

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

Luciana França Cescon

**CUIDADO, FRÁGIL: APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS DE
TRABALHADORES DE UM CAPS NA ATENÇÃO AO SUICÍDIO**

Santos
2015

Luciana França Cescon

**CUIDADO, FRÁGIL: APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS DE
TRABALHADORES DE UM CAPS NA ATENÇÃO AO SUICÍDIO**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista, para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ângela Aparecida Capozzolo

Co-Orientadores: Prof. Dr. Alexandre Henz

Profa. Dra. Laura Camara Lima

Santos

2015

Cescon, Luciana França

Cuidado, frágil: aproximações e distanciamentos de trabalhadores de um CAPS na atenção ao suicídio / Luciana França Cescon. Santos, 2015.
xi, 142f.

Tese (Mestrado). Universidade Federal de São Paulo – Baixada Santista. Programa de Pós Graduação Ensino em Ciências da Saúde.

Título em inglês: Fragile, Handle with Care: similarities and differences of CAPS workers in suicide care.

1. Suicídio. 2. Educação Permanente. 3. Saúde Mental. 4. Processos de Trabalho em Saúde.

LUCIANA FRANÇA CESCÓN

**CUIDADO, FRÁGIL: APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS DE
TRABALHADORES DE UM CAPS NA ATENÇÃO AO SUICÍDIO**

Banca Examinadora

Prof. Dr. Damian José Kraus

Prof. Dr. Roberto Tykanori Kinoshita

Prof. Dr. Sidnei José Casetto

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus orientadores, professores Alexandre e Laura, e especialmente à professora Angela, pela paciência, pelo afeto e pelo apoio constante.

Agradeço aos professores Fernanda Marquetti e Fernando Kinker, pela leitura atenta e pelas contribuições na qualificação da pesquisa.

Agradeço aos demais professores do Mestrado Profissional da Unifesp Baixada Santista e aos queridos colegas de curso, pelas sugestões e troca de experiências.

Agradeço aos colegas de trabalho, especialmente aqueles que gentilmente participaram desta pesquisa, pela potência dos nossos encontros que vão além do convívio profissional.

Agradeço à minha família (minha mãe, Janete, meus filhos Gabriel e Dimitri, meu marido Silvio e meu irmão Manoel) e a cada um dos meus amigos, especialmente Érika Perina Motoyama e Marcelo Bonachela, porque cada um contribui para o meu crescimento pessoal e profissional, todos os dias.

Dedico esse trabalho:

Ao meu pai, João França, que sempre me incentivou a estudar e que me acompanhou até a qualificação dessa pesquisa, pois partiu em abril deste ano, deixando seus ensinamentos como norte para que eu pudesse seguir em frente.

RESUMO

Este trabalho investigou a atenção ao suicídio em um dos NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) de Santos/SP, visando propor intervenções que possam qualificar a atenção a estes casos. Trata-se de uma pesquisa-intervenção de abordagem cartográfica, na qual foram utilizados diversos instrumentos para a produção dos dados. Pretendeu-se inicialmente compreender a organização do processo de trabalho para atender a esta demanda e para tal foram realizados levantamentos dos registros de atendimentos da triagem no período maio de 2012 a dezembro de 2013, estudo de prontuários com relato de tentativa de suicídio e/ou ideação suicida e análise do fluxo de atendimento do usuário no serviço. Foram realizadas também entrevistas semiestruturadas com trabalhadores de saúde envolvidos nesse atendimento para compreender suas concepções a respeito do tema. Esses materiais, bem como a implicação da pesquisadora, que também integrava a equipe desta unidade foram analisados em espaços de orientação individual e coletiva. Constatou-se que as ofertas de atenção estavam centradas na medicalização do sofrimento mental e a organização do serviço era predominantemente centrada na oferta de consultas médicas. No que diz respeito ao suicídio, percebeu-se que havia uma simplificação da problemática relacionada ao tema e que seria importante ver de uma forma mais complexa as diferentes perspectivas sobre o suicídio e como oferecer cuidado nesses casos. Os dados iniciais dispararam questionamentos que motivaram a construção de um material que também se constitui como produto de pesquisa, denominado como caixa de afecções (com livros, artigos, filmes, músicas e poesias) que traz diferentes percepções sobre suicídio e foi utilizado nas rodas de conversa, podendo ser consultado e/ou utilizado por profissionais, estudantes e outros que se interessem pelo tema – disponibilizado no blog Falando sobre suicídio (<http://falandosobresuicidio.blogspot.com.br>). Na fase seguinte da pesquisa, foram realizadas quatro rodas de conversas com a equipe, nas quais os materiais e as questões sistematizadas foram apresentados e dispararam novas conversas que permitiram problematizar as concepções predominantes sobre o tema e repensar o processo de trabalho da equipe na unidade, não apenas em relação à atenção ao suicídio, mas também para as outras demandas de sofrimento mental. Também emerge como aspecto importante, tanto nas entrevistas individuais quanto nas rodas de conversa, o sofrimento dos trabalhadores desse equipamento e a medicalização do sofrimento. Posteriormente, foram entrevistados também os psiquiatras da unidade, dada a importância da consulta médica e da prescrição de medicamentos na organização do serviço para atender a esta e outras demandas. Esta etapa produziu novos dados que contribuirão para a ampliação dessa discussão. As intervenções construídas por esta investigação ocorreram desde os momentos iniciais da pesquisa e se expressam no protagonismo dos trabalhadores, que se mobilizaram para a criação de espaços de encontro e de educação permanente, com o objetivo de analisar seu processo de trabalho e o cuidado produzido. Espera-se contribuir para a reflexão e propostas de cuidado para este importante problema da saúde pública.

Palavras-chave: Suicídio, Educação Permanente, Saúde Mental, Processos de Trabalho em Saúde.

ABSTRACT

Fragile, Handle with Care: similarities and differences of CAPS workers in suicide care

This work investigated the suicide care in a Psychosocial Care Center from Santos/SP, proposing interventions that may qualify attention to these cases. It is an intervention research with cartographic approach, in which several instruments have been used to produce data. It is intended to initially understand the organizational work process to meet this request and, for that, screening appointment records from May 2012 to December 2013 were collected, study of medical records with suicidal ideation and/or suicide attempt and a examination of user's appointment flow . They were also carried out semi-structured interviews with health workers involved in these cases to understand their views on the subject. These materials, as well as the implication of the researcher who was part of this unit staff, were analyzed in individual and collective orientation spaces. It was found that care offers were focused on mental distress medicalization and the service organization was predominantly focused on providing medical appointments. With regard to suicide, it was realized that there was a simplification for the problem related to the subject and it would be important to see in a more complex way the different perspectives about suicide and how to provide care in such cases. First analyzes create questions that allowed the construction of a material that also represents a research product, called as affection box (with books, articles, movies, music and poetry) that brings different perceptions about suicide and was used on the conversation circles. It can be consulted and/or used by professionals, students and others who are interested in the subject – available in attachment and blog. On the next phase of this research, four conversation circles were made with the team, in which the materials and systematic issues were presented and provoked new conversations that allowed to question the prevailing views on the subject and rethink work process in the unit, not only in terms of suicide care, but also for other mental suffering issues. Another important aspect is workers suffering and the medicalization of this suffering. Later, unit's psychiatrists were also interviewed, considering the importance of medical appointment and drug prescription in this service organization to meet these and other requests. This step produced new data what contributed to the expansion of this discussion. Interventions built by this investigation appeared since the early stages and they are expressed in the leadership of these workers, who have reunited to create spaces for meeting and continuing education in order to analyze their work processes and the produced care. In this way, it aims to contribute to reflection and attention proposals for this important public health problem.

Keywords: Suicide; Continuing Education; Mental Health; Work Processes in Health.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

– Carl G. Jung

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	10
1. APRESENTAÇÃO	10
II. PERCURSO DA INVESTIGAÇÃO	16
III. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	22
3.1. Acerca do suicídio: primeiras aproximações	22
3.2. O problema da prevenção ao suicídio e a organização dos serviços	31
3.3. A Saúde Pública e suas Implicações na atenção ao suicídio.....	36
3.4. Trabalhadores de saúde diante da demanda de suicídio	41
4. PRODUÇÃO DE DADOS NO CAMPO	47
4.1. Caracterização do serviço: aproximações com o cotidiano	47
4.2. Análise de prontuários	54
4.3. Entrevistas com os trabalhadores – primeiras conversas	58
4.4. Planejamento das Rodas de Conversa e Caixa de Afecções	80
4.5. Rodas de Conversa: múltiplos afetos	82
4.6. Considerações parciais: outras contribuições.....	101
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS.....	125
APÊNDICE I.....	132
APÊNDICE II.....	133
APÊNDICE III.....	134
ANEXO I.....	134

I. INTRODUÇÃO

1. APRESENTAÇÃO

“Não somos responsáveis pela vida e pela morte uns dos outros, a vida e a morte de cada homem é dele próprio. Somos, porém, responsáveis por nossos envolvimento” (HILLMAN, 2011, p. 94).

