....	72
3.2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES	82
3.2.1 Uma breve caracterização do município .....	82
3.2.2 O sistema de saúde do município.....	85
3.2.3 Prevenção e atenção ao ato suicida no município de Campos dos Goytacazes ..	89
<b>CAPÍTULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	98
4.1 A ESTRUTURA DO TRABALHO DE CAMPO E A INVISIBILIDADE DO PROBLEMA.....	98
4.2 A DIMENSÃO CLÍNICA DA ASSISTÊNCIA .....	104
4.3 A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO SUICÍDIO NA ASSISTÊNCIA.....	108

4.4 A PERCEPÇÃO DE MUDANÇAS NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA .....	111
4.5 A (IN)EFICIÊNCIA DA REDE ASSISTENCIAL .....	113
4.6 SOBRE AS PRINCIPAIS DIFICULDADES NO ACESSO .....	116
4.7 A CAPACITAÇÃO DA EQUIPE ASSISTENCIAL .....	118
<b>CAPÍTULO 5: POR UMA POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO AO SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE CAMPOS.....</b>	<b>12021</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>1278</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>131</b>

## INTRODUÇÃO

O interesse em pesquisar as políticas de atenção ao suicídio no município onde residimos, no programa de doutorado em Políticas Sociais, surgiu a partir da nossa prática durante vinte anos como psicóloga no Hospital Ferreira Machado, onde os casos de tentativas de suicídio sempre nos causavam desconforto pela forma como eram assistidos. Essas pessoas eram atendidas na emergência do hospital e ali realizados procedimentos de rotina para salvar suas vidas. Dependendo da gravidade, permaneciam pouco ou muito tempo internados, a fim de restabelecer sua saúde física até que recebessem alta.

A equipe de psicólogos da emergência assistia esses pacientes enquanto internados, mas algumas questões sempre retornavam: para onde esses pacientes iriam após essa tentativa – que nem sempre era a primeira? Como garantir uma assistência contínua para essas pessoas? O que fazer para que os profissionais da assistência tratassem essas pessoas como sujeitos em sofrimento psíquico? As respostas para essas questões nem sempre eram claras, na medida em que o ato suicida é compreendido a partir de diferentes representações tais como doença mental, falta de religiosidade ou como um problema moral. Além de, naquele momento, não existirem dispositivos próprios para acolher essas pessoas.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio é atualmente compreendido como grave problema de saúde pública, sendo responsável por mais de 800.000 mortes por ano no mundo e a segunda maior causa de mortes entre jovens. No Brasil, 11 mil pessoas em média tiram a própria vida por ano, sendo esta a quarta maior causa de morte entre pessoas de 15 a 29 anos. Entre os homens o suicídio é a terceira maior causa, e entre as mulheres a oitava maior causa neste período de idade. Calcula-se que, para cada suicídio consumado, existam de oito a dez tentativas, que podem deixar sequelas irreparáveis, além de serem fatores de risco para novas tentativas, que enfim poderão ser “bem-sucedidas”.

Em 2012, foi iniciado no Hospital Ferreira Machado, um levantamento dos pacientes que tentaram o suicídio no município, na tentativa de pesquisar os diferentes modos de autoagressão nos sujeitos do sexo feminino e masculino. A partir desta aproximação ao problema, em 2014, o Serviço de Psicologia do hospital iniciou um projeto, em consonância com o Programa de Saúde Mental do município de Campos, a fim de sistematizar um trabalho de acolhimento na emergência e acompanhamento ambulatorial dos pacientes que tentaram suicídio. O objetivo era prestar assistência



psicológica e psiquiátrica durante a permanência no hospital e encaminhar para a rede de saúde mental, a fim de garantir assistência contínua.

Os primeiros resultados apontavam para um aumento nos atendimentos às tentativas de suicídio, o que nos fazia pensar que a oferta dessa assistência poderia gerar uma maior demanda, mas também que esses pacientes, ao serem encaminhados para o serviço de psicologia do hospital, se tornavam visíveis, a partir do registro de cada caso. Essa resposta – bastante rápida em se tratando de um projeto piloto – nos mostrou o quanto a política pública tem sido inoperante em relação a um problema tão complexo como o suicídio. Ou seja, publicizar o problema através de uma assistência qualificada, é uma forma de trazer à tona as dificuldades histórico-culturais em que o suicídio está inserido.

A relevância do tema se mostrou ainda maior à medida em que percebemos que, na verdade, o suicídio é um problema tão antigo quanto a própria história da humanidade, ultrapassando os limites tanto do tempo como das culturas, tendo sido considerado um problema de saúde pela psiquiatria na modernidade e um problema de saúde pública só nos anos 2000. Compreendemos que o que há de novo e recente é que o tema do suicídio ultrapassa o campo da saúde, pertencendo também aos campos da educação, da assistência, do trabalho, da justiça. Ou seja, a política de atenção ao suicídio diz respeito às políticas sociais.

Ao iniciar essa pesquisa não imaginávamos as dificuldades que ela iria nos impor no decorrer do tempo, ao nos confrontar com o objeto que era do cotidiano, isto é, a pesquisa ‘do e no’ meu cotidiano. Pode parecer mais fácil pesquisar aquilo que já se “sabe”, ou mesmo quando se tem certa intimidade com o tema. Entretanto, isso que à primeira vista pode parecer proveitoso, corre o risco de se tornar um empecilho pelo fato de estabelecermos juízo de valor sobre as políticas implementadas. O distanciamento necessário, o olhar estrangeiro, foi fundamental para estar perto do problema, apesar de nossa identificação e interesse pelo tema. Ao romper com a ideia de neutralidade do pesquisador, quando pesquisamos no cotidiano, nos posicionamos como membros competentes desses lugares e territórios, que compartilham códigos e expectativas e são, portanto, capazes de desenvolver uma compreensão compartilhada. Trata-se, portanto, de um esforço em interpretar a realidade, nos mantendo fieis ao propósito de investigar como a política pública desenvolve ações de atenção ao suicídio na esfera municipal.

No município de Campos dos Goytacazes, o fenômeno do suicídio passou a ser objeto de interesse e trabalho nos últimos anos, tanto na dimensão clínica, a partir dos modos de escuta e acolhimento desses pacientes nas instituições de saúde, quanto no

campo das políticas públicas voltadas para a prevenção e assistência. A hipótese dessa pesquisa é de que, apesar de existirem dispositivos que atendem a esta demanda, estes são ainda pontuais pois não há integração entre a rede de saúde pública, a rede de saúde mental e as outras ações de outros setores do município. A pretensão em pesquisar a atenção ao suicídio no município de Campos se dá por uma necessidade de identificar a assistência prestada atualmente, tendo como referência a política pública, ou seja, como estão estruturados os serviços destinados à população a fim de organizar as estratégias de atenção e assistência dentro dos princípios de integralidade e intersetorialidade.

A integralidade é a condição fundamental para pensar políticas públicas que ofereçam acesso e assistência necessária. Entende-se por integralidade a relação das práticas intersetoriais e interdisciplinares. Por sua vez, a intersetorialidade caracteriza-se pela interação entre os diferentes setores de reciprocidade e enriquecimento entre setores da sociedade.

O último relatório sobre prevenção do suicídio, publicado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014), reforça a necessidade da criação de políticas públicas que priorizem ações coordenadas para minimizar esse grande problema de saúde pública. Ao apresentar uma visão abrangente sobre o suicídio, a OMS recomenda que os países envolvam os seus departamentos governamentais no desenvolvimento de uma resposta coordenada. Ou seja, ações no setor da saúde, da educação, do trabalho, do bem-estar social e jurídico.

Esta tese tem como objetivo principal analisar as práticas atuais de assistência a tentativas de suicídio desenvolvidas no interior da Política Pública de saúde no município de Campos dos Goytacazes/RJ. Para isso, foram relacionadas as unidades de saúde do município que atendem os sujeitos que tentaram o suicídio, e em seguida, realizadas entrevistas com o propósito de identificar as práticas de assistência realizadas pelos profissionais, a fim de analisar sua representação social acerca do problema, as mudanças ocorridas entre 2015 e 2019 e as principais dificuldades no acesso dos sujeitos que procuram um serviço.

A metodologia utilizada partiu de uma ampla revisão bibliográfica – em livros, artigos e documentos legais – considerando o sistema de saúde a principal referência para entender o fenômeno do suicídio como um dos grandes problemas de saúde pública na atualidade. Um ponto fundamental da pesquisa – que tem relações importantes com o desenvolvimento da política pública empreendida em Campos – foi examinar as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde em relação aos casos de tentativa de suicídio,

avaliando sua conduta e representações sociais quanto ao fenômeno em foco e às possibilidades de melhoria na assistência prestada.

Outra etapa da pesquisa de campo consistiu em relacionar as unidades de saúde da rede pública do município que atendem os sujeitos que tentaram o suicídio, tais como: Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospitais de emergência e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município. Esses equipamentos devem funcionar como espaços de acolhimento de quaisquer eventos de saúde física ou psíquica. O trabalho de campo foi realizado a partir da pesquisa ao organograma da Secretaria Municipal de Saúde, à RAPS, ao Plano Municipal de Saúde, ao Programa de Saúde na Escola (PSE) e ao plano de funcionamento do Centro de Referência de Assistência Social (CREAS). Os sujeitos da pesquisa foram escolhidos por categoria profissional de saúde mental – médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social, além da gerente de saúde mental do município – e por atuarem nas unidades de saúde que recebem pessoas que tentam suicídio. Foram entrevistados também dois profissionais da Secretaria de Educação e um da Assistência Social.

Como se trata de uma pesquisa qualitativa, a entrevista semiestruturada foi utilizada a fim de investigar as perspectivas dos profissionais de saúde acerca do fenômeno e da política implementada no município, além da representação social acerca do suicídio.

A pesquisa qualitativa é aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas, tanto no seu advento quanto nas suas transformações, como construções humanas significativas (BARDIN, 1977). Esta modalidade de pesquisa permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, como o caso do fenômeno do suicídio, assim como propicia a criação de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Desta forma, a pesquisa qualitativa proporciona um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, direcionado à compreensão da manifestação do objeto de estudo (MINAYO, 2007).

Através da identificação das práticas de assistência existentes nas unidades de saúde pública do município, foi possível compreender quais as principais dificuldades no acesso à rede de saúde, examinar as ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam nos casos de tentativa de suicídio, avaliando sua conduta e representações quanto ao fenômeno. Para isso utilizamos a *Entrevista Compreensiva* que consiste em uma técnica de recolhimento de dados que combina formas tradicionais de entrevista semidiretiva com técnicas de entrevista de natureza etnográfica, na tentativa de evitar tanto a diretividade

quanto a falta de rigor. Esta técnica pressupõe um saber-fazer pessoal e não estandarizado, conseqüente do próprio estilo do investigador no desenvolvimento de sua pesquisa (KAUFMANN, 2013).

A pesquisa parte da noção de realidade, relacionada a uma visão de mundo do pesquisador. Neste sentido, seguindo nossa prática, foi utilizado o método da psicanálise, que permite a escuta clínica, em contato direto com o fato investigado através do diálogo comum, de entrevistas, de depoimentos, em que os requisitos tais como ética e sigilo são respeitados. Assim como na pesquisa qualitativa, o objeto de pesquisa em psicanálise não é dado a priori e sim produzido pela e na investigação, na medida em que se caracteriza pela maneira peculiar de formular as questões. As entrevistas foram realizadas de forma remota pela Plataforma Zoom, gravadas e, posteriormente transcritas. Por causa da pandemia do Corona vírus iniciada no início de 2020, tal foi a ferramenta possível que permitiu maior aproximação ao fenômeno, considerando a impossibilidade de ter acesso tal como ele é.

Para análise e tratamento das entrevistas, foi utilizada a Análise de Conteúdo que é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2016). A intenção é descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos. É composta por procedimentos sistemáticos que possibilitam o levantamento de indicadores permitindo a realização de inferência de conhecimentos.

Segundo Minayo (2007), a Análise de Conteúdo desdobra-se nas etapas pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/ interpretação. A fase de pré-análise compreende a leitura flutuante, constituição do corpus da pesquisa, a formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos. Em seguida, na etapa de exploração do material, o investigador objetiva encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas, em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado, ou seja, reduzir o texto às palavras e expressões significativas. Por último, a partir das inferências, o pesquisador realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material.

No início da realização das entrevistas, foi muito importante a apresentação do escopo da pesquisa, através de sua justificativa e objetivos, determinando a qualidade de uma boa conversa, o que possibilitou aos entrevistados estar à vontade, mesmo diante da complexidade do tema.

A tese foi construída em cinco capítulos.

O primeiro capítulo é desenvolvido a partir de apontamentos da 8ª Conferência Nacional de Saúde que possibilita a promulgação da Carta Constitucional de 1988, até chegar à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) em fins do século XX e início do XXI. Ao analisar as ações implementadas ao longo deste período, apresenta criticamente os principais movimentos considerados progressistas, assim como os retrocessos no âmbito da política pública. Ao discorrer sobre as políticas de saúde mental no Brasil, aborda a mudança de um paradigma medicalizante e manicomial para o modelo psicossocial, em favor dos direitos humanos e contra toda a sorte de violências sofridas pelas pessoas em sofrimento psíquico. Os avanços e transformações conquistados pelo movimento da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica são apresentados no texto, destacando a importância decisiva do movimento social e político contra o confinamento, internações por longos períodos e a institucionalização de comportamentos e de práticas sociais. Ao abordar os modelos de assistência substitutivas ao manicômio, este capítulo traz a importância dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e da Atenção Básica em Saúde Mental. O panorama atual do campo da saúde mental não poderia deixar de receber uma revisão crítica. Ao tratar das perdas de direitos no estado democrático, a partir de 2016, através da tentativa de desmonte da Política de Saúde Mental, expõe como o conservadorismo e a tradição médico-biológica têm se manifestado, seja através do retorno de práticas disciplinares e das “evidências científicas”, seja pelo descrédito do próprio SUS. Outra consideração que o texto apresenta é a aparente negação que esta perspectiva traz em relação aos transtornos comuns e atuais na psiquiatria, tais como suicídio e suas tentativas, violências em geral e acidentes passíveis de prevenção ou atenção. São ocorrências que refletem um mal-estar severo na sociedade, consequência da insuficiência de políticas sociais, tais como: desemprego, baixa qualidade de vida, múltiplas intolerâncias e perda de esperança.

No segundo capítulo, o tema do suicídio é desenvolvido a partir dos aspectos históricos, filosóficos, sociológicos, biológicos e psíquicos que compõem as múltiplas determinações do fenômeno. Ao longo da história da humanidade o suicídio sempre esteve presente, adquirindo significados e valores diversos, dependendo da civilização e do momento histórico e político. Seja nas sociedades primitivas, na Grécia, na Idade Média e Moderna, o campo do suicídio sempre pertenceu à filosofia, até ser incorporado pela medicina por ocasião do advento da ciência. No campo das ciências sociais, a compreensão do fenômeno do suicídio se dá a partir do comentário da obra de Émile Durkheim, um dos

principais autores sobre o tema, que entende o suicídio como um fenômeno social e coletivo, se constituindo em um dos mecanismos de restabelecimento do laço social. Em seguida, o texto apresenta a concepção da psicanálise sobre o suicídio e trata da complexidade como este se apresenta. Através de algumas obras de Sigmund Freud, discute o suicídio como uma manifestação humana, uma forma singular de lidar com o sofrimento, ou mesmo uma saída para se livrar da dor de existir.

O terceiro capítulo é dedicado à descrição das políticas existentes, através das principais experiências que se destacam internacionalmente na atenção ao suicídio. São apresentadas também os principais programas existentes no Brasil e as políticas implementadas no município de Campos, destacando como são estruturadas as práticas de atenção ao suicídio e como essas devem se constituir uma política social. Mesmo que o campo da saúde seja uma prioridade na conformação da assistência no nosso município, são apresentadas as ações que o Programa Saúde na Escola desenvolve no campo da educação e outras no campo do Bem-estar Social. Algumas organizações não-governamentais são apontadas como responsáveis por ações importantes na atenção ao suicídio, principalmente na ocasião da campanha do Setembro Amarelo.

No quarto capítulo são apresentados os resultados da pesquisa e discussão dos mesmos. Ao descrever como foi estruturado o trabalho de campo, expõe o processo de entrevistas feitas com profissionais de saúde que atuam nas unidades que assistem as tentativas de suicídio. Traz uma visão crítica sobre as dificuldades em relação às entrevistas e as questões principais sobre a assistência apontadas por esses profissionais, tais como: a invisibilidade do problema, a dimensão clínica da assistência, a representação social do suicídio, as mudanças ocorridas no período pesquisado, a (in)eficiência da rede de saúde, o acesso à assistência e a capacitação das equipes.

No quinto e último capítulo nós propomos algumas estratégias para a construção de uma política de atenção ao suicídio. Sem a pretensão de sermos “donos da verdade”, defendemos uma política pública que compreenda uma linha de cuidado baseada na integralidade, na intersetorialidade, na capacitação continuada, na clínica, no acesso, e na desmedicalização. Essa proposta coloca a clínica ampliada no centro das ações de atenção, ao mesmo tempo em que faz da clínica uma ação política. Essa perspectiva nos leva a pensar na atenção ao suicídio como uma política social, apoiada na necessidade de formular um projeto (ou vários) em que setores da sociedade estejam vinculados entre si, a partir da ideia da corresponsabilidade sobre a saúde e bem-estar da população.

A tese está vinculada à área de concentração Regulação e Participação e à linha de pesquisa Estado, Sociedade, Meio Ambiente e Território, que trata do estudo dos impactos sociais na política pública e das transformações nas formas de gestão do território. Acreditamos que através das políticas sociais é possível alterar a distribuição de poder na sociedade, transformando privilégios em direitos, “direitos em princípio” em “direitos na prática”, clientelas em cidadãos ativos, estruturas administrativas patrimoniais e clientelistas em mecanismos eficientes de gestão pública, sociedades fragmentadas em novas formas de organização, integração e desenvolvimento do capital social, fortalecendo a governabilidade local (Fleury, 2008). A implementação dessa política é com certeza uma empreitada difícil, que não é nosso objetivo aqui, entretanto, suscitar essas questões e propor estratégias já se constitui um ponto de partida. Assim, baseados em critérios e dados apresentados, apostamos em uma transformação na política pública de atenção ao suicídio.

## **CAPÍTULO 1: BREVE HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

As décadas de 1980-1990 configuraram-se como momentos muito importantes enquanto processo de redemocratização do país e, ao mesmo tempo, de aprofundamento da crise econômica – consequência da ditadura militar. Observa-se que muitos atores do movimento sanitário, após o fim da ditadura militar, migraram para dentro do Estado, o que propiciou uma nova lógica de institucionalização das políticas: as práticas eficazes do trabalho em saúde integrado à população. Alguns integrantes do movimento sanitário passaram a fazer parte dos quadros político-institucionais de importantes instituições do Estado, tais como Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), Ministério da Saúde (MS) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), coordenando as políticas e negociações no setor da saúde e previdenciário. Isso otimizou o debate a favor da universalização da saúde, culminando na convocação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que segundo Bravo (2009, p.33):

[...] é o marco histórico na trajetória da política pública de saúde neste país. Reuniram-se 4.500 pessoas, sendo 1.000 delegados, para discutir os rumos da saúde no país. O temário teve como eixos: “Saúde como direito e cidadania”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”. Foi aprovada nesta conferência a bandeira da reforma sanitária, bandeira está configurada em proposta, legitimada pelos segmentos sociais representativos presentes ao evento. O relatório desta conferência, transformado em recomendações, serviu de base para a negociação dos defensores da Reforma sanitária na reformulação da Constituição Federal.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, ao reunir de forma democrática profissionais e usuários dos serviços de saúde, representações sindicais e estudantis, militantes de movimentos populares e estudantis, aprovou os princípios do que viria a ser o SUS. O principal deles, garantido na Carta Constitucional, é a definição de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

Assim, o sistema de saúde foi sendo criado informalmente antes da Constituição de 1988, em um contexto de lutas políticas: já havia ocorrido a anistia no fim dos anos 1970 e eleições diretas no início dos anos 1980, com a primeira reforma partidária. Enquanto isso, o processo político de construção de outro sistema de saúde se colocava na agenda através de uma sociedade civil que se revigorava por meio dos movimentos organizados.



A promulgação da Constituição de 1988 definiu o SUS, com suas diretrizes expostas no artigo 198. Entretanto, o mesmo só foi regulamentado em 19 de setembro de 1990, através da Lei Orgânica da Saúde (LOS), lei 8.080, que reforça no seu artigo 7º os princípios de:

Universalidade de acesso aos serviços de saúde; integralidade de assistência; igualdade da assistência à saúde; direito de informação as pessoas assistidas sobre sua saúde; utilização de epidemiologia para estabelecimento de prioridades; participação da comunidade; descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo; ênfase na descentralização dos serviços para os municípios. (BRASIL, 1990).

## **1.1 PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

O princípio da universalidade prevê que todos os cidadãos tenham direito à saúde. Sendo a questão mais cara ao SUS, pressupõe a noção de direito, tornando inadequada qualquer menção à ideia tanto de pagamento quanto de gratuidade.

A equidade busca reconhecer a pluralidade e a diversidade das necessidades de saúde. Diz respeito, portanto, a tratar desigualmente o desigual, dar atenção às necessidades tanto individuais como coletivas. A necessidade em defender este princípio se deve às iniquidades sociais e econômicas que geram desigualdades no acesso, na gestão e na produção dos serviços de saúde. Um bom exemplo é a garantia de acesso a grupos mais vulneráveis.

A integralidade busca garantir uma abordagem completa do sujeito, levando em consideração as determinações sociais da saúde e da doença. Inclui o conceito ampliado de saúde, através de políticas de atenção às necessidades de grupos específicos. Integralidade engloba todas as ações necessárias para a saúde da população e suas condições de vida. A descentralização prevê a distribuição do poder político e da responsabilidade pela saúde entre as três esferas do governo, buscando organizar de forma mais próxima os serviços de saúde, a partir da territorialização dos serviços. Entende-se o território não somente como um espaço de habitação, mas também onde as pessoas trabalham, circulam, se divertem, nos ambientes construídos ou naturais (SANTOS, 1994).

A regionalização e hierarquização da rede de serviços é uma diretriz que diz respeito a uma organização do sistema de saúde focada na noção de território. Isto se dá a partir da identificação do perfil da população, da produção de indicadores epidemiológicos

e da observação das condições de vida de cada população. A partir disso, podem-se organizar os serviços em diferentes níveis de complexidade.

A participação da comunidade é um dos pontos centrais do SUS, na medida em que reafirma a importância do controle social, da aproximação da população que usa frequentemente os serviços e por isso deve ser a principal interlocutora. Esta participação se dá através da representação nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde nos três níveis de governo – federal, estadual e municipal.

## **1.2 A ATUALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Entende-se por Sistema Único de Saúde (SUS) um processo em construção, negociação e reconstrução da proposta original. Muitas portarias foram editadas pelo Ministério da Saúde, assim como leis foram aprovadas pelo Congresso Nacional.

O SUS é considerado um dos sistemas de saúde mais eficazes do mundo, representando um processo de luta e construção do modelo protetor brasileiro. Com a sua instituição, o Brasil assumiu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, assegurado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e uma política setorial de saúde capaz de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde da população (BRASIL, 1988, art. 196).

Percebe-se que a cada gestão de governo evidenciam-se avanços e retrocessos no que tange aos desafios econômicos, ou mesmo frente a diferentes concepções acerca da saúde. Tais desafios revelam heranças deixadas pelos anos de autoritarismo, centralização decisória, práticas clientelistas e corrupção nas diferentes esferas de governo. Nos últimos 10 anos, o Ministério da Saúde foi ocupado por 12 ministros diferentes. Percebe-se que a burocracia institucional dos serviços de saúde tem contribuído para o enfraquecimento do SUS, principalmente no imaginário das elites.

A lei do SUS prevê e afirma a saúde como direito de todos, independente de raça, gênero, idade, ou classe social. Entretanto, o que se percebe na prática, é uma grande insatisfação e até mesmo descrença com relação ao SUS. Segundo Baptista (2007), a saúde pública não consegue atender a todos, e o setor privado, com regras frouxas, estabelece seus próprios critérios de exclusão. O projeto da reforma sanitária é pouco compreendido pela maioria dos atores sociais envolvidos, não sendo capaz de reunir em sua agenda de saúde os interesses de uma sociedade extremamente dividida, discricionária e violenta.

A reforma do sistema de saúde brasileiro ainda está em curso, e certamente só terá um final feliz se Estado e sociedade concordarem que há a necessidade urgente de uma política mais justa, solidária e redistributiva no Brasil.

### **1.3 O SUS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL**

As políticas de saúde mental no Brasil têm relação direta com a construção do SUS, na medida em que acontecem no interior da conjuntura da transição democrática e, conseqüentemente, juntamente com a construção do próprio estado democrático. O processo de redemocratização do país e a luta contra a ditadura possibilitou ações específicas em favor de direitos humanos e para toda a sorte de violências sofridas pelas pessoas em sofrimento psíquico. Segundo Amarante e Nunes (2018), a violência do estado autocrático foi o ator social mais importante no processo de reforma psiquiátrica, influenciando de forma significativa a construção das políticas públicas de saúde e de outros setores.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil é fruto de muitas outras reformas que acontecem desde o início do século XX. Inicialmente, a reforma foi marcada pela crítica ao modelo asilar, produzindo o modelo das colônias agrícolas. Mais adiante, no período nos anos 1960-70, o movimento da psiquiatria comunitária passou a ser uma nova iniciativa da reforma na psiquiatria brasileira.

Entretanto, o que se considera Reforma Psiquiátrica não é propriamente uma crítica ao manicômio, lugar de violência e confinamento. Segundo Delgado (1992), a Reforma vem incidir sobre os próprios pressupostos da psiquiatria, a condenação de seus efeitos de normatização e controle. “No Brasil da restauração democrática, sua característica dominante é o resgate da cidadania de sujeitos obrigatoriamente tutelados. O desafio paradoxal da cidadania interdita” (Idem, p. 29).

Para abordar as políticas de saúde mental é importante estabelecer as relações entre psiquiatria e saúde mental, a fim de esclarecer diferenças e até mesmo concordâncias. A psiquiatria é uma área da medicina que entende o sofrimento psíquico como uma doença, um desvio, tendo em consideração diferentes aspectos – genéticos, bioquímicos, ambientais, entre outros – e a cura seria na direção de uma maior adaptação do sujeito à sociedade (COSTA JÚNIOR; MEDEIROS, 2007).

Já a saúde mental é um campo que engloba outros saberes além da própria psiquiatria: a psicologia, a enfermagem, entre outras áreas da saúde. Atualiza conceitos de

loucura que fizeram parte da história conceitual da psiquiatria, mas atualmente são considerados equivocados, tendo sido superados pela produção científica psiquiátrica mais recente. A concepção de sofrimento psíquico na saúde mental inclui tanto o fenômeno social quanto o individual no processo de estigmatização (idem).

A partir destes conceitos, entende-se a Reforma Psiquiátrica como um movimento que busca a ampliação do saber médico-psiquiátrico para além do especialismo, da cultura medicalizante e do intervencionismo diagnóstico e terapêutico. É a tentativa de transformação qualitativa no modelo de saúde da população.

No Brasil, os movimentos para reformar e modernizar a psiquiatria tem ocorrido desde o século XIX. Até 1903, a psiquiatria tinha como principal diretriz a defesa das colônias agrícolas para alienados. A ideia de que o doente mental deveria ser tratado com o auxílio do trabalho estava disseminada em todo o país.

Nos anos de 1930, no período do Estado Novo, os grandes hospícios construídos foram reformados e ampliados, tornando-se o centro de toda a política de saúde mental. Até a década de 1950, era visível a estatização dos grandes hospitais, seguindo uma política de estadualização.

Entretanto, assim como no sistema de saúde como um todo, foi nos anos de 1960, aqueles da ditadura militar, que a política manicomial sofreu grande expansão, devido à contratação e ao financiamento pela Previdência Social de clínicas privadas que, futuramente, constituiriam o grande problema da política de saúde mental no Brasil.

Uma das características deste período foi que a política de assistência médica, “em nome de uma racionalidade necessária e viabilizadora da expansão de cobertura, dá prioridade à contratação de serviços de terceiros em detrimento dos serviços médicos próprios da Previdência Social” (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 210).

Desta forma, o privatismo na atenção psiquiátrica provocou um crescimento desordenado, falta de planejamento e critério nas demandas de internação, causando uma cristalização do modelo manicômio-dependente, consolidando-se como política oficial até o final dos anos de 1970.

O modelo privatizante, não somente na saúde mental, mas de todas as áreas da saúde, foi considerado uma das causas da crise institucional e financeira que a Previdência Social sofreu no início dos anos de 1980. Com efeito, uma contradição marcava a crise social e política vigente no país neste momento: ao mesmo tempo em que os anos de 1970 foram marcados por uma profunda crise política, aconteceu o início da reorganização política do país, intensificando as discussões sobre a assistência à saúde.

No caso da assistência psiquiátrica, as discussões a respeito das práticas manicomialis acompanhavam o projeto sanitarista que, em fins dos anos de 1970, já delineava uma forma de participação popular no setor saúde.

Enquanto aumentavam os movimentos populares de oposição ao regime político do país, a experiência europeia e americana de reforma das instituições psiquiátricas influenciou alguns manicômios brasileiros, mais especificamente os privados. Com a ideia da humanização do atendimento, esses modelos foram precursores de todo o processo de reforma que viria a seguir.

Um marco histórico para as políticas de saúde mental, possibilitador de mudanças teórico-conceituais no Ministério da Saúde, foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. Neste encontro, no qual o Brasil foi representado e signatário, promulgou-se o documento final intitulado “Declaração de Caracas”. Neste, os países da América Latina, incluindo o Brasil, comprometem-se a rever criticamente o papel hegemônico do hospital psiquiátrico, garantir os direitos civis, a dignidade pessoal e os direitos humanos dos usuários, bem como propiciar a sua permanência em seu meio comunitário. Ou seja, a Declaração de Caracas promove a reestruturação da assistência psiquiátrica (BRASIL, 1990).

No Brasil um dos acontecimentos que marcaram o início de um movimento para a reestruturação da assistência psiquiátrica foi a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam) que era o órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde mental. Tal momento ficou conhecido pela luta corporativa por melhores condições de trabalho, dignidade e autonomia profissionais, além da ampliação dos recursos humanos, entre outras.

Este movimento deu origem ao questionamento das condições de atendimento aos pacientes e à hegemonia dos hospitais privados, o que apontava para a necessidade de investimento no setor público. Entre os anos de 1978 e 1980, configurou-se, então, o atual movimento pela reforma psiquiátrica brasileira, tendo como protagonista principal o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Influenciado pelo pensamento do psiquiatra italiano Franco Basaglia – que acabara de promover a reforma psiquiátrica da Itália – assim como de setores da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Preventiva, o MTSM era caracterizado pela resistência à institucionalização, pela participação de profissionais de várias categorias e da população em geral. Atuando no interior de outras instituições, como universidades, conselhos profissionais, sindicatos

da área de saúde e de outros profissionais, entre outros, o movimento se expandia e influenciava cada vez mais esses setores como também os governamentais.

Paralelamente à necessidade das mudanças reivindicadas pelo MTSM, a Previdência Social sofria uma ‘crise financeira’ em decorrência dos escassos recursos e das fraudes ocorridas frequentemente no setor da saúde. A prestação de serviços contratados ao setor privado abria espaço para mecanismos de corrupção no tocante à manipulação dos dados e estatísticas, ao tempo médio de permanência, à taxa de mortalidade, entre outros.

No contexto dessa crise previdenciária, surge uma nova modalidade de convênio, a cogestão, que previa a colaboração entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Ministério da Saúde. Desta forma o MPAS, ao invés de comprar serviços do MS, passou a participar da administração das unidades hospitalares.

Seguindo os passos que culminariam na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado, em 1981, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária, o plano CONASP, que apresentava um plano específico para a assistência psiquiátrica.

Para Amarante (1995, p. 67),

o Conasp tende a instaurar a concepção de que é responsabilidade do Estado a política e o controle do sistema de saúde, assim como a necessidade de organizá-lo junto aos setores públicos e privados. No plano da assistência psiquiátrica, o ambulatório é o elemento central do atendimento, ao passo que o hospital torna-se elemento secundário.

O período de ambulatorização ocorrido nos anos de 1960, que fora precedido pelo modelo puramente asilar, acabou por fracassar, já que provocou enfrentamentos entre os próprios assessores técnicos do governo. Como foi provado depois, esses assessores tinham vinculação com hospitais privados e foram os principais obstáculos para a implementação de programas assistenciais não asilares (GONDIM, 2001).

A própria incorporação do MTSM ao aparelho público, na medida em que passou a participar do gerenciamento e formulação das políticas de saúde mental, causou uma divisão em seus quadros. De um lado, o grupo que tentava tornar a coisa pública viável por meio de medidas estatizantes, possibilitando com isso uma modernização na assistência psiquiátrica; de outro lado, o grupo que passou a participar das instituições públicas e optou por operar transformações estruturais, por meio da luta interna nessas instituições.

Um ano após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em junho de 1987, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, quando o MTSM – principal responsável por

esse evento – distancia-se dos dirigentes e atores dos órgãos públicos e se aproxima dos usuários e familiares.

No final deste mesmo ano, o referido movimento, após um período de frequentes encontros profissionais, convocou o II Congresso Nacional do MTSM, realizado em Bauru, SP, que reuniu os atores envolvidos no processo saúde/doença mental: desde lideranças públicas e técnicos aos usuários e familiares. Neste sentido, um documento do MTSM faz importantes considerações:

Um desafio radicalmente novo coloca agora o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional deram um passo adiante na história do movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação(...). Nossa atitude marca uma ruptura. A recusarmos o papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada (MTSM *apud* AMARANTE, 1998, p. 81).

A partir daí, o movimento incorporou pautas da “Rede de Alternativas à Psiquiatria”, passando a constituir-se no Movimento por uma Sociedade sem Manicômios, ressurgindo dentro do projeto original, de tradição basagliana, em que o processo de desinstitucionalização assumia o caráter teórico-conceitual, deixando para trás a ideia da reforma administrativa e financeira.

O campo da saúde mental passa a praticar com radicalidade a proposta de participação social, muito além do formalmente previsto na legislação do SUS acerca da participação dos usuários pela Lei 8.080/90 (AMARANTE; NUNES, 2018).

Assim, o campo encontrava-se aberto para experiências inovadoras, com a participação de usuários e familiares nas políticas de saúde mental por intermédio da organização de entidades que englobavam trabalhadores de saúde mental (Associação Franco Basaglia/SP, Associação Franco Rotelli/Santos, Addom/São Gonçalo, Associação Cabeça Firme/Niterói entre outros), como também do surgimento de novos dispositivos de cuidado para a doença mental. Estas entidades se transformam, a partir de então, em Movimento da Luta Antimanicomial, cujo objetivo principal é despertar o pensamento crí-

tico na sociedade acerca da violência institucional da psiquiatria e a exclusão das pessoas em sofrimento psíquico (GONDIM, 2001).

Dois marcos de reversão do modelo manicomial aconteceram neste período: o primeiro com a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luiz Cerqueira em São Paulo, no ano de 1987, que inaugurou esta nova modalidade de dispositivo, um modelo de serviço onde os pacientes eram atendidos em programas de atividades diversos, funcionando oito horas diárias durante os cinco dias da semana, com o objetivo de acolher aqueles que, com graves dificuldades de relacionamento, pudessem permanecer fora do hospital. O segundo, dois anos depois, com a intervenção da Casa de Saúde Anchieta, realizada pela Secretaria de Saúde do Município de Santos, a partir de denúncias sobre as condições precárias de tratamento, assim como de violência utilizadas naquele hospital psiquiátrico privado (idem).

Estas são consideradas as primeiras experiências de desconstrução do aparato manicomial no Brasil, e de construção de dispositivos substitutivos. O fechamento da Casa de Saúde Anchieta possibilitou uma ruptura com a lógica manicomial e a consequente produção de novas instituições. A desmontagem do manicômio enquanto estrutura física e simbólica e a invenção de novas instituições – tais como a Unidade de Reabilitação Psicossocial, o Centro de Convivência, o Lar Abrigado e o NAPS que é um Núcleo de Atenção Psicossocial funcionando 24 horas por dia e que tem por objetivo ser totalmente substitutivo ao manicômio, garantindo a hospitalidade diurna ou noturna, espaço de convivência, de atenção à crise, de reabilitação psicossocial. Segundo Nicácio (1992, p. 92), configura-se como “gestão complexa de problemas”.

A partir das experiências de São Paulo e de Santos (que foram importantes para a formulação das políticas de saúde mental na América Latina), o Ministério da Saúde passou a financiar novos serviços naqueles moldes, e a estimular a produção de instituições não manicomiais. Ao lado do projeto de lei 3657/89, que previa a extinção gradativa dos manicômios e a regulamentação dos direitos do doente mental em relação a seu tratamento, o Brasil efetivava a sua reforma psiquiátrica no campo dos saberes, da cultura e no jurídico. Segundo Desviat,

O Brasil conseguiu, em curto espaço de tempo, tanto a sensibilização da sociedade e de seus líderes culturais, políticos e sociais quanto o consenso necessário entre os profissionais em torno de uns poucos objetivos claros, o que, em outros países, levou muitos anos [...].  
(DESVIAT, 1999, p. 151).



E ainda, referindo-se ao Brasil, diz:

A originalidade brasileira está na forma de integrar no discurso civil, na consciência social, a trama de atuações que um programa comunitário deve incluir, e também na forma de inventar novas fórmulas de atendimento, com base na participação dos diversos agentes sociais (idem).

Em 1989, com o processo de Santos e a demonstração da viabilidade e eficácia da rede substitutiva ao modelo manicomial, foi apresentado o projeto de lei 3.657/89, que propõe a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por outras modalidades de assistência. Este PL ficou quase 12 anos em tramitação, mas, mesmo rejeitado, propiciou que um substitutivo fosse aprovado e introduzisse mudanças significativas nas políticas do campo, embora não contemplassem plenamente os anseios da Reforma Psiquiátrica. A Lei 10.2016 foi sancionada em 06/04 de 2001, ano em que foi também realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, o que contribuiu para desenhar um cenário muito favorável e promissor para o campo da saúde mental no SUS (AMARANTE; NUNES, 2018).

Durante aproximadamente 10 anos, são criados dispositivos substitutivos ao manicômio, ampliando o acesso da atenção psicossocial à população de acordo com os níveis de complexidade. Dispositivos tais como CAPS I, CAPS II, CAPS III (funcionando 24 horas), CAPSi (infantil ou infanto-juvenil), CAPSad (álcool e drogas) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) cumprem um importante papel precursor do que viria adiante: a rede de atenção psicossocial (RAPS).

A criação da RAPS (Portaria GM/ MS nº 3.088 de 23/12 de 2011) afirma o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira quanto ao processo de desinstitucionalização, que prevê a extinção dos hospitais psiquiátricos, garantindo uma assistência integral, inclusiva e territorial. Esta portaria possibilita uma nova organização das ações em saúde mental no SUS, com o objetivo de: garantir o acesso à atenção psicossocial da população em seus diferentes níveis de complexidade e promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção.

Figura 1 - A Rede de Atenção Psicossocial



Fonte: Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental, 2017.

A figura 1 apresenta a referência do CAPS como dispositivo ordenador das ações de saúde mental no território. A RAPS é a garantia da articulação e integração entre os diferentes níveis de atenção das redes de saúde no território, desde os níveis de atenção básica até as urgências e emergências em saúde mental.

#### 1.4 DESAFIOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Observam-se avanços e transformações importantes, conquistadas pelo movimento da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica. O movimento social e político contra o confinamento, internações por longos períodos e a institucionalização de comportamentos e de práticas sociais têm promovido novas alternativas de acolhimento tanto aos chamados loucos quanto aos chamados não loucos.

Para Leal e Delgado (2007), muitos daqueles que tratamos nos serviços comunitários, tenham tido histórias de internação psiquiátrica ou não, apresentam um modo de relação com o mundo e com o outro aparentemente vazio e empobrecido, parecendo repetir as marcas de exclusão promovidas pela vida asilar.

A criação dos CAPS representa um dos principais avanços na política de saúde mental. Um dos seus grandes desafios é possibilitar que a sociedade, que durante toda a existência da psiquiatria ‘aprendeu’ que o melhor tratamento e encaminhamento destinado ao louco seria o hospital psiquiátrico, conheça outros modos de se lidar com a loucura que não sejam a segregação e a exclusão. A conquista de tal conhecimento auxilia na construção de outros circuitos que não a institucionalização dessas pessoas (SOUZA; RIVERA, 2010).

Tabela 1 - CAPS por região e tipo

<b>Região</b>	<b>População (2015)</b>	<b>CAPS I</b>	<b>CAPS II</b>	<b>CAPS III</b>	<b>CAPS i</b>	<b>CAPS ad</b>	<b>CAPS ad III</b>	<b>Total Geral</b>
<b>Centro Oeste</b>	15.442.232	79	27	3	10	20	7	146
<b>Nordestes</b>	56.560.081	526	150	24	48	83	29	860
<b>Norte</b>	17.504.446	96	35	6	6	11	7	161
<b>Sudeste</b>	85.745.520	295	208	60	118	142	39	862
<b>Sul</b>	29.230.180	195	85	7	47	68	24	426
<b>Total</b>	204.482.459	1191	505	100	229	324	106	2.462

Fonte: Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental, 2017.

Percebe-se que, desde a criação do primeiro CAPS em 1987, o número desses dispositivos vem aumentando significativamente, constituindo-se como ponto de referência da RAPS. Mesmo com números heterogêneos entre as regiões – decorrente das políticas públicas – é possível reafirmar a importância dos serviços substitutivos de modelo não manicomial.

Os CAPS, principais dispositivos de agenciamento de saída de pessoas com transtorno mental grave para a comunidade, devem ser considerados dispositivos clínicos, apesar das diferenças da aceção tradicional da clínica. Diferentemente do modelo individual e privativo, a clínica dos CAPS – chamada clínica ampliada ou clínica da atenção psicossocial – considera as dimensões social e política como parte da subjetividade.

Essa ideia de clínica, por se constituir a partir da articulação desses elementos, convoca para o seu corpo de princípios e preceitos duas noções que não são originariamente do campo do cuidado, as noções de território e de rede. Tais noções realizam algumas funções importantes: 1º) introduzem na dimensão da clínica conceitos que são do campo do

social, da política, no sentido da pólis, daquilo que se refere à cidade; 2º) ao provocarem esse diálogo, apontam para o paradigma da reinserção social, ou seja, tornam tarefa nobre do cuidado agenciar a inserção social, considerando que é importante garantir a coexistência de diferentes modos de conceber a loucura e o tratamento (LEAL; DELGADO, 2007, p. 5).

Uma inovação importante para a clínica da atenção psicossocial é a noção de território. O campo de abrangência do serviço diz respeito ao lugar de vida e de relações sociais dos sujeitos que precisam do dispositivo. Nesta perspectiva, o cuidado não é destinado apenas ao diagnóstico psiquiátrico, e sim ao sujeito em sofrimento e seus modos de relação com a comunidade. Ou seja, o cuidado acontece onde o sujeito vive.

O território compõe os fluxos permanentes de entrada nos diferentes dispositivos de saúde mental e de saúde em geral. Neste sentido, a clínica passa a ser compreendida em sua dimensão social e política.

Os CAPS têm sido reconhecidos como instituições inventadas. Este termo tem sido usado para se referir à invenção de uma lógica de assistência diferente das práticas manicomiais, baseada não mais na cura da doença e sim na invenção de novas formas de atuação e cuidados com a saúde mental. Para Amarante (1996), o projeto de desinstitucionalização da psiquiatria “volta-se para a superação do ideal de positividade absoluta da ciência moderna em sua racionalidade de causa e efeito, para voltar-se para a invenção da realidade enquanto um processo histórico”.

Em relação à atenção psicossocial nas urgências e emergências, os CAPS III e os leitos psiquiátricos em hospital geral cumprem um papel de extrema importância. Os CAPS III possuem leitos com funcionamento nas 24 horas, constituindo-se como dispositivos próprios para casos de transtornos mentais graves e agudos, em que o sujeito necessita de acolhimento e intervenção especializada para lidar com a crise.

Já os leitos psiquiátricos em hospital geral (Portaria GM/MS nº 148, de 31 de janeiro de 2012) devem funcionar como retaguarda para a RAPS. O principal objetivo deste dispositivo é oferecer cuidado hospitalar para pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com vistas à avaliação diagnóstica e discriminação de patologias somáticas e/ou psiquiátricas, manejo de situações de crise e/ou vulnerabilidade extrema que apresentem risco de vida para o usuário. O acesso deve ser regulado a partir de critérios clínicos e as internações devem ser de curta duração, priorizando a superação da lógica asilar realizada pelos hospitais psiquiátricos.

Tabela 2 - Serviços hospitalares com leitos de saúde mental habilitados

<b>Região</b>	<b>UF</b>	<b>Hospitais</b>	<b>Nº de leitos</b>
<b>Centro Oeste</b>	DF	7	45
	GO	2	13
	MS	1	4
<b>Subtotal Centro-Oeste</b>		<b>10</b>	<b>62</b>
<b>Nordeste</b>	AL	2	15
	BA	1	2
	CE	4	25
	PB	1	20
	PE	8	59
	PI	3	20
	RN	1	6
	SE	2	30
<b>Subtotal Nordeste</b>		<b>22</b>	<b>177</b>
<b>Norte</b>	AC	1	18
	PA	1	6
	RO	2	12
	PR	1	11
	TO	2	21
<b>Subtotal Norte</b>		<b>7</b>	<b>68</b>
<b>Sudeste</b>	MG	63	243
	RJ	24	135
	SP	7	62
<b>Subtotal Sudeste</b>		<b>94</b>	<b>440</b>
<b>Sul</b>	PR	4	21
	RS	93	346
	SC	6	49
<b>Subtotal Centro-Oeste</b>		<b>103</b>	<b>416</b>
<b>Total</b>		<b>263</b>	<b>1163</b>

Fonte: Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental, 2017.

Outro dispositivo importante na RAPS – apesar de estar pouco presente nas discussões tanto no âmbito micro da clínica, quanto no macro, no que tange à política pública de saúde – é o ambulatório de saúde mental. No início da Reforma Psiquiátrica, o ambulatório (tradicionalmente chamado “de psiquiatria”) foi considerado como elemento cronificador, além de ser um espaço de medicalização propriamente dito. Uma forma de perpetuação do modelo hospitalocêntrico, sendo porta de entrada para internações.

Com a criação dos CAPS, a tendência de desmontar os ambulatórios passou a ser efetivada, inclusive com a exclusão deste dispositivo da RAPS em 2011. A lógica de funcionamento do CAPS possibilitou a base do redirecionamento da assistência psicossocial, tornando-se a referência fundamental dos serviços substitutivos e da lógica de cuidados.

Observa-se que a perspectiva da atenção psicossocial não está somente no equipamento de saúde mental, mas também no modelo em que ele está inserido. Neste sentido, é o cuidado ampliado que importa, que agencia a rede de cuidados ao sujeito em sofrimento psíquico. Um CAPS pode exercer uma função cronificadora ao invés de promover a autonomia possível a partir das singularidades. Segundo Elia (2005), a doença mental existe como positividade fenomênica e estrutural, que não é mero resultado de processos político-sociais de exclusão.

O CAPS, funcionando como ordenador das ações, é o polo que representa as diretrizes das políticas públicas de saúde mental em determinado território. Isso não quer dizer que seja um dispositivo de poder estabelecido a ser exercido sobre as demais instâncias ou serviços no território considerado. O território, qualquer que seja a conceitualização que dele formulemos, deve subordinar-se à fala do sujeito.

Nesse sentido, o cuidado deve ser atravessado pela dimensão clínica, já que há um sujeito que sofre, sua fala e a necessidade de escuta. Desse modo, o CAPS, assim como o ambulatório e os demais dispositivos de saúde mental, tem um potencial clínico legítimo na rede de cuidados ampliados e inclusivos.

A invenção de novos dispositivos e/ou estratégias depende da ampliação e projeção do campo de atenção psicossocial frente às políticas sociais de forma mais ampla. Sua inserção no campo jurídico, cultural, das artes, entre outros, possibilita a intersectorialidade, que é a articulação entre sujeitos de setores diversos, os quais, com diferentes saberes e poderes produzem efeitos significativos na população através do planejamento, formulação de políticas, realização de programas e projetos, com vistas a enfrentar problemas complexos.

## **1.5 UM NOVO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: A ATENÇÃO BÁSICA**

Com o desenvolvimento da política de saúde no Brasil nos anos de 1990, equipamentos como os CAPS e o Programa Saúde da Família (PSF) começam a ser incluídos na rede de saúde: os CAPS oferecendo tratamento não hospitalocêntrico para pacientes psiquiátricos e o PSF inspirado na discussão da Reforma Sanitária Brasileira para a saúde geral da população.

Nota-se a dificuldade em articular as ações de saúde mental com a Atenção Básica (AB). A Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações que visam à promoção e proteção da saúde, por meio de atividades desenvolvidas por equipe multiprofissional,

tendo grande impacto na saúde individual e coletiva (BRASIL, 2011). Esta modalidade de serviço constitui-se como a principal porta de entrada das pessoas na busca pela assistência à saúde, firmando os princípios do SUS tais como universalidade e integralidade de acesso aos serviços, inclusive para pacientes com transtornos psíquicos ou portadores de transtorno mental.

A partir dos anos 2000, o Ministério da Saúde passa a enfatizar a importância da Atenção Básica para a organização e conformação do sistema de saúde. A Atenção Básica fundamenta-se nos princípios do SUS, expressos na Constituição Federal de 1988: a saúde como direito; a integralidade da assistência; a universalidade; a equidade; a resolutividade; a intersetorialidade; a humanização do atendimento e a participação social. Consiste em um nível de atenção complexo e que requer atuação marcante quanto à responsabilidade sanitária no território, além da capacidade de estar apta a dar resolutividade às questões ora apresentadas (SOUZA; RIVERA, 2010).

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (idem).

Apesar da denominação ‘Básica’, é considerada um nível de atenção complexo, que exige comprometimento dos profissionais envolvidos no território, além de apresentar resolutividade para os problemas de saúde daquela comunidade.

Já a Estratégia de Saúde da Família é uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica que tem por objetivo favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Enquanto a AB faz parte do território, a ESF vai ao território (BRASIL, 2012).

Cientes da necessidade de implantar ações de saúde mental na Atenção Básica, o Departamento de Atenção Básica (DAB), juntamente com a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM) do Ministério da Saúde, decidem elaborar o Plano Nacional de Incorporação de Ações de Saúde Mental no âmbito da Atenção Básica, dentro do conjunto de ações que compõem o cuidado integral à saúde (SOUZA; RIVERA, 2010).

As ações de saúde mental na atenção básica decorrem de um tipo de cuidado denominado matriciamento ou apoio matricial. É um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Segundo Athié, Fortes e Delgado (2013), a noção de matriciamento em saúde mental refere-se à articulação entre serviços, necessária para o funcionamento da rede, e é formalizada através da criação dos NASF. A Portaria n° 154/2008 recomenda a presença de profissional de saúde mental junto à equipe, colaborando, redimensionando o trabalho de referência e contrarreferência e incluindo nas ações a necessidade de pensar essa nova forma de articulação. Além disso, o NASF formaliza o cálculo dos gastos em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS), o que causa um impacto no financiamento geral da saúde mental.

Assim, as principais ações de Atenção Básica foram criadas a partir do Matriciamento em Saúde Mental, que significa proporcionar suporte técnico e supervisão às equipes responsáveis pela Atenção Básica. Na lógica do matriciamento, torna-se possível a assistência à saúde mental da população em sofrimento psíquico adscrita no território, deixando os encaminhamentos para casos considerados difíceis ou mesmo específicos. É importante destacar que grande parte dos casos (ou mesmo a maioria) dos transtornos mentais deve ser assistida a partir do início de sua manifestação. Neste sentido, o lugar adequado para a assistência é o território, onde a responsabilização e o vínculo possibilitam uma escuta solidária e qualificada dos problemas de saúde.

Com a institucionalização das equipes de saúde da família (ESF) na maior parte do país, a atenção básica viu-se obrigada a invenções para desenvolver a integralidade da atenção com grupos de saúde mental egressos de longas internações psiquiátricas. As



equipes de saúde mental que existiam nas UBS foram inseridas na equipe de saúde da família com o papel de referência à especialidade e apoio à atenção integral da equipe generalista. Com base em diretrizes gerais, a atenção em saúde mental nas UBS passa a desenvolver diferentes modelagens de norte a sul, acompanhando as mudanças ocorridas na política de Saúde Mental (BRASIL, 2007).

Além da integração com setores diversos, a atenção psicossocial tem realizado a articulação e integração com as equipes de saúde da família, para a construção cotidiana de novos espaços, novas formas de cuidado da pessoa no seu processo de vida, através da reorientação do modelo assistencial, com a inclusão da família. Deveria, portanto, ser uma importante porta de entrada para os pacientes com comportamento suicida.

De acordo com Saraceno (1999), as experiências de transformação da assistência psiquiátrica no que chama de sul do mundo (entendemos que estamos situados neste contexto), são “inventadas” e obtidas da conjugação da pobreza de recursos institucionais com a capacidade de identificar recursos da comunidade.

## **1.6 INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE**

Sendo o suicídio um fenômeno histórico-social e cultural, torna-se impossível determinar uma única interpretação sobre o fato, por causa dos aspectos subjetivos, sociais e culturais, sendo necessária a compreensão por diferentes disciplinas integradas entre si. Neste sentido, uma prática de saúde integral que potencialize a cidadania pelo respeito às diferenças é o que se espera no enfrentamento de problemas e atendimento às necessidades da população (MATOS, 2001).

A integralidade organiza e articula processos de trabalho e tecnologias distintos, possibilitando que trabalhos parciais resultem em uma intervenção mais abrangente e completa. Não se configura apenas como uma atitude, e sim como racionalidade que orienta a combinação de tecnologias e de ações políticas, de programas e projetos (PAIM, 2010). No caso da rede de saúde, a integralidade implica na articulação de programas e projetos que contemplem diferentes necessidades, com entrosamento entre si. É o caso da Saúde Mental nos diferentes níveis de atenção.

A integralidade implica a noção da saúde mental como parte da saúde, então, hologicamente – não apenas a parte está em um todo, mas o todo está inscrito, de certa maneira, na parte – a saúde mental é também a saúde como um todo. A pessoa em sofrimento psíquico não deixa, por esse motivo, de apresentar as demais necessidades de

saúde, pois não é divisível em suas necessidades (ALVES, 2001). Ou seja, todo problema de saúde é também um problema de saúde mental, assim como toda saúde mental é também produção de saúde.

Entretanto, a integralidade depende do exercício intersetorial, caracterizado pela interação entre os diferentes setores de reciprocidade e enriquecimento entre setores da sociedade. Zaniani e Luzio (2014) entendem a intersetorialidade como estratégia em que os diferentes setores sociais, com seus saberes e práticas, precisam se articular e se integrar com vistas a orientar e garantir a integralidade do cuidado. Entende-se que as ações de cuidado ultrapassam aquelas implantadas pela política de saúde e incluem todas as dispensadas pelas diferentes políticas setoriais, instituições e serviços (educação, assistência social, cultura, esporte e lazer, justiça, etc.), que compõem a rede de relações do sujeito.

Neste sentido, é fundamental pensar o fenômeno do suicídio no interior do exercício intersetorial, sempre considerando a integração de diferentes setores que possam contemplar as necessidades da população, principalmente em relação às estratégias de prevenção. O último relatório sobre prevenção do suicídio, publicado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014), reforça a necessidade da criação de políticas públicas que priorizem ações coordenadas para minimizar este grande problema de saúde pública. Ao apresentar uma visão abrangente sobre o suicídio, a OMS recomenda que os países envolvam os seus departamentos governamentais no desenvolvimento de uma resposta coordenada. Ou seja, ações no setor da saúde, da educação, do trabalho, do bem-estar social e jurídico.

Assim, verifica-se que ações intersetoriais deveriam ser resultantes do desenvolvimento de políticas públicas, transformando esse potencial em práticas permanentes nos serviços e nos seus participantes. Para isso, é imprescindível o desenvolvimento de uma perspectiva e de uma prática intersetorial, em que diferentes atores e setores possam dialogar em prol das necessidades da população e da manutenção de políticas públicas duradouras.

## **1.7 AS TENTATIVAS DE DESCONSTRUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NOS DIAS ATUAIS**

Em 1988, o Brasil passa a ser considerado um Estado Democrático de Direito a partir da consolidação da nova ordem constitucional erigida pela Constituição Federal. Até

o ano de 2016, o país já havia construído amplos projetos de desenvolvimento das políticas sociais, entre eles, o sistema universal de Saúde Pública. O campo da saúde mental, tributário do SUS, avançou bastante nesse período com a criação de dispositivos substitutivos ao modelo asilar, assim como a proposição de um novo paradigma do sofrimento mental, tal como apresentado anteriormente. Entretanto, é bom levar em consideração que esses avanços sempre foram consequência de muitas lutas com os vários segmentos da sociedade organizada que não tinham interesse na construção da Reforma Psiquiátrica.

Pouco após o fim do governo de Dilma Roussef, o Ministério da Saúde apresentou uma proposta de reformulação da Política Nacional de Saúde Mental que englobava a manutenção de leitos em hospitais psiquiátricos, o retorno do tratamento ambulatorial, a ampliação de recursos para comunidades terapêuticas e a limitação na oferta de serviços extra hospitalares. A ampliação dos leitos foi vetada, mas as comunidades terapêuticas – entidades em sua maioria de cunho religioso – receberam um maior aporte financeiro, o que já vinha acontecendo desde 2016.

Em entrevista ao Portal da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), o professor Dr. Pedro Gabriel Delgado comenta que esta proposta:

É um pacote de medidas que desconstrói a reforma psiquiátrica, a proposta de desinstitucionalização e a atenção comunitária, ou seja, toda uma rede de saúde mental que acompanha o processo de saída dos pacientes dos longos períodos de internação. É um pacote que privilegia o atendimento hospitalar, que aumenta os recursos para os hospitais psiquiátricos e destina recursos muito volumosos para as comunidades terapêuticas, que já vêm recebendo recursos volumosos desde 2016, e, conseqüentemente, diminui os recursos da rede comunitária de atenção. Nós já estamos com sete mil vagas em comunidades terapêuticas, e isso tende aumentar, na contramão da Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216. (EPSJV/Fiocruz, 2018).

O professor, militante da luta antimanicomial, à frente do processo de desinstitucionalização psiquiátrica desde seu início, ainda lembra que há grupos interessados no desmonte da Política de Saúde Mental, seja por conservadorismo ou mesmo por outros interesses, como, por exemplo, o descrédito do próprio SUS.

O grupo que pertencia ao Ministério da Saúde, naquele momento (no governo do presidente Michel Temer), privilegiava o setor privado de saúde, aumentando os gastos com leitos hospitalares em detrimento da Atenção Básica. Além disso, fortalecia a indústria farmacêutica, através do estímulo à prescrição de psicotrópicos.

As últimas eleições de 2018 deflagraram o que se anuncia como o desmonte do Sistema Único de Saúde, processo social e político que se encontrou em permanente construção nos últimos 30 anos. No campo da saúde mental, no início de 2019, o Ministério da Saúde lançou a Nota Técnica nº 11/2019, que tenta colocar em prática uma nova política de atendimento à saúde mental no Brasil. Baseada em portarias e resoluções publicadas entre outubro de 2017 e agosto de 2018, a “nota técnica” chegou a ser divulgada no site do Ministério da Saúde, mas foi retirada alguns dias depois após severas críticas do movimento e de técnicos da reforma Psiquiátrica. Os principais itens da Nota Técnica são:

Inclusão dos Hospitais psiquiátricos na rede de Atenção Psicossocial (RAPS);  
Financiamento para compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia (eletrochoque);  
Possibilidade de internação de crianças e adolescentes;  
Abstinência como uma das opções da política de atenção ao álcool e outras drogas; [...]. (BRASIL, 2019).

Várias entidades ligadas ao Movimento da Reforma Psiquiátrica responderam criticamente à nota. Entre elas, a ENSP/Fiocruz, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), Instituto de medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), e muitos Conselhos de Classe de profissionais de saúde. Órgãos ligados ao setor jurídico também foram desfavoráveis ao descumprimento da lei 10216/2001.

Não foi surpresa a retirada da Nota, demonstrando que o apelo popular e dos órgãos formadores de opinião é a maior garantia do estado democrático de direito. Segundo avaliação da ABRASCO, a tentativa de instituir as referidas práticas é um retrocesso, não se constituindo um projeto de “Nova” Reforma Psiquiátrica, e sim de uma Contra Reforma Psiquiátrica. Recolocar a principal instituição – o hospital psiquiátrico e a comunidade terapêutica – na rede de atenção é uma forma de perpetuar o modelo manicomial.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Reforma Psiquiátrica Brasileira é considerada a rede mais plural dentre as redes do sistema de saúde no Brasil. Deixando de lado as instituições manicomiais ainda existentes, apesar da luta para sua extinção, estimula o tratamento no território habitado pelas pessoas em sofrimento mental e suas famílias, e onde existem as suas redes de apoio e de sociabilidade.

Nesta “nova” proposta, o princípio da territorialidade não é considerado, enfraquecendo ou mesmo excluindo o que é considerado um dos pontos responsáveis por reabilitar e ressocializar pessoas, ou, eventualmente, impedi-las de serem dessocializadas, estigmatizadas ou excluídas. São priorizadas as “evidências científicas”, o que quer dizer evidências biomédicas.

Apesar de defender a internação de crianças e adolescentes, poucas referências são feitas sobre o assunto. O único tópico dedicado exclusivamente a essa faixa etária é curto e, surpreendentemente, apenas defende a internação psiquiátrica para crianças e adolescentes, sem maiores argumentações. Esta orientação confronta com o princípio mais geral do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – Lei 8069, de 1990), particularmente em seus artigos 18, 18A e 18B, e com as recomendações explícitas (de números 173 e 174) da III Conferência Nacional de Saúde Mental, de negação de internações deste grupo etário em instituições de características manicomial, bem como de desinstitucionalização das crianças e adolescentes ainda remanescentes em instituições deste tipo.

Seguindo a avaliação da ABRASCO, a propaganda feita no documento em defesa da ECT eletroconvulsoterapia, comumente chamada de eletrochoque, é outro equívoco. O uso desta técnica ainda é objeto de debates no meio científico, bioético e judicial, sendo indicado apenas em casos estritamente graves e resistentes de depressão, havendo o risco de uma banalização de seu uso, já que historicamente há um simbolismo da sua prática violenta e punitiva que assombra tantas pessoas que foram vítimas de seu uso abusivo.

Outro ponto crítico é a aparente negação, feita pelo documento, em relação aos transtornos comuns e atuais na psiquiatria, tais como suicídio e suas tentativas, violências em geral e acidentes totalmente preveníveis tais como Brumadinho, Muzema e outros. Tais ocorrências refletem um mal-estar severo na sociedade, consequência das políticas de austeridade, desemprego, baixa qualidade de vida, múltiplas intolerâncias e perda de esperança.

No início de dezembro de 2020, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) divulgou um documento chamado “Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil”. Esta proposta é dissonante do que é proposto pela Lei nº 8080/90 (SUS), pela Lei nº 10.216/2001, pela Constituição Federal (no que tange a liberdade individual e o direito à saúde), pela Portaria nº 3.088/2011 e pelos movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica brasileira. Segundo o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CNS), este documento representa um verdadeiro retrocesso em relação aos equipamentos e modelos de cuidado em Saúde Mental.

A proposta da ABP incentiva a abertura de hospitais psiquiátricos ditos especializados, enfraquece o lugar dos CAPS como porta de entrada para os serviços de saúde mental e aponta dados referentes à Saúde Mental que não são atualizados e não apresentam referências científicas baseadas em evidência e eficácia (CFP, 2020). O texto ainda afirma que não há estudos e publicações relacionados aos cuidados atuais em saúde mental, aos equipamentos de saúde e à eficácia do que é ofertado no território brasileiro. Este argumento pode ser facilmente contraposto diante de inúmeras publicações sobre a reforma psiquiátrica brasileira, a partir de buscas em bases de dados de referência em saúde coletiva e saúde pública, tanto nacionais quanto internacionais (idem).

No respectivo documento, a ABP (2020) assevera que

Desde 1995 a política de saúde mental dominante no Brasil adota como premissa do seu modelo assistencial a desvalorização do saber psiquiátrico e redução do papel do psiquiatra. O psiquiatra vem sendo colocado como profissional secundário e prescindível à Psiquiatria. A assistência à Saúde Mental implementada pelos governos ao longo deste período continua baseada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de eficácia não demonstrada como serviços de reabilitação e reinserção social.

Sabe-se que, desde a criação dos CAPS, reafirmada pela portaria que institui a RAPS, os serviços de saúde mental devem ser compostos por equipe multidisciplinar, sendo o psiquiatra parte fundamental da equipe, responsável pelos psicofármacos administrados e corresponsável pela elaboração do plano terapêutico dos pacientes.

Segundo o Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2020), o Brasil possui uma Política de Saúde Mental, Álcool e outras drogas sustentada a partir de quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, pela Lei nº 10.216/2001 e pela Lei Brasileira de Inclusão, reconhecidas no cenário internacional pela OMS como referência de reestruturação da assistência em saúde mental no mundo, dadas suas marcas civilizatórias pautadas na atenção comunitária e territorial, em uma rede pública de serviços diversificada e com atuação multiprofissional. A Política reafirma o protagonismo e a ampliação dos direitos de cidadania das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Em nota de repúdio, o Conselho Nacional de Saúde lembra que não podemos permitir mais uma vez ameaças de retrocessos, num contexto de crise econômica e sanitária em decorrência da pandemia da Covid-19, em que milhões de pessoas estão perdendo suas vidas, vivenciando processos de adoecimento, desemprego, precarização do

trabalho e outros inúmeros obstáculos. Consequentemente, agravando as questões da saúde mental e aumentando as necessidades de cuidados.

Percebe-se que tem sido comum a resistência de parte dos psiquiatras frente ao modelo substitutivo de saúde mental, não mais hospitalocêntrico. Não é a primeira nem será a última tentativa de desmonte de uma política centrada no cuidado integral, com serviços abertos ao usuário, às famílias, às comunidades. Para a operacionalização do cuidado, é necessário assumir o pensamento complexo respeitando as particularidades e regionalidades do nosso país. Pessoas que vivem experiências de sofrimento mental, mais ou menos graves, mais ou menos intensos, precisam ter suas necessidades sociais e de saúde escutadas. A medicalização dos problemas da vida não resolve as dores e o sofrimento psíquico.

As críticas de diferentes segmentos da sociedade organizada a essas propostas reafirmam a importância de uma política de saúde mental compreendida por um conjunto de ações forjadas em dimensões plurais, fiscalizadoras das políticas públicas, que lutam pela democracia e participação social e representativa nas discussões de qualquer política que se relacione com o Estado. A sociedade brasileira, mesmo polarizada politicamente nos últimos anos, é heterogênea em suas ideologias partidárias, mas vem incorporando – através das instâncias do controle social – o estado democrático de direitos sociais. A construção da cidadania de sujeitos historicamente excluídos está no bojo do processo político e social, e não será desmontada facilmente.

## **1.8 O SUICÍDIO NO INTERIOR DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

O comportamento suicida frequentemente tem sido associado a quadros de transtornos psiquiátricos, como transtornos de humor ou afetivos, ao abuso de álcool e outras drogas (ABP, 2014). Entretanto, temos visto que não cabe generalizar o fenômeno como sendo, única e exclusivamente, um problema psicopatológico ou social, nem que ele esteja ligado, de forma unívoca e simplista, a determinados acontecimentos da vida, como rompimentos amorosos ou perda de emprego, entre outros (KOVÁCS, 2008). Segundo Solomon (2014), algumas pessoas, diante de situações desesperadas, se apegam à vida, enquanto outras cometem suicídio. Desta forma, o suicídio não pode ser caracterizado como um problema que possui motivos específicos, sendo um ato singular e deliberado, mesmo que resultante de fatores multideterminados. Provavelmente por isso o campo da

prevenção do suicídio é tão complexo, pois se há um ato intencional, muitas vezes este já é acompanhado de uma decisão sustentada por ensejos considerados nobres.

Apesar de ser impossível prevenir decisões já assumidas, algumas pesquisas sobre prevenção sugerem que o desfecho trágico pode ser evitado, na maioria das vezes, caso haja o devido acolhimento ao sofrimento e acompanhamento da situação (BRASIL, 2013). Calcula-se ainda que, para cada suicídio cometido, cinco a dez pessoas (familiares e amigos) são profundamente afetadas nos contextos social, emocional e econômicos. Trata-se de um importante problema de saúde coletiva, onde as vítimas em potencial e os chamados “sobreviventes” (pessoas impactadas por um suicídio de parente, colega ou amigo) necessitam de atenção especial (CVV, 2013; SOARES et al., 2011). Independentemente das estatísticas, o sofrimento – sempre por trás de um suicídio, de uma tentativa ou de uma ideação suicida – é um fator que não pode ser ignorado pelos profissionais de saúde e pela sociedade, em geral.

Podemos inferir que as políticas de atenção ou prevenção ao suicídio no Brasil tem início a partir dos anos 2000, no início do século XXI, após a OMS ter chamado a atenção mundial para o problema. Nesse período já estava em curso adiantado a construção da Reforma Psiquiátrica brasileira, que instituiu novas formas de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. A lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2004) consolida o processo de construção da Reforma, através de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, além de desconstruir a ideia de isolar o sujeito para tratamento, devolvendo-lhe o direito ao convívio social e a possibilidade de desenvolver sua subjetividade e cidadania. Essa nova política de saúde mental propõe outra modalidade de assistência ao sofrimento psíquico em serviços abertos, onde são propostos modelos de cuidado baseados em uma lógica oposta ao modelo manicomial.

Entretanto, há uma questão que não consegue ser respondida de forma objetiva: por que o problema do suicídio não é inserido nas discussões e nas propostas de intervenção e assistência à saúde mental nesse período, se a modalidade de assistência ao ato suicida era também a internação em hospital psiquiátrico? Ao consultar fontes bibliográficas e alguns autores da Reforma Psiquiátrica brasileira, não foi possível esclarecer os motivos que levaram a não consideração do ato suicida como um problema de saúde mental na nova política que se instituiu no início do século XXI. Um ponto de partida nos chama a atenção, que é a referida lei da Reforma Psiquiátrica ter sido promulgada em 2001, início do século XXI, quando a preocupação da política pública sobre o suicídio ainda era insuficiente,



demandando ações prioritárias para a desinstitucionalização da doença mental e não para outros sofrimentos como o desejo de tirar a própria vida.