Quando se fala de Saúde Mental em CAPS ou NAPS (Centro ou Núcleo de Atenção Psicossocial), a primeira ideia que aparece quase sempre está relacionada à história da loucura. Os Centros/Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS) são serviços públicos que fazem parte da rede de atenção psicossocial da política de Saúde Mental brasileira, criados como dispositivos substitutivos aos hospitais psiquiátricos - antigos hospícios ou manicômios - para cuidar de transtornos mentais e foram instituídos por meio da Portaria/SNAS Nº 224 (BRASIL, 1992):

Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

Os CAPS buscam responder às necessidades das pessoas com sofrimento psíquico respeitando sua cidadania e o cuidado em liberdade (CFP, 2013). A história dos NAPS de Santos será mais detalhada no tópico que aborda a caracterização destes serviços no município. Porém, é importante pontuar que existe uma diversidade de nuances de sofrimento mental nas demandas que chegam a esse lugar: além dos usuários que passaram por internações em hospitais psiquiátricos fechados, pacientes com diagnósticos como esquizofrenia e outros quadros crônicos que são atendidos por uma equipe multidisciplinar em esquema de Hospital-Dia, internações de curta duração, grupos terapêuticos e oficinas diversas, os APS de Santos contam também com atendimento psiquiátrico ambulatorial para pessoas que

procuram ou são encaminhadas ao serviço por motivos diversos, como síndrome do pânico, transtorno bipolar, depressão, ansiedade e “angústia”.¹

Minha experiência profissional como psicóloga em um dos NAPS de Santos, de maio de 2012 a fevereiro de 2015, permitiu que eu tivesse contato, entre essas e outras demandas, com pacientes que procuraram ou foram encaminhados ao serviço para atendimento psicológico e psiquiátrico após uma tentativa de suicídio. Também atendi a usuários que referiam ideação suicida, frequentemente associada a quadros de sofrimento mental, como depressão e esquizofrenia, mas também casos que fogem de classificações nosológicas e se apresentam como resultado de tristeza e desesperança. O fluxo de atendimento quando entrei no serviço era fazer a triagem e ter a mesma conduta para todos os casos: fosse alguém que queria um calmante para dormir melhor ou alguém que tivesse uma tentativa de suicídio recente, o procedimento padrão era agendar uma avaliação psiquiátrica de acordo com a disponibilidade da agenda dos médicos – o que poderia demorar até dois meses, na época em que comecei a trabalhar. Como o serviço não disponibilizava atendimento psicológico – nem mesmo em grupo, inicialmente - outra opção de conduta era encaminhar o usuário para os serviços de Clínica-Escola das faculdades da região ou para cooperativas onde psicólogos atendiam a preços simbólicos. Não havia uma forma de saber se essa pessoa viria efetivamente para a consulta agendada, se procuraria suporte psicológico, se ficaria bem ou se faria uma nova tentativa de suicídio. Como ouvir um relato de sofrimento que trazia uma ideação suicida nas entrelinhas ou até mesmo uma referência clara de tentativa de suicídio, ficar mobilizada e em seguida perder esse caso de vista? O desassossego e a sensação de impotência que eu sentia nestes momentos me fizeram procurar conhecer mais sobre o assunto.

A primeira aproximação com o tema foi através de leituras e pesquisas, com as quais descobri que o suicídio se trata de um importante problema de saúde pública, cuja prevenção tem sido uma preocupação em Saúde Coletiva, com uma

¹ Ao colocar o termo angústia entre aspas, quero dizer que existem sofrimentos diversos que chegam ao serviço, sentimentos que os próprios usuários apresentam como sendo uma angústia que não conseguem definir e que não se encaixam em categorias nosológicas, porém dizem muito acerca de sofrimentos humanos que não podem ser cuidados apenas com medicamentos.

produção teórica significativa, como será apresentado no levantamento bibliográfico deste trabalho. A atenção ao suicídio exige um cuidado específico para as particularidades desta demanda. Dados da Organização Mundial da Saúde (CVV, 2013) apontam que 90% dos casos de suicídio poderiam ser evitados caso houvesse uma oferta adequada de cuidados. Em julho de 2012, iniciei uma especialização em Saúde Pública e meu trabalho de conclusão de curso teve como tema a prevenção ao suicídio, pautada principalmente das diretrizes da Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio (Brasil, 2006b) criada a partir da Portaria no. 1876. Na especialização e no início do Mestrado, meu objetivo era construir com a equipe um tipo de protocolo para esses casos. Porém, ao longo do curso, meu objetivo foi se transformando e passei a ter como foco o que realmente me incomodava, e que com certeza, ia muito além de criar um protocolo, mas que dizia respeito também a uma problematização coletiva do atendimento, da organização do serviço e da qualificação da atenção ao suicídio. E foi em um dos exercícios do GEPPRA (Grupo de Estudos e Pesquisas sobre as Práticas), disciplina do Mestrado Profissional, que eu consegui perceber meu incômodo real através das cenas que me motivaram a escolher essa questão como tema de pesquisa: não se tratava apenas de obter um conhecimento teórico e construir um protocolo, mas também de estar aberta para os questionamentos, as angústias e os desafios que um tema como esse traz, pois o suicídio em nossa sociedade tem um caráter “repelente”, é um tabu, provavelmente como resultado de uma certa defesa coletiva.

Compreendo que pensar em prevenir o suicídio, que pode ser visto como uma escolha pessoal (ou resultado da ideia de que não existe outra opção, permeada por diversos fatores), pode parecer uma amostra do discurso dominante que a saúde tem trazido ao longo do tempo em relação ao direito à vida (a qualquer custo). Mas mesmo essa concepção de direito de escolha pelo suicídio também pode ser questionada:

O direito ao suicídio. É uma questão antiga em que se têm digladiado muitas escolas filosóficas. Sou da opinião de que na grande maioria das vezes o indivíduo, o que acredita estar efetuando o ato por seu livre-arbítrio, está enganado. Quase sempre, essa pessoa está sob a influência de conflitos inconscientes, que descobertos, fazem com que ele encontre outras saídas (CASSORLA, 1986, p. 97).

O autor argumenta que a própria crença de estar optando pelo suicídio pode ser ilusória, pois o indivíduo encontraria-se incapaz de perceber outras possibilidades, em um estado que Botega (2015) classifica como “visão em túnel”. Augusto Cury disse certa vez que quando uma pessoa pensa em suicídio ela quer matar a dor, mas nunca a vida. Quando uma pessoa apresenta ideias suicidas, quase sempre parece ter sentimentos conflituosos, demonstrando um estado interior de ambivalência (CVV, 2013).

Porém, não tenho pretensão de entrar no mérito dessa questão tão complexa que se relaciona com a noção de vontade e o dito livre-arbítrio e mitos como o do autocontrole, ou a própria ideia de “determinação volitiva adequada”, mas sim proponho-me a refletir sobre o cuidado que é oferecido a este ser humano, que apresenta um sofrimento tão intenso e chega até o serviço de Saúde Mental com uma demanda impossível de ser ignorada por um profissional de saúde que está lá porque este é o trabalho a ele designado. Nesse papel, ele deve assumir sua responsabilidade, tanto diante de si mesmo quanto dos colegas da instituição, procurando uma solução para a problemática que se apresenta. Pode ser que a maioria das pessoas que trazem em sua fala o desejo de morrer não chegue a fazer uma tentativa real de suicídio; pode ser também que aqueles que fizeram uma tentativa não voltem a fazer, ou que venham a fazê-lo. Porém, o foco da pesquisa é falar sobre o atendimento e as concepções dos profissionais diante dessa demanda, ou seja, a atenção que é oferecida a alguém que ao chegar ao serviço de saúde mental traz um pedido de ajuda para o seu sofrimento, incluindo as repercussões internas desse fato. Também entra nessa discussão a forma como esse contato marca a subjetividade do profissional de saúde.

As questões iniciais da pesquisa eram as seguintes: Será que estamos oferecendo em nossos serviços o cuidado mais adequado para as pessoas que tentam suicídio? Estamos olhando para o sofrimento único que cada uma dessas pessoas trazem em suas falas? Como está organizado o processo de trabalho em nossos serviços para atender a essas situações? Como os diversos profissionais lidam com esses casos? Quais são as ofertas que disponibilizamos ao usuário, além da medicação e do atendimento médico? Como ocorre a articulação entre os diversos profissionais de saúde (trabalho em equipe) e entre diferentes serviços para intervir nessas situações?

Inicialmente, o objetivo geral do trabalho foi conhecer a atenção ao suicídio em um dos NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) do município de Santos para propor intervenções que pudessem qualificar a atenção a estes casos. Este objetivo desmembrou-se em três objetivos específicos:

- a) Compreender as concepções dos profissionais de saúde sobre suicídio (incluindo ideação suicida e tentativa de suicídio);
- b) Caracterizar o processo de trabalho no serviço selecionado;
- c) Identificar fatores que dificultam e facilitam a organização de serviços para atender a esta demanda para propor estratégias que possam qualificar a atenção ao suicídio.

Esses objetivos foram as diretrizes do roteiro de entrevistas semiestruturada que foi construído para investigar as concepções dos trabalhadores. Porém, no percurso da investigação, emergiu de forma significativa a medicalização de qualquer sofrimento mental. O processo de trabalho na unidade de atenção psicossocial para atender às diversas demandas e não apenas os casos de suicídio está muito centrado no diagnóstico de uma patologia e na sua medicalização, com oferta de consulta médica e prescrição de medicamentos. Ainda emergiu de forma intensa o sofrimento dos trabalhadores desse equipamento diante das demandas, tangenciado pela falta de recursos humanos e de espaços rotineiros de discussão.

Estes temas deslocaram o olhar das questões iniciais, ampliando o foco da pesquisa e foram incorporados à essa discussão, considerando que todos estes aspectos também estão relacionados ao cuidado que se oferece e à atenção que se pode construir coletivamente. Percebemos que não é possível tratar a atenção ao suicídio, sem de alguma maneira perceber e incluir na discussão as dificuldades que os profissionais têm de tratar o tema e de lidar com o sofrimento que ele gera, tanto neles, quanto no outro. Estas questões também serão abordadas e desenvolvidas ao longo do trabalho. Embora o material esteja organizado em tópicos para uma melhor compreensão do leitor, na verdade todos estes subtemas estão interligados e misturam-se ao longo do percurso.