A principal modalidade de assistência, de acordo com a Reforma, são os CAPS: serviços abertos e comunitários, constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental grave ou persistente (psicoses, neuroses graves, transtornos de humor), incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011) e são substitutivos ao modelo asilar.

Embora os transtornos de humor sejam objeto de assistência nos CAPS, não fica esclarecido – seja para os usuários, familiares ou mesmo os profissionais de saúde – que esse dispositivo seja próprio para assistência ao ato suicida. Assim, percebemos que mesmo que os avanços na política de saúde mental acontecessem no Brasil, a atenção ao suicídio por meio das políticas públicas não aparecia na legislação brasileira. A partir de um levantamento das portarias decorrentes da Lei 10.216, percebe-se a inexistência de ações dirigidas à prevenção ou atenção ao suicídio.

Amarante (2007) afirma que os alicerces legais e conceituais da Reforma Psiquiátrica estão postos. Entretanto, o grande desafio é avançar em suas práticas, estendendo seus princípios à sociedade em geral, às políticas públicas e, principalmente, ao âmbito do sofrimento psíquico. Nesse sentido, se os CAPS são destinados à assistência de pessoas em sofrimento psíquico, indiretamente se tornam dispositivos próprios para acolhimento das pessoas que tentaram o suicídio, mesmo com resistência dos profissionais e dos próprios usuários que muitas vezes não os consideram próprios para a assistência dessa população.

Segundo Estellita-Lins (2012), a Reforma Psiquiátrica realizou algumas transformações relevantes, mas necessita com urgência de uma ideia de rede integral que os atores parecem incapazes de conceber, implementar e usufruir. Isto se expressa na dificuldade em unificar o campo conceitual. Atualmente, os transtornos de humor caracterizados por depressão, ansiedade e estresse são os mais prevalentes na rede assistencial de forma geral, e que podem ter o suicídio como desfecho. Desta forma, percebe-se a carência de políticas públicas voltadas para o espectro dos transtornos depressivos no interior da reforma psiquiátrica. O autor defende a existência de uma rede de cuidados em que o CAPS é um dos protagonistas, desde que integrado a outros

dispositivos que possam oferecer, de forma multidisciplinar, a assistência necessária para pessoas em sofrimento psíquico e evitar o trágico desfecho.

Nós concordamos com a ideia desse autor, na medida em que os CAPS não devem ser espaços próprios para o acolhimento de um ou outro transtorno, e sim serem dispositivos articulados a uma rede integral de saúde de base territorial. Por exemplo, é comum identificar no interior dos CAPS, pessoas que, ao relatarem sua história de vida, apresentam algum registro de tentativa de suicídio ou de ideação suicida. Pessoas que não procuraram assistência antes ou depois do ato e só após muitos anos de adoecimento procuraram o CAPS. Nesse sentido, é importante considerar o discurso expresso dos usuários em relação à ideação suicida e frases de alerta que dão pistas do risco de suicídio. Ou seja, essas pessoas podem estar em qualquer serviço de saúde, inclusive nos CAPS.

Atualmente existem programas e redes municipais de atenção e prevenção ao suicídio no interior da RAPS, porém ainda pouco expressivas. Municípios com maiores taxas de suicídio têm elaborado projetos de prevenção em que a assistência é feita na atenção básica, nos CAPS e nas unidades de emergência, instituindo espaços de acolhimento junto à rede intersetorial. Conte et al. (2012) afirmam que é fundamental a participação de outros segmentos da comunidade nos programas de prevenção, de modo a evitar que o modelo técnico-assistencial vigente retroceda para uma perspectiva pautada no modelo biomédico, ou seja, específica do campo da saúde. Assim, percebe-se que, a oferta de assistência a partir da RAPS é possível, desde que haja integralidade e intersetorialidade na política pública.

## **CAPÍTULO 2: O FENÔMENO DO SUICÍDIO**

### **2.1 O SUICÍDIO NA HISTÓRIA.**

As pesquisas em relação ao tema suicídio indicam a natureza complexa e multifatorial dos comportamentos daqueles que decidem pela morte ou por tentativas de autodestruição. Segundo Botega e Rapeli (2002, p. 365), o comportamento suicida é

[...] todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato... a partir de pensamentos de autodestruição, passando por ameaças, gestos, tentativas de suicídio e, finalmente suicídio.

Ao longo da história da humanidade o suicídio sempre esteve presente, adquirindo significados e valores diversos dependendo da civilização e do momento histórico. Nas sociedades primitivas, eram comuns os rituais comunitários diante do suicídio de seus membros. Morrer violentamente seja em batalhas ou em oferenda para os deuses era também bem-visto pela comunidade. Na África uma mãe deveria se matar caso tivesse morrido um de seus filhos. Os sistemas religiosos apoiavam o suicídio na velhice, já que esta era vista como uma condição limitadora para a vida (PALLARES; BAHLS, 2003).

Nestas sociedades primitivas, o que se destaca é a promessa de imortalidade ao suicida, de uma satisfação hedonista e uma espécie de condecoração honrosa da sociedade por aquele sujeito que se matou em favor de seu povo e dos seus costumes. Como a morte é vista como inevitável e até mesmo insignificante nestas sociedades, o suicídio passa a ser um ato estimulado para proporcionar benefícios àquele que o cometia. “Sacrificavam-se dias ou anos neste mundo para banquetear eternamente com deuses em outros mundos. O suicídio era, portanto, um ato frívolo em essência” (idem, p. 87).

Na Grécia antiga o fenômeno do suicídio era tolerado, desde que estivesse em acordo com determinados princípios políticos e éticos. Aqui já se percebe a dimensão política do fenômeno. Em algumas épocas, o Estado não aceitava o suicídio, este sendo visto como uma transgressão ao espírito comunitário da época. Por isso era negado aos suicidas o sepultamento em locais sagrados e estimulado o escárnio sobre o cadáver. Entendia-se o suicídio como uma combinação da agressão à comunidade e meio ambiente, com a necessidade de vingança e castigo. Em outras épocas o suicídio – em determinadas situações – era considerado um ato nobre, principalmente se fosse em defesa da pátria.

Aqueles que pretendiam consumir o ato teriam que obter permissão do senado para se suicidar, ou seja, bons motivos, seja por patriotismo ou para evitar a desonra.

Alvarez (1999) aponta que os gregos lidavam com a questão do suicídio de forma racional e não através da paixão. O racionalismo prega que se a vida se tornou insuportável, o suicídio é justificável, se tornando uma saída razoável. Era comum a atitude de condenar alguns suicídios e glorificar outros. O patriotismo, a coragem e a afirmação da própria liberdade eram considerados dignos, enquanto a infelicidade pela vida era vista como vergonha. Um soldado preferia a morte a ser capturado vivo.

Entretanto, em Roma antiga, o suicídio não era retaliado nem degradado, e sim validado segundo a liberdade de escolha racional. Ou seja, a forma da morte poderia ser escolhida segundo o modo como foi a vida. Isso não quer dizer que não havia punição para determinados casos. Suicídios indesculpáveis eram os de militares, soldados, detentos à espera de julgamento e escravos que eram comprados recentemente.

Assim, percebe-se que a perspectiva dos romanos era de cunho político e econômico, sendo o suicídio um crime para aqueles sujeitos que eram considerados propriedade do estado. Ao lado do aspecto político e econômico do estado grego está a sua tendência à violência e à morte como espetáculo valorizado. Segundo Pallares e Bahls (2003), escravos, povos subjugados e romanos de classes inferiores se ofereciam para morrer em execuções públicas com feras ou soldados por uma quantia a ser paga a seus herdeiros. Esta era uma saída honrosa para melhorar a vida da família. Neste sentido, a violência fazia parte da economia, sendo intrínseca ao estilo de vida dos romanos.

No período do Império Romano, a legislação quanto ao suicídio se torna mais rígida, a partir do desenvolvimento do Direito, das ideias filosóficas, assim como do surgimento da Igreja Católica – para esta última o suicídio era considerado um crime. Santo Agostinho inaugura, no século VI d.C. os argumentos para tais leis, baseando-se no sexto mandamento “não matarás”. Ressalta-se que não há no Antigo e no Novo Testamento qualquer proibição ou criminalização do suicídio.

Minois (1998, p. 74) afirma que “o triunfo da oposição sistemática ao suicídio a partir de Santo Agostinho é mais o resultado do contexto histórico do que consequência de um princípio claro e fundamental da doutrina original”. Mesmo sendo fortemente contra o ato do suicídio, Agostinho acabou por aceitar a morte de Jesus como sendo um caso de morte voluntária.

A partir do advento da religião monoteísta, as vinculações ao repúdio do ato suicida passaram a ter conotação religiosa, associando a vida a um dom divino e não mais a um

patrimônio da humanidade. Assim, tirar a própria vida seria usurpar um direito que pertence ao estado e à Igreja.

A Idade Média trouxe maior vigor às punições ao cadáver do suicida como também à sua família, com o estabelecimento dos tribunais eclesiásticos, encarregados de julgar as motivações do ato. Nesta fase considerava-se isento de punição somente os casos de "melancolia" ou "loucura agressiva", porém estes casos raramente ocorriam. Os tribunais medievais julgavam a loucura como isenta de culpa, já que os suicidas não sabiam o que faziam. Já aqueles que cometeram o suicídio com propósito deliberado, eram julgados como pecadores e criminosos (VENEU, 1994).

A família podia defender o acusado como se ele estivesse vivo: se fosse considerado inocente, a família ficava com a herança, ao contrário os bens ficavam para o Estado. Isso provocou uma insatisfação das famílias, já que a apuração da intenção da morte não podia ser claramente definida.

As penalidades impostas na Idade Média serviriam, entre outras coisas, de exemplo para que outros não se voltassem contra a ideologia daquele regime. Entretanto, em algumas situações os governos exploravam o suicídio como ato de heroísmo, associando a morte por suicídio ao prestígio. Utilizada como forma de frustrar o inimigo ou escapar da desonra social, a morte por suicídio era apropriada pelo governo a fim de fortalecer o regime (BERENCHTEIN, 2007). Uma vez mais percebemos o uso do fenômeno de acordo com determinados interesses do Estado, seja de forma positiva ou negativa.

O suicídio se tornou objeto do campo jurídico a partir da dificuldade em definir se houve intenção ou se houve acidente, devido à falta de critérios para decisão final, o que muitas vezes se definia a partir da existência de bens materiais. Como havia perda de direitos – questão ainda bem atual – o suicídio passou a ser encoberto para que a família não fosse aviltada pelo ato cometido. Daí tem início os aspectos ligados à vergonha, ao sofrimento e à honra ligados ao suicídio, ideia ainda atual em nossa civilização.

É com São Tomás de Aquino que o suicídio adquire mais fortemente a concepção de crime e pecado contra Deus, ressaltando que o ato de se matar é rechaçar o domínio de Deus sobre a natureza humana. A auto caridade seria condição indispensável para a autopreservação. Segundo Alvarez (1999), ir contra isso configura um pecado mortal, porque é ir contra a natureza.

Para Santo Tomás o suicídio não pode ser justificado por quaisquer motivos, seja por punição por algum ato ou mesmo por receio de cometer outros pecados futuramente. Esclarece que quem pode ajudar a não cometer pecados é Deus que com sua misericórdia

perdoa quando se cai em tentação. Quando alguém se suicida, o que acontece é que comete outro pecado mais grave ainda e faz desaparecer a própria possibilidade de penitência e conversão.

Segundo São Tomás (*apud* FECHIO, 2008), o suicídio significa três deserções: 1ª) individual, das tarefas que nos esperam e que Deus nos ajuda a cumprir; 2ª) social, diante dos serviços que somos chamados a prestar aos outros, e 3ª) religiosa, considerando a tarefa que Deus estabeleceu para nós. Conclusão final: trata-se de um pecado gravíssimo contra Deus, contra a sociedade e contra nós mesmos. “A vida é um dom de Deus ao homem [...] Quem se priva da vida, peca, portanto, contra Deus [...] (p. 68).”

Tal repúdio da igreja católica muito favorece a mudança de perspectiva sobre o suicídio a partir de então. Aquilo que foi tolerado ou mesmo admirado em tempos anteriores passa a ser objeto de extrema repulsa moral, tornando o fenômeno um crime moral, já que não há a possibilidade de criminalizar um cadáver. Esta postura favoreceu práticas violentas contra os suicidas e suas famílias, que tinham sua memória e corpos humilhados e blasfemados.

Assim, o que foi caracterizado como uma conduta moral e educativa foi consagrado como prática de violência e preconceito que até hoje fazem parte de ações e do imaginário social.

Segundo Veneu (1994, p. 15)

A atitude medieval perante a morte voluntária tem na igreja seu principal agente formulador, embora na sua condenação desse tipo de morte os prelados caminhassem junto com as crenças e reações folclóricas e, juntamente com os juízes seculares, muitas vezes lhes emprestassem o latim e as razões para expressarem os mesmos sentimentos de repulsa e justificarem práticas rituais de aspectos reminiscentemente pagãos.

Alvarez (1999) esclarece que a envergadura da punição ao ato suicida é diretamente proporcional ao pavor que se tem deste nos diferentes momentos históricos.

Segundo Minois (1995), a palavra suicídio data do século XVII, momento caracterizado pela evolução do pensamento e do início dos debates sobre o assunto. Quando Shakespeare formula a pergunta fundamental de Hamlet ‘Ser ou não Ser? Eis a questão’, o suicídio passa a ser visto como um problema, resultante de uma decisão em não mais ser.

De acordo com Veneu (1994, p. 14),

O suicídio é o nome que a modernidade dá à morte voluntária, neologismo que apareceu pela primeira vez, ainda em latim, na Inglaterra

de 1630. A popularização do termo, bem como sua entrada definitiva nos dicionários, é obra do ‘século das luzes’ e do romance moderno. Até então, o gesto de dar-se morte era designado por perífrase como ‘ser homicida de si mesmo’, ‘matar-se’, ‘assassinar-se’ etc. A adoção de uma nova palavra não é um acidente causal: ela reflete a mudança no entendimento coletivo do gesto, da mesma forma que na atitude diante da morte em geral e na construção da subjetividade.

A partir do Renascimento e do Iluminismo – movimentos de apelo à razão, à tolerância e à liberdade – a repressão ao suicídio diminuiu, já que as censuras religiosas passaram a ser consideradas equivocadas. A Revolução Francesa promoveu a primeira “desincriminação” do suicídio na Europa e isso possibilitou que variadas interpretações dos fatores fossem dadas ao fenômeno (idem).

Minayo (1998) ressalta que, apesar de o suicídio ser um fenômeno universal, registrado desde a alta Antiguidade, ele aparece com a emergência da consciência, acompanhando a história da humanidade. Isso quer dizer que a transição entre a Idade Média e a Moderna traz consigo uma mudança na forma de pensar e lidar com o suicídio. Entretanto, a mudança não se deu por um esclarecimento acerca do problema e sim pela ênfase no individualismo em que a perspectiva da vida e da morte se tornou mais complexa.

Sobre esta mudança, Veneu (1994, p. 14) esclarece que

[...] ela reflete a mudança no entendimento coletivo do gesto, da mesma forma que na atitude diante da morte em geral e na construção da subjetividade. A criação do termo ‘suicídio’ corresponde a uma reorganização do seu significado, que entretanto não se apresenta como inovação absoluta, mas filia-se a uma tradição longamente elaborada da morte voluntária.

O rompimento entre igreja e Estado foi fundamental na construção do pensamento liberal acerca do suicídio. Conforme salienta Coelho (*apud* BERENCHTEIN, 2007, p. 39),

Essa liberalização em relação aos suicidas foi uma das consequências da desvinculação entre a Igreja e estado. Este último com ascendência da ideologia liberal, que preservava os assuntos privados, sentia-se cada dia mais intimidado para tomar resoluções contra o indivíduo, à medida que sua ação fosse um ato isolado que não afetasse os poderes do Estado. A Igreja, no entanto, continuou a condenar o suicida, abrandando, entretanto, a condenação em relação aos familiares.

O advento da ciência, trazendo consigo o investimento no conhecimento fez com que este fenômeno passasse a ser objeto de pesquisas de diferentes campos do saber,

devido ao enfraquecimento da importância coletiva que existia na Antiguidade e Idade Média.

Após a Revolução Francesa, movimentos nos campos da literatura e filosofia – mais propriamente o Racionalismo e o Romantismo – contribuíram para uma visão de tolerância e até mesmo de certa admiração aos suicidas. A banalização do ato para os racionalistas e certo elogio à tristeza e melancolia, fez com que o suicídio passasse a ser visto como uma morte justa, decorrente de um livre arbítrio por uma vida improdutiva ou infeliz.

Outra influência importante nesta época foi a obra de Goethe (1749-1832), *Die Leiden des Jungen Werthers* (O sofrimento do Jovem Werther). Marco inicial do romantismo, o livro trata da paixão do jovem Werther – impossível de ser consumada – por Charlotte, que fora prometida a outro homem. Para o personagem, a vida deixaria de ter sentido se ele perdesse a amada. Diante disso ele acaba se suicidando com um tiro na cabeça.

Para compor seu Werther, Goethe combinou algo que havia experimentado (seu amor por Lotte Kästner) e algo que tinha ouvido (o destino do jovem Jerusalém, que se suicidou). Provavelmente, Goethe estava brincando com a ideia de se matar; encontrou nisso um ponto de contato e identificou-se com Jerusalém, de quem tomou emprestado o motivo para sua própria história de amor. (FREUD, 1897, p. 306).

Este livro inspirou uma onda de suicídios na Europa ocorridos em 1774 em decorrência da publicação do romance de Goethe. Muitos jovens passaram a se vestir como o personagem da trama e eram encontrados mortos com o livro em suas mãos. Este fenômeno ficou conhecido como efeito Werther, que é o suicídio motivado por identificação a alguém, por contágio.

## 2.2 A FILOSOFIA MODERNA E O SUICÍDIO

O argumento do direito à vida e à morte sempre foi objeto de preocupação da filosofia. Como vista anteriormente, a ideia de tirar a própria existência era compreendida como um direito, já que a vida é própria de cada um, como um valor do estado ou como um bem divino. De acordo com o momento histórico, político e cultural, os valores da vida e morte variavam.

Entretanto, o argumento de pertença sempre foi a questão crucial da filosofia para pensar o fenômeno do suicídio. A liberdade individual ainda hoje é objeto de discussões,



tendo sido bastante ampliada com o advento da modernidade, quando o sujeito humano passou a desejar ser livre, sua maior conquista.

Michel de Montaigne (2000) – nos *Ensaio*s, sua principal obra sobre o tema – constata que a morte não constitui um mal por si mesma, defendendo que, seja em algum momento da vida, seja em algum contexto, até seria desejável, racional ou aceitável livrar-se da vida. Vivendo em uma época em que o cristianismo reinava no cenário cultural – com sua doutrina contrária ao suicídio – o filósofo sutilmente afirmava que o problema do suicídio não se referia à esfera eclesiástica ou jurídica, e sim individual. Isso não quer dizer que Montaigne aprova moralmente o suicídio, e sim que ele defende que o ato não fere outrem e não comporta crime.

Segundo Vaz (2012), o suicídio, para Montaigne, não constitui uma solução razoável ante uma situação de extremo sofrimento, pois a alma, tão estreitamente afetada pelo corpo que é, não está em condições de deliberar. O autor segue afirmando:

o suicídio é, nesses casos, compreensível, desculpável e não punível do ponto de vista alheio (em terceira pessoa), mas não necessariamente justificado em primeira pessoa. De qualquer modo, ainda que Montaigne estivesse defendendo que uma dor insuportável justificasse a opção pela morte, isso não acarreta que Montaigne cresse que possa haver dores realmente insuportáveis. Ademais, mesmo com sua condenação do suicídio ainda mais explícita nas camadas finais de escrita do livro, Montaigne manifesta uma admiração por sua beleza. (idem, p. 493).

A perspectiva do suicídio em Montaigne varia entre certa aproximação com o cristianismo, e a aposta numa plena liberdade individual. Neste sentido, percebe-se uma oscilação inteiramente inconclusa entre a aprovação e a reprovação.

Schopenhauer se refere a um vazio existencial que justificaria a liberdade individual em relação à própria vida. É considerado um filósofo de constatações pessimistas em relação ao sentido da vida. Em *O mundo como vontade e representação*, o filósofo explica que o suicídio,

Longe de ser negação da Vontade, é um acontecimento que vigorosamente a afirma. Pois a essência da negação da Vontade reside não em os sofrimentos mas em os prazeres repugnarem. O suicida quer a vida; porém está insatisfeito com as condições sob as quais vive. Quando destrói o fenômeno individual, ele de maneira alguma renuncia à Vontade de vida, mas tão-somente à vida. (SCHOPENHAUER, 2005, p. 504).

Schopenhauer (2005) deixa claro sua recusa aos argumentos teológicos e jurídicos – os “argumentos da pertença”. Justifica que muitos homens e mulheres honrados deixaram a vida voluntariamente, defendendo o direito à autodeterminação: “Está claro que

não há nada no mundo a que as pessoas tenham mais direito do que à sua própria pessoa e vida” (SCHOPENHAUER, 2009, p. 321). Desta forma, o filósofo diferencia duas modalidades de crime: o crime contra o outro, que causa horror e indignação e o crime contra si mesmo, que leva a reações de tristeza e compaixão e até mesmo certa admiração.

Em sua obra *O Mundo Como Vontade e como Representação*, Schopenhauer (2005) discute a condição do homem no mundo, destacando a vontade como sendo a precursora de todo o sofrimento humano. Para o filósofo, vontade é desejo cego, irresistível, tal como a vemos mostrar-se no mundo bruto, na natureza vegetal e suas leis e o que ela quer é sempre a vida, isto é, a pura manifestação dessa vontade. O indivíduo deseja e, por desejar (no sentido de buscar por algo), sofre.

Sendo o ser humano um animal volitivo por excelência e que está inevitavelmente fadado ao sofrimento, a felicidade seria em sua essência apenas algo de negativo; nela não há nada de positivo, pois a satisfação estaria relacionada à satisfação de um desejo ou término de uma dor, e o desejo (privação) é a condição preliminar de todo prazer (idem).

No caso do suicídio, Schopenhauer, ao defender o direito daquele que sofre para se libertar do sofrimento através do auto-homicídio, parece concordar que o suicídio pode ser uma real alternativa para quem já chegou ao limite da dor. Insatisfeito com sua vida, a que não lhe permite realizar seus desejos, consumir sua vontade, o indivíduo opta pela morte como a verdadeira realização.

Justamente porque o suicida não pode parar de querer, ele cessa de viver. A vontade se afirma aqui pela supressão do seu fenômeno, pois não pode afirmar-se de outro modo. O sofrimento se aproxima, entretanto, como ele não pode negar a vontade, ele a rejeita ao destruir o fenômeno da vontade, ou seja, o corpo. Desta forma, a vontade permanece inquebrantável, vontade de acabar com o sofrimento.

Entretanto, Schopenhauer admite que a questão do suicídio é difícil de explicar. Mesmo com tantas desgraças que a vida oferece como angústia, desespero e a certeza da morte, nada disso justifica o suicídio. Para o filósofo, o suicídio é apenas uma pseudolibertação para o indivíduo, pois ele permanece na ignorância e seu sofrimento não encontra fim na morte.

Frédéric Nietzsche (1844-1900) foi, assumidamente, um leitor e admirador de Schopenhauer, no entanto, exibia claramente diferenças na forma de pensar o suicídio, como em tantas outras questões filosóficas. Favorável à morte voluntária, do suicídio na hora certa, Nietzsche afirmava que esta morte pode ser orgulhosa diante da impossibilidade

de viver uma vida de forma orgulhosa, destacando o respeito à própria vida quando não há mais possibilidade de uma vida digna.

Na obra *Humano, demasiadamente humano*, critica e recrimina a vida religiosa e submissa do homem, tanto em relação à igreja quanto ao Estado. Nietzsche compara o direito de tirar a vida de outra pessoa com a negação – oriunda da Igreja – de tirar a própria vida. E acrescenta que há um direito segundo o qual podemos tirar a vida de um homem, mas nenhum direito que nos permita lhe tirar a morte, atribuindo a isso pura crueldade (NIETZSCHE, 2000).

Em outra obra *Para além do bem e do mal*, Nietzsche formula sua célebre frase “O pensamento do suicídio é um forte consolo: com ele atravessamos mais de uma noite ruim” (idem, 1992). Este pensamento ilustra a analogia entre vida e morte, ao considerar as duas como polaridades e não a vida como antagonismo, ou seja, a morte não é o contrário da vida e sim uma de suas faces. Como filósofo trágico, considera que a existência não é e nunca será plena e feliz.

Apesar de Nietzsche defender a ideia de amor à vida, ele era a favor do suicídio no momento certo. Dever-se-ia por amor à vida – desejar a morte de outra forma, a morte livre, consciente, sem acaso, sem a tomada de assalto.

A morte, eleita livremente, a morte no tempo certo, com clareza e alegria, empreendida em meio a crianças e testemunhas: de modo que uma real despedida ainda é possível, onde este que se despede ainda está aí, assim como uma apreciação real do que foi alcançado e querido, uma soma da vida – tudo em contraposição à comédia deplorável e horripilante que o cristianismo levou a cabo com a hora da morte (...) a morte sob condições desprezíveis não é uma morte livre, ela não é uma morte no tempo certo, ela é a morte de um covarde. (NIETZSCHE, 2000, p. 89-90).

Percebe-se que a maior preocupação de Nietzsche é com a vida, a vida plena, na qual se destacam o domínio da força, do instinto, da potência, saúde e coragem. É em nome da vida que ele defende a morte livre. Reafirma a importância de morrer de forma orgulhosa quando não é mais possível viver de forma orgulhosa.

Albert Camus (1913-1960), filósofo existencialista do século XX, afirma que há uma relação entre o absurdo e o suicídio, na medida exata em que o suicídio é uma solução para o absurdo. Em sua obra *O mito de Sísifo*, o autor descreve o mundo imerso em irracionalidades.

Dizer que esse ambiente é mortífero não passa de jogo de palavras. Viver sob este céu sufocante nos obriga a sair ou ficar. A questão é saber como se sai, no primeiro caso, e por que se fica, no segundo. Defino assim o problema do suicídio e o interesse que se pode atribuir às conclusões da filosofia existencial. (CAMUS, 2006, p.43).

Camus (2006) apresenta a noção de absurdo, na qual o homem contemporâneo estabelece o enigma da angústia, da solidão, do desamparo e do desespero como próprios da condição humana. Para o filósofo, o absurdo é o surgimento do conflito humano e o silêncio voraz do mundo. Para exemplificar o absurdo, utiliza o Mito de Sísifo, que pode ser entendido como o mito definitivo para a compreensão da condição humana articulada com a questão do suicídio. Segundo Camus (2006, p.85),

os deuses tinham condenado Sísifo a rolar um rochedo incessantemente até o cimo de uma montanha, de onde a pedra caía de novo por seu próprio peso. Eles tinham pensado, com suas razões, que não existe punição mais terrível do que o trabalho inútil e sem esperança.

Para este autor, o único problema sério da filosofia é o suicídio. “Julgar se a vida vale ou não vale a pena ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia. O resto... aparece em seguida”. Desta forma, sugere que o suicídio é um problema individual, destacando que “o verme se acha no coração do homem” (idem, p. 8), tecendo uma crítica à concepção vigente da época que tratava o fenômeno como puramente social.

Camus admite que há muitas causas para o suicídio, mas afirma que é muito difícil explicá-las, na medida em que só se sabe das aparências. O ato suicida seria, em si mesmo, uma confissão de algo que foi ultrapassado pela vida ou que não se tem como compreendê-la. Na realidade, nunca é fácil viver e o que mantém a vida é o hábito. Morrer de forma voluntária pressupõe que se reconheceu, ainda que instintivamente, o caráter irrisório desse hábito, a ausência de qualquer razão profunda de viver, o caráter insensato dessa agitação cotidiana e a inutilidade do sofrimento.

### **2.3 O SUICÍDIO E A PERSPECTIVA PSICOPATOLÓGICA**

Não somente a medicina psiquiátrica, mas a psicologia, a sociologia e a filosofia entendem a depressão como a causa mais importante e arrebatadora nas tentativas e no suicídio. Hipócrates, considerado o pai da medicina, já fazia a correlação entre o suicídio e a depressão, sugerindo que nenhuma pessoa mentalmente sadia iria eliminar sua própria vida. Essa ideia é ainda atual, na medida em que introduz o fenômeno em uma categoria

psicopatológica. Esquirol sustentava que “O suicídio possui todas as características das alienações mentais” e que “O homem só atenta contra a própria vida quando está mergulhado no delírio; logo, os suicidas são alienados” (DURKHEIM, p. 24).

Até a Idade Média, os suicidas eram vistos ou como criminosos, alienados e loucos, capazes de tirar a própria vida. Com o advento do Renascimento o suicídio não sofreu um acesso de esclarecimento e sim passou a ser visto como um problema individual. Segundo Alvarez (1999), a preocupação com a morte na Idade Média beirava a obsessão, sendo a morte uma entrada para o além. Isso tornava a vida sem tanta importância. A preocupação moderna – que começou no século XIX e só se intensificou desde então – é com uma morte sem além. Neste sentido, a medicina, grande representante da modernidade, passa a ser responsável pela manutenção e prolongamento da vida, sendo a razão a via de explicação e demonstração científica de determinados fenômenos. Assim, tanto o suicídio como a loucura passam a ser relacionados à ordem da razão, iniciando a sua problematização enquanto fenômenos complexos.

No final da Idade Média, quando houve a separação do poder do Estado e da Igreja, o poder médico assume papel de destaque. Aos médicos é dado o poder de definir a negatividade da morte voluntária ou não. A violência autoprovocada então, passa a ser vista mais fortemente a partir de uma visão patológica, abandonando a noção de pecado.

Desta forma, a loucura, que alcançaria o estatuto de “doença mental” desde o século XVIII, confere à psiquiatria um saber científico, e o manicômio se torna o principal dispositivo de tratar a doença. Assim, a loucura passa a ser compreendida como uma patologia a ser tratada, medicada e “curada” (idem).

Foucault chama a atenção para a maneira de lidar com a loucura que se modifica significativamente no século XVIII. Segundo este autor,

A constituição da loucura como doença mental, no fim do século XVIII, atesta um diálogo rompido, dá a separação como fato consumado e enterra no esquecimento todas estas palavras imperfeitas, sem sintaxe fixa, um pouco balbuciantes, na qual se dava a troca da loucura e da razão. A linguagem da psiquiatria, que é o monólogo da razão sobre a loucura, só se pode estabelecer sobre tal silêncio. (FOUCAULT, 2002, p. 4).

A psiquiatria passa a ser a representante da loucura que, na tradição ocidental, sofre um processo de desqualificação de sua potencialidade de dizer a verdade. Os discursos da razão e da desrazão são discutidos e colocados no centro do debate moderno. A doença mental se transforma em uma entidade “produzida” e não uma verdade descoberta.

Como visto anteriormente, o século XVII conferiu ao “assassinato de si mesmo” uma nova nomenclatura: o suicídio. E na esteira desta mudança de perspectiva houveram as primeiras tentativas de tomar o suicídio como uma questão de saúde, sobretudo com a reintrodução de um tema central da medicina antiga: a melancolia (ALVAREZ, 1999).

O século XIX foi um período histórico de imperativo à vida, a vida como valor máximo; houve, em contrapartida, a desqualificação da morte e do morrer e o suicídio entra como uma confrontação a essa ordem social, ganhando um estatuto antinatural e antirracional; e isso foi reproduzido ao longo do tempo, dando origem ao tripé do paradigma histórico da compreensão do suicídio: crime-pecado e loucura (LIMA, 2020).

Com as sementes lançadas no século XVII, o suicídio passou, a partir do século XIX, um objeto de estudo e tratamento da medicina que construirá um arcabouço teórico sobre o assunto. Nasce aí a psiquiatria como disciplina independente.

O tema do suicídio se encontra presente no capítulo sobre Episódio Depressivo Maior (Episódios de Humor) desde o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais) como uma das características do Episódio Depressivo Maior. No DSM-V– o último manual publicado pela American Psychiatric Association (APA), o termo ideação suicida aparece como um sintoma de diversas doenças, entre elas a esquizofrenia, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno bipolar do humor, entre outras. O manual apresenta o suicídio como consequência de doenças psiquiátricas, sendo a ideação suicida, o planejamento e a tentativa de suicídio, por sua vez, seus sintomas. Na parte onde descreve o transtorno depressivo, estão especificados os fatores de risco que influenciam o suicídio por alguém nesta condição, como uma tentativa prévia, ser do sexo masculino, ser solteiro ou morar sozinho e ter sentimentos de desesperança (APA, 2013, p. 167).

Segundo Lönnqvist (*apud* CAIS, 2011), a correlação entre depressão e suicídio é inequívoca, o risco de suicídio aumenta mais de 20 vezes em indivíduos com episódio depressivo maior, e sobe ainda mais em sujeitos com comorbidade com outros transtornos psiquiátricos ou doenças clínicas. Dados de autópsia psicológica<sup>1</sup> mostram que aproximadamente metade dos indivíduos que faleceram por suicídio estava em um episódio depressivo.

---

<sup>1</sup> Autópsia psicológica é um estudo retrospectivo que reconstitui o status da saúde física e mental e as circunstâncias sociais das pessoas que se suicidaram, a partir de entrevistas com familiares e informantes próximos às vítimas. A autópsia é realizada como uma reconstrução narrativa (CAVALCANTI; MINAYO, 2012).

Atualmente a depressão é apontada como a quarta doença que mais acomete as pessoas no mundo. Segundo a OMS (2014), estima-se que hoje, no mundo, 350 milhões de pessoas são afetadas pelo problema, sendo que muito poucas recebem tratamento, cerca de 25% desta população. A perspectiva é de que 5 a 10% da população mundial sofrerão ao menos um episódio de depressão ao longo da vida, sendo que nas mulheres as chances são maiores do que nos homens. Neste contexto, calcula-se que 15% dos deprimidos graves se suicidam.

Sendo um conceito que depende da cultura, a depressão nem sempre foi entendida como uma patologia. O conceito de depressão deriva do latim *deprimere*, indicando uma queda de pressão ou deformidade de terreno, sentido que esta categoria oriunda da física, da geologia. No campo da medicina, quer dizer o rebaixamento do estado de espírito do qual padecem algumas pessoas.

A medicina psiquiátrica compreende a depressão a partir da ideia de ‘sintoma’, ou sob a forma de ‘doença’, distinção apoiada num raciocínio clássico na medicina clínica. Na primeira, o afeto depressivo nada mais é do que um dos elementos sintomáticos manifestos pela doença ou estado subjacente, a qual pode ser qualquer uma e não necessariamente uma doença psiquiátrica. Já a depressão enquanto uma ‘doença’, faz parte do grupo das depressões ‘primárias’ ou endógenas, cuja ocorrência, autóctone, é concebida como uma entidade patológica autônoma, que independeria de causas externas. Existe uma diferença entre a depressão que ocorre como pura eventualidade subjetiva de resposta afetiva, da depressão doença, esta sim, uma entidade patológica (COSER, 2003).

A depressão não deve ser confundida com tristeza. A última é um afeto humano, enquanto a depressão se apresenta através de um conjunto de sintomas tais como: irritabilidade, inibição do apetite, do sono e da libido, sentimentos de autodepreciação e culpa, dificuldades na cognição, pensamentos recorrentes sobre morte, planos ou tentativas de suicídio. Pode ser classificada como leve, moderada ou grave, devendo as duas últimas serem consideradas fatores de risco para o suicídio (BOTEGA, 2018).