Para esta investigação, assumimos desde o início que não há separação entre o investigador e o objeto a ser pesquisado. Como Merhy pontua no texto “O conhecer militante do sujeito implicado” (2004): *“Neste processo o conhecer demandado será um conhecer militante, um saber que não pode deixar de ser*

singular, ou quase particular, que faça sentido para quem está no processo sob análise, e que poderá fazer sentido para os outros que compõem o cenário protagônico em interrogação”. Além de estar atuando no campo de pesquisa durante todo o percurso, partia-se ainda da hipótese de que não, não estávamos oferecendo o cuidado adequado para a demanda do suicídio. Faltava compreender por quê e problematizar essa questão coletivamente, na esperança de que fosse construída uma nova forma de atenção.

A partir do levantamento bibliográfico, acreditou-se que a atenção aos casos de tentativa de suicídio e ideação suicida poderia ser qualificada para um atendimento mais eficaz e afetivo (no sentido de permitir-se ser afetado por aquele que buscava o cuidado). A intervenção que se propôs teve o objetivo de trazer este tema da atenção ao suicídio para reflexão e a discussão dos trabalhadores.

Os resultados deste trabalho aparecem ao longo de sua trajetória, no acompanhamento do processo e na transformação da pesquisadora e do serviço durante o próprio percurso da pesquisa, com os questionamentos, desafios e desvios que foram surgindo a cada movimento. O processo de investigação, as análises da minha implicação, os deslocamentos que a pesquisa sofreu – tanto relacionados às minhas pré-concepções e pré-julgamentos, minhas dúvidas e angústias do que seria possível transformar, quanto relacionados aos trabalhadores, ao desânimo de um cotidiano sem espaço para refletir o próprio trabalho - integram este percurso metodológico que procurarei resgatar ao longo da dissertação.

Apresentaremos em seguida o material empírico (caracterização do serviço, levantamento dos prontuários para caracterizar a demanda, dados das entrevistas e das rodas de conversa com os trabalhadores), em conjunto com as análises e desdobramentos que são realizados ao longo do percurso da pesquisa.

Também como produto deste trabalho, apresentaremos a caixa de afecções que foi construída ao longo do processo e utilizada nas rodas de conversa. Este material encontra-se em um blog (falandosobresuicidio.blogspot.com.br).

Por último, apresentaremos as considerações finais que buscam integrar todo o material e apresentar propostas de qualificação do cuidado na demanda de suicídio, ao mesmo tempo em que se problematiza a importância de espaços de discussão e reflexão do trabalho em saúde.

II. PERCURSO DA INVESTIGAÇÃO

Você próprio é que terá que encontrar algo que desperte seu corpo vibrátil, algo que funcione como uma espécie de fator de a(fe)tivação em sua existência. Pode ser [...] um poema, uma música, um filme [...] Pode ser a escrita, [...] um encontro amoroso – ou, ao contrário, um desencontro ...

- Rolnik, 2007 (p. 39)

A presente pesquisa tem uma abordagem qualitativa e caracterizou-se como pesquisa-intervenção. Para Rolnik (2007), na pesquisa-intervenção, não existe o mundo dado - conhecer é transformar e constituir a realidade. Quando fazemos uma pesquisa, estamos produzindo mundos e também produzindo o próprio pesquisador. O método cartográfico auxilia nesta proposta ético-política e foi utilizado no decurso da investigação para a produção e análise de dados. Na definição de Barros e Kastrup (2012), "a pesquisa cartográfica consiste no acompanhamento de processos, e não na representação de objetos". Como metodologia, uma perspectiva cartográfica também compreende que o desenho de uma pesquisa, é mais precisamente um diagrama de forças em luta, que sofre transformações ao longo de seu próprio processo, como algo vivo e por isso o percurso metodológico também será detalhado ao longo do trabalho. Uma cartografia dos processos de trabalho em saúde se propõe a captar não apenas o momento, mas o movimento com que se produz o cuidado. Um cartógrafo está antes de tudo implicado com o cuidado e o toma como problema. Ele deve ter uma atenção capaz de perceber os mínimos movimentos das forças, dos cenários, das políticas em jogo e aguda percepção do lado sensível que opera nos processos de trabalho em relação (BRASIL, 2013).

Por estar inserida e implicada no campo como pesquisadora, a cartografia foi utilizada para dar conta do processo que se iniciou no desassossego criado pelos casos que chegaram até mim e me fizeram pensar acerca do cuidado oferecido: havia um forte desejo de ajudar, de pensar em uma solução que pudesse modificar aquele quadro. A cartografia também foi utilizada no percurso da pesquisa desde o planejamento de um projeto e também nas interações com os demais profissionais, e principalmente nos resultados obtidos a partir da intervenção. Esta intervenção na

verdade teve início desde o momento em que escolhi e/ou fui tomada por esse tema como pesquisa, por isso os objetivos e o método de pesquisa já aparecem logo no início – todos os dados levantados e/ou produzidos já são analisados ao longo do percurso. Operei na perspectiva cartográfica para fazer um levantamento - ao modo de um tateamento cego e sem apoio - de atendimentos e atenção ao funcionamento do serviço, e principalmente para captar afetos que emergiram nas entrevistas, no cotidiano do serviço e nos registros do Diário de Campo. Algo como uma espécie de "aventura do involuntário", usando essa produção tateante de dados para discutir com os trabalhadores do serviço as questões que surgiram (tanto as hipóteses da pesquisadora quanto aquilo que emergiu da produção de dados). A vigilância do pensamento nem por isso permaneceu menos requisitada, mas esteve presente no próprio cerne da experimentação: além dos procedimentos mencionados acima, o trabalho consistiu no discernimento complexo do estéril (buracos negros, impasses) e do fecundo (linhas de fuga).

Posso dizer que houve um processo muito rico e desafiador de construção desse lugar de pesquisadora implicada, utilizando novamente esse conceito de Merhy (2004). O autor afirma que:

A situação do sujeito implicado com a ação protagônica não promete a priori a produção do conhecimento, mas antes de tudo a ação, a construção intencional que dê sentido para o agir em determinados campos da atividade humana, e como tal opera sem precedência epistêmica, como muitos sujeitos: sujeito político, pedagógico, epistêmico, dos afetos, técnico, entre outros. A mobilização para conhecer vem de certos incômodos que a ação protagônica pode gerar como acontecimento, mobilizando que as várias dimensões do sujeito interajam para conduzir a um saber militante, igualmente válido e legítimo, permitindo-lhe compreender “mais” sobre a situação e a ação, para continuar agindo. Neste tipo de processo a implicação é estruturante do processo, coloca-se sob análise a si mesmo em ação e intenção. O processo é obrigatoriamente auto-analítico. Este processo é inacabado e desejante, a relação sujeito e objeto é sempre um acontecendo. O incômodo que mobiliza é também material da análise para possibilitar o conhecimento da mútua relação: sujeito e objeto em produção, em ato militante.

De fato, foi essa vontade de atender e cuidar de maneira mais próxima desses casos que me levou ao Mestrado Profissional, e acredito que através de

ações coletivas, que mobilizaram não apenas a equipe, mas também outros professores e colegas em encontros coletivos de orientação conseguiu-se produzir um conhecimento diretamente relacionado com a prática, como é a força do próprio Mestrado Profissional.

A pesquisa obteve a aprovação do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde e foi aprovada também pelo Comitê de Ética pela Plataforma Brasil sob Parecer de número 933.106.

Inicialmente, selecionamos uma unidade de saúde mental (NAPS) do município para o primeiro mergulho em campo, com possibilidade de pesquisar outras. Optou-se pela unidade III, uma vez que a pesquisadora apresentava mais familiaridade para realização desse primeiro movimento. A Secretaria de Saúde recomendou que a pesquisa se focasse nesta unidade, para um aprofundamento da mesma, e desta forma, outras unidades não foram analisadas. A intervenção, então, foi sendo construída ao longo do caminho.

Essa pesquisa iniciou-se com a proposta de utilizarmos múltiplos instrumentos como fontes de dados:

1) Caracterização do serviço

Realizou-se um recorte histórico da Reforma Psiquiátrica em Santos e da implantação dos CAPS no município. Buscou-se situar e caracterizar o funcionamento da unidade utilizando-se de pesquisa bibliográfica bem como um fluxograma para analisar a organização do serviço para atender a esta demanda. Para Franco (2003), um fluxograma analisador consiste em uma representação gráfica do processo de trabalho, buscando perceber os caminhos percorridos pelo usuário, quando procura assistência e sua inserção no serviço. Optou-se por apresentar neste material uma caracterização descritiva sobre o fluxo dos usuários desde o momento em que chegavam ao serviço pesquisado (encaminhados ou por demanda espontânea) até conseguirem o atendimento que foi ofertado.

2) Levantamento e análise de atendimentos via prontuários

Todos os usuários passam por uma triagem agendada, na qual se investiga a queixa inicial. No período entre maio a dezembro de 2012, dos 304 casos novos que entraram no serviço, 50 usuários trouxeram na triagem a queixa de ideação suicida ou tentativa de suicídio. Em 2013 (de janeiro a dezembro), foram inseridos no serviço 524 casos novos, sendo que destes 65 traziam a queixa de ideação suicida

ou tentativa de suicídio. Destacou-se também algumas situações para caracterizar a demanda específica do suicídio (qual foi a queixa apresentada pelo usuário; a conduta adotada pelo técnico que fez o primeiro atendimento). Analisou-se ainda o tempo de espera entre a triagem e o primeiro atendimento (dados apresentados em tabela específica) e se os usuários continuavam em acompanhamento ou haviam abandonado o tratamento.

3) Entrevistas semi-estruturadas com os trabalhadores

Para Minayo (2010), o guia de entrevista deve conter apenas alguns itens indispensáveis para o delineamento do objeto, facilitando abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação. As entrevistas são parte essencial da intervenção, uma vez que quando abrimos espaço para que os sujeitos expressem sua opinião, estamos fomentando sua reflexão sobre o que é perguntado e dito. As entrevistas individuais ocorreram no local de trabalho, em uma sala fechada e foram gravadas e transcritas na íntegra. Os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os aspectos éticos da Resolução 196 - Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012) .

Embora inicialmente tenhamos considerado como possíveis sujeitos de pesquisa também os médicos, usuários e seus familiares (a ideia era comparar as diferentes concepções de suicídio como base para a discussão), as dificuldades operacionais e os limites de tempo para realizar essas entrevistas com os cuidados éticos necessários em relação aos usuários e seus familiares levaram a optar por realizar as entrevistas individuais com a equipe da unidade. Foram entrevistadas inicialmente as cinco profissionais que atuavam como técnicas no serviço selecionado, fazendo a triagem dos casos novos. As cinco trabalhadoras de saúde (duas psicólogas, uma assistente social, uma enfermeira e uma terapeuta ocupacional) são mulheres de 29 a 63 anos, com no mínimo dois anos de experiência em serviços públicos de saúde mental. O estudo restringiu-se a essas trabalhadoras porque elas tinham o primeiro contato com os usuários que chegavam ao NAPS, cabendo a elas acolherem e escolherem os procedimentos que serão realizados (como consultas e encaminhamentos).

As entrevistas abordaram temas tais como: as concepções sobre o suicídio, a problemática envolvida no cuidado a essas situações, a organização do processo de trabalho, e ainda incluía o pedido de que o entrevistado trouxesse, caso recordasse,

uma experiência marcante relacionada com o tema.

Depois da qualificação da pesquisa, com a sugestão da banca reforçando sua importância para esse trabalho, foram entrevistados também três dos quatro psiquiatras do serviço.

Observação: A gestora da unidade também seria entrevistada e foi criado um roteiro de entrevistas específico para ela, porém houve alguns desencontros e quando as intervenções foram iniciadas com as discussões entre os trabalhadores, a gestora participou apenas de algumas rodas de conversa coletiva.

4) Rodas de conversa

Encontros com a equipe, com o objetivo discutir e aprofundar os resultados obtidos com os demais instrumentos. De acordo com Krueger (1988, citado por MINAYO, 2010), o valor principal desta técnica fundamenta-se na capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos.

Esta etapa foi definida após a primeira análise dos resultados das entrevistas individuais e a discussão nesses espaços ampliou-se não apenas para a questão do suicídio, mas também para a organização do serviço e da reflexão sobre o próprio trabalho. As rodas de conversa foram um importante produto a partir das entrevistas, das reflexões e orientações coletivas e principalmente da vontade de compreender melhor o ponto de vista dos diferentes profissionais. Foram realizadas quatro rodas de conversa com os trabalhadores (além dos técnicos que participaram das entrevistas individuais, participaram também destes momentos de discussão e reflexão alguns auxiliares de enfermagem, os acompanhantes terapêuticos e funcionários do quadro administrativo). Estes encontros permitiram de certa forma ir testando os dados iniciais ao mesmo tempo em que se produziam transformações no cotidiano do serviço, tornando-se esta etapa o eixo interventivo da pesquisa. Criou-se um livro para o registro destes encontros, que passaram a fazer parte da rotina do serviço.

5) Caixa de afecções

Levantamento de materiais diversos (como textos e filmes) que também foram utilizados como disparadores de conversas nos encontros e serão detalhados adiante. A pesquisa destes materiais foi acontecendo ao longo do processo, em leituras e outras buscas e eles ajudaram também a compreender melhor as diversas percepções sobre o tema. Trechos destes achados se misturam em diálogo com

vários momentos da investigação. O material está disponível em um blog, citado anteriormente, e é um dos produtos desta pesquisa.

6) Diário de Campo

As anotações da pesquisadora durante o processo colaboram na produção de dados de uma pesquisa e "têm a função de transformar observações e frases captadas na experiência de campo em conhecimento e modos de fazer" (BARROS e KASTRUP, p. 70). Na cartografia, de acordo com Rolnik (2007), o diário de campo deve ser um relato de experiência, entrando em movimentos intensivos (ritmos, afetos, movimentos, climas). O diário de campo foi o principal instrumento de ligação entre os diferentes instrumentos e continha, além das observações de campo, registros das aulas, sugestões de colegas de curso, reflexões e angústias da pesquisadora, entre outros.

III. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

3.1. Acerca do suicídio: primeiras aproximações

O suicídio é a pior de todas as tragédias humanas. Não apenas representa a culminância de um sofrimento insuportável para o indivíduo, mas também significa uma dor perpétua e um questionamento torturante, infundável, para os que ficam.

- Diego de Leo in *O suicídio e sua prevenção* (BERTOLOTE, 2012)

A primeira aproximação teórica que se faz necessária é trazer alguns conceitos sobre o tema. O suicídio é um fenômeno que possui variáveis diversas - biológicas, genéticas, sociais, culturais e ambientais (BERTOLOTE, 2012; CFP, 2013; QUENTAL, 2009).

Segundo Bertolote (2012, p. 21), a definição de suicídio proposta pela OMS é de “ato deliberado, intencional, de causar morte a si mesmo [...] ato iniciado e executado deliberadamente por uma pessoa que tem a clara noção (ou uma forte expectativa) de que dele pode resultar a morte, e cujo desfecho fatal é esperado”. Podemos conceituar também a ideação suicida (considerações sobre a morte e o morrer), que pode evoluir para um plano suicida e culminar em um ato suicida, que pode ser fatal (suicídio) ou não (tentativa de suicídio).

Durkheim (2003, p. 15) propõe uma definição semelhante: “chama-se suicídio todo o 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”.

De acordo com Bahls e Botega (2007), alguns autores defendem a ideia de um *continuum* suicida, ou seja, um processo psicológico que passaria pelas fases de ideação suicida, em seguida pela tentativa de suicídio (que pode ser precedida pelas ameaças de suicídio), terminando com o suicídio consumado.

Dados da Organização Mundial da Saúde (2000) atestam que a cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio no mundo. O suicídio atinge todas as faixas

etárias e encontra-se, em muitos países, entre as três principais causas de morte entre indivíduos de 15 a 44 anos, sendo a segunda principal causa de morte entre indivíduos de 10 a 24 anos.

Na maioria dos países, porém, o suicídio está entre as dez causas mais comuns de morte na população geral. Embora o Brasil ocupe a 67ª. posição em uma classificação mundial em ocorrências, em números absolutos ele encontra-se entre os dez países com mais suicídios (LOVISI, 2009). De acordo com o Portal da Saúde, no Brasil, embora a taxa de mortalidade por suicídios, de 4,5/100.000 habitantes, seja considerada baixa, existem Estados e Municípios que apresentam taxas duas vezes superiores à média nacional, como, por exemplo, o Estado do Rio Grande do Sul (9,8/100.000). Nesse Estado, em determinadas faixas etárias, as taxas chegam a 30,2/100.000. Estima-se que no Brasil cerca de vinte e cinco pessoas tirem a própria vida por dia (CVV, 2013).

Bahls e Botega (2007) lembram que os números aos quais temos acesso são subestimados, uma vez que alguns suicídios são considerados e/ou registrados como acidentes e outros como morte com causa indeterminada.

Esse tema é ainda mais importante dentro do contexto de Saúde Coletiva, pois estima-se que para cada suicídio, de cinco a dez pessoas (familiares, amigos) são fortemente afetadas social, emocional e economicamente. Segundo Soares e outros (2011) e CVV (2013), essas pessoas significativamente impactadas pelo suicídio são chamadas de sobreviventes.

Um ato contra o próprio ser, o suicídio é também um baque violento na vida dos outros. Ele é incompreensível quando mata o jovem; é terrível no idoso, inexplicável no fisicamente saudável ou bem sucedido, e por demais explicado nos doentes ou fracassados. [...] por certo, ninguém jamais descobriu um meio de curar os corações ou organizar as mentes daqueles que ficaram para trás em seu rastro pavoroso. Aquilo que não sabemos mata (JAMISON, 2010, p. 22).

O suicídio é algo muito complexo, que tem múltiplos significados e sempre esteve envolvido por tabus, alguns relacionados ao peso da morte em nossa sociedade, sua relação com a religião, entre outros, e isto acabou criando um pacto de silêncio a respeito do tema – as pessoas não falam sobre o suicídio de alguém

próximo, a sociedade não comenta, não existe destaque na mídia sobre o assunto, as políticas de saúde pública não divulgam as informações sobre a atenção e a prevenção.

Dentro de uma compreensão ampliada, cabe também problematizar que o suicídio não é (apenas) uma questão médica. Por isso, é interessante trazer também referências sociais e históricas de outras áreas.