Neste sentido, o campo da investigação psiquiátrica tem aparentemente conseguido circunscrever a depressão – psicose maníaco-depressiva, depressão endógena, depressão maior, depressão unipolar ou bipolar – em um espaço de investigação que praticamente se restringe à biologia. Parte-se de uma doença afetiva endógena recorrente, para evidenciar sua suposta base orgânica, sua origem genética, para em seguida universalizar as conclusões obtidas, ou seja, os protocolos, os fármacos e até mesmo os fatores de risco e proteção (idem).

Segundo Correa, Viana e Romano-Silva (2005), existe uma correlação entre a disfunção serotoninérgica e o comportamento suicida. Kastenbaun e Aisenberg (1983) ressaltam que as causas fundamentais deste comportamento devem ser procuradas na contextura psicobiológica do próprio indivíduo. Entretanto salientam que o gesto suicida pode ser um pedido indireto de auxílio.

A Psiquiatria denomina comportamento suicida um padrão de funcionamento do sujeito que demonstra tendências para a autodestruição. Os aspectos biológicos são considerados um dos principais elementos para a compreensão do problema, assim como das medidas preventivas. Entre as evidências bioquímicas do suicídio – apesar de não completamente compreendidas – sabe-se que existe uma relação com os neurotransmissores monoaminérgicos (serotonina, noradrenalina e dopamina); há também evidência de fatores genéticos relacionados ao suicídio, como por exemplo, marcadores relacionados à serotonina. Ou seja, os estudos da genética molecular vêm mostrando evidências de que, em parte, o comportamento suicida é determinado pela disfunção do sistema serotoninérgico, associado às características psicopatológicas. Estudos em andamento já apontam a existência de um componente genético que determina tanto para a ideação suicida quanto para tentativas de suicídio, independentemente da hereditariedade de um transtorno psiquiátrico (LIMA, 2007).

A literatura médica considera outras condições – além das biológicas – como intervenientes no fenômeno do comportamento suicida, a partir dos fatores de proteção e de risco. Bons vínculos afetivos, integração ao grupo social, religiosidade, casamento, entre outros, são fatores de proteção, enquanto os de risco seriam: transtornos mentais, perdas recentes, dinâmica familiar conturbada, personalidade com traços de impulsividade e agressividade e certas doenças incapacitantes (SUOMINEN et al., 2004).

Segundo Lima (2007), apesar de fatores biológicos, psicológicos, sociológicos e econômicos contribuírem para a complexa etiologia do comportamento suicida, há evidências genéticas determinantes, e os estudos demonstram que a herdabilidade do suicídio e do comportamento suicida parece ser determinada por dois componentes: a herança de transtornos psiquiátricos e a herança da impulsividade agressiva. Assim, a associação entre fatores resultaria em um risco aumentado para o comportamento suicida.

Os transtornos mentais que geralmente são associados ao suicídio são: depressão, transtorno do humor bipolar e dependência de álcool e de outras drogas psicoativas. Esquizofrenia e certas características de personalidade também são importantes fatores de risco. A situação de risco é agravada quando mais de uma dessas condições combinam-se,



como, por exemplo, depressão e alcoolismo; ou ainda, a coexistência de depressão, ansiedade e agitação (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002).

De acordo com Botega (2012), as causas de um suicídio (fatores predisponentes) são invariavelmente mais complexas que um acontecimento recente, como a perda do emprego ou um rompimento amoroso (fatores precipitantes). A existência de um transtorno mental encontra-se presente na maioria dos casos.

## 2.4 A CONCEPÇÃO DAS CIÊNCIAS SOCIAIS

No campo das ciências sociais, a compreensão do fenômeno do suicídio se dá a partir de forças externas que determinam a estabilidade ou o aumento dos casos. Émile Durkheim, em sua obra *O Suicídio*, define o fenômeno como “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir esse resultado. A tentativa de suicídio é o ato assim definido, mas interrompido antes que dele resulte a morte” (DURKHEIM, 2005, p.15).

Como sociólogo, Durkheim entende o suicídio como um fenômeno social e coletivo, se constituindo num dos mecanismos de restabelecimento do laço social. Afirma que toda sociedade tem uma “tendência ao suicídio que lhe é própria e da qual depende a importância do tributo que ele paga à morte voluntária” (2005, p. 155).

Para este autor, cada sociedade possui uma predisposição definida para o suicídio em diversos momentos históricos, já que o fenômeno deve ser compreendido como uma força moral reguladora de cada sociedade, ou seja, de como a sociedade exerce uma coerção sobre o indivíduo. É a função social que torna o suicídio um fenômeno necessário a toda cultura.

Nesta obra, Durkheim (2005) analisa os motivos de existirem pessoas em uma sociedade com tendências a se matarem. Inicialmente se refere a fatores extrassociais (como os estados psicopáticos e a imitação), em seguida passa para as causas e tipos sociais, e ao final apresenta o suicídio como fenômeno social em geral, e trata da predisposição coletiva ao suicídio, que é a capacidade do tempo reagir sobre a tendência para o suicídio no sujeito:

O que explica, acreditamos, essa temporização é a maneira como o tempo age sobre a tendência ao suicídio. Ele é um fator auxiliar, mas importante. Sabemos, de fato, que ela cresce ininterruptamente da juventude até a maturidade, e que com frequência é dez vezes mais intensa no fim da vida do que no começo. Portanto, isso significa que a força coletiva que impele o homem a se matar só o penetra aos poucos. Em circunstâncias idênticas, é à medida que avança em idade que o homem se torna mais acessível a ela, sem dúvida porque é preciso experiências repetidas para levá-lo a sentir todo o vazio de uma existência egoísta ou toda a vanidade das ambições sem limites. Eis por que os suicidas só cumprem seu destino por camadas sucessivas de gerações. (DURKHEIM, 2005, p. 322).

As forças sociais externas se manifestam de três formas:

Egoísta: quando há um enfraquecimento do laço social do indivíduo ou mesmo pouca integração da sociedade. “O eu individual afirma-se excessivamente diante do eu social e às expensas deste último, podemos dar o nome de egoísta ao tipo de suicídio que resulta de uma individuação descomedida”.

Altruísta: quando há um excesso de consciência coletiva, uma individuação insuficiente. Há uma valorização de algo superior à sua própria existência que se traduz em tradições ou hierarquias. O suicida, neste caso, ocupa o lugar de herói ou de mártir.

Anômico: quando há uma desestabilização no lugar social do indivíduo, que até então era regulado pelas normas sociais. Mergulhado no caos, o indivíduo não consegue responder às mudanças em decorrência da falta de regras e de saber como agir. (idem, p. 258).

Os estudos de Durkheim (2005) apontam o suicídio como um fenômeno puramente social, destacando que é uma doença da época. Para esse autor – considerado o pai da Sociologia – a sociedade é uma realidade distinta das instituições e dos indivíduos, que não existem sem ela. Sua sociologia está fundamentada na ideia de que é a forma das coletividades que determina as atitudes individuais, existindo então uma consciência coletiva.

Outra questão leva o autor a buscar uma relação importante entre suicídio e aspectos sociais: identifica que nos países católicos a prática do suicídio é menor, já que o sistema de autoridade é mais rígido, a doutrina é pronta e inquestionável. Durkheim analisa este fato apontando que a religião exerce certa prevenção ao suicídio ao estimular a interação social e as práticas coletivas. Neste sentido, a crise das religiões, apoiada pelo desenvolvimento da ciência, seria um dos fatores desencadeantes do aumento do suicídio nas sociedades modernas. Em consequência, o crescimento do individualismo caracterizado pela necessidade de liberdade levaria o homem a uma perda de referências, a uma ausência de sociedade.

Apesar de Durkheim ter sido um dos principais pensadores sobre o suicídio no interior do campo sociológico, Karl Marx (2006) também abordou o tema apontando que embora a miséria seja a maior causa de suicídios, o fenômeno se faz presente entre os ricos ociosos, entre os artistas e políticos. As doenças crônicas e debilitantes, os amores não correspondidos, a traição e a opressão sobre as mulheres nas sociedades modernas se constituíam como principal fator dos motivos suicidas. Marx afirmava que “o próprio amor à vida, essa força enérgica que impulsiona a personalidade, é frequentemente capaz de levar uma pessoa a livrar-se de uma existência detestável” (p. 24). A partir de sua crítica

radical à sociedade burguesa, Marx via o suicídio como um sintoma de uma sociedade doente, necessitada de uma transformação radical. O suicídio, para esse autor, seria um dos sintomas da luta social, sendo natural a sociedade gerar muitos suicídios.

O número anual dos suicídios, 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 na 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).

Para o autor, o suicídio não seria um fenômeno antinatural, afirmando que o que é contrário à natureza não acontece. Como um dos milhares de sintomas da luta social, o suicídio está inserido na natureza da sociedade, sendo compreendido como um protesto contra tudo o que é ininteligível.

Assim, percebe-se que para Marx, o fenômeno está no bojo de sua crítica à sociedade burguesa, com seu caráter desumano e egoísta. Para isso, aponta como possível solução a reforma radical na ordem social, como forma de produzir riquezas em todos os campos da sociedade.

## 2.5 PARA A PSICANÁLISE

A psicanálise apresenta um vasto caminho para pensar o fenômeno do suicídio diante da complexidade como este se apresenta. Do ponto de vista clínico, o suicídio é uma manifestação humana, uma forma de lidar com o sofrimento, ou, simplesmente, uma saída para se livrar da dor de existir. Pode representar uma carta na manga, aquilo de que o sujeito pode dispor quando a vida lhe parecer insuportável (CARVALHO, 2014).

Para a psicanálise, não é possível falar de uma representação da morte, já que não houve sua experiência, ou seja, a ausência de vida. Não havendo uma experiência de morte, é impossível saber ou ter uma memória dela.

Para Freud, o inconsciente não conhece a morte.

De fato, é impossível imaginar nossa própria morte e, sempre que tentamos fazê-lo, podemos perceber que ainda estamos presentes como espectadores. Por isso, a escola psicanalítica pôde aventurar-se a afirmar

que no fundo ninguém crê em sua própria morte, ou, dizendo a mesma coisa de outra maneira, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade. (FREUD, 1915, p. 299).

Freud afirma ainda que se não há no inconsciente a inscrição psíquica da morte, ele o conhece através da castração. Neste sentido, a angústia de morte corresponde à angústia de castração, ligada à perda, à separação.

Carvalho (2014) sugere que a morte pode ser abordada por muitas vertentes, e, no caso do suicídio se trata da morte escolhida pelo sujeito, de modo diferente quando a morte escolhe o sujeito. No caso de a morte escolher o sujeito, o que se impõe é o limite ao gozo da vida, a experiência da angústia de castração. Neste caso, o sujeito se confronta com a imposição de sua finitude, tendo a possibilidade de elaborar ou não o real da morte.

Quando a morte é escolhida pelo sujeito – no caso do suicídio – a angústia é da vida, sendo a morte um meio de exterminá-la.

Nos casos em que a morte é uma escolha, verificamos um sujeito empobrecido e aniquilado seja pelo abandono do Outro, seja por uma série de encontros faltosos com o real. São sujeitos mergulhados numa angústia sem precedentes, na qual não há possibilidade de qualquer reconciliação com a vida, mas um pacto com a morte. Em muitos casos, o suicídio se configura como uma escolha capaz de dar um significado a uma vida sem sentido e marcada pela impossibilidade. (idem, p. 149).

Ao longo de sua obra, Freud (1910) considera a melancolia um paradigma para o suicídio, interrogando “como seria possível subjugar-se o extraordinariamente poderoso instinto da vida” (p. 244). Assim, compreende que o suicídio é um ato de extinção do eu, visto como agente de extinção de si mesmo. Desta forma, trata-se de um abalo à autopreservação do eu que até então era visto como amoroso a si próprio.

No texto *Luto e Melancolia*, Freud (1917, p. 285), diz que o sujeito “só pode se matar (...) se puder tratar a si mesmo como um objeto”, sugerindo que o suicídio é resultante quase sempre de uma estrutura melancólica. De início parece que ele quer dizer que o sujeito, a partir de uma impossibilidade em suportar uma perda irreparável, responde a isso a partir de um estado de melancolia, não conseguindo suportar e superar a angústia a que está submetido.

Tributária da clínica psiquiátrica – que a define fenomenologicamente a partir do estado psíquico doloroso e da inibição motora – a melancolia sofre uma mudança importante a partir do conceito de inconsciente, inaugurado pela psicanálise. Não mais uma concepção organicista e energética, e sim fundamentada na perda do objeto a qual se desencadeia o processo melancólico.

A melancolia porta em si uma perda específica, “uma perda de natureza mais ideal” (idem, p. 251), já que o objeto em si não é conhecido e permanece na dimensão inconsciente. O eu empobrecido, rebaixado do sentimento de si e da autoestima. Segundo Brunhari (2017, p. 87), o processo melancólico, de acordo com as coordenadas freudianas, é um processo “auto” em que o próprio eu se torna vil e abjeto, declarando-se nunca ter sido melhor e podendo chegar a níveis extremos de insônia e catatonia.

Para Freud, a melancolia se distingue de um processo de luto. O trabalho do luto – a perda de um objeto externo ao eu – prescinde de uma substituição do objeto perdido, onde a libido é direcionada a outro objeto, mesmo à custa de muito sofrimento. Para este trabalho, o sujeito necessita de tempo. Já a melancolia diz respeito a uma perda de natureza ideal, por isso se configura como um processo avassalador de empobrecimento e autodestruição de si, sendo a perda alojada no próprio eu do sujeito melancólico. Como afirma Brunhari (2017, p. 87),

Diferentemente do luto em que o que se perdeu foi um objeto pertencente ao mundo externo, Freud infere que a melancolia revela um outro plano. Em meio ao trabalho que consome o eu na melancolia o autor ressalta que este outro plano coincide com a mais aterradora verdade. Assim, Freud questiona por que se adoce na proporção em que se aproxima de um acesso à verdade.

Assim, percebe-se que na melancolia há uma identificação do eu com o objeto perdido. Seja pelo amor ou pelo ódio, ou mesmo em sua ambivalência, a melancolia guarda em si o afeto dirigido ao objeto desaparecido e que retorna sob a forma de sadismo e autotortura.

Apesar de o texto *Luto e Melancolia* (Freud, 1917) ser considerado a obra fundamental a propor uma teoria sobre o suicídio, a partir das considerações sobre o que se chama a melancolia ou a Depressão, outros trabalhos analisam o fenômeno alinhando a melancolia com a pulsão de morte. Esta constitui a categoria fundamental das pulsões que trabalham em oposição às pulsões de vida e que tendem para a redução completa das tensões, isto é, tendem a reconduzir o ser vivo ao estado anorgânico. Inicialmente voltadas para o interior e tendendo à própria autodestruição, as pulsões de morte seriam secundariamente dirigidas para o exterior, manifestando-se então sob a forma de pulsão de agressão ou de destruição (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

A pulsão de morte está ligada ao sadismo e masoquismo, categorias bastante caras à compreensão do fenômeno do suicídio. No texto *Reflexões para os tempos de guerra e morte* (1915), que é contemporâneo à *Luto e melancolia* (1917), Freud chamara a atenção para a impossibilidade de erradicação do mal, afirmando que há uma tendência no ser

humano à crueldade e à destrutividade. Ora, se as pulsões agressivas são próprias do sujeito humano, estas poderão – além de dirigir-se para o exterior – voltar-se para o próprio eu.

No texto *O problema econômico do masoquismo* (1924), Freud aborda a combinação das pulsões (de vida e de morte), ou seja, uma fusão das duas em proporções variáveis em cada caso particular. Além disso, ressalta a face masoquista da pulsão, cuja satisfação está associada à dor e ao desprazer. Para ele, “toda dor contém em si a possibilidade de uma sensação prazerosa” (p. 151). Assim, o autor afirma que há tensões prazerosas e relaxamentos desprazerosos de tensão.

No caso do ato suicida, o masoquismo assume sua face mortífera ao assumir uma dominância na vida psíquica tornando-se agressor de si mesmo, permitindo a direção da pulsão de morte para o Eu. Esta reversão – do masoquismo em sadismo – possibilita que a agressividade investida no exterior, seja redirecionada para o Eu, evidenciando nos casos mais graves, em uma destrutividade incontrolável.

No texto *Além do princípio do prazer* (1920), Freud esclarece a polarização da pulsão de morte com a pulsão de vida, estabelecendo a busca do prazer como princípio fundamental da vida humana. Entretanto, esta é uma tendência e não uma dominância. A tentativa de restauração de um estado anterior é o que move o sujeito no sentido de buscar algo inatingível (BRUNHARI, 2017).

Assim, a psicanálise compreende o fenômeno do suicídio como um ato singular do sujeito, algo da ordem do inominável, impossível de ser classificado apenas como transtorno mental ou puro adoecimento social. O suicídio escapa à representação e o sentido, só podendo ser simbolizado através do relato da falha do sujeito que tentou se matar e é por isso que a psicanálise valoriza a clínica como o principal meio de atenção ao problema.

### CAPÍTULO 3: A POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO AO SUICÍDIO

Para abordar a questão principal desta pesquisa, que é analisar a assistência às tentativas de suicídio no município de Campos, é necessário conhecer e entender a construção de uma política pública, no que tange ao campo da saúde e ao campo social, principalmente no que toca à atenção ao suicídio. Este capítulo apresenta um panorama do que tem sido realizado em alguns países, algumas experiências no Brasil e a situação no município de Campos.

Antes de entrar no âmago da questão, é importante discorrer brevemente sobre o que é política pública, geralmente definida como o conjunto de respostas dos governos às demandas, problemas e conflitos que surgem de um grupo social. É o conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos (LUCCHESI, 2004).

A política pública não é unicamente de responsabilidade do Estado. Pereira (2011) considera duas interpretações: A que privilegia o estado como produtor exclusivo da política pública, a ponto de conceber o termo público como sinônimo de estatal; e a que privilegia a relação dialeticamente contraditória entre Estado e sociedade, como o fermento da constituição e processamento dessa política. A autora argumenta que:

A palavra *pública* que sucede a palavra *política*, não tem identificação exclusiva com o estado. Sua maior identificação é com o que em latim se denomina de *res* (coisa), *publica* (de todos), e, por isso, constitui algo que compromete tanto o Estado quanto a sociedade. É, em outras palavras, ação pública, na qual, além do Estado, a sociedade se faz presente, ganhando representatividade, poder de decisão e condições de exercer o controle sobre a sua própria reprodução e sobre os atos e decisões do governo. (idem, p. 102).

Desta forma, o estado não define a política de forma aleatória ou determinada por necessidades do próprio governo e sim por forças que podem ser conflitivas com os segmentos organizados da sociedade civil. Assim, a aplicação de recursos públicos e a construção de políticas públicas se dão como consequência do controle democrático, onde as demandas, escolhas e decisões privadas – com a participação de uma variedade de atores – devem ser levadas em consideração pelo poder público.



A partir das considerações sobre política pública, é importante destacar um dos seus campos, a política de saúde. Segundo a Carta Constitucional, a política pública de saúde é o conjunto de programas, ações e decisões tomadas pelos governos (federal, estadual ou municipal), com a participação direta ou indireta de entes públicos ou privados (art. 196, 1988).

No Brasil, a política de saúde se resume ao Sistema Único de Saúde (SUS). Após 30 anos de existência e, não obstante ter conseguido alguns avanços, o SUS da realidade ainda é distante do SUS constitucional, havendo um hiato entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde vigente (BRAVO, 2001). Apesar de ser um sistema universal, o SUS foi se construindo como espaço destinado àqueles que não têm acesso ao sistema privado de prestação de serviços, tornando-se parte de um sistema segmentado.

A política de saúde é uma área de abrangência da política social. Saúde, previdência e assistência social são os campos clássicos do bem-estar social, além de outros tais como a educação e habitação. Cada uma delas está voltada para a proteção coletiva contra riscos específicos e, portanto, possuem aspectos singulares de elaboração, organização e implantação, assim como diferem em termos de técnicas, estratégias, instrumentos e objetivos específicos almejados (FLEURY, 2008). Portanto, a política de saúde se encontra na interface entre Estado, sociedade e mercado. A autora elenca aspectos essenciais para a construção da política de saúde, a saber:

1) a definição de objetivos (finalidades) da política – a política de saúde se constrói buscando atingir objetivos projetados e acordados como garantidores de padrões de proteção mínimos contra riscos sociais e a promoção do bem-estar (redução e eliminação de enfermidades, distribuição de benefícios para manter nível de renda em patamares aceitáveis, regulação de relações sociais como familiares e empresariais);

2) a construção e o emprego de estratégias, planos, instrumentos e técnicas capazes tanto de analisar e monitorar as condições sociais de existência da população quanto de desenhar estratégias, metas e planos detalhados de ação;

3) o desempenho simultâneo de papéis políticos e econômicos diferentes – a política de saúde produz efeitos em diversas relações sociais ao mesmo tempo (promoção da igualdade, legitimação política de grupos governamentais, manutenção da dinâmica econômica);

4) a construção oficial de arenas, canais e rotinas para orientar os processos decisórios que definem as estratégias e os planos de ação da política;

5) a assimilação, contraposição e/ou compatibilização de diferentes projetos sociais provenientes dos mais diversos atores presentes na cena política de um país;

6) o desenvolvimento, a reprodução e a transformação de marcos institucionais que representam o resultado de referenciais valorativos, políticos, organizacionais e econômicos, que permeiam, sustentam a política e a interligam ativamente ao sistema de proteção social;

7) a formação de referenciais éticos e valorativos da vida social – a afirmação e a difusão de valores éticos, de justiça e igualdade, de referenciais sobre a natureza humana fundada em evidências cientificamente legitimadas, de ideais de organização política e social, de elementos culturais e comportamentais.

Nota-se que a política social tem como uma de suas principais funções, a consolidação de direitos de cidadania conquistados pela sociedade e amparados pela lei. A identificação das políticas públicas de saúde com os direitos sociais tem como perspectiva a equidade, a justiça social, permitindo à sociedade exigir atitudes positivas e ativas do Estado para transformar esses valores em realidade (PEREIRA, 2011). Por isso é fundamental a participação do Estado como provedor, garantidor e regulador dos bens públicos como direito social.

### **3.1 AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO SUICÍDIO NOS NÍVEIS NACIONAL E INTERNACIONAL**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que dos 183 países integrantes, apenas 38 – entre eles o Brasil – contam com uma estratégia nacional de prevenção ao suicídio. Houve um aumento a partir de 2014, quando 28 países tinham estabelecido políticas públicas para lidar com o tema, mesmo assim o resultado ainda é considerado insuficiente pela OMS.

Em um relatório divulgado em 2019 (WHO, 2019), a organização alerta sobre a necessidade dos países estabelecerem estratégias nacionais, instituindo medidas preventivas e orientações para auxiliar a população a lidar com o tema, objeto de estigma e preconceitos. Segundo a OMS, apenas 80 dos 183 países-membros da organização dispõem de informações consideradas de “boa qualidade” sobre o tema, o que dificulta a elaboração de uma estratégia nacional eficaz.

As maiores taxas de mortalidade por suicídio (2016) no mundo se encontram nos seguintes países: Guiana (30,2), Lesoto (28,9) e Rússia (26,5), uma média de 26 a 30

suicídios por 100 mil habitantes. Em boa parte da Ásia, os números são muito altos. No Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio é considerada baixa, apesar de ter tido um crescimento importante entre 2007 e 2016 de 4,9 para 5,8 por 100 mil habitantes (OMS, 2016). Estima-se que para cada morte por suicídio, existem pelo menos dez tentativas de gravidade suficiente para requerer cuidados médicos, e que as tentativas de suicídio sejam até quarenta vezes mais frequentes do que os suicídios consumados (MELLO-SANTOS, WANG, BERTOLOTE, 2005). A grande maioria das tentativas ocorre entre as mulheres, ao contrário da consumação do ato, que é feito mais pelos homens. A reincidência das tentativas nas mulheres é também um fator visível e corresponde a um número bem maior do que nos homens, sendo os atos repetitivos uma proporção importante em ambos os sexos.

Geralmente a formulação de políticas públicas de saúde são produzidas baseadas nas informações de agravos e incentivo à pesquisa acadêmica sobre o tema. A partir disso são disseminadas as informações para que as políticas sejam efetivadas, sendo necessárias a identificação do problema, a formação da agenda e a formulação de alternativas para a tomada de decisão, implementação e avaliação da política.

Segundo Bertolote *apud* Koch e Oliveira (2015), na teoria, essa fundamentação parece funcionar, porém quando se trata dos temas relacionados ao suicídio, a literatura aponta a falta de precisão nos programas e nas políticas públicas em geral. As avaliações dos resultados face aos objetivos propostos falham na eleição de indicadores, especialmente quando o produto não corresponde ao que era esperado no início dos programas, deixando dúvidas inclusive sobre a legitimidade das pesquisas acadêmicas que os avaliam. Os resultados dessas pesquisas são contraditórios e confusos, provavelmente devido ao controle apenas parcial das variáveis envolvidas no processo suicida.

As diferenças culturais e as especificidades das populações devem ser levadas em consideração diante dos objetivos das políticas implementadas, não sendo garantido que uma experiência positiva em um lugar dará certo em outro. Muitas vezes a experiência é única e local. Devido à complexidade do fenômeno suicida, a formulação de políticas públicas deve analisar as condições socioeconômicas, políticas, culturais de cada país, estado ou município.

Bertolote *apud* Koch e Oliveira (2015) classifica as políticas de prevenção do suicídio, dividindo-as da seguinte forma: a) redução de acesso aos métodos e aos meios de suicídio; b) tratamento de pessoas com transtornos mentais; c) melhorias na divulgação da

imprensa do suicídio; d) treinamento das equipes de saúde; e) programas nas escolas; f) disponibilidade de linhas diretas e centros de auxílio (crises).

Segundo os autores, a redução de acesso aos métodos e aos meios de suicídio é a categoria que apresenta os melhores resultados. Constituem-se em ações que regulam a aquisição de armas de fogo, pesticidas, medicamentos e outros produtos potencialmente nocivos que se enquadram nessa categoria, bem como outras ações que previnem as autolesões das mais variadas formas, como pela utilização de gases de exaustão, pela precipitação de lugares elevados, afogamentos, entre outros. A redução de taxas de suicídios em alguns países como Austrália, Canadá, Nova Zelândia, Noruega e Reino Unido tem sido associada à legislações restringindo a posse de armas de fogo.

O tratamento de pessoas com transtornos mentais é considerado uma das mais importantes ações de cuidado de saúde mental e reflete na prevenção de cerca de 90% dos casos de suicídio, quase a sua totalidade, considerando-se o suicídio intimamente ligado à depressão, e se traduz no maior benefício da população vítima de suicídio evitando novas ocorrências. O problema é que nem sempre o acesso ao serviço de saúde mental é possível, devido a dificuldades estruturais e financeiras, o que torna a população vulnerável. No Brasil, apesar de possuir um sistema de saúde universal, são poucos serviços de saúde mental capacitados para acolher esses casos.

As melhorias na divulgação da Imprensa dizem respeito à maneira com que os suicídios são tratados, o que é fundamental para não estimular novos casos ou educar positivamente determinadas populações. Em 2000, a Organização Mundial de Saúde ao publicar a cartilha “Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia”, alerta para o cuidado com a divulgação do suicídio de forma inapropriada, gerando sensacionalismo, detalhando método ou informações detalhadas que possam banalizar o suicídio. No Brasil, a Associação Brasileira de Psiquiatria no documento “Comportamento suicida: conhecer para prevenir, dirigido para profissionais de imprensa”, de 2009, ressalta a importância da mídia, com as principais orientações e recomendações.

O treinamento das equipes de saúde tem sido apontado nas pesquisas acadêmicas como a ferramenta mais importante na prevenção do suicídio, apesar de carecer de avaliação mais aprofundada sobre o assunto<sup>2</sup>. Normalmente está inserido no interior dos programas de saúde mental em geral. Países como Hungria e a Suécia defendem o treinamento das equipes de saúde, demonstrando resultados positivos no campo da

---

<sup>2</sup> cf. Koch; Oliveira (2015).

prevenção. A Hungria teve uma queda de 46% nas taxas de suicídio nos últimos 25 anos e, apesar de não possuir um programa governamental de prevenção ao suicídio, possui profissionais de saúde cada vez mais capacitados no tratamento da saúde mental (RIHMER *apud* KOCH; OLIVEIRA, 2015).

A Finlândia é um bom exemplo de que políticas públicas são capazes de diminuir as taxas de morte por suicídio. Antes mesmo da OMS estabelecer diretrizes para a formulação de políticas (WHO, 2012), o país foi o primeiro a elaborar um plano nacional de prevenção ao suicídio. O país conta com uma taxa elevada de ocorrências, sendo que em 1990 atingiu o pico 30,20 s/h e desde aquele ano vem observando quedas, com 15,60 s/h em 2012 (OECD, *apud* KOCH; OLIVEIRA, 2015).

Inicialmente o programa envolveu as equipes de saúde no tratamento das vítimas de tentativa de suicídio, através de capacitação de profissionais dos grandes hospitais, clínicas de psiquiatria e profissionais externos. Em seguida alcançou os hospitais distritais, usando a mesma metodologia e ainda incluindo usuários (UPANNE et al., *apud* KOCH; OLIVEIRA, 2015). Este programa, difundido em todo o país, conta com a tecnologia de videoconferência para dar suporte às equipes em áreas distantes dos grandes centros.

Os programas nas escolas são parte da atenção ao suicídio nas escolas e se constituem como uma importante ação de prevenção, com o objetivo de informar professores, pais e alunos sobre o assunto na identificação do comportamento suicida e como lidar com eventuais situações de risco ou crise. Mais uma vez a Finlândia é pioneira neste segmento ao implementar um programa em 90% das escolas contra a prática de *bullying*, com grande sucesso na redução de incidentes – tanto da prática quanto da vitimização (OECD, 2015).

A disponibilidade de Linhas Diretas e Centros de Auxílio tem sido expandidos em todo o mundo. Chamadas de linhas diretas ou *hotlines*, funcionam como assistência pontual e eficaz em situações de crise. Essas iniciativas se fazem presentes através de Organizações não Governamentais (ONGS), e assumem protagonismo quando o estado não investe em política pública de atenção ao suicídio. Por outro lado, participam de forma a exercer a cidadania na coletividade em que pertencem.

Atualmente três organizações mundiais coordenam os centros de auxílio e a prevenção ao suicídio, estimulando o desenvolvimento dessas práticas: Befrienders International, Life Line International e International Federation of Telephonic Emergency Services (IFOTES) (KOCH; OLIVEIRA, 2015). No Brasil o Centro de Valorização da Vida (CVV), realiza apoio emocional e prevenção do suicídio, atendendo voluntária e

gratuitamente todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo por telefone, e-mail e chat 24 horas todos os dias. Além desta ONG, o Brasil conta com o apoio importante da Associação Brasileira de Estudos sobre o suicídio (ABEPS), através de informações sobre prevenção e pós-venção<sup>3</sup> do suicídio, sendo uma importante associação que promove congressos e atividades educativas a respeito do suicídio.

Segundo Fogaça (2019), o voluntariado busca alternativas para os problemas sociais colaborando com a recomposição da ética e da solidariedade e no fortalecimento da sociedade civil enquanto instrumento de solução de seus próprios problemas. Na sociedade atual, a forma como é organizado o voluntariado varia a partir da normatização de cada país, ou, ainda, de acordo com cada estrutura econômica, com a política social e com o nível de desenvolvimento das nações. No caso do CVV, a ONG acabou ocupando um espaço onde a proteção social não oferece atenção, gerando seu protagonismo na rede de intervenção em situações de crise. O autor afirma que no Brasil o Estado acabou sendo substituído pela sociedade civil que, diante da inércia do Poder Público, se viu motivada a organizar-se com vistas à promoção de qualidade de vida e prevenção do suicídio entre brasileiros.

O Canadá é considerado também um país alinhado em políticas públicas de atenção ao suicídio. O Centro de Pesquisa e de Intervenção sobre o suicídio, problemas éticos e práticas de fim de vida (CRISE) situado no interior da Universidade de Québec (UQÀM), é considerado um dos centros de pesquisas mais importantes da América do Norte sobre o assunto. Entre várias pesquisas no campo da prevenção, atualmente o centro está desenvolvendo o projeto “Diálogos sobre as estratégias nacionais de prevenção ao suicídio”, Este projeto tem como objetivo ampliar o debate internacional (nos eixos Norte-Sul do planeta), estabelecer uma base sólida para identificar as questões de pesquisa internacional que são cruciais para o desenvolvimento de colaborações mundiais na prevenção do suicídio e como elas podem ser aplicadas em diversos países do mundo (UQÀM, 2020).

Ao longo dos anos, algumas estratégias no campo da saúde foram adotadas no Brasil, com o objetivo de prevenir o suicídio, especialmente após os anos 2000. Cartilhas direcionadas a profissionais de saúde mental, atenção básica, mídia, educação e conselheiros foram lançados pelo Ministério da Saúde, seguindo inclusive os direcionamentos da OMS e da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). No Brasil,

---

<sup>3</sup> intervenção que tem o objetivo de cuidar dos efeitos da morte por suicídio, assistindo aqueles que sofreram com o impacto que este tipo de morte causa.

apesar das taxas de suicídio terem crescido nos últimos anos, as políticas públicas de prevenção ao suicídio são muito pouco abordadas e raras vezes são objetivos de ações do estado. É importante destacar que até há pouco tempo, (antes do século XXI) o suicídio não era visto como um problema de saúde pública. Segundo Botega (2007), entre as causas externas de mortalidade, o suicídio encontrava-se na sombra dos elevados índices de homicídio e de acidentes com veículos, 7 e 5 vezes maiores, em média e respectivamente. No entanto, a necessidade de se discutir a violência, de modo geral, trouxe à tona o problema do suicídio.

As primeiras ações destinadas à prevenção do suicídio no Brasil são iniciadas em 2005 através da portaria 2.542 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), que determinou a criação de um Grupo de Trabalho composto por representantes do governo, de entidades da sociedade civil e das universidades, com a finalidade de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. Com um prazo de sessenta dias para apresentar as propostas, o grupo constrói o texto que traz como pontos fundamentais: o reconhecimento do suicídio como um problema de saúde pública; a importância de ações de promoção e prevenção de saúde; a incidência de óbitos por suicídio em grupos específicos e o aumento de casos em jovens.

Desta forma, essa iniciativa passa a reconhecer a necessidade de organização de uma rede de assistência aos pacientes que fizeram tentativas de suicídio, buscando minimizar os agravos decorrentes e promover sua recuperação. Em seguida ao trabalho desenvolvido durante os seis meses e, destacados os pontos já indicados anteriormente pelo grupo, foi editada a Portaria 1.876 do Ministério da Saúde, em 14 de agosto de 2006, a qual dispunha sobre as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006). Dentre os principais objetivos a serem alcançados destacam-se:

- 1) Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos;
- 2) Informar e sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;
- 3) Fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;
- 4) Promover a educação permanente dos profissionais de saúde da 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, 2006).

Essa portaria insere o suicídio na agenda da saúde, e institui a temática no campo das pesquisas científicas, além de estimular a divulgação de ações de prevenção. A participação da sociedade é outro ponto relevante, assim como a capacitação dos profissionais de saúde no acolhimento e assistência aos casos de tentativas de suicídio, dando destaque à importância da Atenção Básica. (BRASIL, 2006). A partir deste documento, a obrigatoriedade de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada foi instituída no documento Vigilância de Violências e Acidentes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/Sinan). Entretanto, só se tornou obrigatória em 2011, passando a ser universal para todos os serviços de saúde, apesar de nem sempre realizada.