Na Idade Média, por exemplo, o suicídio era compreendido como crime, porque lesava os interesses da Coroa: os bens do suicida eram confiscados e seu corpo era pendurado pelos pés, queimado, ou enfiado em tonéis e jogados em rios, etc, em uma espécie de punição social. No aspecto religioso, foi principalmente a partir de Agostinho de Hipona (Santo Agostinho), que a morte autoinflingida passou a ter uma conotação pecaminosa (NETTO, 2013). Muitas vezes os suicidas eram excomungados e privados de funerais religiosos (CASSORLA, 1984). Ainda hoje, a maioria das religiões têm tabus em relação à morte auto-inflingida – para os espiritualistas, por exemplo, acredita-se que os suicidas sofrem após a morte por sentirem seus corpos decompondo-se e após um longo e sofrido desprendimento da matéria em decomposição, eles seriam levados para um local referenciado em muitos livros psicografados como “Vale dos Suicidas” (SILVA e QUEIROS, 2010). Para o catolicismo, o suicídio é um pecado grave, pois “somos administradores e não os proprietários da vida que Deus nos confiou” (SILVA, 2011).

Ao final da Idade Média, com a separação entre a Coroa e a Igreja, o poder médico passa a ocupar um lugar privilegiado no controle da sociedade, de maneira que, a partir de então, são os “médicos” que definem a negatividade da morte voluntária, deslocando o fenômeno do pecado à patologia e qualificando-o como loucura (NETTO, 2013).

No contexto do Direito, podemos refletir acerca da intervenção policial diante de uma ameaça de suicídio. Pode-se prender alguém que ameaça suicidar-se, não com o objetivo de puni-lo, mas para “protegê-lo de si mesmo”, pois a leitura que se faz em nossa sociedade é de que apenas alguém com sérios problemas psíquicos tentaria tirar a própria vida. Portanto, para evitar que essa pessoa tente se matar logo em seguida, a polícia pode optar por prendê-lo para entregá-lo às autoridades de saúde, “para que elas possam olhar por seu bem estar até que ele possa voltar a cuidar de si mesmo”. Ainda no contexto judicial, existem três possibilidades de prisão

relacionadas ao suicídio: ao tentar matar-se, a pessoa pode acabar matando ou ferindo outra pessoa, ou ainda danificando propriedade alheia, o que é crime, portanto essa pessoa poderia vir a responder criminalmente pelo dano aos direitos alheios. É o caso do suicida que se atira e acaba caindo e destruindo a propriedade alheia, ou o suicida que abre o gás, causando uma explosão no prédio no qual mora, mas não morre. Na legislação brasileira, cometer suicídio não é crime, mas instigar, auxiliar ou induzir alguém a cometer suicídio é, se a pessoa de fato tentar se matar. É o caso das pessoas que fornecem a arma para que o suicida se mate ou das pessoas que gritam, incentivando para que o suicida se atire do alto do prédio. Instigar, auxiliar ou induzir alguém ao suicídio é um crime contra a vida, e é julgado pelo tribunal do júri (FOLHA DIREITO, 2013).

No contexto social, o suicida escolhe a forma de morte que vai ter e com isso faz um forte contraponto ao tabu da morte que impera em nossa sociedade – valorizamos a saúde, a estética, o corpo perfeito, a eterna juventude. Ariès (2012) publicou em 1975 o livro “História da Morte no Ocidente”, com ensaios que apresentavam a história das transformações sobre a percepção social da morte. O autor observa que na Idade Média, a morte era naturalizada, aceita e integrada na vida comum dos indivíduos – ela fazia parte do ciclo vital e era aceita como tal. Culturalmente, podemos considerar que a evolução das sociedades ocidentais modernas fez com que a morte deixasse de ser vista como uma etapa de um processo natural e passasse a ser cerceada e combatida por profissionais especializados, ocorrendo principalmente dentro de hospitais. A morte passou a ser compreendida como fracasso – dos recursos médicos, de uma vida que deveria estender-se em plenitude infinitamente. A este respeito, Ariès (2012) observa:

Uma causalidade imediata aparece prontamente: a necessidade da felicidade, o dever moral e a obrigação social de contribuir para a felicidade coletiva, evitando toda causa de tristeza ou de aborrecimento, mantendo um ar de estar sempre feliz, mesmo se estando no fundo da depressão. Demonstrando algum sinal de tristeza, peca-se contra a felicidade, que é posta em questão, e a sociedade arrisca-se, então, a perder sua razão de ser (p. 89).

Se a morte natural passa a ter esse peso, que dizer então do suicídio, que

parece questionar com ainda mais força essa felicidade idealizada que nossa cultura nos impele a buscar? Passa a ser visto como uma morte inaceitável:

Uma morte aceitável é uma morte que possa ser aceita ou tolerada pelos sobreviventes. Tem o seu contrário: a *embarrassingly graceless dying*, que deixa os sobreviventes embaraçados porque desencadeia uma emoção demasiado forte, e é a emoção o que é preciso evitar, tanto no hospital quanto na sociedade de um modo geral. (Ariès, 2012, p. 87)

Uma das principais obras sobre o tema foi escrita por Durkheim em 1897. Em “O Suicídio”, o fundador da Sociologia afirmou que o fenômeno do suicídio tem causas sociais e não individuais. “É a constituição moral da sociedade que fixa em cada instante o contingente dos mortos voluntários. Existe, portanto, para cada povo uma energia determinada que leva homens a matar-se. Os movimentos que o paciente executa e que à primeira vista parecem representar exclusivamente o seu temperamento pessoal constituem, na realidade, a continuação e o prolongamento de um estado social que manifestam exteriormente” (Durkheim, 2003, p. 327).

Durkheim (2003) também propôs uma classificação de três tipos de suicídio:

1) *Egoísta*: aquele em que o indivíduo se afasta dos seres humanos. Quanto mais estão enfraquecidos os grupos aos quais o indivíduo pertence (como família e religião, por exemplo), menos dependerá deles e mais dependerá exclusivamente de si mesmo. “Se conviermos, portanto, em chamar ‘egoísmo’ a esse estado em que o eu individual se sobrepõe exageradamente ao eu social e o prejudica, poderemos dar o nome de egoísta ao tipo particular de suicídio que resulta de uma individuação excessiva. [...] Uma vez que se admite que são os donos de seus destinos, pertence-lhes marcar o seu final” (p. 221).

2) *Anômico*, originário da crença de que todo mundo social, com seus valores e regras desmorona-se em torno de si. Crises econômicas ou eventos difíceis como viuvez ou uma separação conjugal podem exercer uma influência agravante sobre a tendência ao suicídio, mas não cabe generalizar: “Qualquer ruptura de equilíbrio, ainda que dela resulte um bem-estar maior e uma maior vitalidade, incita à morte voluntária” (p. 264-265).

3) *Altruísta*, por dever e lealdade a uma causa. Durkheim cita como exemplos povos primitivos onde são comuns suicídios de homens senis ou que são atingidos por doenças; de mulheres que se suicidam devido a morte de seus maridos e de servos que buscam o suicídio pela morte de seus chefes. Nestes casos, “se o homem se mata não é porque reivindica esse direito, mas *porque tem esse dever*” (p. 231-232). Outros exemplos são os kamikazes - pilotos de aviões japoneses carregados de explosivos cuja missão era realizar ataques suicidas contra navios dos aliados nos momentos finais da Segunda Guerra Mundial e os homens-bomba dos recentes conflitos do Oriente Médio. A contrapartida é que são vistos como heróis e atingem algum tipo de recompensa divina.

Ainda com esse recorte sociológico, Marx escreveu em 1846 um livro sobre o suicídio, no qual parece compreender o suicídio “como sintoma de uma sociedade doente, que necessita de uma transformação radical. [...] Cada indivíduo está isolado dos demais, é um entre milhões, numa espécie de solidão em massa. As pessoas agem entre si como estranhas, numa relação de hostilidade mútua: nessa sociedade de luta e competição impiedosas, de guerra de todos contra todos, somente resta ao indivíduo é ser vítima ou carrasco. Eis, portanto, o contexto social que explica o desespero e o suicídio” (MARX, 2006, p. 15-16).

O jornalista Solomon (2014), que começou sua pesquisa a partir de sua própria experiência com a depressão, propõe no livro “O demônio do meio-dia” uma classificação que divide os principais perfis suicidas em quatro grupos: o primeiro seria daqueles que cometem suicídio sem pensar, pessoas impulsivas e mais propensas ao suicídio por um evento externo específico. O segundo grupo seria composto por aqueles que cometem suicídio como vingança, desejando não o fim da existência, mas o desaparecimento. O terceiro grupo seria daqueles que cometem suicídio considerando a morte como única fuga possível para problemas insuportáveis; estes costumam considerar também que sua morte vai tirar o peso de sua condição para as pessoas que a amam. E o quarto grupo seria de pessoas que cometem o suicídio com um tipo de lógica racional, devido a doenças físicas ou mudanças de circunstâncias de vida; “acreditam que a dor de viver não compensa”.

Embora o foco deste estudo não seja abordar o fenômeno a partir de uma visão psicanalítica ou psicológica, cabe trazer uma perspectiva psicodinâmica do suicídio para ampliar a discussão acerca de sua complexidade. Gabbard (2007)

afirma que para se compreender psicodinamicamente o suicídio, é necessário compreender a natureza do evento precipitante, as motivações conscientes e inconscientes e as variáveis psicológicas preexistentes que aumentam a probabilidade de concretizar os pensamentos suicidas. Brevemente, o autor apresenta diferentes compreensões do suicídio, a partir das concepções de alguns teóricos. Para Freud, em seus estudos sobre depressão, no suicídio haveria o desejo de matar outra pessoa, um objeto internalizado, e esse impulso acabaria sendo revertido contra si mesmo. Karl Menninger acreditava que frequentemente o suicídio teria como objetivo destruir a vida das pessoas próximas, os sobreviventes, que se veriam impactados pelo ato do suicida. Para Fenichel, o suicídio poderia ser a realização de um desejo de se unir a uma pessoa amada perdida ou um desejo regressivo de união com a figura materna perdida.