Percebe-se, portanto, uma ruptura na implementação das ações de prevenção a partir das diretrizes que foram estabelecidas. Muitos anos se passaram e não foi identificado nessa pesquisa algum instrumento normativo até o ano de 2014, quando da publicação de nova Portaria (nº. 1271, de 06 de junho de 2014), que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Esta portaria torna as tentativas de suicídio e o suicídio agravos de notificação compulsória imediata em todo o território nacional, indicando a necessidade de medidas imediatas da rede de saúde para continuidade na assistência.

Ainda no ano de 2014, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM), passou a organizar nacionalmente o Setembro Amarelo®. O dia 10 deste mês é, oficialmente, o Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio, mas a campanha acontece durante todo o ano, tendo como objetivo prevenir e reduzir o número de suicídios através de divulgação na imprensa, parcerias em espaços públicos e privados, na tentativa de conscientizar sobre a necessidade em pedir ajuda profissional quando necessário.

Desde o ano de 2013, o Brasil é signatário do Plano de Ação em Saúde Mental lançado pela Organização Mundial de Saúde, cuja meta era reduzir em 10% a mortalidade por suicídio até 2020. Em 2015, o Ministério da Saúde – através da parceria com o CVV – estimulou a prevenção do suicídio por meio de ligação telefônica nos momentos de crise. No ano de 2017 a parceria foi ampliada, tendo sido assinado um novo Acordo de Cooperação Técnica, que viabilizou a gratuidade das ligações ao CVV em todos os estados brasileiros (FOGAÇA, 2019).



Outro documento do Ministério da Saúde sobre prevenção ao suicídio foi criado – a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017-2020 (BRASIL, 2017), que tem como objetivos: 1) Ampliar e fortalecer as ações de promoção da saúde, vigilância, prevenção e atenção integral relacionados ao suicídio, para a redução de tentativas e mortes por suicídio por meio da construção do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio.

A Agenda é composta por 3 eixos, a saber:

Eixo I: Vigilância e Qualificação da Informação: Qualificação da notificação de tentativa de suicídio, do registro de óbitos, estudos/pesquisas e disseminação de informações;

Eixo II: Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde: Comunicação Social, Articulação inter e intrasetorial de ações de promoção de saúde, destacando o documento para orientar jornalistas na divulgação de casos de suicídio;

Eixo III: Gestão e Cuidado: Pactuação de fluxos para os serviços de saúde locais com vistas à prevenção do suicídio e integralidade do cuidado, através do credenciamento de novos dispositivos de atenção psicossocial (no último ano o Ministério da Saúde credenciou 146 novos CAPS), educação permanente para qualificação das práticas dos profissionais de saúde na prevenção do suicídio;

No primeiro semestre de 2019, foi sancionada a Lei nº 13.819/2019, instituindo a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio no Brasil (PNPAS). Este documento estabelece um marco legal para possíveis regulamentações posteriores (decretos, portarias) que possam ser implementadas no território nacional, a fim de prevenir o suicídio (BRASIL, 2019). Esta lei não traz novidade em relação às anteriores, embora reforce as estratégias multisetoriais na prevenção ao suicídio.

Entretanto, algumas incongruências se mostram na formulação de seus objetivos. Em um dos seus artigos (3º, cap. IV e V), afirma a garantia da assistência psicossocial às pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente aquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio, assim como as pessoas próximas das vítimas de suicídio. Para que haja estratégias intersetoriais, é necessário que esta lei esteja em consonância com outras políticas essenciais para tornar a prevenção do suicídio efetiva, como, por exemplo, a Política Nacional de Saúde Mental e a Política Nacional sobre Drogas. Segundo a ABRASCO, as duas políticas têm, claramente, a intenção de “ultraespecializar” as demandas de saúde mental e de retirar os espaços próprios de ressocialização dos indivíduos com transtornos mentais, a exemplo do seu território,

trazendo à cena principal dessas políticas, raízes históricas do modelo biomédico e manicomial da psiquiatria (ABRASCO, 2019).

A referida lei, no capítulo VI do art. 3º, tem como objetivo “informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção”. Como afirmado anteriormente, uma das formas mais eficazes de prevenção universal do suicídio é diminuir o acesso da população geral a meios letais de perpetração do ato suicida, como os pesticidas, agrotóxicos e armas de fogo (BOTEGA, 2014). Esta é outra incongruência, já que no primeiro semestre de 2019, por meio do Decreto n º 9.785, de 7 de maio, a posse, o porte e a venda de armas de fogo no Brasil foram liberados em massa, contradizendo os pressupostos da PNPAS. Também em 2019, houve recorde histórico de liberação de comercialização de agrotóxicos, considerados bastante nocivos à saúde humana e um meio de alta letalidade de suicídio (DANTAS, 2019).

Como afirmado anteriormente, a OMS é a principal incentivadora na formulação de políticas públicas de prevenção ao suicídio. Tendo em vista a falta de informações sobre o comportamento suicida em países em desenvolvimento, em 1999 a OMS realizou o *Multisite Intervention Study on Suicidal Behavior* (SUPRE-MISS). Trata-se de um projeto transcultural realizado em cidades de oito países (Brasil, Estônia, Índia, Irã, China, África do Sul, Sri Lanka e Vietnã) dentro de uma iniciativa destinada à prevenção do suicídio, com a supervisão científica do *Australian Institute for Suicide Research and Prevention, Griffith University* (Brisbane, Austrália), e do *National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, Karolinska Institute* (Estocolmo, Suécia). O SUPRE-MISS foi idealizado para investigar o comportamento suicida por meio de um inquérito de base populacional, e para avaliar estratégias de tratamento de pessoas que tentam o suicídio.

Aqui no Brasil, Campinas foi o município escolhido para a execução do projeto devido ao histórico de pesquisa em prevenção do suicídio da Universidade de Campinas (UNICAMP). Segundo Cais (2011), o projeto tinha dois componentes: um estudo randomizado, longitudinal, que comparava uma “intervenção breve” com o tratamento usual em indivíduos que dessem entrada nos prontos socorros participantes por uma tentativa de suicídio, e um inquérito nas comunidades das cidades participantes inferindo o comportamento suicida na população geral. O intuito maior dessa intervenção foi favorecer a adesão ao tratamento e evitar comportamento suicida futuro.

Segundo Botega (2014), este estudo demonstrou como o registro e seguimento cuidadoso de casos de tentativas de suicídio pode diminuir o número de suicídios efetivados: um total de 2238 pessoas que deram entrada no pronto-socorro por uma tentativa de dar cabo à própria vida foram aleatoriamente divididas em dois grupos, que receberam um dos seguintes tratamentos: a) uma intervenção psicossocial, incluindo entrevista motivacional e seguimento telefônico regular (no momento da alta hospitalar, pacientes eram encaminhados para um serviço da rede de saúde); b) tratamento usual (apenas um encaminhamento, por ocasião da alta, para a um serviço da rede de saúde).

No estado da Bahia, em 1999, foi implantado um ambulatório público com profissionais de psicologia para atender, preventivamente, pacientes com depressão grave e risco de tentarem o suicídio. Após ser verificada uma taxa de reincidência baixa entre os pacientes atendidos, o serviço foi ampliado. O Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS), criado em 2007, é um serviço do Centro Antiveneno da Bahia (Ciave), que funciona em um hospital geral de Salvador e mantém o acompanhamento aos pacientes que tentaram o suicídio e aos que não tentaram, mas que correm o risco de fazê-lo. Esse Núcleo propõe uma ação interdisciplinar, incluindo psicoterapia, psiquiatria, terapia ocupacional individual e de grupo, visitas domiciliares e reuniões familiares de caráter informativo, incluindo orientação e acolhimento. Para isso, conta com 2 psicólogos, 3 psiquiatras e 2 terapeutas ocupacionais. O NEPS oferece tratamento ao paciente em crise, mas também desenvolve atividades de pesquisa na área do suicídio, além de oferecer cursos de capacitação profissional sobre a abordagem ao paciente suicida, e estágios para estudantes de graduação do curso de psicologia.

Segundo a coordenadora do NEPS, a psicóloga Soraya Carvalho, atualmente este serviço é uma referência na Bahia, além de exportar o modelo para outros centros no Brasil. Ela acrescenta que está em andamento um projeto de ampliação do Núcleo, para transformá-lo no primeiro Centro de Referência Estadual em Prevenção do Suicídio do Brasil.

O Rio Grande do Sul, estado que tem as maiores taxas de suicídio do Brasil, apresenta alguns programas em seus municípios. Um deles é o Programa de Promoção à Vida e Prevenção ao Suicídio (PPS) do município de Candelária, que tem cerca de 30.000 habitantes. O programa foi organizado com o objetivo de enfrentar uma situação histórica de altos coeficientes de mortalidade por suicídio, tanto na população total quanto na população idosa, tendo seu início em 2009, a partir de uma proposta formulada pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural

(Emater) com a colaboração de vários parceiros institucionais. Envolveu a reorganização e capacitação das equipes de ESF, os trabalhadores das UBS, do CAPS e do hospital local. Além dos profissionais da rede de serviços de saúde, participaram da linha de cuidado os técnicos da Emater que desenvolvem um trabalho para a melhoria da qualidade de vida das famílias rurais, os socorristas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), os bombeiros e os policiais (CONTE, 2012).

Dessa forma, através dos dados documentais apresentados, percebe-se que não há um programa nacional de prevenção ao suicídio no Brasil que norteie as práticas desenvolvidas em estados e municípios da federação. Os programas que funcionam em estados e municípios são iniciativas de setores tais como: Tribunais de Justiça, Secretarias de Educação, entre outros. Grande parte são programas de orientação e esclarecimento quanto ao risco de suicídio, de forma pontual, carecendo de ações que sejam de assistência às pessoas que tentam o suicídio ou aos que apresentam ideação suicida.

## **3.2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES**

### **3.2.1 Uma breve caracterização do município**

A cidade de Campos dos Goytacazes, fundada em 1835, ainda é a maior em extensão territorial do estado do Rio de Janeiro. Em 2010 contava com a população de 463.731 pessoas (IBGE, 2010), segundo dados do IBGE.

No século XIX, período de grande importância para Campos, muitos progressos e acontecimentos significativos aconteceram, sendo o município considerado nessa época um dos mais ricos e promissores da Província do Rio de Janeiro. O açúcar era a principal fonte de economia, embora o café também tenha tido seu papel de destaque (Acervo do Museu de Campos dos Goytacazes, *apud* GONDIM, 2001). O município foi impulsionado pela proliferação de engenhos de açúcar, o cultivo do café e o comércio de escravos, o que lhe conferiu um status de cidade das mais importantes.

Essa atividade trouxe consigo uma estrutura política bastante conhecida no Brasil: o “coronelismo”, prática em que uma elite, representada pelo proprietário rural, controla os meios de produção, detendo o poder econômico, social e político local. Esta prática é comum no meio rural e em cidades do interior. “À atividade canavieira devem-se os títulos de barões e coronéis do município, fazendo com que surgisse uma forte aristocracia agrária, que passou a influir na política e no poder do Império” (PEREIRA PINTO, 2008

apud LIRA, 2012, p. 65). Assim, os senhores de engenho e coronéis representavam poder e riqueza, sendo considerados “representantes máximos da política local. O coronelismo, que foi um fenômeno presente e marcante na história da política brasileira, encontrou em Campos um terreno fértil para se desenvolver” (LIRA, 2012, p. 65).

Entretanto, o século XX não seria de tanta prosperidade para Campos. Após a abolição da escravatura, continuava sendo uma cidade importante e aos poucos o açúcar foi dominando todo o espaço econômico. Da mesma forma que possibilitou o progresso, a economia açucareira também causou a decadência da região. Não sendo mais um artigo tão nobre, ao cair de preço, o açúcar fez com que a cidade reduzisse gradativamente seu ritmo de desenvolvimento. A maior tragédia para Campos iniciou-se com o golpe militar de 1964. “Economicamente estagnada, politicamente detida pela ditadura implantada, Campos vê os grandes latifundiários e os oligarcas tomarem conta dos destinos da cidade” (Acervo do Museu de Campos dos Goytacazes, *apud* GONDIM, 2001). Entretanto, o cenário econômico é alterado pela decadência dos engenhos e a falência das usinas. Mas a estrutura política prossegue se manifestando de outras formas: o antigo coronelismo, se traveste em política paternalista caracterizada por práticas oligárquicas e clientelistas.

A partir da década de 1960, inicia-se o processo de decadência econômica e social do município, através da ocupação desordenada, surgimento de favelas invadindo as margens de rios e riachos, aumento do desemprego e a mortalidade infantil sendo considerada uma das maiores do Brasil (*idem*). Observa-se que com a sucessão dos anos, o município só pôde ser revitalizado com a exploração do mar territorial, em 1974, devido à descoberta e produção de petróleo.

Entretanto, ao final dos anos de 1980, observou-se o início de um movimento social, composto por trabalhadores, intelectuais, sindicalistas, profissionais de saúde e educação, que se reuniram para discutir os rumos do município e uniram forças para que a gestão municipal fosse mudada. Este período sofreu influência direta do contexto da redemocratização brasileira, após vinte anos de ditadura militar. Coelho (2003) considera que os atores deste movimento eram “homens do povo, pessoas de várias tendências políticas, que debateram exaustivamente os problemas de Campos, organizando o documento intitulado ‘Muda Campos’” (COELHO, 2003, p. 136), tendo como principal liderança o candidato à prefeitura de Campos dos Goytacazes, o radialista Anthony William Matheus de Oliveira, conhecido popularmente como Anthony Garotinho, pela coligação PDT/PSB.

O Plano de Governo (1988-1992) celebrava uma nova estrutura baseada na construção de uma política social com propostas para diversos setores, como: ambiente, serviços públicos, trabalho, economia, educação, cultura, esporte e lazer, agricultura, desenvolvimento territorial e urbano, transporte coletivo e saúde. Em 1988, Garotinho assume o poder, alinhado a um discurso comprometido com uma série de metas a serem desenvolvidas, entre elas os investimentos no campo da saúde. Nesta conjuntura, o planejamento em saúde – elaborado como plano de governo “Muda Campos” – teve objetivos coerentes com a VIII Conferência Nacional de Saúde (1988) e a Reforma Sanitária que estava em curso no país, além do processo de municipalização da saúde local, em consonância com os demais municípios brasileiros.

Assim, percebe-se que as eleições de 1988 para prefeito do município foram um marco para a reflexão da política de Campos por dois motivos: o primeiro devido à “primeira eleição vencida por Anthony Garotinho, que se tornou a principal liderança política local”; e o segundo, “porque foi a eleição que derrotou a classe que estava ligada a um jeito tradicional de se fazer política, de que a sociedade ainda não se recuperou” (LIRA, 2012, p. 67).

No campo da educação, a implantação da Universidade Estadual do Norte Fluminense, em 1991, marcou a ampliação da área acadêmica – anteriormente restrita ao campus da Universidade Federal Fluminense e a outras faculdades privadas que se instalaram na cidade.

No campo político, as transformações mais importantes ocorreram no final da década de 1980. Até este momento, os governos municipais campistas eram representados por uma política paternalista, historicamente pertencente a partidos de situação. Entretanto, ao longo das décadas seguintes, com acusações de corrupção e diversas improbidades, os grupos políticos se mantiveram no poder com alternâncias entre correligionários e adversários, fundando uma prática política baseada em clientelismo e desperdício de dinheiro público. (LIRA, 2012).

Lira (2012) observa que a história política do município de Campos dos Goytacazes se caracteriza por um cenário paternalista, considerando que:

Os resquícios deste jeito de fazer política são visíveis ainda hoje na sociedade local que apresentou e apresenta, em diversos momentos, sinais de crise política com idas e vindas de prefeitos que têm seus mandatos interrompidos por acusações de mau uso do dinheiro público e corrupção. Além disso, a existência de determinados grupos que se mantêm no poder por muito tempo, utilizando de certos artifícios políticos que lembram as

velhas práticas de outrora, dificultando a alternância de poder tão cara para a democracia. (LIRA, 2012, p. 66).

### 3.2.2 O sistema de saúde do município

O município de Campos dos Goytacazes é credenciado pelo SUS na Gestão Plena do Sistema Municipal (D.O. de Campos dos Goytacazes, 16/09/2009). Assim, possui o “total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território” (BRASIL, 2003), o que lhe confere autonomia na gestão e execução dos serviços públicos na saúde.

Com a implantação do SUS no início da década de 1990 e na esteira do processo de municipalização da saúde, o município sofreu importantes transformações em sua estrutura sanitária. Ao herdar uma rede de unidades de saúde – que até então pertenciam ao antigo INAMPS, sindicatos e associações – bem distribuídas, do ponto de vista geográfico, alcança boa parte da população, inclusive em áreas periféricas. Segundo Melo (2018) a transferência do controle administrativo dessas unidades de atendimento passa ao poder público, e a partir de então deveria ser responsável pela prestação de serviços médicos e odontológicos à população daquelas respectivas localidades. A maioria dessas unidades de saúde se manteve vinculada à atenção básica, preservando suas funções originais.

Segundo Venâncio (2001, p. 91),

O Município de Campos dos Goytacazes, no início da década, segundo o primeiro secretário municipal de saúde, possuía apenas alguns poucos postos, um de vacinação e ambulatórios de clínicas básicas. As especialidades pertenciam à esfera Federal e o setor de epidemiologia / vigilância sanitária, ao Estado. Desse modo, podemos afirmar que houve a municipalização de toda a rede de serviços, sua expansão e complexificação. O município assegurou também a oferta especializada, embora tenha mantido a tradição local e a tendência nacional de voltar-se mais especificamente para clínicas básicas.

A redefinição de serviços hospitalares e ambulatoriais foram redimensionados, entre atendimentos básicos e não básicos. A atenção à saúde se ampliou também pela implementação de programas específicos tais como: Programa da Criança e do Adolescente, Programa da Mulher, Programa de Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, entre outros. Venâncio (2001) observa que houve uma segmentação de mercado, onde atendimentos menos lucrativos foram assumidos pela esfera pública e os mais lucrativos pelos demais prestadores, ou seja, quase todos os Serviços de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento e equipamentos relacionados à alta complexidade estiveram concentrados na

iniciativa privada. A autora comenta que o município de Campos dos Goytacazes é considerado referência nos serviços públicos e privados de saúde e educação para as regiões Norte e Noroeste Fluminense.

Ao fim da década de 1990, além da importância do processo de municipalização da Gestão do Sistema de Saúde local, a influência da chamada Lei do Petróleo, de 1997, possibilitou um aumento exponencial da receita derivada dos *royalties* sobre a exploração de petróleo na Bacia de Campos dos Goytacazes (MELO, 2018). O aporte desta receita na estrutura econômica do município – depositada diretamente na conta da prefeitura e administrada sem restrições pelo poder público local – dará continuidade a uma política clientelista pautada na barganha entre eleitores e eleitos, como havia sido no passado (LIRA, 2012).

Com isso houve incremento do financiamento público da saúde local que obteve crescimento em progressão geométrica ao longo dos anos. Entre os anos de 1998 e 2003, por exemplo, o orçamento total do município de Campos dos Goytacazes aumentou substancialmente, passando de pouco mais de 91 milhões para aproximadamente 465 milhões de reais. Nesse mesmo período, o volume de recursos da Secretaria Municipal de Saúde passou de 15 milhões de reais para pouco mais de 63 milhões (MELO, 2018).

O aumento do gasto local se deu pelo já conhecido sub-financiamento do sistema de saúde pelo governo federal, considerado baixo em se tratando de proposta de um sistema universalizado. Entretanto, o geométrico crescimento do financiamento local não foi capaz de mudar a qualidade da assistência pública, na medida que fortaleceu e consolidou a saúde privada e/ou filantrópica, através do financiamento dos hospitais privados e filantrópicos, ao longo desses anos da era dos *royalties* (idem).

Assim, o município passa a ter um crescimento exponencial de sua arrecadação com a receita derivada dos *royalties*. Entre os anos de 1999 e 2008, esta receita salta de pouco mais de 57 milhões para quase 1,2 bilhão de reais (idem). Isso demonstra a dependência do município à atividade extrativa do petróleo, e à baixa capacidade de geração de receita própria gerando dependência das transferências governamentais, regulares ou de *royalties*, apesar de ser um dos municípios brasileiros bilionários.

Entretanto, o crescimento econômico na década de 2000 é interrompido mais tarde por diferentes motivos: pelo fator geográfico, já que grande parte da produção de petróleo tem se deslocado para a Bacia de Santos, SP e para a baixada litorânea do Estado do Rio de Janeiro. Assim, o município de Campos dos Goytacazes perde mais de 1 bilhão de reais entre os anos de 2014 e 2017 – embora mesmo assim ainda tenha um dos três maiores



orçamentos, dentre os municípios de 470 mil a 510 mil habitantes (CRUZ; TERRA *apud* MELO, 2018).

Neste sentido, pode-se perceber que o sistema de saúde local tem sido organizado com prioridade nos serviços hospitalares, em detrimento de cuidados preventivos ou de promoção da saúde. Desde a municipalização da saúde, foi dada pouca importância à atenção básica, apesar do número expressivo de unidades, havendo também a descontinuidade dos Programas de saúde da família. Segundo Melo (2018), a maior parte dos recursos foi aplicada na rede hospitalar, tanto privada como pública. No caso do investimento nos hospitais públicos, os governos optaram por fortalecer esse segmento como porta de entrada do sistema de saúde, ao invés da atenção básica.

Apesar de a atenção básica ter sido precedida pela Atenção Primária à Saúde (APS), é importante destacar que a oferta de serviços de assistência em saúde à população brasileira passou a avançar somente a partir da década de 1990 com a implantação do SUS e do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994. Até este momento, vigorava no país um modelo de atenção à saúde fortemente centrado na figura do médico e na medicalização do indivíduo, voltado à valorização do ambiente hospitalar e ao uso das tecnologias, o qual, na prática, pouco se modificou (MEDEIROS, 2018).

No município de Campos dos Goytacazes, as equipes da Estratégia de Saúde da Família foram inicialmente implantadas no ano de 1999, expandidas até chegar a 52 equipes, mas paralisadas em 2008 por problemas relacionados à política pública. A interrupção do programa decorreu de ação de improbidade motivada por ilegalidades no âmbito do executivo, com base na violação dos princípios da administração pública, tais como honestidade e imparcialidade. A partir desse fato o município tornou obrigatória a realização de concurso público para a contratação de profissionais para atuarem na ESF, em função de denúncias que vinham ocorrendo de irregularidades na contratação de pessoal (LYRA, *apud* MEDEIROS, 2018).

A Estratégia de Saúde da Família só será restabelecida parcialmente, com a chegada de 11 médicos cubanos com a adesão municipal em 2014 ao Programa Mais Médicos (PMM) do Governo Federal, quando foi possível a implantação das 16 equipes ainda incompletas. Nota-se que as consequências da interrupção da ESF no município causaram um aumento alarmante de atendimentos da rede hospitalar municipal nos anos seguintes, no tocante à urgência e emergência (MEDEIROS, 2018).

Ao longo das décadas seguintes, a oferta de leitos hospitalares foi sendo ampliada e reestruturada, tanto da rede pública quanto privada e conveniada com o SUS, em sua grande maioria localizados na área central da cidade (idem).

Segundo o relatório de gestão referente ao terceiro quadrimestre de 2015, foram realizados mais de 11 mil procedimentos hospitalares de média e alta complexidade e mais de 2 milhões e meio de procedimentos ambulatoriais. Milhares de serviços de urgência, emergência, vigilância em saúde e atenção psicossocial foram garantidos à população. Segundo o secretário de saúde da época, um dos compromissos de gestão da Secretaria Municipal de Saúde é garantir uma atenção integral e de qualidade para a população de Campos, buscando o cumprimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com o Plano Municipal de Saúde 2014/2017 (CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2016). Nota-se nesta matéria a inexistência de procedimentos da Atenção Básica, confirmando a percepção de um sistema de saúde baseado em atenção secundária e terciária.

O Plano Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes – instrumento referencial para elaboração de ações concretas, execução, monitoramento e avanço do SUS em Campos dos Goytacazes – representa a expressão concreta do processo de planejamento, formulação e implementação da qualificação da gerência e gestão do SUS. O Plano de Saúde é a “base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária” (Lei nº 8.080, art. 36, §1º).

O Plano Municipal de Saúde em vigor (Campos dos Goytacazes - PMS 2018 – 2021) tem como diretrizes:

1. Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar;
2. Fortalecer as instâncias do Controle Social, com garantia de transparência e participação cidadã;
3. Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho;
4. Garantir o financiamento sustentável para o SUS, melhorando o padrão do gasto e qualificando o financiamento com definição de áreas de atuação dos serviços;

Este plano estabelece os seguintes serviços de saúde:

Tabela 3 - Número de Unidades de Saúde que atendem ao SUS

<b>Tipo de estabelecimento</b>	<b>Públicos</b>	<b>Privados</b>
Unidades Básicas de Saúde	75	-
Clínicas especializadas	27	6
Hospitais gerais	2	5
Hospitais especializados	-	2
Unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia	1	6
Unidades de pronto atendimento	9	-
Unidades Móveis de Nível PréHosp-Urgência/ Emergência	-	-
Centros de Atenção Psicossocial	4	-

Fonte: Plano Municipal de Saúde, 2018-2021

### 3.2.3 Prevenção e atenção ao ato suicida no município de Campos dos Goytacazes

Como descrito anteriormente, o município tem tido uma vocação histórica para a construção e desenvolvimento de uma política pública de saúde baseada em um modelo hospitalocêntrico, onde a assistência obedece a uma lógica individual e medicalizante. Tal modelo geralmente oferta aos usuários a assistência após o seu adoecimento, seja físico ou psíquico.

Para entender a importância em ofertar ações de saúde que possam se converter em bem-estar da população, é preciso destacar a importância dos bancos de dados oficiais de agravos e mortalidade, disseminação e transparência das informações, bem como o financiamento de produções acadêmicas e pesquisas sobre o tema. Tais recursos facilitam a identificação do problema, a formação da agenda e a formulação de alternativas para a tomada de decisão, implementação e, posteriormente, na avaliação e na possível extinção da política (LESTER, 2009; SECCHI, 2010 *apud* KOCH & OLIVEIRA, 2015).

Tendo em vista a importância em formular políticas de saúde a partir da identificação dos riscos, considera-se duas ações fundamentais: a prevenção e a atenção à saúde. A prevenção em saúde “exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (Leavell & Clarck, *apud* Czeresnia, 2003, p. 4). As ações preventivas são intervenções dirigidas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. O fundamento do discurso preventivo é o conhecimento da epidemiologia

moderna; tem como objetivo controlar a transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos.

No caso do fenômeno do suicídio, a prevenção é o modo de antecipar o ato de autoextermínio através de ações coletivas. Segundo Bertolote (2000), a prevenção do suicídio envolve uma série completa de atividades, abrangendo desde a provisão das melhores condições de um tratamento efetivo dos transtornos mentais até um controle ambiental dos fatores de risco. A atenção à saúde tem o mesmo sentido de promoção da saúde. Define-se, tradicionalmente, de forma mais ampla que prevenção, pois refere-se a medidas que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais” (Leavell & Clark, *apud* Czeresnia, 2003, p. 4). No caso da atenção ao suicídio, as estratégias enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, exigindo uma abordagem intersetorial.

No município de Campos, a construção de uma política pública de atenção ao suicídio é iniciada a partir de uma proposta de sistematização da assistência às tentativas de suicídio no Hospital Ferreira Machado, envolvendo o serviço de psicologia e psiquiatria como principais responsáveis pelo acolhimento e encaminhamentos dos pacientes e familiares no hospital. Foi elaborado um formulário para que funcionasse como uma entrevista cuidadosa, buscando informações sobre o estado da pessoa, relações sociais e familiares, principais motivações, método, entre outros, além do encaminhamento necessário de cada caso. Junto ao setor de Vigilância Hospitalar – responsável pela notificação dos agravos em saúde – a parceria tinha a finalidade de produzir informações para o planejamento e organização do serviço.

De acordo com Gondim e Teixeira (2015, p. 3), os objetivos deste projeto eram:

1. Oferecer uma assistência de qualidade ao paciente e familiares, assim como nas unidades hospitalares e de saúde do município.
2. Acolher os familiares e/ou acompanhantes a fim de fornecer as devidas orientações;
3. Oferecer suporte e orientações à equipe de saúde, de modo a melhorar o padrão e qualidade de assistência nos casos de tentativas de suicídio;
4. Encaminhar o paciente e sua família para uma unidade da Rede de Saúde Mental, de modo a possibilitar continuidade no tratamento;
5. Planejar e monitorar o acompanhamento dos pacientes buscando a adesão ao tratamento; [...].

A ideia deste projeto é de que um sujeito em sofrimento psíquico grave, quando atendido no hospital de emergência, acompanhado durante sua internação e encaminhado para a rede ambulatorial e psicossocial, tem muitas chances de restabelecer seus vínculos sociais, afetivos e produtivos.

Figura 2 – Fluxograma de atendimento a tentativas de suicídio



Fonte: Projeto de assistência a tentativas de suicídio (GONDIM; TEIXEIRA, 2015).

Nos atendimentos aos pacientes que tentaram suicídio, o acolhimento é feito pelo psicólogo plantonista e iniciado no momento da entrada do paciente, ou logo após os procedimentos médicos e de enfermagem necessários. Quando se trata de um paciente grave, sem condições de abordagem inicial, o psicólogo realiza o acolhimento à família até o paciente ter condições de ser atendido. Imediatamente o psiquiatra parecerista (não plantonista) é solicitado para avaliação e prescrição de medicamentos específicos.

Segundo a atual coordenadora do serviço de psicologia deste hospital, a partir de 2019, diante da obrigatoriedade em se preencher o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que objetiva notificar e registrar dados referentes à morbimortalidade em nível nacional, este formulário foi descartado. A gestora comenta

que o fato se deu devido ao volume de dados de preenchimento nas duas fichas de informação.

Nota-se, portanto, que o fator ‘obrigação’ possibilitou resultados importantes quanto ao preenchimento da notificação. Todavia, entende-se que a capacitação realizada a partir de 2018 para tal fim possibilitou melhor esclarecimento quanto aos objetivos de tal prática. Assim, observa-se que o crescimento das notificações – apresentado através do quadro abaixo – tem aumentado ao longo dos anos, provavelmente em função das ações que têm sido feitas em prol da política pública.

Tabela 4 - Notificações de violência autoprovocada Sinan-Net

<b>Ano de notificação</b>	<b>No de notificações</b>
2015	11
2016	14
2017	207
2018	181
2019	262

Fonte: SINAN-NET (2021)

Esses dados são considerados o primeiro passo para a construção de uma política pública voltada para o problema. A partir da transparência das informações, a notificação contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso às mesmas e as tornem disponíveis para a comunidade. Trata-se, portanto, de um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções (WHO, 2014).

Entretanto, outras ações se destacam na construção de uma política pública voltada ao suicídio no município. Apesar de Campos possuir um sistema de saúde que prioriza a assistência ambulatorial e hospitalar, a Rede de Atenção Psicossocial tem inovado a partir da construção de práticas que norteiam um modo de assistência substitutiva ao modelo manicomial/hospitalar. Desde o início da década de 1990, quando foi estabelecido o Programa de Saúde Mental no município, um conjunto de dispositivos foi criado ao longo dos anos seguintes. Inicialmente foi “construído” o Posto de Urgência Psiquiátrico (PU Psiquiátrico) em 1992, que se constituiu como única inovação durante os dez anos seguintes. Este dispositivo foi criado para ser um espaço direcionado à crise psiquiátrica e,

mesmo tentando seguir uma tendência não institucionalizante, já que os seus objetivos principais eram a diminuição das internações nos hospitais psiquiátricos tradicionais e atendimento humanizado, em alguns momentos percebe-se pontos que demarcam uma estrutura fundamentalmente tradicional (GONDIM, 2001).

Na década seguinte foram implantados três CAPS: o CAPS ad II Dr. Ari Viana destinado aos usuários de álcool e drogas, O CAPS II Dr. João Batista de Araújo Gomes, para usuários com transtornos psiquiátricos e o CAPSi, para a população infantil e adolescente. Entretanto, somente com a criação da RAPS através da Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, com republicação em 21 de maio de 2013, é que o município passa a contar com a ampliação e articulação dos serviços de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo os usuários de álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

A partir daí outros dispositivos de atenção à saúde mental na cidade foram implantados, destacando o papel do modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico. Assim, foram criados o CAPS III, a Residência Terapêutica (RT), a Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil (UAI), a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) e Consultórios de rua.

Atualmente a RAPS de Campos dos Goytacazes se configura da seguinte forma:

Quadro 1 - Serviços de saúde mental da RAPS

CAPS II Dr. João Batista de Araújo Gomes
CAPS III Dr. Romeo Casarsa
CAPSad III Dr. Ari Viana
CAPSi III Dr. João Castelo Branco
Uai
1ª RT (tipo I)
2ª RT (tipo II)
3ª RT (tipo II)
4ª RT (tipo I)
Ambulatório Ampliado UBS Pq. Imperial
Ambulatório Ampliado UBS Alair Ferreira
Pronto Atendimento em Saúde Mental – UBS Salo-Brand

Fonte: Relatório da Gerência de Saúde Mental - Gestão 2017-2020

Em relação às unidades que prestam assistência às pessoas que tentaram suicídio, destacam-se: o Hospital Ferreira Machado, o PU Psiquiátrico, os CAPS e os ambulatórios

ampliados de saúde mental. O Hospital Ferreira Machado, referência em emergência vermelha – para vítimas de violência e acidentes no município e nas cidades vizinhas – recebe pacientes de todos os tipos, desde os menos graves até os que possuem risco de morte. Apesar de o município contar com uma rede de emergência composta por unidades responsáveis por atendimentos de menor complexidade, nove ao todo, somente o PU Psiquiátrico e o Hospital Ferreira Machado aderiram à ideia da assistência qualificada às tentativas de suicídio.

O PU Psiquiátrico é um posto de urgência 24h, destinado à assistência de pacientes em crise psiquiátrica. Possui 10 leitos de observação para posterior encaminhamento aos dispositivos da RAPS. Em casos de tentativas de suicídio o serviço recebe pacientes com baixo e médio risco de morte e, dependendo da situação é encaminhado para ambulatórios ou CAPS, ou até mesmo para a emergência do Hospital Ferreira Machado.

Essas unidades de emergência são responsáveis pelo encaminhamento dos pacientes que tentam suicídio para tratamento ambulatorial nas áreas de psicologia e psiquiatria. É importante destacar que até 2017 só existia um ambulatório público com estas especialidades (Hospital São José). Grande parte dos ambulatórios funcionavam no interior dos hospitais conveniados com o SUS (Santa Casa de Misericórdia, Hospital Álvaro Alvim, Beneficência Portuguesa, Hospital dos Plantadores de Cana e Hospital Psiquiátrico João Viana).

Este modelo de ambulatório, sobretudo de psiquiatria, é visto como dispositivo cronificador do sofrimento mental, na medida em que sustenta um tratamento descontínuo através de consultas esparsas e repetição burocrática de prescrições medicamentosas. (SILVA FILHO, 2000).

No início de 2018 foram implantados os ambulatórios ampliados de saúde mental, no interior de duas UBS: Alair Ferreira e Parque Imperial. Estas unidades, compostas por equipe multidisciplinar, passaram a ser referência na assistência ambulatorial da RAPS no município. Além das situações de sofrimento mental em geral, os casos de tentativas de suicídio encaminhados pela rede de emergência passaram a ser atendidos nessas unidades. Denomina-se ambulatório ampliado de saúde mental a unidade que se caracteriza basicamente pela oferta de acompanhamento contínuo aos pacientes que portam algum sofrimento psíquico. Através da assistência psicossocial, os pacientes são atendidos através de agendamento ou, em alguns casos, em caráter de pronto atendimento (GONDIM, 2019).

Esse trabalho tem início na porta de entrada do serviço, sendo os pacientes recebidos por quaisquer funcionários que estejam na recepção. A recepção se constitui no



primeiro encontro que essa pessoa tem com uma possibilidade de cuidado à sua saúde mental, não devendo esperar muito tempo para uma primeira escuta. Deve, portanto funcionar como possibilidade de “desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa” (TENÓRIO, 2000, p. 82). Entende-se que desmedicalizar não significa deixar de ofertar medicamentos, e sim deixar de oferecê-los como única possibilidade de tratamento. Para isso é necessária uma escuta durante o grupo de recepção, criado para receber os pacientes em sofrimento psíquico e encaminhá-los de acordo com sua demanda para os profissionais indicados.

Outros dispositivos estratégicos na política pública de saúde mental também recebem pacientes que tentavam o suicídio encaminhados das unidades de emergência. Os CAPS, ao incorporar novas tecnologias em saúde mental, diferenciam-se da assistência tradicional, onde o sofrimento mental é visto como condição excludente e passível de tratamento manicomial. Segundo o Ministério da Saúde (2017), a existência de CAPS no município reduz em 14% o risco de suicídio. Nesse sentido, o suicídio apresenta-se como uma das muitas demandas complexas dos serviços abertos de saúde mental, apesar de muitos profissionais de saúde ainda apresentarem dificuldades na assistência às situações de suicídio.

No campo da política pública de educação, algumas ações importantes se fazem presentes em Campos através do Programa Saúde na Escola (PSE). Este programa, instituído nacionalmente em 2007 é fruto do esforço do governo federal – através da parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação – em construir políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira. O PSE vem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros (BRASIL, 2011).

As diretrizes do PSE são: 1) Tratar a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos; 2) Permitir a progressiva ampliação intersetorial das ações executadas pelos sistemas de saúde e de educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes; 3) Promover a articulação de saberes, a participação dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social das políticas públicas da saúde e educação; 4) Promover a saúde e a cultura da paz, favorecendo a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação; 5) Articular as

ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações das redes de educação pública de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos educandos e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; 6) Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; 7) Promover a comunicação, encaminhamento e resolutividade entre escolas e unidades de saúde, assegurando as ações de atenção e cuidado sobre as condições de saúde dos estudantes; 8) Atuar, efetivamente, na reorientação dos serviços de saúde para além de suas responsabilidades técnicas no atendimento clínico, para oferecer uma atenção básica e integral aos educandos e à comunidade.

No município de Campos, o PSE foi instituído em 2009, mas não executava todas as ações previstas de acordo com as diretrizes. Segundo informações obtidas com a coordenadora do programa, houve um período de grande redução em seu campo de atuação até 2017, quando houve uma ampliação efetiva das ações dispostas nas diretrizes.

Contando com uma equipe de duas psicólogas, o PSE oferece um trabalho com gestores e alunos, através de palestras e rodas de conversas. Uma psicóloga coordena o grupo de gestores e outra conduz os alunos na discussão e orientação sobre os cuidados com a saúde. Segundo as psicólogas da equipe, grande parte das reuniões era dedicada à atenção à saúde mental, surgindo temas como: *bullying*, automutilação e suicídio. Assim, percebe-se que há uma política de educação e saúde nas escolas voltada para a atenção ao suicídio, apesar de a equipe não conseguir atingir o número de escolas públicas (municipais e estaduais) da cidade.

Outra política intersetorial importante se faz presente através do equipamento de Proteção Social Básica da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Humano e Social. O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é uma unidade pública que tem como principal objetivo oferecer o trabalho social especializado no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) para famílias que estão em uma situação considerada de risco pessoal ou social (por violação de direitos). O CREAS apoia e orienta o cidadão que já tem sua situação de risco comprovada, ou seja, aqueles que estão sendo vítimas de violência física, psíquica e sexual, negligência, abandono, ameaça, maus tratos e qualquer tipo de discriminação. As ações especializadas são de orientação, proteção, acompanhamento psicossocial e jurídico individualizado em que são pactuados fluxos de atendimento com as políticas públicas, como por exemplo, o sistema de saúde. Em Campos existem três desses equipamentos e, segundo uma assistente social que atua em um destes, os CREAS recebem casos de tentativa de suicídio, identifica a necessidade do

acompanhamento terapêutico, e encaminha à rede de saúde mental. A profissional também destaca que os CREAS atuam em articulação com os CAPS e realizam constantes estudos de caso, além de ações de prevenção em saúde mental tais como campanhas, rodas de conversa, grupos reflexivos, palestras etc.

Além das políticas intersetoriais englobando os campos da saúde, educação e bem-estar social, foi criado um grupo de trabalho denominado GT Juntos na Vida, projeto em que participamos como fundadora e colaboradora. Seu objetivo é atuar na atenção à saúde mental, especificamente nos casos de prevenção ao suicídio. O acolhimento através da fala e escuta é a principal estratégia de atenção e intervenção em escolas, unidades de saúde, espaços públicos como praças e shoppings, através de rodas de conversas, palestras e distribuição de material informativo sobre os modos de atenção e proteção à saúde mental. O público-alvo é de pessoas com ou sem vulnerabilidade em saúde mental, que demandam informações sobre o problema para discussão das principais estratégias e manejo para enfrentamento. A contribuição do projeto é de intervir precocemente nas situações consideradas de risco, com a expectativa de atuação junto às políticas públicas de atenção e prevenção, sensibilizando a sociedade em geral para o fenômeno do suicídio atualmente.

Em relação à legislação do município, foi sancionada a Lei nº 8.808, de 21 de dezembro de 2017, do vereador Cláudio Andrade, que dispõe sobre a Política de Valorização da Vida e Cria a Semana de Prevenção ao Suicídio. Essa lei não explicita seus objetivos, entretanto, a partir dela, o autor promoveu encontros e debates sobre prevenção do suicídio, particularmente em setembro, considerado o mês dedicado à prevenção do suicídio, em nível mundial.

Como foi proposto por Pereira (2011) e já descrito anteriormente, a política pública não é uma referência exclusiva do estado, e sim à coisa pública, pois o atendimento à demandas e necessidades sociais faz parte do jogo democrático, onde ela também deverá englobar demandas, escolhas e decisões privadas, podendo e devendo ser controlada pelos cidadãos. Assim, destacamos a importância da participação de toda a sociedade na construção de uma política pública que atue na atenção ao suicídio.

## **CAPÍTULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 A ESTRUTURA DO TRABALHO DE CAMPO E A INVISIBILIDADE DO PROBLEMA**

Este estudo parte da hipótese de que, embora existam dispositivos de atenção e assistência ao suicídio no município, seu funcionamento ainda não cumpre um papel efetivo na política pública de saúde. Para esclarecimentos e discussão desta hipótese, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, conduzidas a partir de um roteiro, dirigidas aos 24 profissionais de saúde que atuam nas unidades da RAPS do município, no Pronto Socorro do Hospital Ferreira Machado e na equipe de matriciamento de saúde mental da atenção básica. Além desses profissionais (Quadro 3), foi ouvida a gerente de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde – por estar à frente da política pública de atenção ao suicídio. As entrevistas foram feitas com profissionais das seguintes categorias: médico, psicólogo, assistente social e enfermeiro. Esses profissionais foram escolhidos pelo fato de atuarem em unidades que assistem pessoas que tentaram o suicídio e pelo pressuposto de serem alinhadas com o fenômeno do suicídio.

Antes do início da entrevista fez-se a apresentação pessoal e esclarecimentos sobre o tema da pesquisa. Diante da limitação do distanciamento imposto pela pandemia de COVID 19, duas entrevistas foram feitas presencialmente devido a dificuldades do entrevistado e vinte e uma foram realizadas de forma remota através da plataforma Zoom, sendo todas gravadas com o consentimento do entrevistado.

As entrevistas com os profissionais de saúde se constituíram em uma conversa que teve como objetivo saber sua percepção em relação a duas categorias: Práticas Profissionais e Políticas Públicas de atenção ao suicídio no município. Destacam-se os seguintes pontos:

<b>Práticas Profissionais</b>	<b>Políticas Públicas</b>
Tempo de atuação na unidade	Se houve alguma mudança na assistência durante seu tempo de atuação. Se houve, qual?
Como recebe uma pessoa que tentou o suicídio	O que deve ser melhorado na assistência
Quais as ações desenvolvidas com essas pessoas	Quais as principais dificuldades no acesso
Se há prioridade na assistência	-
O que pensa do fenômeno do suicídio	Se houve capacitação com a equipe técnica e com os demais servidores

Quadro 2 - Roteiro de entrevistas

Fonte: Elaboração da autora com base no roteiro de entrevistas

Entretanto, no momento do convite – todos realizados por mensagem do aplicativo WhatsApp – observou-se que alguns profissionais não respondiam, outros confirmavam e não compareciam, ou mesmo diziam que não estavam dispostos. Tal fato nos surpreendeu, já que se tratavam de profissionais de saúde inseridos em unidades que atendem pessoas que tentaram suicídio. O psicólogo F. declinou do convite afirmando “nunca ter tido intimidade ou interesse no assunto”. O médico R., após agendar, desmarcou próximo à hora marcada e depois não respondeu mais ao convite. Outro médico visualizou o convite, mas não respondeu. Uma assistente social também não respondeu após visualizar. Entretanto, foi a categoria dos enfermeiros que mais apresentou dificuldades na realização da entrevista: apenas um profissional se dispôs a falar do problema.

Quadro 3 – Categorias profissionais que colaboraram nas entrevistas

<b>Unidades de saúde</b>	<b>Médico</b>	<b>Psicólogo</b>	<b>Assistente social</b>	<b>Enfermeiro</b>
Hospital Ferreira Machado	Não	Sim	Sim	Não
PU Psiquiátrico	Sim	Sim	Não	Sim
Ambulatório Pque Imperial	Sim	Sim	Sim	Não
Ambulatório Alair Ferreira	Não	Sim	Sim	Não
CAPS II	Sim	Sim	Sim	Não
CAPS III	Sim	Sim	Sim	Não
CAPS ad	Sim	Sim	Sim	Não
CAPSi	Sim	Sim	Sim	Não
Matriciamento Saúde Mental	Sim	Não	Sim	Não

Fonte: Elaboração própria

Nota-se que, como um fenômeno complexo, que causa estranhamento à sociedade em geral, o suicídio convida mais ao silêncio do que à palavra – há um certo preconceito em falar do problema. Não falar é uma forma de se esquivar da realidade, mesmo que esta faça parte de seu cotidiano. É importante ressaltar que, durante nosso tempo no programa de doutorado, muitos amigos e colegas – de turma ou de trabalho na assistência – demonstravam surpresa diante dessa pesquisa e nos perguntava: por que esse tema? Por que não pesquisar algo mais produtivo que fale da vida? O que era respondido prontamente parafraseando Freud: porque a vida é bela para algumas pessoas, mas pode ser cruel para tantas outras.

O suicídio comporta uma série de tabus relacionados a temas como religião e espiritualidade, a justiça, a cultura e os códigos penais de cada país. Para Marquetti, Kawauchi e Pleffken (2015), trata-se de um evento repleto de significações, que comporta vários discursos tais como o discurso médico, o religioso, o jurídico, o psicológico, como também reações de esquivas, defesas, negações e racionalizações. O próprio discurso sobre a morte traz significações diferentes, com maior peso em sua recusa ou mesmo negação, diante da impossibilidade de seu registro no nível da consciência.

A obra de Ariès (1989) mostra como a morte na sociedade ocidental foi tratada ao longo dos séculos de modos diferentes. Atualmente a morte é abordada de forma temida, silenciada e hospitalizada. Não mais um evento natural e sim algo que deve ser combatido a todo custo. Assim, a morte passa a pertencer ao médico e seu hospital, estes decidindo o momento e as circunstâncias da morte, se esforçando para oferecer ao doente uma morte aceitável, ao mesmo tempo sem grandes emoções para os sobreviventes.

A morte na sociedade ocidental atual ocorre longe dos olhos das pessoas, controlada no tempo e espaço, se oculta na aparência através do tratamento estético dado aos mortos, escamoteados por inúmeros rituais fúnebres que fazem com que cada vez mais haja um afastamento da morte (*idem*).

Marquetti, Kawauchi e Pleffken (2015) afirmam que os suicídios, ao escaparem às restrições impostas pela cultura moderna e tecnológica, se colocam como uma forma de transgressão. Neste fenômeno encontra-se a morte sem higiene, sem discrição, sem controle no tempo e espaço, sem disfarces, em locais inadequados e com toda emoção possível. As autoras consideram que é difícil aceitar as mortes por suicídio, pois este evento expõe a morte de forma visível e próxima, sem seus rituais de afastamento. O caráter de transgressão do ato suicida em relação ao tabu da morte pode levar às

consequentes reações de esquiva, impossibilitando o enfrentamento da comunidade, da família e dos profissionais de saúde.

Em nossa experiência no hospital de emergência, era comum o ato suicida ser visto como um acontecimento abrupto, decidido pela própria pessoa, sem tempo para tratamento, sem resposta para uma pergunta, sem solução para o conflito. É diferente da entrada de uma pessoa por adoecimento ou acidente, que indica uma lógica de relação com a equipe, com a realidade do hospital, que é salvar vidas, ou seja, alguém demandando ser salvo. Nesses casos, o tempo obedece à seguinte lógica: o instante de ver, o tempo de compreender e o momento de concluir (LACAN, 1998). No ato suicida, como em outras situações traumáticas, há uma elisão do tempo de compreender, seja pelo próprio paciente, seja pela equipe.

Brunhari (2015) afirma que nos atendimentos de emergência a assepsia do suicídio o torna uma sutura, uma fratura anatômica, sendo amparada por dois fatores: a debilidade de recursos humanos especializados no atendimento a essas pessoas e às suas famílias, e a concordância da equipe com o silêncio do paciente, limitando-se a encaminhamentos para outros espaços terapêuticos.

Outra forma de se perceber a invisibilidade do fenômeno do suicídio – considerando que se trata de um problema humano e social – é a carência de estudos quanto ao tema. Em um levantamento que fizemos no catálogo de teses da CAPES em 2018, a pesquisa mostrou a evolução de estudos sobre o tema a partir de 1996, ano em que foram publicados dois trabalhos. A partir daí o interesse aumentou em algumas áreas, principalmente na Psicologia e na Medicina, apesar do suicídio ser um fenômeno complexo e multifatorial, que afeta diferentes setores da sociedade humana.

Os trabalhos apontam maior produção quanto à epidemiologia do suicídio, nas taxas de óbitos e tentativas e muito pouca acerca do planejamento e ações ligadas à políticas públicas nas áreas de prevenção e assistência. Há maior interesse no estudo sobre o tema nas Ciências da Saúde, levando em consideração a maior produção em Psicologia, embora seja um campo que faz interface com outros setores do conhecimento, como Ciências Humanas e Sociais.

Além da Psicologia, nota-se que as áreas que mais produzem são a Medicina, Psiquiatria e Saúde Coletiva, já que o suicídio constitui um grave problema de saúde pública. Entretanto, se o suicídio é um tema humano e interessa a diferentes áreas do conhecimento, deveria interessar a outros setores como: Educação, Ciências Sociais, Antropologia, entre outros. Mesmo na área Interdisciplinar, que deveria abordar a

complexidade do problema em questão, os trabalhos são compostos também pelas áreas de Psicologia, Psiquiatria e Medicina, aumentando significativamente o contingente de produção nestes campos. Isso demonstra a falta de intersetorialidade nas pesquisas acadêmicas.

Como a preocupação com o problema do suicídio vem ocorrendo a partir dos anos 2000, a produção acadêmica é um fato que pode estar relacionado a um maior interesse e preocupação sobre o tema, mas que, entretanto, é nitidamente reflexo das políticas de incentivo à publicação dos órgãos de fomento à pesquisa no país.

Destaca-se que a maioria dos trabalhos apresenta dados epidemiológicos que apontam a necessidade de capacitar profissionais para prevenção e intervenção no suicídio, assim como a criação de políticas sociais que atuem como fatores de proteção. Compreende-se assim, a dificuldade de alguns profissionais atuarem na clínica do suicídio, desde o acolhimento e atenção psicossocial.

O conhecimento sobre o tema em questão depende do processo de desenvolvimento não somente científico, mas sociocultural, na medida em que existem barreiras que impedem o reconhecimento do problema como um evento que precisa de um enfrentamento e intervenção de diversos campos do conhecimento.

Outra forma de invisibilidade é a baixa notificação nas unidades que assistem pessoas que tentaram o suicídio. Neste sentido, o MS (2009) aponta o problema da subnotificação e enfatiza que o número de tentativas supera em pelo menos 10 vezes o número de suicídios consumados, chegando a 50 vezes mais entre a população jovem.

Os motivos da subnotificação são vários. Desde a dificuldade em diferenciar os casos de comportamento suicida dos demais acidentes que causam mortes ou lesões, como os acidentes automobilísticos, os afogamentos, os envenenamentos acidentais, as precipitações de lugares elevados até o preconceito do paciente, família e profissionais em relatar o fato ocorrido. Neste sentido, nem todas as tentativas de suicídio são registradas como tais e enviadas às autoridades de saúde (BAÉRE, 2019). Mais uma vez percebemos a dificuldade em falar do problema, denunciando sua invisibilidade.

Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) enfatizam que, nas emergências psiquiátricas, os principais contextos clínicos envolvendo o comportamento suicida são os pacientes com intensa ideação e aqueles que dão entrada por tentativa de autoextermínio. Contudo, nas emergências hospitalares e nos prontos socorros, por exemplo, os registros elaborados por muitos profissionais se limitam às causas secundárias, como a descrição do



estado da lesão ou do trauma decorrente do ato suicida, sem mencionar se tratar de uma tentativa de autoextermínio.

Outro problema identificado nas unidades de saúde se deve à rotina permeada por grandes demandas de pacientes. Os profissionais de saúde alegam não terem tempo disponível para a elaboração das fichas, pois a prioridade é o atendimento humano, além do despreparo de muitos desses profissionais no acolhimento e acompanhamento de casos que envolvam o comportamento suicida por incompreensão, medo e preconceitos fundamentados em crenças pessoais (BOTEGA et al., 2005; BOTEGA, 2015).

A subnotificação sempre foi considerada um problema em relação ao comportamento suicida. Desde 2006, mediante a Portaria MS/GM nº 1.876, de 14 de agosto, foram instituídas as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, apontando a necessidade do preenchimento das fichas de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada no documento VIVA/Sinan. Esta ação foi muito importante, pois já apontava a necessidade de vincular essas pessoas aos serviços de saúde como forma de intervenção e prevenção de novas ocorrências. Entretanto, a notificação só se tornou obrigatória em 2011, passando a ser universal para todos os serviços de saúde.

A notificação de violências interpessoais e autoprovocadas integra a lista de doenças e agravos de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) desde 2011, quando a notificação passou a ser universal para todos os serviços de saúde públicos e privados do país. A violência autoprovocada compreende autoagressões, automutilações e tentativas de suicídio em pessoas dos sexos feminino e masculino, cujo desfecho não resulta em óbito.

Entretanto, somente em 2014 nova portaria (nº 1.271/2014) determina que a tentativa de suicídio passa a ser um agravo de notificação obrigatória e imediata, devendo a informação ser feita à secretaria municipal de saúde em até 24 horas. O início do cuidado para a pessoa também deve ser imediato, devendo ela receber os acompanhamentos de emergência necessários, bem como acompanhamento psicossocial na rede de saúde (BRASIL, 2014).

A última portaria publicada em 2016 (nº 204/2016) no capítulo II, art. 3º, § 2º resolve estender a outros profissionais a obrigatoriedade de informação:

A comunicação de doença, agravo ou evento de saúde pública de notificação compulsória à autoridade de saúde competente também será realizada pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa. (BRASIL, 2017).

E ainda acrescenta que os profissionais da saúde devem notificar à Vigilância em Saúde sempre que tiverem conhecimento de uma tentativa de suicídio. A notificação da tentativa de suicídio tem como objetivo “desencadear o acompanhamento do caso, garantindo o acolhimento e a prestação de cuidados necessários, além da adoção de medidas terapêuticas adequadas” (idem).

A notificação das tentativas e dos óbitos por suicídio é de suma importância para a alimentação dos sistemas de informação em saúde, para produzir informações consistentes que subsidiem o planejamento de ações e as tomadas de decisão pelos gestores de saúde. Logo, a subnotificação (falta ou notificação incorreta) impacta negativamente na formulação de políticas dirigidas ao problema.

Lima e Deslandes (2015) relatam que, embora a notificação de violência seja uma experiência antiga em outros países com políticas consolidadas e efeitos positivos, no Brasil, por ser recente a utilização dessa ficha de forma padronizada em todo o território, este instrumento é pouco conhecido pelos profissionais responsáveis pela assistência. Minayo (1998) adverte que o número de subnotificações de casos de autoextermínio, sejam óbitos ou tentativas, ainda é uma realidade que precisa ser mudada para que se possa implementar políticas de assistência ao problema.

Neste sentido, percebe-se que, de forma geral, o sofrimento psíquico sofre de invisibilidade na sociedade e na política pública de saúde. As ações de saúde mental, ainda esparsas no sistema de saúde, mostram a dificuldade de profissionais em lidar com um problema que não é objetivo. Lancetti & Amarante (2006, p. 632) comentam que na saúde mental a complexidade se dá pela capacidade de se fazer vínculo, que parte da escuta de um sujeito: “no hospital o procedimento é simplificado e no território os procedimentos são mais complexos”, ou seja, as práticas de cuidado não obedecem a protocolos que servem para todos os casos, dependendo de uma assistência individualizada, singular. No caso do fenômeno do suicídio – considerado um problema de saúde pública e saúde mental – a invisibilidade parece ser potencializada por causa das diferentes dificuldades em falar, escutar e escrever sobre a morte.

## **4.2 A DIMENSÃO CLÍNICA DA ASSISTÊNCIA**

Inicialmente, é importante ressaltar que as diferenças entre as pessoas ouvidas não são percebidas em relação à suas categorias profissionais e sim à sua implicação com o

problema do suicídio e à importância de incluir a clínica como uma política de assistência. Consideram-se clínicas as práticas não somente médicas, mas de todas as profissões que lidam no dia a dia com a atenção à saúde.

*“O mais importante é o acolhimento, se mostrar presente, trazer esperança”, “acolhimento sem julgamento”, “escuta”, “abordagem enquanto um ser singular, com história”, “importância de fortalecer os vínculos sociais e familiares”, “intervenção humanizada”, “escuta qualificada”.*

Esses depoimentos dos profissionais entrevistados sobre como recebem inicialmente uma pessoa que tentou suicídio refletem o compromisso com um modo de assistência que tem como ponto de partida o primeiro atendimento. Os significantes “acolhimento” e “escuta” foram os que mais apareceram durante os relatos dos profissionais.

Assim, percebe-se que há uma preocupação com a escuta do paciente, diferentemente da proposição puramente biomédica, baseada na concepção diagnóstica e medicalizante. Esta concepção – ainda hegemônica de certa forma – negligencia a clínica ao classificar os sujeitos a partir de seus sintomas. O modelo biomédico, representado pela medicina clínica, tem como objeto a doença, considerada como algo abstrato, um saber pautado sobre o indivíduo como um corpo doente, exigindo uma intervenção que dê conta de sua singularidade (FOUCAULT, 2006, p. 7). O autor complementa:

A principal perturbação é trazida com e pelo próprio doente. À pura essência nosológica, que fixa e esgota, sem deixar resíduo. O seu lugar na ordem das espécies, o doente acrescenta, como perturbações, suas disposições, sua idade, seu modo de vida e toda uma série de acontecimentos que configuram como acidente em relação ao núcleo essencial. Para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente: é preciso que quem descreve uma doença tenha o cuidado de distribuir os sintomas que a acompanham necessariamente, e que lhe são próprios, dos que são apenas acidentais e fortuitos, como os que dependem do temperamento e da idade do doente.

Segundo Foucault (2006), a concepção de clínica contemporânea tem início no século XIX, e, pelo menos na França, a clínica moderna se constitui sobre bases anátomo-patológicas e morfológicas, ou seja, desde a sua origem ela é estruturada a partir de um certo “olhar”. No século seguinte, com a invenção da psicanálise e a descoberta do inconsciente, Freud subverte esta concepção, colocando a escuta em cena: o olhar cede lugar à palavra – as histéricas têm o que dizer.

Observa-se que o modelo de clínica moderna não é exclusivo da profissão médica, estendendo-se à formação das outras profissões em saúde, onde uma de suas características principais é o apagamento do sujeito. É concreto e perceptível nas práticas de saúde o viés positivista, que considera o social como objeto ou fato quando se trata de saúde-doença, marcando a hegemonia do conhecimento médico tendendo a transformar sujeitos doentes em leis biológicas e químicas (MINAYO, 2001).

O campo da atenção psicossocial incorpora outro modelo de cuidado chamado Clínica Ampliada. A proposta é que esta seja uma ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques: o biomédico, o social e o psicológico. A Clínica Ampliada reconhece que, em um dado momento e situação singular, pode existir uma predominância, uma escolha, ou a emergência de um enfoque ou de um tema, sem que isso signifique a negação de outros enfoques e possibilidades de ação (BRASIL, 2009). Sendo uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização propõe para qualificar as práticas em saúde, a proposta da Clínica Ampliada envolve os seguintes eixos:

1. Compreensão ampliada do processo saúde-doença, a partir da construção de sínteses singulares tensionando os limites de cada matriz disciplinar.
2. Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e da ação intersetorial, como no sentido dos usuários.
3. Ampliação do “objeto de trabalho”, responsabilizando o profissional de saúde pela atenção e pelo cuidado, ou seja, pessoas cuidando de pessoas.
4. A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho, ou seja, arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e rede assistencial), que permitam uma clínica compartilhada.
5. Suporte para os profissionais de saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades, com identificações positivas e negativas, com os diversos tipos de situação.

A maioria dos profissionais entrevistados pertence à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Assim, o discurso da clínica se fundamenta no modo de atenção psicossocial, traduzido como clínica ampliada em saúde mental. Nunes e Onocko-Campos (2014) destacam que a clínica ampliada em saúde mental deve considerar o sujeito e sua singularidade no contexto do território e da sua complexidade; os autores destacam também a importância da recuperação, da reabilitação social, da promoção da cidadania e da equidade. Diferente do modelo de clínica tradicional, é um conjunto de princípios e preceitos que definem uma prática particular de cuidado, um certo modo compreender o homem e seu sofrimento.

Nesta clínica não se prioriza a doença e sim a pessoa. Desta forma, é colocada a ênfase no processo de ‘invenção da saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’ (AMARANTE, 1996). O autor esclarece que ‘colocar a doença entre parênteses’ muitas vezes é mal interpretado, não se tratando de negar a existência da doença e sim outra lógica de pensar a clínica.

A psicanálise traz uma dimensão de clínica que corrobora com esses princípios. A práxis da clínica ampliada considera o discurso do inconsciente como correlato ao discurso do sujeito. Assim, a psicanálise participa da prática “entre vários” nesta clínica, se esquivando à padronização e homogeneização que é comum nos dispositivos de tratamento (RINALDI, 2015, p. 316). A autora destaca:

O novo campo da atenção psicossocial caracteriza-se pela articulação entre diversos saberes com a instituição do trabalho em equipe multidisciplinar, onde estão presentes várias orientações clínico-assistenciais, desde as que privilegiam a reabilitação psicossocial e o resgate dos direitos de cidadania dos usuários, ponto de partida da própria reforma, até aquelas que tomam como eixo a clínica de cada sujeito em sua singularidade, esta última de inspiração psicanalítica.

Ou seja, a clínica psicanalítica se apresenta através do trabalho singular com cada sujeito, em uma perspectiva ética que leva em consideração não só o desamparo psíquico, mas também o desamparo socioeconômico. Não se tratando de uma clínica individual – já que é um trabalho coletivo junto à equipe multidisciplinar – a clínica ampliada se serve da psicanálise dando voz aos sujeitos para assim escutá-los, ao invés de falar sobre eles (idem).

Outro ponto revelado nas entrevistas e que diz respeito à clínica é a prioridade de atendimento às pessoas que tentam o suicídio. A maioria dos entrevistados disseram que há prioridade sempre, principalmente entre os profissionais de saúde que atuam em CAPS. Por ser um dispositivo que acolhe a todos que ali chegam procurando assistência, por demanda espontânea ou referenciada, as pessoas que tentam o suicídio são consideradas portadoras de “intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes” (BRASIL, 2013). O CAPS é um serviço de saúde de caráter aberto e comunitário que afirma a perspectiva de serviços de portas abertas, no sentido literal e simbólico: espaços e relações de “portas abertas” (idem). De certa forma, percebe-se que os entrevistados que consideram a prioridade no atendimento, exercem um modelo de clínica ampliada, fundamentado do modo psicossocial.

Entretanto, dois profissionais que atuam na emergência e um no ambulatório relatam que nem sempre a prioridade é dada a essas pessoas. Destacam que a prioridade existe *quando há risco de morte, que há por parte da psicologia e não pela equipe do pronto Socorro, devido ao preconceito*. No caso da assistência em ambulatório, o profissional afirma que *teoricamente há prioridade, mas na prática essas pessoas acabam em fila de espera para um primeiro atendimento*.

Os estudos sobre assistência a tentativas de suicídio em urgência e emergência apontam que a resistência dos profissionais de saúde limitam o cuidado ofertado aos pacientes, como também a procura de recurso por parte destes e de sua família. O consumo de tempo dedicado a esses pacientes, em detrimento dos mais graves, causa raiva, irritação, descaso, negação ou a avaliação de que a demanda não é legítima para as emergências hospitalares (FREITAS; MARTINS-BORGES, 2014; SRIVASTAVA; TIWARI, 2012). Essas atitudes afastam os pacientes dos serviços de saúde. Botega et al. (2009) afirmam que apenas uma em cada três pessoas que tentam suicídio é atendida em um serviço médico hospitalar, destacando que o serviço de emergência é buscado quando há risco de morte, quando há facilidade de acesso ao serviço de saúde e confiança do usuário no sistema.

Desta forma, entende-se que a relação do paciente com o profissional de saúde, da entrada até a saída do serviço, é o principal instrumento para a continuidade ou não dos encaminhamentos realizados, assim como para a prevenção de novas tentativas de suicídio (VIDAL; GONTIJO, 2013).

Assim, pode-se depreender que a clínica é uma prática política, uma vez que ela possibilita o laço social. No caso da atenção ao suicídio, o exercício da clínica, por intermédio da dialética escuta/palavra, permite ao sujeito do sofrimento estabelecer trocas simbólicas e de negociação, construindo possibilidades de viver com seu mal-estar.

#### **4.3 A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO SUICÍDIO NA ASSISTÊNCIA**

Diferentes perspectivas sobre o fenômeno do suicídio já foram descritas nesta pesquisa em capítulo anterior. Concepções diversas que denotam o ato suicida como um problema social, psicopatológico ou como consequência de um sofrimento psíquico. Nas entrevistas realizadas, percebe-se que a maioria “pensa” o suicídio de forma semelhante, enquanto poucos tendem a perceber o fenômeno de forma distinta. Grande parte dos profissionais que atuam na assistência ao suicídio comenta que o assunto é muito difícil de

ser tratado, um tema delicado devido ao tabu, seja por motivos religiosos, sociais ou culturais.

O ato suicida é referido pelos profissionais de saúde como um fenômeno cuja abordagem é de extrema dificuldade, ainda mais em ambientes em que há um número restrito de profissionais. Observa-se que as diferentes concepções derivam da complexidade do problema que diz respeito a vários campos teóricos, além do fato de que a formação em saúde dificilmente contempla a assistência ao ato suicida. Pode-se afirmar então que as concepções dependem da representação social dos profissionais de saúde.

A Teoria das Representações Sociais – idealizada na década de 1960 por Serge Moscovici – diz respeito à análise de fenômenos produzidos pelas construções particulares da realidade social, e não para o sujeito individual. Segundo Jodelet (2001, p. 22),

(...) É uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, essa forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico. Entretanto, é tida como um objeto de estudo tão legítimo quanto este, devido à sua importância na vida social e à elucidação possibilitadora dos processos cognitivos e das interações sociais

O conceito de representação social é multifacetado, concebido como um processo que envolve comunicação e discurso, através do qual significados e objetos são construídos e elaborados dinamicamente. Assim, a representação social de um objeto de estudo é operacionalizada como atributo individual, mas socialmente reconhecido. No caso do tema do suicídio, diz respeito ao modo como o discurso social foi e ainda é construído a partir de valores sociais, históricos e culturais.

Uma entrevistada, ao ser perguntada sobre o que pensa do fenômeno do suicídio, diz:

*É um pedido de ajuda, um grito de socorro, chamar a atenção da família e das pessoas. Quem quer se matar mesmo dá um tiro na cabeça ou se joga da ponte... mas às vezes é um problema que existe ou dá na cabeça da pessoa.*

Este relato demonstra a ambivalência na forma de pensar o problema. Aponta um sofrimento, mas também uma fraude, uma falsa tentativa. Cassorla (2006) comenta que o profissional de saúde se sente agredido em atender um caso de suicídio, o que resulta na dificuldade em lidar com essas pessoas. Para ele, o profissional desvaloriza as pessoas que

tentam suicídio, caracterizando-as como pessoas que estariam querendo apenas chamar a atenção e, por isso, não merecem a atenção dos centros de saúde.

Entretanto, grande parte dos profissionais entrevistados pensam no suicídio como:

- *Um sofrimento sem recursos para dar conta, não sendo algo banal;*
- *Um insuportável pedido de ajuda, não significando necessariamente um desejo de morte;*
- *Uma demonstração de uma falta;*
- *Fragilidade dos laços afetivos;*
- *Uma forma de matar a dor ao invés de enxergá-la;*
- *Querer dar fim a uma condição que não consegue resolver, vislumbre de uma solução;*
- *Uma irresistível dor na alma;*
- *Precariedade do simbólico;*
- *Um sofrimento singular;*
- *Desespero de uma pessoa que chegou ao último recurso.*

Nesses relatos, o significante *sofrimento* apareceu várias vezes, mesmo em seus respectivos significados, tais como: falta, dor, precariedade, desespero, fragilidade. Os entrevistados dizem que há um grande sofrimento em que a própria morte é a melhor solução, na medida em que ele não é questionado e sim posto em ato. Ou seja, diante do sofrimento, o ato de morte.

Sobre isso Cassorla (2006) afirma que a morte é vista como solução – não porque se deseje a morte, mas porque a vida se torna insuportável. Aqui, o sofrimento, mesmo que não seja vinculado a uma teoria – objeto de estudo de várias – é visto como indeterminado, não associado a algum fato ou objeto. A indeterminação do sofrimento coloca à prova a própria subjetividade.

- *É um problema dos vínculos sociais devido ao avanço da tecnologia, falta de prevenção à saúde mental;*
- *Falta de preparo dos jovens;*
- *Uma das consequências da depressão;*
- *Falta de controle emocional, dificuldade de adaptação e enfrentamento, alguma coisa errada com a pessoa;*
- *Acometimento biológico nos sistemas emocional e psíquico, que deve ser abordado de forma biológica;*

As representações sociais são permeadas por crenças, valores, sentimentos e tabus que influenciam a forma de olhar, de escutar e de acolher. No conjunto de relatos acima, nota-se a perspectiva um tanto objetiva ao opinar sobre um problema difícil de análise. Avanço da tecnologia, falta de controle emocional, acometimento biológico, são afirmações que não levam em consideração a singularidade do ato suicida, cada um



motivado por causas distintas. São formas de compreensão do problema baseado em um ponto de vista reducionista.