Outras situações permitem refletir sobre as origens dos sofrimentos mentais, como uma depressão que pode surgir a partir de um fator externo e bem concreto, como o bullying, por exemplo. Neste caso, tratar apenas os sintomas quase sempre mostra-se insuficiente. De acordo com a psicóloga Soraya Carvalho Rigo (CFP, 2013, p. 33) “dentro do atual contexto contemporâneo, em que não é permitido falhar ou errar, muitas crianças e jovens sentem-se incapazes de atender a esse imperativo de sucesso, se refugiando numa depressão e, por vezes, se precipitando num ato suicida. O suicídio, nestes casos, se configura como uma saída do sujeito para se livrar da angústia provocada por sua incapacidade de atender as expectativas do Outro”.

Porém, mais do que pensar a respeito das divergentes concepções sobre suicídio, compreender porque algumas pessoas vão contra o instinto de sobrevivência natural e tentam colocar um fim na própria vida exige uma análise aprofundada sobre cada caso e parece só aqueles que já sentiram esse desejo podem dar pistas sobre o que acontece:

Por volta de 2004 estive muito próximo de pôr em prática o plano de ir embora. Por vingança. Por acreditar que com essa atitude talvez conseguisse atingir aqueles que estavam me machucando. [...] O suicídio por muitos é encarado como um ato de covardia, de egoísmo, de fragilidade e pode até ser. Mas é muito fácil julgar olhando apenas os elementos que TE RODEIAM. Muito fácil falar

quando não é sua alma que está sangrando. [...] Quem sofre na alma, às vezes pode acionar a saída de emergência (SANTA CRUZ, 2013).

Como uma das usuárias do serviço que chegou trazendo a ideação suicida na triagem explicitou durante uma conversa:

Com o suicídio, eu resolveria o problema de muita gente, porque antigamente eu era o orgulho da minha mãe, a primeira da família a ter curso superior, agora sou uma fracassada. [...] Eu estava bem quando estava trabalhando, produzindo, ganhando o meu dinheiro. Agora acho que sou uma vergonha para todo mundo. [...] Quando eu resolvi vir aqui, eu só chorava e pensava em suicídio; ao mesmo tempo, vinha uma forte sensação de que iria morrer ... Chamo esses dias de dias de abismo.

É importante fazer uma observação: não é porque os casos de tentativa de suicídio e ideação suicida são encaminhados para a Saúde Mental que podemos dizer que todos se relacionam à transtornos psiquiátricos. Como afirma Hillman (2011, p. 24): “Como qualquer golpe do destino – amor, tragédia, glória – somente quando é distorcido, quando forma parte de uma síndrome psicótica é que o suicídio torna-se um caso para o psiquiatra. Em si mesmo, o suicídio não é nem síndrome, nem sintoma. [...] o suicídio [...] poderia aparecer, e de fato aparece, dentro do curso normal de qualquer vida”. Compreendo que com essa afirmação o autor propõe que o suicídio é uma das possibilidades de acontecimento dentro da experiência humana.

A jornalista Eliane Brum (2013), no texto “*O doping dos pobres*”, traz uma narrativa que aponta como as motivações para um suicídio podem ter origens sociais, não apenas emocionais:

As pessoas estão sendo viciadas em ansiolíticos nos postos de saúde, afirma uma psicóloga. ‘São levadas a acreditar que o remédio pode acabar com a sua dor, uma dor que tem causas muito concretas. Não resolve, claro. Um exemplo. Uma mulher tinha dois empregos, um de dia, outro de noite. O que ganhava não dava para

pagar as contas. Os ônibus que pegava para chegar até esses empregos eram lotados. Ela vivia num barraco. Aí procurou o posto de saúde e lhe trataram com antidepressivos. Não adiantou. Deram-lhe outro medicamento. Nada. Um dia, sem nenhuma esperança ou recurso, ela tentou suicídio', conta. A questão é que não há promoção de saúde, porque isso implicaria se preocupar com projeto de vida, com perspectiva de vida, com melhoria das condições de vida. O que há é medicalização da vida' (p. 43).

Na concepção do psicólogo junguiano Hillman (2011), "[...] o suicídio é uma das possibilidades humanas. A morte pode ser escolhida. O significado dessa escolha é diferente, de acordo com as circunstâncias e o indivíduo. Exatamente aqui, onde terminam os relatórios e as classificações, começa o problema analítico. Um analista preocupa-se com o significado individual de um suicídio, que não consta nas classificações. Trabalha a partir da premissa de que, cada morte é significativa e de algum modo compreensível, para além das classificações" (p. 51).

Ainda neste sentido, o jornalista Solomon (2014), ressalta que:

"Não existe nenhuma relação forte entre a gravidade da depressão e a probabilidade do suicídio: alguns suicídios parecem ocorrer durante disfunções severas, embora algumas pessoas em situações desesperadas apeguem-se à vida. Algumas pessoas oriundas de regiões mais deterioradas das grandes cidades que perderam todos os filhos para a violência das gangues, que estão aleijados fisicamente, com inanição, que jamais conheceram um minuto de amor de qualquer espécie, mesmo assim agarram-se à vida com cada tiquinho de energia. Outros, com infinitas promessas brilhantes em suas vidas, cometem suicídio. O suicídio não é a culminância de uma vida difícil; nasce de algum lugar escondido além da mente e da consciência" (SOLOMON, 2014, p. 233).

Diante dessa multiplicidade de fatores, percebe-se que a compreender a concepção de profissionais de saúde sobre atenção ao suicídio e a investigação sobre a organização de serviços para esses casos pode contribuir para o planejamento de ações de cuidado mais eficazes e efetivas. Se acredita-se que se trata apenas de uma questão patológica, a medicalização pode parecer a solução do problema. Porém, se compreende-se que podem existir diversas variáveis envolvidas nesses casos (muitas vezes de ordem concreta, como o desemprego, a falta de recursos materiais, uma perda afetiva, uma doença grave, violências físicas

e psicológicas sofridas), é possível pensar em outras intervenções psicossociais que fazem parte de um cuidado integral.

Embora parte significativa dos estudos apontem relações entre o suicídio e determinadas classificações psiquiátricas (depressão, transtorno bipolar e borderline aparecem frequentemente como casos com maior probabilidade de suicídio), o viés que adoto neste estudo não tem esse fator como foco principal. Assim como em minha experiência profissional, busco refletir que sempre estamos falando de histórias de vida singulares, que não podem ser delimitadas por uma classificação diagnóstica. Por esse motivo, essas estatísticas são importantes, porém não serão aprofundadas por mim nas discussões, já que, na minha opinião, este tipo de abordagem simplifica o sofrimento das pessoas. Também compreendo que é necessário fazer, ao longo do trabalho, uma constante crítica à Psiquiatria e à Saúde Mental, pois não acredito que basta criar-se protocolos, mas sim criar uma nova lógica de cuidado. Problematizar a complexidade envolvida no suicídio é justamente o que não tem sido feito nos serviços, sendo a principal oferta de ações, na maioria dos casos, restrita a medicalizar o sofrimento.

No próximo tópico abordamos algumas contribuições sobre estratégias de prevenção e experiências de atenção ao suicídio, dentro da saúde.

3.2. O problema da prevenção ao suicídio e a organização dos serviços

Cada desperdício de um destino, um indivíduo que se proíbe de se desenvolver naturalmente conforme suas capacidades ou até além delas, me parece tão trágico e tão importante quanto uma guerra. Pois é a derrota de um ser humano – que vale tanto quanto milhares. Não devíamos escrever artigos e fazer passeatas apenas contra a guerra, a violência, a corrupção e a pobreza, mas proclamar a importância do que semearam em nós, indivíduos. De como o devemos cuidar, no tempo que nos foi dado para essa jardinagem singular (Lya Luft in Perdas & Ganhos (p. 28).

Por ter relevância epidemiológica, foi criado o Dia Mundial de Prevenção do Suicídio, lembrado em 10 de setembro. Diante da dimensão dos índices de suicídio foi criada a Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio (Brasil, 2006b) a partir da Portaria no. 1876, tendo como objetivo reduzir taxas de suicídios, tentativas de suicídio e os danos associados com comportamentos suicidas, como o impacto traumático do suicídio na família, nas comunidades e na sociedade em geral, como mencionei anteriormente. Em suas diretrizes, este plano propõe, entre outros itens:

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

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

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

[...]

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

Em Saúde, prevenção pode ser compreendida como qualquer tipo de ação que tenha por objetivo interceptar a causa de uma doença antes que ela atinja um indivíduo, prevenindo assim sua ocorrência. A prevenção é utilizada principalmente em doenças infecciosas, porém no caso do suicídio, existem dificuldades bem específicas – como prevenir? Pesquisas mundiais apontaram que existem três áreas prioritárias para o desenvolvimento de atividades preventivas: a) tratamento de pessoas com transtornos mentais; b) restrição do acesso a métodos empregados em comportamentos suicidas (nota da pesquisadora: embora esse item possa gerar dúvidas, pois o instrumento utilizado para este fim pode ser qualquer objeto de uso corriqueiro, como por exemplo: facas, cordas, fios, medicamentos, acesso a lugares altos); e c) abordagem adequada de notícias e informações relacionadas a comportamentos suicidas, pelos meios de comunicação (BERTOLOTE, 2012).