As representações resultam de um processo contínuo de construção - desconstrução - reconstrução, dependendo da realidade social para a gênese, manutenção e transformação do olhar sobre fatos e objetos. Neste sentido, os elementos que estruturam a representação social sobre o suicídio são múltiplos e passíveis de mudança, provavelmente, em uma nova práxis de cuidado.

#### 4.4 A PERCEPÇÃO DE MUDANÇAS NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA

No município de Campos, a preocupação com relação à assistência às tentativas de suicídio tem início em 2014, quando os profissionais do serviço de psicologia do Hospital Ferreira Machado reuniram vários gestores públicos da saúde para sensibilizar e elaborar um plano de ação buscando atingir a rede de saúde em geral. Esta iniciativa, consequência do aumento de casos atendidos no pronto socorro do hospital, possibilitou nova perspectiva sobre o problema: a de que o suicídio pode ser evitado mediante uma assistência integral e humanizada.

Gutierrez (2014) aponta que geralmente é no pronto socorro o primeiro acolhimento realizado em serviço de saúde e isso pode determinar que o paciente tenha adesão ao tratamento posterior. Mas para isso esse acolhimento, além de oferecer atenção resolutiva, tem que estar articulado a uma rede de serviços que atendam às diferentes necessidades desses pacientes.

Os entrevistados, ao serem questionados sobre o que mudou na assistência, desde que têm contato com essa clientela, destacaram pontos positivos e outros negativos:

Mudanças Positivas:

- *Houve maior procura de atendimento pelos pacientes;*
- *Houve aumento de recursos humanos com expertise na área do suicídio;*
- *A rede está mais preparada para acolher esses casos;*
- *A implantação do ambulatório e a assistência no Hospital Ferreira Machado;*
- *Profissionais mais capacitados e motivados a falar sobre o problema;*
- *Maior visibilidade do problema;*
- *Sensibilização dos profissionais da Atenção Básica;*

### Mudanças Negativas:

- *Apesar de a rede ter aumentado nos últimos anos, ainda não está bem estruturada. Falta qualificação de pessoal;*
- *Continua o mesmo fluxo de assistência, há poucos ambulatórios, não houve ampliação da estrutura física e de recursos humanos;*
- *Piorou bastante, não há disponibilidade de assistência psiquiátrica no atendimento de emergência;*
- *Não houve mudança na política pública e sim pontualmente na atitude de alguns profissionais;*
- *Não mudou a discriminação dos próprios profissionais de saúde;*
- *Nada melhorou, os serviços atendem mal, não há organização.*

Os profissionais entrevistados dividem-se entre um grupo que entende a mudança a partir do aumento de dispositivos e de profissionais na assistência às tentativas de suicídio e outro que considera que a assistência decorre de um trabalho de rede, composta de equipes multidisciplinares, articulada de forma integral e intersetorial. Muitos temas são multidisciplinares, mas o fenômeno suicida é particularmente tributário de compreensões originadas de várias ciências.

É evidente que, para a formulação de uma política pública, há que equipar os serviços de saúde com recursos humanos capazes de receber a população atingida. Entretanto, os recursos humanos, sem capacitação, até podem atuar de forma sensível, humanizada, mas de maneira pontual, não fazendo parte de uma política de atenção ao suicídio.

No campo multidisciplinar, a saúde tem evoluído – após o advento do SUS – para a concepção de integralidade. No caso da rede de saúde, a integralidade implica na articulação de programas e projetos que contemplem diferentes necessidades, com entrosamento entre si (Paim, 2010). No caso das ações de atenção ao suicídio, a integralidade depende da organização da rede, de forma que a assistência seja hierarquizada, ou seja, que os diferentes dispositivos da atenção primária, secundária e terciária estejam em consonância, tanto no compromisso com a assistência ao paciente como à sua família.

Todavia, a integralidade depende da prática intersetorial, garantindo a interação entre os diferentes setores da sociedade. Os setores de educação, de assistência social, cultura, entre outros, são fundamentais na atenção ao suicídio, já que pertencem à rede de relações do sujeito.

A rede de serviços de saúde ou de atenção à saúde é a organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de

complexidade. Para Righi (2010, p. 75), “é mais do que a soma das partes, é mais do que um leque de serviços, estabelecimentos, ações e de programas”.

Ao formular políticas públicas na área de saúde, os governos devem observar a importância dos instrumentos de informação (banco de dados, financiamento de pesquisas) e de avaliação dos projetos e programas (LESTER, 2009; SECCHI, 2010). No caso do município de Campos dos Goytacazes, não foi possível encontrar, nesta pesquisa, fontes que dizem respeito à identificação do problema para a posterior formulação de alternativas. Somente a partir do ano de 2019 as notificações de violência autoprovocada foram organizadas no sistema SINAN. Como dito anteriormente, a partir de reuniões informais, foi-se construindo um plano de ação cuja ampliação ocorreu a partir do interesse de alguns profissionais, sem que houvesse uma organização na rede de saúde. Provavelmente este é o motivo de as mudanças serem percebidas de maneira pontual.

#### **4.5 A (IN)EFICIÊNCIA DA REDE ASSISTENCIAL**

As entrevistas realizadas com os profissionais de saúde suscitaram uma percepção diversa sobre os avanços ocorridos no período de 2014 a 2019. Entretanto, todos apontaram a necessidade de investimento na assistência à tentativas de suicídio. Os pontos principais são:

- *Assistência na Atenção Básica;*
- *Recursos Humanos;*
- *Qualificação dos profissionais;*
- *Assistência no território;*
- *Integralidade da rede de saúde;*
- *Aumento do número de serviços ambulatoriais;*
- *Divulgação da rede entre ela própria e para a sociedade em geral.*

Quanto à atenção básica, é indiscutível seu papel na atenção e prevenção do suicídio. São vários os motivos para o sistema de saúde investir nessa modalidade de assistência, entre eles: ser a porta de entrada para o sistema de saúde; a proximidade da equipe com a comunidade; o primeiro recurso que uma pessoa em sofrimento psíquico procura; o conhecimento da comunidade permitindo reunir o apoio dos familiares, amigos e organizações; a possibilidade em oferecer cuidado continuado.

No município de Campos, apesar da fragilidade da Estratégia de Saúde da Família – apresentada em capítulo anterior – o número de unidades básicas de saúde é expressivo (75), apesar de não contarem com ações destinadas especificamente à atenção do suicídio.

Existe uma equipe composta de 4 profissionais de saúde mental (psiquiatra, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional), que atua no matriciamento da atenção básica.

O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Assim, também se diferencia da supervisão, pois o matriciador pode participar ativamente do projeto terapêutico (CHIAVERINI et al, 2011, p. 14).

Os profissionais que atuam na equipe de matriciamento em saúde mental relatam que, apesar desse modelo ser eficaz, só existe uma equipe para atuar nas 75 UBS, sendo que a atuação se dá a partir de uma visita presencial por semana a uma UBS, por causa do déficit de transporte. Além disso, os relatos apontam que casos de ideação ou tentativas de suicídio quase não aparecem no trabalho de matriciamento, tendo uma demanda maior para outros casos de sofrimento psíquico.

Quanto à necessidade de recursos humanos e sua qualificação, os entrevistados disseram que há carência de pessoal nas unidades de saúde e falta de capacitação para a assistência a tentativas de suicídio. Segundo Koch e Oliveira (2015), as políticas públicas para prevenção de suicídios que priorizam o treinamento adequado das equipes, são muitas vezes responsáveis pela primeira resposta ao indivíduo vítima da tentativa de suicídio, e podem se constituir pela vertente das políticas de saúde mental em geral e das específicas para suicídios.

Entretanto, devido às diferentes representações sociais do suicídio, o treinamento pode ser bem-sucedido ou não. Dificilmente um profissional que, por perspectivas morais e religiosas, condena o suicídio, modifica sua forma de tratar o problema após um treinamento. O que se espera é sensibilizar as pessoas que trabalham na rede de saúde para que estas gerem efeitos multiplicadores. Segundo Moura et al (2011), a rede é composta por pessoas e pelas articulações que são feitas entre elas, e são mais importantes do que as instituições e convenções formais. Afinal, são as pessoas que vivem e enfrentam o problema no seu dia a dia, sendo elas que podem gerar ações concretas e efetivas de apoio para aqueles que estão em situação de vulnerabilidade. É a partir de sua sensibilidade e mobilização que elas serão capazes de formar e fazer funcionar a rede de vigilância, prevenção e controle do suicídio.

A importância do território é um destaque no relato dos entrevistados. Todos foram unânimes em apontar a centralização dos serviços de saúde como entrave à assistência, além de sua localização que dificilmente abrange o lugar onde o usuário vive. A noção de

território tem sido reduzida a uma categoria de organização administrativa do sistema de saúde ou à cobertura dos serviços, ou seja, a oferta de serviços a uma população adscrita a um determinado território geográfico – o território como sinônimo de área ou região.

Entretanto, segundo Leal e Delgado (2007), a concepção de território diz respeito ao campo de abrangência do serviço, ao lugar de vida e relações sociais do usuário e ao lugar de recursos onde, em geral, o usuário tem baixo ou nenhum poder de troca. O cuidado deixa de dizer respeito apenas à doença e passa a dizer respeito também ao sujeito que sofre e ao modo de sofrer que constrói a partir da sua relação com o social.

O território se apresenta para além de um espaço, já que nele habitam pessoas. Para o geógrafo Milton Santos (*apud* CASSAB, 2008), é um todo complexo onde se tece uma trama de relações complementares e conflitantes sendo tanto resultado do processo histórico quanto da base material e social das novas ações humanas. Nesse sentido, o conceito de território diz respeito às relações existentes entre o lugar, a formação sócio espacial e o mundo.

A integralidade da rede de saúde é outra demanda apontada pelos entrevistados, quando afirmam que cada serviço presta assistência de forma própria, não havendo um entrelaçamento entre ações e processos. A noção de rede, assim como a de território, deve ser compreendida em sua dimensão política, social e afetiva. As redes são linhas que preenchem o território e devem ser pensadas como fluxos permanentes que se integram, se articulam e desarticulam. Fica incorporada, assim, a sua dimensão política (LEAL; DELGADO, 2007).

Quanto à necessidade de maior número de ambulatórios para assistência às pessoas que tentam o suicídio, é importante lembrar que este equipamento – o ambulatório de saúde mental – tem sido duramente criticado por seu efeito cronificante e medicalizador (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011). Desde a Portaria n. 3.088 (BRASIL, 2011), que institui a RAPS no Brasil, os ambulatórios de psiquiatria e/ou saúde mental foram excluídos do projeto de reforma psiquiátrica, por funcionarem em consonância com os hospitais psiquiátricos, muitas vezes localizando-se no interior do espaço físico dessas instituições. Entretanto, a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017), institui o ambulatório especializado em saúde mental, que deve funcionar como estratégia “respondendo à necessidade de atendimento especializado identificado pela atenção básica, integrando-se aos demais serviços das redes de atenção à saúde amparada nos comandos da Lei 10.216 de 2001”.

Este novo modelo (nem tão novo), proposto pela última portaria, mas tomado como uma nova iniciativa pelos profissionais de saúde mental alinhados com a reforma, possibilitou a implantação do Ambulatório Ampliado de Saúde Mental, ao invés de ambulatório especializado em Saúde Mental.

#### **4.6 SOBRE AS PRINCIPAIS DIFICULDADES NO ACESSO**

Na percepção dos entrevistados, as dificuldades no acesso às unidades de saúde se constituem em um dos principais problemas da rede de saúde mental do município. No tocante à assistência a tentativas de suicídio, foram destacadas:

- *O estigma e preconceito dos usuários e profissionais de saúde;*
- *Localização de algumas unidades longe do território;*
- *Falta de divulgação e informação sobre a rede de saúde;*
- *Resistência da família na procura por assistência;*
- *Dificuldades de transporte*
- *Entendimento do CAPS como dispositivo de assistência;*

O acesso tem sido utilizado como um importante indicador para definir o grau de facilidade ou dificuldade que as pessoas têm para conseguir os serviços de saúde. As necessidades, quando alcançadas, refletem um sistema de saúde que prioriza as pessoas, o território onde estão inseridas, suas preferências e os recursos que necessitam a fim de garantir desde a atenção básica até a internação hospitalar.

Mendes et al (2012) consideram acesso um dos atributos essenciais para o alcance da qualidade nos serviços de Saúde. Entretanto, ressaltam que o conceito é complexo e distinto entre alguns estudiosos do tema. Para Donabedian (*apud* MENDES et al, 2012), acessibilidade é algo além da mera presença ou disponibilidade do recurso em um dado momento e lugar, podendo ser distinta em duas classes: a de organização e funcionamento dos serviços e a geográfica. A primeira diz respeito às facilidades ou obstáculos apresentados ao usuário do serviço, como por exemplo: informação sobre a rede, profissionais capacitados, qualidade da assistência, filas de espera, entre outros. A segunda pode ser medida pela localização do serviço, distância e tempo de locomoção, custo da viagem.

Alguns entrevistados disseram que a população não conhece a rede de saúde da cidade, sendo poucas as informações sobre as unidades que assistem aos pacientes com tentativas de suicídio, como também sobre a oferta de profissionais especializados. Em relação à localização, todos referem a distância ente a unidade de saúde e o território.

Já Starfield (*apud* MENDES et al, 2012) destaca que a acessibilidade se constitui no elemento estrutural necessário para que se atinja a atenção ao primeiro contato, à medida que possibilita a chegada das pessoas aos serviços. Ou seja, o autor aponta que o acesso é representado pela primeira demanda atendida de forma positiva no sistema de saúde quando se efetiva o processo de busca e obtenção do cuidado. Dessa forma, o acesso nos casos de tentativas de suicídio é garantido quando há uma assistência imediata e de qualidade, de forma a possibilitar a adesão ao tratamento, tanto por parte do paciente quanto da sua família.

No caso dos CAPS, os entrevistados dizem que o acesso sempre é garantido por se tratar de um serviço de portas abertas, sem necessidade de agendamento. Todos os usuários que demandam assistência são atendidos por algum profissional – denominado técnico de referência – e, após o acolhimento inicial, é construído o plano terapêutico individual (PTI), segundo as necessidades do paciente. Entretanto, pacientes e suas famílias muitas vezes resistem à assistência no CAPS, por acreditarem se tratar de um dispositivo destinado a “doentes mentais”.

Historicamente, desde sua concepção como dispositivo central no interior da reforma psiquiátrica, os CAPS têm sido identificados como lugares próprios para pessoas com transtornos mentais graves. De característica multidisciplinar, se organizam como dispositivos terapêuticos marcados pelo “acolhimento, flexibilidade, atividades terapêuticas diversificadas, nenhuma restrição apriorística quanto ao que é pertinente a ação institucional e ao tempo de duração do acompanhamento e heterogeneidade das pessoas, práticas e saberes” (TENÓRIO, 2001, p. 38).

A questão que se destaca na fala dos entrevistados é sobre a “heterogeneidade das pessoas”. Na ótica de pacientes e familiares, seriam os CAPS lugares de assistência às pessoas que tentam suicídio? Não seriam locais de assistência aos “loucos”? Segundo a Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2017), uma das metas é a expansão dos CAPS nas regiões de maior risco e fortalecimento da RAPS (Atenção Básica, Hospitalar, Urgência e Emergência). Logo, a política pública de atenção ao suicídio considera os CAPS lugar de assistência, embora seja importante ser concebida no interior de uma rede que integre os diversos segmentos de forma a ofertar diferentes dispositivos de assistência segundo as necessidades da população.

Os entrevistados do Hospital Ferreira Machado relatam que os pacientes que tentam o suicídio sempre são atendidos, entretanto, a urgência da assistência é imediata quando há risco de morte. A ausência do psiquiatra plantonista também é visto como uma dificuldade

no acesso, na medida em que o paciente nem sempre espera o parecer e prescrição deste profissional para finalizar o atendimento. De acordo com o relato, muitos pacientes evadem da unidade antes da alta hospitalar.

#### **4.7 A CAPACITAÇÃO DA EQUIPE ASSISTENCIAL**

Considera-se que a política de atenção ao suicídio no município de Campos é iniciada em 2014, a partir do projeto de Assistência a Tentativas de Suicídio no Hospital Ferreira Machado (GONDIM; TEIXEIRA, 2015). Entende-se também que a política pública de saúde deve ser permeada por condições que garantam a qualidade de assistência e gestão do trabalho. Para isso, é necessário que os atores estejam em conformidade com os modelos propostos pela gestão, a fim de ofertar uma assistência de qualidade.

Os entrevistados, ao serem perguntados se houve capacitação da equipe técnica e demais servidores a partir de 2014, foram unânimes ao responder que:

- *Desconhecem qualquer tipo de capacitação quanto ao manejo das tentativas de suicídio;*

Mesmo desconhecendo, alguns se referiram às reuniões de equipe da própria unidade e aos fóruns de saúde mental como capacitação informal, na medida em que haviam discussões sobre casos de tentativas de suicídio e integração da rede de saúde mental. Entre os profissionais, alguns se referiram à capacitação para preenchimento do SINAN, realizada em 2019.

O termo capacitação em saúde está no bojo da Educação Permanente em Saúde, política pública que se constitui em estratégia para aprimorar os serviços de saúde, implicando constante atualização por meio de ações intencionais e planejadas voltadas ao fortalecimento de conhecimentos, habilidades e atitudes.

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de



educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. (BRASIL, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS, 2009, p. 20).

Em relação à importância da capacitação da equipe na prevenção do suicídio, a Organização Mundial da Saúde (WHO 2004; 2005) faz algumas recomendações:

- Aumentar a atenção entre profissionais de saúde para suas próprias atitudes e tabus em relação à prevenção do suicídio e às doenças mentais;
- Aumentar o conhecimento, através da educação pública, sobre doença mental e o seu reconhecimento precoce;
- Prover treinamento para as equipes envolvidas em prevenção, como profissionais de saúde, indivíduos-chave e grupos de apoio;

A literatura acerca da capacitação de profissionais de saúde mental em prevenção do suicídio ainda é escassa; entretanto, as iniciativas de outros países, estados e municípios do Brasil mostram que a formação em recursos humanos é um dos meios eficazes nas políticas de atenção ao suicídio, como apresentado em capítulo anterior desse trabalho.

Em todos os níveis de atenção em saúde – básica, ambulatorial ou emergencial – existem profissionais que nem sempre estão preparados para atender um paciente com risco de suicídio. Como tratado anteriormente, a invisibilidade do problema algumas vezes torna a assistência desse paciente um incômodo para o profissional. Estellita-Lins (2011) comenta que os residentes em psiquiatria têm poucas horas-aula e quase nenhum treinamento – não só em risco de suicídio, como, sobretudo, em psiquiatria de urgência de forma geral. Ele defende também que toda graduação em saúde deveria dedicar algum tempo para tratar da questão do risco de suicídio e sua prevenção, sendo necessário formar pessoas com mais compromisso, com mais cuidado. Assim, o autor destaca que se fala muito em humanização, mas é preciso ter uma melhor formação de todos os profissionais de saúde e, sobretudo, do médico.

## **CAPÍTULO 5: POR UMA POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO AO SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE CAMPOS**

Como afirmamos anteriormente, esse estudo partiu da hipótese de que, apesar de contar com dispositivos públicos que assistem às pessoas que cometem o ato suicida, o município de Campos não possui um programa definido que sustente as ações de atenção e assistência. A rede de saúde ainda é inoperante em muitos pontos, distante da proposta de atenção integral e o atendimento de usuários em linhas de cuidado ainda é precário. Considera-se que a construção de um programa desse tipo deve partir de um problema que pode ser, por exemplo: a análise de indicadores epidemiológicos, seguido do fortalecimento da rede de emergência e da atenção básica e melhoria do acesso às unidades de saúde.

Entretanto, esses passos devem ser considerados de cunho administrativo, diante da complexidade com que o problema do ato suicida se apresenta, mas não por isso se tornam menos importantes. O percurso metodológico que defendemos se baseia em diretrizes fundamentais para o desenvolvimento de uma linha de cuidado: a integralidade, a intersetorialidade, a capacitação continuada, a clínica, o acesso, e a desmedicalização.

A primeira proposta de atenção ao ato suicida data de 2014, a partir de observações do número de atendimentos feitos pela equipe de psicologia e do psiquiatra assistente. Naquele momento, não havia dados suficientes para que fosse construído um programa no município, tendo em vista os princípios da integralidade e intersetorialidade. Mesmo assim, o projeto funcionou como ponto de partida para um interesse maior no problema – tornando-o mais visível – e na formulação de ações destinadas à assistência. Como já abordado no capítulo sobre o sistema de saúde de Campos, o município ampliou o número de unidades, mas não conseguiu estabelecer uma rede integrada responsável pelos agravos em saúde.

Entendemos que a atenção ao suicídio deve estar inserida em uma rede intersetorial composta por vários segmentos, a saber: o sistema de saúde, de educação, de bem estar social, previdenciário, jurídico, terceiro setor e de comunicação. Deve ser público, mas não necessariamente governamental, partindo do princípio que o acesso deve ser disponível a toda coletividade. Ou seja, os segmentos devem estar preparados para lidar com o problema em suas diferentes vertentes, seja emergencial ou territorial.

Por que somos tão enfáticos em dizer que a integralidade é um ponto fundamental na formulação dessa política pública? Será que a atenção ao suicídio poderia ser privada de envolvimento e responsabilização para com o sujeito em sofrimento psíquico? Não nos referimos aqui à única responsabilidade do profissional e sim das relações, de modo a garantir constantemente a reflexão e avaliação da necessidade de mudança ou de manutenção de práticas. Podemos chamar de ações de cuidado, de atenção, de comprometimento, de cumplicidade, e a outras que garantam relações solidárias e emancipatórias em quaisquer unidades em que seja assistido, que é o que chamamos de integralidade. Ou seja, as necessidades do sujeito que sofre devem ser acolhidas em qualquer serviço de saúde, com facilidade no acesso, conforme o grau da necessidade, e não em espaços segregadores ou especializados.

Uma proposta para a atenção integral à saúde deve partir da reorganização dos processos de trabalho desde a rede básica, ou seja, capacitar as unidades nos diferentes níveis, para o acolhimento dos casos. Outras ações assistenciais devem ser colocadas em cena, tais como procedimentos, fluxos, rotinas, saberes, num processo dialético de complementação, mas também de divergências, compondo o que se entende por cuidado em saúde.

No campo da intersetorialidade, acreditamos que as necessidades devem ser acolhidas em serviços de qualquer área, como a saúde, a escola, os CREAS, o território em geral, de acordo com o que as especificidades exijam. No cotidiano desses segmentos, especialmente nas dificuldades de articulação e corresponsabilização, a articulação pode ser disparadora de melhorias nas condições de vida desses sujeitos, indicando a necessidade de envolvimento de todos na garantia do acesso, dos direitos sociais, do acolhimento, do estabelecimento de vínculos e do acompanhamento continuado.

Outra diretriz refere-se ao preparo profissional para o trabalho nesse campo, sendo a educação permanente uma das ferramentas de gestão e acompanhamento do processo de trabalho. Educação permanente é pensada como um processo educativo que coloca o trabalho em análise e possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. No caso do ato suicida, onde a assistência se faz nas unidades de saúde, a qualificação é ainda mais importante, devido ao preconceito e juízos de valor que muitos tem. O Ministério da Saúde, em 2017, instituiu o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PRO EPS-SUS), através da portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017, que

regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde dos estados e municípios.

Vimos, através dos relatos dos profissionais de saúde, que não houve capacitação das equipes para o manejo de pacientes que cometem o ato suicida no período estudado. O que será que aconteceu? Será que foram requisitados? Será que o município utilizou os recursos para algum programa de saúde? Ou não cumpriu com as exigências técnicas, já que existem condições para a solicitação de financiamento? Sabemos que muitos estados ou municípios perdem verbas com fim específico (verbas carimbadas) por não poder usá-las em outro destino. De modo que, se há recursos federais para treinamento e capacitação de equipes, com o objetivo de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores de forma a transformar as práticas de saúde, há possibilidade de criação de uma política destinada à atenção ao suicídio através de ações direcionadas ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho.

O acesso também é uma diretriz que se coloca como condição no caso da atenção ao ato suicida. Quando discutimos o acesso anteriormente, foi vista a importância em garantir a assistência na rede, seja de saúde, educação, bem-estar social ou outras. Saber sobre o seu funcionamento, onde solicitar acolhimento de qualidade e ter certeza que será atendido é uma das características de acesso de um programa, além da facilidade de o mesmo estar inserido na base territorial. Entretanto, a disposição organizacional e territorial das unidades nem sempre obedece às condições de acesso. As UBS e outros serviços de saúde, as escolas e os CREAS devem representar espaços de acolhimento inicial para as diferentes situações de vulnerabilidade, inclusive as tentativas de suicídio. Mas como uma unidade pode ser qualificada pelo acesso?

Entendemos que existe acesso primeiramente a partir da forma como as pessoas são atendidas, acolhidas. Isso demanda um modo de porta de entrada em todos os serviços que recebem casos de tentativas de suicídio. Serviços de portas abertas capazes de compreender a urgência subjetiva, considerada um dispositivo de acolhimento aos sujeitos em crise que são levados a instituições a partir de demandas variadas (familiares, vizinhos, profissionais de saúde, educação etc.), com o pedido de acolhimento do seu sofrimento psíquico. Segundo Bastos e Calazans (2008), o dispositivo consiste em acolher o sujeito e tentar extrair, através de uma escuta diferenciada, aquilo que permaneceu em estado de intenso embaraço ou esmagamento do sujeito ou, em alguns casos, o que foi transformado em puro ato com a subtração da palavra.

Ressaltamos que essa escuta não deve ser ofertada apenas em unidades de emergência, já que a demanda pode ser endereçada a alguém fora desse contexto, diante do sofrimento após o ato suicida. A possibilidade de uma escuta qualificada em um primeiro momento faz diferença para que haja adesão do sujeito a um cuidado futuro, devendo o profissional que acolhe ser um mediador na tentativa de sobrepor a palavra ao ato, podendo ser realizado por alguém qualificado para essa escuta.

Assim, defendemos que os serviços devem ter um acesso irrestrito a essa população, ‘portas abertas’, garantindo a escuta antes do agendamento. Um espaço de portas abertas requer a concepção de que o sofrimento psíquico não obedece a uma temporalidade cronológica e, por isso, deve ser escutado, seja em grupo de recepção ou mesmo por alguém disponível.

A escuta, instrumento fundamental do profissional que lida com assistência do sofrimento psíquico, é a condição de exercício da clínica. Entretanto, há diferentes modos de conceber a clínica, seja pela forma tradicional onde o olhar, a autoridade e o saber médico descrevem os principais sinais e sintomas do doente, e a clínica do sujeito onde são levados em consideração o doente, sua família, a comunidade e sua rede social. Para isso, é necessário modificar a escuta, a entrevista, a intervenção terapêutica, saindo da opção quase que exclusiva de uso de medicamentos ou de procedimentos cirúrgicos.

Essa é uma abertura da clínica que prioriza a fala, pois assim dela pode emergir legitimamente um saber sobre si, jamais redutível a qualquer manual ou classificação diagnóstica. Sendo assim, propomos a clínica como uma experiência inclusiva do sujeito, não mais a partir da descrição de sua queixa ou sintomas, mas uma prática que considere sua subjetividade, sempre singular. Chamada Clínica Ampliada, considera o sujeito em suas diferenças e particularidades, ampliando o objeto de trabalho ao contexto de sua vida, de sua história, subjetividade, família e território.

A clínica ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas em sua vida (BRASIL, 2007).

Assim, ao invés de reduzir o sujeito à sua queixa ou a seu sintoma, nessa experiência clínica o profissional está implicado, lançando-se em uma atitude ou postura investigativa através do olhar que escuta, ou seja, um olhar sustentado por uma relação diferente com seu próprio saber. Um saber não mais radical sobre o diagnóstico ou a cura e sim com a possibilidade de construção de um novo caminho para o sujeito em sofrimento

psíquico. Dessa forma, a questão da medicalização é colocada em xeque no exercício da clínica ampliada.

No caso da psiquiatria, sabemos que, tradicionalmente, o profissional (seja médico ou outros) se baseia no diagnóstico e na medicalização para ir ao encontro da cura e/ou estabilização do paciente. Muitos profissionais de saúde mental associam o sofrimento psíquico a uma condição médica e, conseqüentemente, à medicalização do sofrimento. Quadros como tristeza, timidez e angústia têm sido associados a transtornos mentais – todos eles descritos criteriosamente no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª edition (DSM-IV)*. Para a psiquiatria tradicional, o problema do suicídio, apesar de não ser considerado uma doença, é visto como uma consequência da depressão, concepção que não é unânime entre as diferentes concepções do fenômeno. Desta forma, percebemos que tem havido uma banalização dos sofrimentos, tanto graves ou passageiros, onde os sujeitos têm sido medicados de forma irrestrita e irresponsável, de forma a transformar as adversidades humanas em intervenções medicamentosas.

Portanto, entendemos que não se trata de negar a importância e a funcionalidade do uso dos medicamentos e sim apontar seu uso exclusivo e, portanto, indiscriminado na clínica. Trata-se então de ter uma compreensão mais complexa do que seja a experiência do adoecimento, do *pathos*, enquanto sofrimento, paixão e afeto. Quando afirmamos que a clínica ampliada é um avanço no modo de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, é porque acreditamos que esse modelo pode libertar as pessoas de diagnósticos indevidos, de prognósticos já conhecidos, evitando as consequências que isso traz em sua qualidade de vida e diminuindo a segregação e o estigma que elas sofrem na sociedade.

Outra condição que sofre os efeitos da medicalização das adversidades é o seu uso em crianças e adolescentes que, de forma cada vez mais precoce, fazem uso dos fármacos a fim de ‘normatizar’ os comportamentos na escola, na família e na sociedade. Como atualmente os atos suicidas aumentaram na população mais jovem, tem sido cada vez mais comum sua patologização através da produção de grandes “epidemias” de Transtorno Bipolar, Déficit de Atenção e Hiperatividade entre outros, apontando a medicalização como ferramenta preventiva contra possíveis tentativas de suicídio.

Diante dos avanços da indústria farmacêutica e da conseqüente medicalização da sociedade, torna-se impossível irmos em direção contrária. Como dissemos, não se trata de rejeitar sua utilização e sim defendermos estratégias de modo a não continuarem a ser a única possibilidade de tratamento. Para isso, é essencial que os serviços de saúde – UBS, ESF, Emergências, ambulatórios – tenham a clínica ampliada como direção, garantindo

politicamente condições indispensáveis ao exercício dessa prática, ou seja, uma certa maneira de abordar a experiência subjetiva e o sofrimento humano.

As dificuldades para a realização dessa prática são muitas. Os próprios usuários utilizam os serviços para renovação de receitas, reafirmando o modelo biomédico como exclusivo para seu tratamento. Entretanto, existem possibilidades para a tentativa de desmedicalizar, por exemplo, estratégias tais como: grupo de recepção, visitas domiciliares, oficinas, grupos terapêuticos, entre outros. Trazemos aqui um exemplo de uma paciente no grupo de recepção no ambulatório ampliado. Como usuária de um serviço de psiquiatria tradicional, considerado biomédico, ela foi orientada a participar do grupo de recepção para dar continuidade a seu tratamento no novo dispositivo que acabara de ser inaugurado. No momento de sua fala, ela diz: “eu faço tratamento há trinta anos com o médico (...), sempre tomei remédio e nunca precisei de psicólogo”. E, em seguida, uma das profissionais que coordenam o grupo lhe pergunta: “e a senhora hoje se considera melhor?”, e a paciente lhe responde “Não”. Esse exemplo nos mostra a necessidade dos próprios dispositivos avançarem na perspectiva da saúde dos pacientes, deixando de reproduzir modelos tradicionais de modo a desconstruir a ideia de que o sofrimento pode ser eliminado pelo uso exclusivo de fármacos. Portanto, a clínica em que acreditamos é aquela que se sustenta na oferta de condições para que o sujeito consiga lidar com seu sofrimento de forma a se libertar do constrangimento imposto pela normatividade, não somente aliviando suas dores mas transformando sua vida. Ou seja, produzir efeitos individuais, no imaginário social e, principalmente na *polis*.

Benilton Bezerra (2007, p. 28-29) nos adverte que

Não se trata de confundir os espaços da clínica e da política, nem de assimilar uma à outra. Trata-se de pensar quais efeitos na polis e no imaginário social são produzidos pela perspectiva clínica que nos orienta. Acredito ser possível afirmar que esta perspectiva, em suas linhas gerais, põe em questão certos modelos de organização do universo subjetivo dominante em nossa cultura atual, cada vez mais marcado pelo culto à performance, pela submissão à moral do espetáculo... pela adoção desenfreada de uma lógica individualista e narcísica nas relações intersubjetivas, pela exacerbação da importância do mundo privado em relação à esfera pública, e assim por diante.

Ou seja, é importante pensar a clínica como interrelação entre o sujeito e o universo social, compreendendo o sofrimento como expressão de um modo de estar no mundo, seja do ponto de vista biológico, psíquico ou social. Assim, a dimensão política da clínica se fundamenta na oferta de condições para que o sujeito — dentro de suas possibilidades —

consiga lidar com seu sofrimento de forma singular e não submetido a uma lógica normativa. É nesse sentido que defendemos a clínica como eixo fundamental de uma política de atenção ao suicídio em Campos. Uma política de respeito à singularidade, à diferença, ao incentivo à autonomia, à construção de solidariedade e laços de dependência recíproca, à valorização da ação comunitária, enfim, à predominância de valores coletivos em detrimento dos espaços privados e individuais.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao decidir pesquisar as políticas públicas no campo do suicídio, não imaginávamos a amplitude do tema e as várias janelas que o problema abre na sociedade. Buscando apresentar uma visão do ato suicida como um fenômeno complexo, muitas vezes invisível para os próprios profissionais que lidam com o assunto, percebemos que as políticas de atenção, seja de saúde, de educação ou outras, não contemplam as necessidades de uma pessoa com esse sofrimento psíquico.

Como foi exposto no texto, a partir do século XXI, o suicídio passou a ser visto como problema de saúde pública, sendo esse o motivo principal dos governos se interessarem a criar políticas de prevenção e atenção ao problema. Nessa pesquisa, foi possível analisar como o município de Campos dos Goytacazes estabelece estratégias de atenção ao suicídio de modo a fazer parte de sua política pública.

Como profissional de saúde, atuando na linha de assistência às pessoas que tentaram o suicídio, já percebíamos o desconforto que muitos apresentavam no cotidiano das unidades de saúde, seja na emergência do hospital ou mesmo nos atendimentos no ambulatório. O próprio paciente, sua família e os profissionais de saúde ou funcionários das unidades demonstravam o preconceito ainda existente atualmente, indicando a grande resistência em formular ações que pudessem minimizar o problema.

Como hipótese inicial da pesquisa, construída a partir da revisão inicial de literatura e de pesquisa documental, vimos que a atenção prestada às tentativas de suicídio no município ainda é pontual, apesar de existirem dispositivos que atendem a esta demanda, mas não há integração entre a rede de saúde pública, a rede de saúde mental e as outras ações de outros setores do município. A partir dessa hipótese, nós constatamos alguns avanços no campo da saúde mental, na educação e no bem-estar social, mas de forma desarticulada, apontando rupturas em função da falta de integralidade e intersetorialidade.

A partir dos relatos dos profissionais entrevistados, pudemos compreender que a assistência a tentativas de suicídio em Campos carece principalmente de organização dos serviços, de estrutura física e de profissionais capacitados. A falta de dispositivos próprios para assistência às tentativas de suicídio – problema evidenciado pelos próprios profissionais dos CAPS – é vista como um entrave na condução de uma política que pretende organizar o sistema de saúde de forma a oferecer assistência em vários níveis, seja na atenção básica ou nas emergências. Os profissionais entrevistados referiram não só

a deficiência da estrutura física das unidades como também a falta de recursos humanos capacitados para a assistência.

Um dos pontos observados na pesquisa foi a falta de integralidade da rede de saúde. Os serviços não se conhecem, não havendo, portanto, um fluxo no sistema de referência e contra referência, já que a atenção básica é frágil no município. Por exemplo, muitos profissionais da emergência e da rede de saúde mental não têm informação sobre a forma de encaminhamento dessas pessoas, o que causa perda de tempo entre a primeira procura e os atendimentos subsequentes. Mesmo havendo serviços intersectoriais em funcionamento no município, ainda é tímida a interlocução da rede de saúde com os outros setores envolvidos, como por exemplo, com a rede de educação (escolas), assistência social (CREAS), trabalho e renda e previdência social.

Vimos que o período analisado da política pública – entre 2015 e 2019 – obteve alguns avanços no que tange a uma tentativa de articulação no interior da rede de saúde, onde os CAPS passaram a ser uma referência para assistência a tentativas de suicídio. Vale lembrar que inicialmente essa ideia sofreu bastante resistência da gestão da época, por acreditar que os CAPS eram dispositivos para pessoas com transtorno mental grave, não sendo apropriados para quem tentou o suicídio. Essa questão indica o fenômeno da invisibilidade desenvolvido no texto. A partir da criação dos ambulatórios ampliados de saúde mental no município, a assistência foi sendo estendida, de forma a oferecer alternativas de assistência a partir da singularidade de cada caso.

Entretanto, há uma dificuldade no que tange à importância do território na atenção ao suicídio. Sabemos que a população assistida pelo SUS consiste em pessoas mais vulneráveis socialmente, que dependem de transporte, moradia, acesso aos serviços, como também de políticas públicas. Os serviços de saúde mental (CAPS, emergência e ambulatórios) não são construídos baseados na geografia da população, e sim a uma imposição de uma lógica política-administrativa. Tal fato tem como consequência a dificuldade do acesso, considerada por quase todos os entrevistados como forte empecilho na assistência.

Os relatos dos profissionais entrevistados apontaram a necessidade de fortalecimento da rede de saúde como um todo e intervenções interdisciplinares e intersectoriais devido à complexidade do fenômeno do suicídio. Nesse sentido, a precariedade da Atenção Básica constitui um empecilho para o funcionamento da rede intersectorial, pois deveria ser o primeiro acesso do sujeito em sofrimento psíquico na sua base territorial, para depois ser assistido nos dispositivos especializados, tais como

ambulatório ou CAPS. Mesmo com a equipe de matriciamento dando suporte às UBS, essa assistência não se dá a contento, provavelmente devido à falta de capacitação da equipe assistencial. A qualificação permanente em todos os serviços, inclusive nas UBS, é indispensável para ofertar aos profissionais os recursos necessários para que possam lidar melhor com os impasses que surgem na abordagem do tema do suicídio.

Quando iniciamos essa pesquisa, não tínhamos ideia da situação que estaríamos submetidos diante da pandemia da Covid-19, iniciada em janeiro de 2020. As situações impostas, tais como isolamento social, perdas de entes queridos e mudanças de hábitos geralmente não tem força suficiente para, isoladamente, provocar o ato suicida. Entretanto, sua combinação e os efeitos posteriores são fatores importantes para aumentar o risco de uma pessoa decidir tirar a própria vida (Organização Pan-Americana de Saúde, OPAS, 2021).

No momento de finalização da escrita dessa tese, nos encontramos com um saldo de 450 mil mortes no país em consequência de um coronavírus que se alastrou no mundo. No Brasil, a situação ainda é mais grave devido à condução das medidas sanitárias do atual governo, que nega a capacidade mortífera do vírus, acredita em medicamentos sem evidências científicas e ironiza as perdas sofridas pela população. E ainda trata do suicídio de forma criminosa, ao falar publicamente impropérios sobre as pessoas que deram fim à própria vida. Um governo de extrema direita que passa ao largo das desigualdades sociais, impostas por setores de uma sociedade defensora da economia pautada pelos princípios do neoliberalismo, que cada vez mais diminui a presença do estado na formulação de políticas sociais. Como afirma Boaventura Santos (2020) em seu livro “A cruel pedagogia do vírus”, a pandemia não traz novidade em relação à crise social e política, ela vem apenas agravar uma situação de crise a que a população mundial tem vindo a ser sujeita, a partir do modelo neoliberal. Daí a sua específica periculosidade.

Nesse sentido, além da necessidade de o município construir uma política de atenção ao suicídio, é importante levar em conta os estudos atuais que apontam a necessidade do avanço nas políticas de saúde voltadas para os efeitos da pandemia.

Nossa intenção não é apontar as falhas existentes no sistema de saúde municipal, mas analisar a perspectiva ainda biomédica na qual está inserida. Não obstante os pequenos avanços no campo da atenção psicossocial – através dos equipamentos de saúde mental – a rede de saúde ainda se encontra distante da proposta de atenção integral ao ato suicida.

Dessa forma, apostando em uma transformação apontada pela OMS como imperativa no enfrentamento ao suicídio, concluímos que essa atenção no município deve

ser inserida na política pública intersetorial, não só de saúde, mas nos diferentes campos em que o problema se estabelece. Para isso, além de propormos ações destinadas ao problema por meio de uma linha de cuidado, defendemos a necessidade de uma mudança no modelo de clínica baseada na ampliação de seus propósitos. Não mais uma clínica exercida na direção individual e sim uma clínica a partir da ética de cuidado, de inclusão social.

## REFERÊNCIAS

ABP – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir.** Brasília, DF: CFM: ABP, 2014. Disponível em [https://www.sbahq.org/resources/pdf/defesaprofissional/artigos/cartilha\\_suicidio.pdf](https://www.sbahq.org/resources/pdf/defesaprofissional/artigos/cartilha_suicidio.pdf). Acesso em: 8 jan. 2021.

ABP – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil.** Disponível em: <https://www.abp.org.br/post/diretrizes-abp-cfm>. Acesso em: 20 jan. 2021.

ABRASCO. Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: [www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619](http://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619). Acesso em: 20 fev. 2019.

ALVAREZ, A. **O Deus selvagem:** um estudo do suicídio. Tradução: Sônia Moreira. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

ALVES, D. S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2001.

AMARANTE, P. (coord.). **Loucos pela Vida:** a trajetória de reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. (coord.). **O homem e a serpente:** outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.

AMARANTE, P. (coord.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2021.

APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition. Arlington: American Psychiatric Association, 2013. Disponível em <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>. Acesso em: 3 mar. 2021.

ARIÈS, P. **História da Morte no Ocidente.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

ATHIÉ, K.; FORTES, S.; DELGADO, P.G.G. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). **Rev Bras Med Fam Comunidade.** Rio de

Janeiro, 2013, jan-mar; v. 8, n. 26. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/536>. Acesso em: 8 jan. 2021.

BAÉRE, F de. Registros de tentativas de suicídio no Distrito Federal: Uma realidade subnotificada. **Revista Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 23, n. 01, 2019. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/51144/38433>. Acesso em: 15 jan. 2020.

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; MOURA, A. L. (org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BERENCHTEIN NETTO, N. Suicídio: **Uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético**. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP), São Paulo, 2007. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17213>. Acesso em: 15 jan. 2020.

BERTOLETE, J. M. **Prevenção Do Suicídio: Um Manual Para Profissionais Da Saúde Em Atenção Primária**. Organização Mundial da Saúde (OMS). 2000. Disponível em [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/en/suicideprev\\_phc\\_port.pdf](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf). Acesso em: 15 jan. 2020.

BERTOLETE, J. M., MELLO-SANTOS, C. D., BOTEAGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, p. 87-95. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600005>. Acesso em: 15 jan. 2020.

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. **World Psychiatry**, 1, 181-185. 2002. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16946849/>. Acesso em 10 out. 2020.

BEZERRA JR. Um apelo à clínica: nem o respaldo da norma, nem o extravio na dor. In: Caderno Saúde Mental: A Reforma Psiquiátrica que Queremos Por uma Clínica Antimanicomial. Organização de Ana Marta Lobosque. In: **Encontro Nacional de Saúde Mental**, ESP-MG, v. 1. Belo Horizonte, 2006. Disponível em <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/06/caderno-saude-mental.pdf> Acesso em: 20 jan. 2021.

BOTEAGA, N.J.; BARROS, M.B.A.; OLIVEIRA, H.B.; MARÍN-LEÓN, L.; DALGALARRONDO, P. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 45-53, 2005. Disponível em [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462005000100011](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000100011). Acesso em: 20 set. 2019.

BOTEAGA, N. J. A entrevista psiquiátrica. In: LOUZÃ NETO; Mário Rodrigues; ELKIS, Hélio (org.). **Psiquiatria Básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007, p. 113-121.

BOTEGA, N. J.; MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B.; BARROS, M.B.A.; SILVA, V. S.; DALGALARRONDO, P. Prevalência de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito populacional em Campinas SP, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** (ENSP. Impresso), v. 25, p. 2632-2638, 2009.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida: Avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed. 2015.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, pp. 231-236. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

BOTEGA, N. J.; CAIS, C. F. S.; RAPELI, C. B. Comportamento suicida. In N. J. Botega (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2012, p. 335-355.

BOTEGA, N. J., RAPELI, C.B. Tentativa de suicídio. In Botega, N.J. (org.) **Prática psiquiátrica no hospital geral**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BOTEGA, N. J. **A tristeza transforma, a depressão paralisa: um guia para pacientes e familiares**. São Paulo: Benvirá, 2018.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da república Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf). Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_gestao\\_saude\\_mental\\_2003-2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf). Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL. **Declaração de Caracas, 1990**. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf). Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. **Portaria 154 GM/MS de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html). Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. **Portaria 3.088 MS/GM de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema

Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. **Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental**. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/DAPES Secretaria de Atenção à Saúde Brasília, agosto de 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Ministério da Saúde, Brasília, 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.htm). Acesso em: 15 jan. 2020.

BRASIL. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Volume 2, Série B. Ministério Da Saúde, Organização Pan-Americana Da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília, 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia\\_brasileira\\_sistemas\\_saude\\_volume\\_2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volume_2.pdf) Acesso em: 28 jan. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica Ampliada e Compartilhada. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2009. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica ampliada compartilhada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf) Acesso em: 13 mar. 21.

BRASIL. **Portaria GM Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a política nacional de atenção básica, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. In: diário oficial da união. Ministério Da Saúde, Brasília, 2011, n. 886, Seção I, p. 48. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 2 ago. 2019.

BRASIL. **Passo a passo: Programa Saúde na Escola. Tecendo caminhos da intersectorialidade**. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passo\\_a\\_passo\\_pse.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passo_a_passo_pse.pdf). 2011. Acesso em: 24 mar. 2021.

BRASIL. **Portaria Nº 1.271 de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html) Acesso em: 24 mar. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em: 24 mar. 2021.



BRASIL. **Agenda Estratégica de Prevenção ao Suicídio**. Ministério da Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2019.

BRASIL. **NOTA PÚBLICA**: Conselho Nacional de Saúde (CNS) defende Política Nacional de Saúde Mental desinstitucionalizadora, antimanicomial e com participação social. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1505-nota-publica-cns-defende-politica-nacional-de-saude-mental-desinstitucionalizadora-antimanicomial-e-com-participacao-social>. Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017**. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. Ministério da Saúde. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194\\_30\\_11\\_2017.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3194_30_11_2017.html). Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. **Nota de Posicionamento do Sistema Conselhos de Psicologia sobre o documento “Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil”**. Conselho Federal de Psicologia. 2020. Disponível em: [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/12/951.1\\_Vigilia-em-Defesa-da-Saude-Mental-Carta-v1.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/12/951.1_Vigilia-em-Defesa-da-Saude-Mental-Carta-v1.pdf). Acesso em: 20 jan. 2020.

BRASIL. **Recomendação nº 040, de 18 de maio de 2020**. Recomenda a revisão da Nota Técnica nº 12/2020 e a implementação de outras providências para garantir os direitos das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no contexto da pandemia pelo Covid-19. CNS, Brasília. 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1181-recomendacao-n-040-de-18-de-maio-de-2020>. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRAVO, M. I. S.; VASCONCELOS, A.M.; GAMA, A.S.; MONNERAT, G.L. (org). **Saúde e serviço social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

BRAVO, M. I. S. [et al.], (org). **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica**. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde-textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf) Acesso em: 6 ago.2020.

BRUNHARI, M. V. **Suicídio: um enigma para a psicanálise**. Curitiba: Juruá, 2017.

CAIS, C. F.S. **Prevenção do suicídio: estratégias de abordagem aplicadas no município de Campinas-SP**. Dissertação (Mestrado). Campinas (SP). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2011. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/309380>. Acesso em: 20 jan. 2020.

CALAZANS, R., BASTOS, A. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. **Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v. 11, n. 4, p. 640-652,

dezembro 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n4/v11n4a10.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

CAMPOS DOS GOYTACAZES. **Indicadores da Saúde do 3º quadrimestre de 2015** apresentados na Câmara, 20/04/2016. Disponível em: [https://www.campos.rj.gov.br/exibirNoticia.php?id\\_noticia=35447](https://www.campos.rj.gov.br/exibirNoticia.php?id_noticia=35447). Acesso em: 29 jan. 2021.

CAMUS, A. **O mito de Sísifo**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2006.

CAPES. Catálogo de Teses e Dissertações. Disponível em: [www.catalogodeteses.capes.gov.br](http://www.catalogodeteses.capes.gov.br). Acesso em: 30 mai. 2018.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Revista Estudos Avançados**. v. 27, n. 78, São Paulo, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>. Acesso em: 29 jan. 2021.

CARVALHO, S. **A morte pode esperar?** Clínica psicanalítica do suicídio. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2014.

CASSAB, C. Epistemologia do espaço na obra de Milton Santos: breve panorama. **Revista Geografias**. Belo Horizonte, 04, 1, 98-108 jan.-jun. 2008. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/13260-Texto%20do%20artigo-35325-1-10-20190614.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2021.

CASSORLA, R. M. S. **Suicídio**: fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução. São Paulo: Ed. Blücher, 2018.

CAVALCANTI, F. G. et al. Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17, 8, p. 2039-2052, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800015>. Acesso em: 14 fev. 2021.

CHIAVERINI, D. H [et al.]. (org.) **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf). Acesso em: 17 jul. 2020.

COELHO, M, C, P. O conselho municipal de saúde de Campos dos Goytacazes: a gestão 1998/2000. 2003. 80 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais) – Universidade Estadual Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacazes, 2003. (impresso).

CONTE, M. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 17, 8, p. 2017-2026, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800013>. Acesso em: 20 jan. 2020.

CORDEIRO, H. **As Empresas Médicas**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

CORREA, H., VIANA, M. M., ROMANO-SILVA, M. A, et al. (2005). Psiconeuroendocrinologia e comportamento suicida. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 54, p. 138-44. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-438305>. Acesso em: 20 jan. 2020.

COSER, O. Melancolia e depressão na psicopatologia clássica. In: COSER, O. **Depressão: clínica, crítica e ética [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 170 p. Coleção Loucura & Civilização. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 28 jun. 2019.

COSTA JR., F.; MEDEIROS, M. (2007). Alguns Conceitos de Loucura entre a Psiquiatria e a Saúde Mental: Diálogos entre os Opostos? **Psicologia USP**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 57-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642007000100004>. Acesso em: 20 jan. 2020.

CVV. CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA. **Falando abertamente sobre suicídio**. São Paulo, 2013. Disponível em: [www.cvv.org.br](http://www.cvv.org.br). Acesso em: 13 jan. 2020.

CZERESNIA D., FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio De Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. P.39-53.

DANTAS, E. S. O. Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290303>. Acesso em: 13 jan. 2020.

DELGADO, P. G. G. **As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil**. 1992, Rio de Janeiro, Te-Corá.

DELGADO, P. G. G.; LEAL, E. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P, et al. (org.). **Desinstitucionalização na saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. 1a ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007, p. 137-154. Disponível em: <http://www.psicologia.uerj.br/pdf/Leal%20E%20M%20e%20Delgado>. Acesso em: 12 mar.2021.

EPSJV. **Entrevista concedida à Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz**, em 14/12/2017. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/em-termos-de-educacao-publica-nunca-experimentamos-uminimigo-com-uma-forca?page=6>. Acesso em: 13 jan. 2020.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

DURKHEIM, E. **O Suicídio**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ELIA, L. A rede da atenção na saúde mental: articulações entre CAPS e ambulatórios. In: BRASIL. **Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil**. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Brasília-DF, 2005. p. 49-61. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Caminhos-para-uma-Politica-de-Sa--de-Mental-Infanto-Juvenil--2005-.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2019.

ESTELLITA-LINS, C. (org.). **Trocando seis por meia dúzia: Suicídio como Emergência do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2012.

FARIA, T. W. **Dilemas e Consensos: a seguridade social brasileira na Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88**. Um estudo das micro-relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil, 1997. Dissertação (Mestrado), Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-239314>. Acesso em: 09 fev. 2021.

FECHIO, L. G. **Suicídio e ética: uma apreciação em nossos dias à luz da Gaudium et Spes**. Dissertação (Mestrado Teologia Prática). 2008. Centro Universitário Assunção (UNIFAI), Pontifícia Faculdade De Teologia Nossa Senhora Da Assunção, Faculdade de Teologia. São Paulo, 2008. 139 f. Disponível em: <https://livros01.livrosgratis.com.br/cp080943.pdf>. Acesso em: 17 out. 2019.

FERREIRA, N. S. A. As pesquisas denominadas “Estado da Arte”. **Revista Educação & Sociedade**, ano XXIII, nº 79, agosto/2002, 257-272. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s010173302002000300013&script=sci\\_abstract&tln\\_g=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s010173302002000300013&script=sci_abstract&tln_g=pt). Acesso em: 13 set. 2019.

FIORI, J. L. **Em Busca do Dissenso Perdido: ensaios críticos sobre a festejada crise do Estado**. Rio de Janeiro: Insight, 1995.

FLEURY, S., OUVENEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L.V.C., NORONHA, J. C., CARVALHO, A. I. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.23-64.

FOGAÇA, V. H. B. **Entre tabus e rupturas: terceiro setor, políticas públicas e os caminhos da prevenção do suicídio no Brasil**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas), Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa, Programa de pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas, 2019. 303 f. Disponível em: <https://tede2.uepg.br/jspui/bitstream/prefix/2787/1/Vitor%20Hugo%20Bueno%20Foga%C3%A7a.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2021.

FOUCAULT. M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2002.

FOUCAULT. M. **O Nascimento da clínica**. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FREITAS, A. P. A.; MARTINS-BORGES, L. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.14, n. 2, 560-577. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180842812014000200010&lng=pt&tln\\_g=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812014000200010&lng=pt&tln_g=pt). Acesso em: 09 fev. 2021

FREITAS, A. P. A.; MARTINS-BORGES, L. **O nascimento da clínica**. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FREUD, S. **Extratos dos documentos dirigidos a Fliess**. Carta 64 (Rascunho N [Notas III] [1897]). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1974. Vol. I.

FREUD, S. **Contribuições para um debate sobre o suicídio**. (1910) In: Edição Standard Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1974, vol. XI.

FREUD, S. **Reflexões para os tempos de guerra e morte** (1915). In: Edição Standard Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1974, vol. XVIII.

FREUD, S. **Luto e Melancolia** (1915). In: Edição Standard Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1974, vol. XII.

FREUD, S. **Além do princípio do prazer** (1920). In: Edição Standard Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1974, vol. XII.

FREUD, S. **O problema econômico do masoquismo** (1924). In: Edição Standard Brasileira das obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1974, vol. XIX.

GARCÍA, M. A. Cuando la escucha es una apuesta a la vida. In: Psicoanálisis Y El Hospital – El ser hablante y la muerte, 10 (20) nov. 2001. Disponível em: <https://www.psiconet.com/psa-hospital/20.htm>. Acesso em: 27 mar. 2021.

GONDIM, D. S. M. **Análise da Implantação de um serviço de emergência psiquiátrica no município de Campos** – Inovação ou reprodução do modelo assistencial? Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/Fiocruz, 2001. 130 f. Disponível em: [https://portaldeseres.icict.fiocruz.br/transfp.php?script=thes\\_print&id=00001000&lng=pt&nr\\_m=iso](https://portaldeseres.icict.fiocruz.br/transfp.php?script=thes_print&id=00001000&lng=pt&nr_m=iso). Acesso em: 18 out. 2019.

GONDIM, D. S. M., TEIXEIRA, C. R. **Projeto de Assistência a Tentativas de Suicídio no Hospital Ferreira Machado**. Documento do serviço de Psicologia do HFM. Não publicado. Campos dos Goytacazes, RJ, 2015.

GONDIM, D. S. M., TEIXEIRA, C. R. **O que é um ambulatório ampliado de Saúde Mental. Documento apresentado na reunião de capacitação de funcionários da recepção do Ambulatório Ampliado de Saúde Mental – Parque Imperial**. Não publicado. Campos dos Goytacazes, 2019.

GUTIERREZ, B. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, 262-269, 2014. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642014000300262&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642014000300262&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 30 set. 2019.

HECK, R. M. et al. Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 26-33, 2012. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S010407072012000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010407072012000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 9 nov. 2020.

HOCHMAN, G. & FONSECA, C. M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, D. (Org.) **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados do censo 2010. Dados Campos dos Goytacazes, RJ, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/campos-dos-goytacazes/panorama>. Acesso em: 12 jan. 2021.

JODELET, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Org.). **As representações sociais** (L. Ulup, trad., pp. 17-44). Rio de Janeiro: Ed. UERJ.

KASTENBAUM, R.; AISENBERG, R. **Psicologia da morte**. Trad. Adelaide Petters Lessa. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 1983.

KAUFMANN, J.C. **A Entrevista Compreensiva: um guia para pesquisa de campo**. Petrópolis: Vozes, 2013.

KOCH, D. B.; OLIVEIRA, P. R. M. As políticas públicas para prevenção de suicídios. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v. 2, n. 2, 2015. Disponível em: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/view/9226>. Acesso em: 14 jan. 2021.

KOVÁCS, M. J. (Org.). **Morte e desenvolvimento humano**. 5. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

LACAN, J. (1945). Tempo Lógico e a Asserção da Certeza Antecipada - Um Novo Sofisma. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 197.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS et.al. (Eds). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2006. p. 615-634. São Paulo: Hucitec.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS. **Vocabulário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 2014.

LEITE, S. Histeria de conversão, ainda? **Net**. Rio de Janeiro, maio 2011. Disponível em: <http://www.corpofreudiano.com.br/siteflash/eventos/2encontronacional/trabalhos/14sonialeite.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

LIMA, J. S.; DESLANDES, S. F. Olhar da gestão sobre a ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, 2015, p. 661-673. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200021>. Acesso em: 15 jan. 2020.

LIMA, N. T.; FONSECA, C.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva. In: LIMA, N. T. (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LIMA, L. C. **Polimorfismo N251K no gene do receptor alfa 2A adrenérgico em pacientes deprimidos que tentaram o suicídio.** Dissertação (Mestrado em Medicina). Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Faculdade de Medicina. Rio Grande do Sul. 2007. 93 f. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/10313>. Acesso em: 13 out. 2019.

LIRA, R.A. **Representação, participação e cooptação nos conselhos municipais em Campos dos Goytacazes/RJ. 2012.** Tese (Doutorado em Sociologia Política) – Universidade Estadual do Norte Fluminense, Campos dos Goytacazes – RJ, 2012. 129 f. Disponível em: <http://www.uenf.br/posgraduacao/sociologiapolitica/wpcontent/uploads/sites/9/2013/03/Tese-Doutorado-Rodrigo-Lira-Vers%C3%A3o-Final.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2021.

LYRA, D. A. Consequências da Extinção da Estratégia Saúde da Família para oferta de assistência fisioterapêutica e de algumas especialidades Médicas no município de Campos dos Goytacazes, RJ. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família). Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2011. 66 f. Disponível em: <https://portal.estacio.br/media/3672/diogo-lyra.pdf> Acesso em: 18 jan. 2021.

LOVISI, G. M. et al. Análise Epidemiológica do Suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 31 (supl 2) pp. 86-93. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s2/v31s2a07.pdf>. Acesso em: 12 out. 2019.

LUCCHESI, P.T.R. (coord). **Políticas públicas em Saúde Pública.** Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde Biblioteca Virtual em Saúde / Saúde Pública Brasil Projeto: Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública – ITD. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. 90 p. Disponível em: [http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese\\_Politicass\\_publicas.pdf](http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Politicass_publicas.pdf). Acesso em: 14 out. 2019.

MARQUETTI, F. C., KAWAUCHI, K. T., PLEFFKEN, C. O suicídio, interditos, tabus e consequências nas estratégias de prevenção. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 02, n. 01, Salvador, Bahia, 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/1839-429-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/1839-429-PB%20(2).pdf). Acesso em: 20 jan. 2021.

MARX, Karl. **Sobre o Suicídio.** Tradução de Rubens Enderle e Francisco Fontanella. São Paulo: Boitempo, 2006.

MATTOS, R. A. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004, p. 1411-1416. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2004000500037&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2004000500037&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 13 set. 2019.

MELO, M.V.M. **Descentralização E Políticas Regulatórias: A Trajetória Do Sus Em Campos Dos Goytacazes-RJ.** Tese (Doutorado em Sociologia Política). Centro de Ciências do Homem, da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). Campos dos Goytacazes, 2018. 329 f. Disponível em: <https://uenf.br/posgraduacao/sociologia-politica/wp->

<content/uploads/sites/9/2019/08/TESE-DESCENTRALIZA%C3%87%C3%83O-EPOL%C3%8DTICAS-REGULAT%C3%93RIAS.pdf> Acesso em: 20 jan. 2021.

MELLO-SANTOS C., WANG Y.P., BERTOLETE J.M. Epidemiology Of Suicide In Brazil (1980-2000): Characterization Of Age And Gender Rates Of Suicide. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 27, 2005, p. 131-4. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462005000200011](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000200011). Acesso em: 20 out. 2019.

MEDEIROS, J. A. **O Processo De Reimplantação Da Estratégia De Saúde Da Família (ESF) No Município De Campos Dos Goytacazes/RJ entre os anos de 2009/2015: Avanços e Desafios**. Dissertação (Mestrado Políticas Sociais). Centro de Ciências do Homem. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro. Campos dos Goytacazes, 2018. 144 f. Disponível em: <https://uenf.br/posgraduacao/politicas-sociais/wp-content/uploads/sites/11/2018/05/JACINTA-DE-AGUIAR-MEDEIROS.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

MENDES, E. V. (Org.) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1993.

MENDES A. C. G.; MIRANDA, G. M. D.; FIGUEIREDO, K. E. G.; DUARTE, P. O.; FURTADO, B. M. A. S. M. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, 2012, p. 2903-2912. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a06.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2021.

MINAYO, M. C. S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 7-19, 2001. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000100002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000100002&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 15 jan. 2020.

MINAYO, M. C. S. A autoviolência, objeto sociologia e problema de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 2, 1998, p. 421-428. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000200019>. Acesso em: 15 jan. 2020.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

MINOIS, G. **História do suicídio: A sociedade ocidental diante da morte voluntária**. Lisboa: Teorema, 1998.

MONTAIGNE, Michel. **Ensaio**: volume 1. Tradução de Sérgio Milliet. São Paulo: Nova Cultural, 2000. 511 p. (Coleção Os Pensadores [Nova Cultural])

NICÁCIO, M. F. O Processo de Transformação da Saúde Mental em Santos: Desconstrução de Saberes, Instituições e Cultura. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais), PUC-SP, 1994. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/4015>. Acesso em: 13 out. 2019.

NIETZSCHE, F. **Humano, demasiadamente humano**. Cia. Das Letras: São Paulo, 2000.



NIETZCHE, F. **Para além do bem e do mal**. Cia. Das Letras: São Paulo, 1992.

NIETZCHE, F. **Crepúsculo dos Deuses**. Relume-Dumará: Rio de Janeiro, 2000.

NUNES, M. O.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Prevenção, Atenção e Controle em Saúde Mental. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.) **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 501-512. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2006000500018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2006000500018&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 20 jan. 2020.

OPAS – Organização Panamericana de Saúde (2015-2020). Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-2109.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2019.

OPAS – Organização Panamericana de Saúde (2015-2020). Pandemia de Covid-19 aumenta fatores de risco para suicídio. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/10-9-2020-pandemia-covid-19-aumenta-fatores-risco-para-suicidio>. Acesso em: 13 mar. 2021.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em: [http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S15181812201000020002&lng=pt&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15181812201000020002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 jan. 2021.

PALLARES, P. A.; BAHLS, S. O suicídio nas civilizações: uma retomada histórica. **Revista Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, v. 97, 2003, p. 84-85. Disponível em: <http://www.aperjrio.org.br/publicacoes/revista/2003/suicidio.asp>. Acesso em: 10 jul. 2019.

PECORARO, R.; CIORAN, A. **Filosofia em Chamas**. Coleção Filosofia 179. EDIPUCRS: Porto Alegre, 2004.

PEREIRA, Potyara A. P. **Política Social: temas e questões**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

RIGHI, A. W.; SHMIDT, A. S.; VENTURINI, J. C. Qualidade em Serviços Públicos de Saúde: Uma avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista Produção Online**, vol. 10, n. 3, set/2010. Disponível em: <https://producaoonline.org.br/rpo/article/view/405>. Acesso em: 15 mar. 2021.

RINALDI, D. Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 315-323, 2015. Disponível em [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015000200315&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015000200315&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 20 fev. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. **Divisão de Vigilância Epidemiológica. Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis. Prevenção do Suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram**. Organização: MOURA, A. T. M. S.; ALMEIDA, E. C.; RODRIGUES, P.

H. A.; NOGUEIRA, R. C.; SANTOS, T. E. H. H. Porto Alegre: CORAG, 2011. 87p. Disponível em <https://www.polbr.med.br/ano11/034704do1ao64.pdf> Acesso em: 20 jan. 2020.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A Cruel Pedagogia do Vírus**. Coimbra: Edições Almedina, 2020.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço**: Técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1999.

SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SARACENO B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 1999.

SECCHI, L. Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2010. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141565552011000600017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141565552011000600017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 20 jan. 2021.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e Intersetorialidade na Atenção Psicossocial: Contextualizando o Papel do Ambulatório de Saúde Mental. **Psicologia: ciência e profissão**, 2011, v. 31, n. 3, 2011, p. 640-655. Disponível em [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141498932011000300015&script=sci\\_abstract&tln g=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141498932011000300015&script=sci_abstract&tln g=pt) Acesso em: 20 jan. 2021.

SHOPENHAUER, A. **Contribuições à doutrina do sofrimento do mundo**. Coleção Os Pensadores. Cap. XIV- Contribuições à doutrina da afirmação e da negação do querer viver. Editora Nova Cultural, 1991.

SHOPENHAUER, A. **O mundo como Vontade e como Representação**. Tradução: Jair Barboza. São Paulo: Editora UNESP, 2005.

SILVA FILHO, J. A.; SILVA, R. R.; CUNHA, M C.; BEZERRA, A. M. Assistência em Saúde Mental para além da Medicalização: **Revisão Integrativa**. **Id online Rev. Mult. Psic.** v. 12, n. 42, 2018, p. 641-658. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1355/0>. Acesso em: 13 mar. 2021.

SILVA, M. C. M. **Renúncia à vida pela morte voluntária: o suicídio aos olhos da imprensa no Recife dos anos 1950**. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH). Recife, PE, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/7124>. Acesso em: 26 set. 2010.

SOARES, A. T. M. et al. (Org.). **Prevenção do suicídio no nível local**: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram. Porto Alegre: Corag, 2011.

SOLOMON, A. **O demônio do meio-dia**: uma anatomia da depressão. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

SOUZA AC. **Em tempos de PSF...** Novos rumos para Saúde Mental. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Ministério da Saúde Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2004. 167 f. disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4644/2/679.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2021.

SOUZA, A. C. E; RIVERA, F.J.U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Rev Tempus Actas Saúde Colet.** v. 4, n. 1, 2010, p. 121-132 Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Inclus%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2021.

SUOMINEN, K.; ISOMETSA, E.; SUOKAS, J.; HAUKKA, J.; ACHTE, K.; LONNQVIST, J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. In **Journal Psychiatry**, 161, 3, 2004, p. 562-563. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14992984/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

TENÓRIO, F. Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. **Cadernos do IPUB.** A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental. Rio de Janeiro, v. 6, n. 17, p. 79-91, 2000.

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

UQÀM. Université du Québec à Montréal. Faculté des sciences humaines. Centre for Research and Intervention on Suicide, Ethical Issues and End-of-Life Practices (CRISE). Disponível em: <https://crise.ca/>. Acesso em: 3 fev. 2021.

VAZ, L. O problema do suicídio em Montaigne. **Revista Kriterion**, Belo Horizonte-MG, v. 53, n. 126, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/kr/a/3bVfjHkv8PCxG9BrJkMhwvc/?lang=pt>. Acesso em: 23 jul. 2019.

VENÂNCIO, V. A. S. **A descentralização do Setor Saúde no Município de Campos dos Goytacazes na década de 90.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/7124>. Acesso em: 20 jan. 2021.

VENEU, M. G. **Ou não ser**: uma introdução à história do suicídio no ocidente. Editora Universidade de Brasília, 1994.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, 2013, p. 108-114. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/163?show=full>. Acesso em: 9 fev. 2021.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência**: Os jovens do Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2011. Disponível em: [https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Repositorio/39/Documentos/mapa\\_viol%C3%Aancia\[2\].pdf](https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Repositorio/39/Documentos/mapa_viol%C3%Aancia[2].pdf). Acesso em: 9 fev. 2021.

WERLANG, B. G.; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WHO - World Health Organization. **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra. 2000. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/en/suicideprev\\_phc\\_port.pdf](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf). Acesso em: 12 fev. 2021.

WHO - World Health Organization. **Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS**: protocol of SUPRE-MISS. Geneva: World Health Organization. 2002. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/supremiss/en/](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supremiss/en/). Acesso em: 12 fev. 2021.

WHO – World Health Organization. **Suicide prevention**: facing the challenges, building solutions. WHO European Ministerial Conference on Mental Health, 1-6. 2006. Disponível em: <https://www.paho.org/en/topics/suicide-prevention>. Acesso em: 3 fev. 2021.

WHO – World Health Organization. **Preventing suicide**: a global imperative. 2014. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1). Acesso em: 30 out. 2018.

WHO – World Health Organization. **Suicide in the world**: Global Health Estimates. 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 13 fev. 2021.

WPA – World Psychiatric Association. **Prevenção do suicídio durante e após a pandemia COVID-19**: recomendações baseadas em evidências para 2020. 2019. Disponível em: <https://www.wpanet.org/post/suicide-prevention-during-and-after-the-covid-19-pandemic-evidence-based-recommendations-2020>. Acesso em: 20 jan. 2021.

ZANIANI, E.J.M.; LUZIO, C.A. Intersetorialidade nas publicações acerca do censo de atenção psicossocial juvenil. **Psicologia Em Revista**. Belo Horizonte, MG, v. 20, n. 1, p. 56-77, abr. 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1677-11682014000100005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-11682014000100005). Acesso em: 20 jan. 2021.