Destaco que o acompanhamento especializado às pessoas que já tentaram suicídio pode ser considerado como um exemplo de ação preventiva essencial, pois segundo Botega et al (2006, citado por SOARES et al, 2011) de 15 a 25% das pessoas que tentam suicídio fazem uma nova tentativa no ano seguinte, 10% conseguem consumir o ato em algum momento do período de 10 anos, compreendido entre a tentativa anterior e o suicídio. Neste sentido, um estudo de Quental (2009) também afirma que o histórico de tentativa de suicídio anterior é o maior fator de risco para o suicídio consumado. Jamison (2010) refere que ocorrem cerca de dez a vinte e cinco tentativas para cada suicídio consumado, e que a maioria das pessoas que tenta se matar o faz mais de uma vez. Outros estudos apontam que aproximadamente de 30 a 40% das pessoas que tentam o suicídio e não recebem atendimento qualificado acabam repetindo a tentativa no período de um ano. Relembro que no levantamento realizado no serviço pesquisado, dos 115 casos que traziam a ideação suicida, 45 apresentavam um histórico prévio de tentativa de suicídio.

Pesquisas sobre prevenção ao suicídio apontam que este desfecho (o suicídio) pode ser evitado caso haja a devida notificação de tentativa de suicídio e o acompanhamento adequado a estes casos. As intervenções em saúde mental deveriam considerar a especificidade dessa demanda e promover possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida desses sujeitos, tendo como foco a qualidade de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Para isso, seria necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas – considerando também que a participação da família é fator primordial para a prevenção (BRASIL, 2013).

A importância da organização dos serviços e da sensibilização dos trabalhadores da saúde mental e da atenção básica para esta problemática justifica-se pelas estatísticas publicadas pela OMS, segundo as quais 90% dos casos de suicídio poderiam ser evitados se houvesse uma rede de atendimento adequado essas pessoas (CVV, 2013).

É interessante observar que um dos serviços mais reconhecidos na prevenção ao suicídio não é um equipamento de saúde, mas sim uma organização sem fins lucrativos: o CVV (Centro de Valorização da Vida). De acordo com o site da instituição, ela foi fundada em 1962 por um grupo de voluntários. Este trabalho

originou-se na Inglaterra, a partir da iniciativa de um padre que ofereceu escuta através de um anúncio no jornal, depois que uma adolescente se matou porque havia menstruado e pensou que estivesse com uma doença fatal. O CVV foi reconhecido como entidade de utilidade pública federal pelo decreto lei nº 73.348 de 20 de dezembro de 1973. Sua atuação baseia-se essencialmente no trabalho voluntário de milhares de pessoas distribuídas por todo o Brasil. Em 2004 e 2005, a instituição fez parte do Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde para definição da Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio. Sua principal forma de atendimento é através do Programa de Apoio Emocional realizado pelo telefone, chat, e-mail, VoIP (Voz sobre IP, tecnologia que permite que os usuários façam chamadas telefônicas pela Internet, como o programa Skype, por exemplo), correspondência ou pessoalmente nos postos do CVV em todo o país. Trata-se de um serviço gratuito, oferecido por voluntários que se colocam disponíveis à outra pessoa em uma conversa de ajuda. A missão do CVV, segundo a página oficial da instituição, é *“Valorizar a vida, contribuindo para que as pessoas tenham uma vida mais plena e, conseqüentemente, prevenindo o suicídio”*.

O CVV atende qualquer tipo de pessoa que ligue para o serviço e a população atendida é basicamente composta por pessoas angustiadas, solitárias e deprimidas que desejam conversar com alguém. A escuta e o auxílio são imediatos, não sendo necessário agendamento ou tempo de espera. Os voluntários passam por um processo seletivo e posteriormente por um treinamento com algumas diretrizes específicas, como: nunca aconselhar, ouvir sem restrições morais, não interferir e principalmente dar espaço à fala do outro. As tentativas de suicídio ou os suicídios de fato recebem essa mesma abordagem. Se alguém liga referindo ter ingerido comprimidos para morrer, por exemplo, o atendente só pode solicitar socorro se a pessoa autorizar. Se o suicida solicitar apenas apoio do voluntário para não morrer sozinho, não cabe ao atendente tentar persuadi-lo a desistir do suicídio, nem julgá-lo, mas apenas fazer o que o suicida lhe pediu: oferecer escuta e companhia (Marquetti, 2011).

O trabalho do CVV é um exemplo de que não é preciso ser psicólogo (crença muito presente no senso comum) para atender os casos de sofrimento que envolvem ideação suicida ou tentativa de suicídio. A própria organização acredita que ao receber ajuda (principalmente ter escuta e acolhimento para o seu

sofrimento) ou oferta de socorro diante de uma crise, essas pessoas podem reverter a situação ao colocar para fora seus sentimentos, ideias e valores, alterando, assim, sua disposição para um ato suicida. Essa ajuda pode vir de pessoas comuns, ligadas a organizações voluntárias como o CVV, que se dedicam à prevenção do suicídio ou também (porém não somente) de profissionais (CVV, 2013).

Pesquisando referências para contribuir com as sugestões de qualificação de atenção ao suicídio, outra experiência que chamou minha atenção foi relatada pela psicóloga Soraya Carvalho Rigo no debate online “*Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a Psicologia clínica*”, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), em 24 de julho e publicado em dezembro de 2013. Rigo compartilhou uma experiência que acontece há vinte e dois anos no Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio (NEPS), uma instituição pública que faz parte do Centro de Informações Antiveneno (CIAVE), centro de referência em toxicologia, ligado à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. O NEPS promove ações de prevenção e tratamento voltadas aos pacientes com depressão grave e risco de suicídio, através de atividades voltadas para o paciente, sua família e profissionais de saúde. O NEPS disponibiliza acompanhamento psicológico, psiquiátrico e terapia ocupacional para o paciente; promove reuniões informativas com as famílias, falando sobre depressão e suicídio, colhendo queixas, informando e construindo alternativas para lidar com a depressão e a tentativa de suicídio do familiar; e para os profissionais de saúde, realiza cursos de capacitação (com profissionais da saúde de nível superior, de nível médio e ainda agentes comunitários), com o objetivo de instrumentalizá-los para o reconhecimento de sinais que indiquem risco de suicídio, possibilitando o encaminhamento precoce desses pacientes para tratamento (CFP, 2013).

Essas experiências apontam possíveis estratégias a serem utilizadas como modelos para redes de atenção ao suicídio e puderam contribuir para as discussões que posteriormente foram realizadas com a equipe.

Para contextualizar as estruturas de atenção à saúde no Brasil, faz-se necessário falar brevemente sobre a Saúde Pública e o SUS, como farei a seguir.

3.3. A Saúde Pública e suas Implicações na atenção ao suicídio

Não se pode encontrar a paz evitando a vida.

- Virgínia Woolf

A partir de 1990, com a Lei no. 8080, a Saúde Pública no Brasil passou a ser pautada pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), baseada na inserção do texto constitucional de se ter a saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Neste contexto, a saúde passou a ser vista em uma concepção ampliada, que inclui os condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos. O modelo também propõe uma oferta abrangente e integrada das ações e serviços de saúde, buscando superar a visão dominante de compreender a saúde pela doença, especialmente nas dimensões biológicas e sociais (VASCONCELOS e PASCHE, 2009).

Neste momento, em que o Matriciamento se torna uma prática cada vez mais comum nos processos de atenção à saúde no município de Santos, ressalta-se a importância de trabalhar junto às equipes de Atenção Básica a questão do cuidado para pessoas que trazem a demanda de suicídio. O Matriciamento tem como proposta construir um processo de construção compartilhada em saúde, onde duas equipes (como por exemplo a Atenção Básica e a Saúde Mental) criam uma proposta única de intervenção para cada usuário, integrando saberes com o objetivo de ampliar as possibilidades de realizar-se uma clínica ampliada (CHIAVERINNI, 2011). Em geral, utiliza-se de um encaminhamento formal através de um ficha de referência e contrarreferência. No entanto, existem experiências de matriciamento que acontecem através de visitas compartilhadas entre profissionais de saúde mental com equipes ou parte das equipes dos serviços de atenção básica, participação de reuniões de equipes da saúde da família, discussão de casos em conjunto, entre outros. Em Santos, em especial, os serviços ainda funcionam de forma muito isolada e a discussão de casos é muito rara – o que prevalece são os encaminhamentos em forma de interconsulta entre as especialidades de saúde, em formulários que objetivam apenas a classificação de diagnóstico.

Existem propostas de que o acompanhamento de usuários da Saúde Mental poderia ser realizado com a Saúde Mental em conjunto com a Equipe de Atenção Básica, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), criando uma rede de cuidados mais eficiente. Na ESF, a saúde mental aparece também como eixo: “há tratamento continuado, base sobre a qual os pacientes podem ressignificar seus sintomas e seus sofrimentos; pratica-se o acolhimento, que é uma maneira de escutar as pessoas e que é considerado um dos dispositivos fundamentais das práticas de saúde mental” (LANCETTI e AMARANTE, 2009, p. 629). Infelizmente, na realidade essa prática não acontece tão bem quanto deveria.

Se é possível pensar em ações de prevenção ao suicídio dentro da Atenção Básica, imagina-se que dentro da Saúde Mental este cuidado se torne ainda mais relevante. Afinal, a maior parte dos casos de tentativa de suicídio ou ideação suicida tem relação direta com um sofrimento que pode apresentar-se antes do momento de crise, ainda que de uma forma superficial. Além disso, as Unidades Básicas de Saúde e Pronto-Socorros costumam encaminhar os usuários que relatam depressão, ansiedade ou pensamentos suicidas aos serviços de Saúde Mental, para tratamento e acompanhamento especializado. Como não há um protocolo específico para estes casos, o que acontece é que cada serviço e cada trabalhador experienciam essa situação de forma particular, a partir de seus próprios valores e crenças.

A prática em saúde, embora baseada em uma teoria científica, é profundamente dependente dos valores morais, éticos, ideológicos e subjetivos dos profissionais, pois envolve interpretação, ajuizamento e decisão pessoal na aplicação do conhecimento científico a situações concretas e singulares. As diferentes práticas profissionais também estão relacionadas às diferentes possibilidades de lidar com o momento de encontro com o usuário (BRASIL, 2005, p. 59).

O trabalho em saúde deve ser realizado fundamentalmente no encontro único com quem demanda cuidado. Cecílio (2011) considera que esse encontro deve ser regido por três elementos: o preparo técnico em si (as especialidades, os núcleos de saber); o posicionamento ético (o modo operacional utilizado quando o profissional

mobiliza tudo o que está ao seu alcance, em suas condições reais de trabalho, para ajudar aquele usuário); e finalmente, sua capacidade de construir vínculo com quem precisa de seus cuidados (de se permitir ser afetado pelo usuário). Assim, a possibilidade de estabelecer laços de confiança e de escuta em qualquer ponto do sistema de saúde e também nos serviços de saúde mental (que deveriam ter isto como referência) é muito importante. Esta oferta de escuta também está relacionada com a concepção de saúde que orienta essa prática. Se focamos a escuta em perceber problemas médicos para identificar patologias, produzimos determinado tipo de intervenção, de modelo biomédico ao invés de psicossocial.

Ainda neste contexto de redes de cuidado, refletir sobre a atuação e o papel de cada profissional, considerando o contexto sócio-histórico que permeia as ações, está diretamente relacionado à relação que será estabelecida entre a teoria e a prática. Para Merhy (2004): “[...] as experiências do acolhimento, mostram que se exige que os trabalhadores se vejam, explicitamente, como protagonistas da produção do seu cotidiano. Que tomem isso como uma força, que desejem isso, que queiram com isso se apossar deste fazer e torná-lo um caminho cúmplice com o mundo dos usuários, e assim transmitam alegria a partir deste tipo de processo”. Acreditando nessa ideia, a proposta de formar grupos e rodas de conversa com os trabalhadores da unidade pesquisada surgiu como possibilidade de contribuir para pactuações de novas formas de acolhimento e atendimento a estes casos.

Em relação a essa ideia de protagonismo dos trabalhadores, o conceito de Educação Permanente em Saúde traz como norte o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, possibilitando construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que podem produzir o contato com o desconforto e, depois, a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos, para enfrentar o desafio de produzir transformações (CECCIM, 2005).

Conhecer a organização do serviço pesquisado e as concepções dos profissionais de saúde sobre suicídio pôde trazer pistas importantes para compreender e problematizar essa atuação, porque trouxe para a reflexão e discussão aquilo que é real. Compreende-se que se o cotidiano do trabalho em saúde já apresenta desafios, especialmente na Saúde Mental, onde crises e

situações que requerem intervenções rápidas são comuns, quando se fala em morte, a importância da reflexão sobre a prática em saúde é ainda maior, já que este é um dos tabus em nossa sociedade, como mencionado anteriormente.

Para pensar na organização de uma rede de atenção ao suicídio, que pressupõe integração e comunicação entre equipes de diferentes serviços, seria preciso contar com uma estrutura que contasse com o Matriciamento fortalecido, com a participação de equipes NASF (Núcleo de Atenção à Saúde da Família), no fortalecimento da própria rede e principalmente com processos de educação permanente que mesclassem profissionais de diferentes serviços para refletir sobre os desafios e possibilidades das situações do cotidiano do trabalho. Uma capacitação específica sobre o tema ou discussões reflexivas sobre atenção ao suicídio com os trabalhadores da rede poderia também fazer parte da qualificação da atenção oferecida à essa importante demanda.

Porém, se uma mudança macro depende de uma série de fatores (política de saúde, construção de redes, protocolos e processos de educação permanente) que não dependiam de mim, enquanto trabalhadora do SUS e pesquisadora, era possível pensar em trazer essa discussão para o contexto no qual estava inserida (meu local de trabalho). O objetivo inicial da pesquisa era utilizar os conceitos de prevenção ao suicídio, acolhimento e clínica ampliada em discussões e reflexões coletivas, permitindo a construção de ações concretas, capazes de qualificar a atenção ao suicídio no município, ou ao menos na instituição na qual trabalhava, de forma significativa. Se a maioria das demandas que chegam aos serviços de Saúde Mental já pedem uma intervenção rápida e especializada, justifica-se um cuidado ainda maior quando há um indicativo de sofrimento que aparece na forma de ideação suicida ou tentativa de suicídio, pelo risco que se apresenta.

Merhy estabeleceu três categorias para as tecnologias de trabalho em saúde. Chamou de 'tecnologias duras' aquelas que dependem de máquinas e instrumentos para acontecer e que têm esse nome porque já estão programadas *a priori* para a produção de certos produtos; de tecnologias 'leve-duras' aquelas que se referem ao conhecimento técnico, por ter uma parte dura que é a técnica, definida anteriormente, e uma leve, que é o modo próprio como o trabalhador a aplica, podendo assumir formas diferentes dependendo sempre de como cada um trabalha e cuida do usuário; e chamou de 'tecnologias leves' as relações fundamentais para a

produção de cuidado e que se referem a um jeito ou atitude própria do profissional que é guiado por uma intencionalidade vinculada ao campo cuidador, ao seu modo de ser, à sua subjetividade. São consideradas como tecnologias porque dizem respeito a um saber, isto é, competências para os trabalhadores de saúde lidarem com os aspectos relacionais que envolvem os atos produtivos (MERHY e FEUERWERKER, 2009).

Na Saúde Mental, o maior objetivo, na minha opinião, deve ser exatamente privilegiar a tecnologia leve, o encontro entre usuário e trabalhador:

No encontro com o usuário, são mobilizados sentimentos, emoções e identificações que dificultam ou facilitam a aplicação dos conhecimentos do profissional na percepção das necessidades de atenção, na 'aceitação' de 'queixas' para a investigação e intervenção. Profissionais e usuários são mutuamente afetados nesse encontro. A percepção e o entendimento dos sentimentos, dos afetos aí mobilizados, estão relacionados a uma maior possibilidade de escutar, de perceber mensagens não-verbais, de acolher o usuário, de estabelecer vínculos e, portanto, uma maior capacidade diagnóstica e de efetividade da intervenção terapêutica (Balint, 1988, apud BRASIL, 2005, p. 59).

Considerando que na organização de serviços na unidade pesquisada o técnico tem autonomia para fazer os encaminhamentos que julga necessários para o usuário, justifica-se que essa categoria profissional seja um dos focos das entrevistas e da discussão dos dados, pois esperava-se compreender as concepções destes trabalhadores sobre a demanda relacionada ao suicídio e também a organização dos serviços para esta questão. A literatura sobre o tema considera como principal fator de risco a presença de um transtorno psiquiátrico, porém embora seja um aspecto relevante, um olhar exclusivamente biomédico pode ser reducionista, pois o foco no diagnóstico desconsidera a singularidade dos indivíduos, que além de um transtorno como a esquizofrenia, a depressão ou a bipolaridade, trazem também aquilo que é próprio de cada história de vida – expectativas, frustrações, contexto familiar e social, projetos e marcas. Perceber que existe uma mobilização de afetos envolvida no encontro que acontece entre o profissional e o usuário, composta por crenças, defesas e aproximações, nos ajuda a

pensar sobre os aspectos que podem influenciar o tipo de cuidado que é oferecido na saúde. O próximo tópico aborda este contexto.

3.4. Trabalhadores de saúde diante da demanda de suicídio

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

- BOFF (1999, p. 52)

Atuando em um serviço que atende, entre outras demandas, usuários que tentaram suicídio ou apresentam ideação suicida, percebi que a oferta de cuidado que fazíamos a essa população era muito pobre, diante da dimensão do sofrimento e risco que se apresenta a ela. Se o foco do atendimento ao sofrimento mental ainda privilegia a consulta médica com o psiquiatra e a prescrição de medicamentos, talvez fosse possível pensar em modos de qualificar o cuidado, ampliando a atenção oferecida. Para isso, era importante pensar no encontro do profissional com o usuário como sendo o principal momento deste cuidado.

Há, de um lado, uma pessoa – com sua história de vida, condição social, cultura, saberes, concepções, valores, sentimentos e desejos singulares – que busca alívio da sua dor, do seu sofrimento e, de outro lado, uma pessoa – também com sua história de vida, condição social, cultura, concepções, valores, sentimentos e desejos singulares – que é portadora de um conhecimento técnico que pode intervir nesse sofrimento e nessa dor. No encontro entre essas pessoas é que se realiza o trabalho em saúde. O momento de encontro clínico é um momento fundamental para identificar a singularidade que o processo de adoecimento adquire para quem demanda atenção e as linhas de força que o estão determinando, de maneira a poder pensar em estratégias de intervenção que possam mudar esse processo (BRASIL, 2005, p. 56).

Heck e outros (2012) fizeram uma pesquisa com trabalhadores de Saúde Mental, familiares e usuários, para conhecer as ações dos profissionais do CAPS diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. Os resultados apontaram que a

intervenção mais importante, na opinião dos diferentes grupos entrevistados, era o acolhimento, que fornecia espaço para questionamentos e interações entre usuários e familiares. Entendeu-se que o acolhimento era uma importante “ferramenta potencializadora de vida, capaz de ressignificar processos de trabalho, serviços e pessoas”. Observou-se ainda que é necessário também estabelecer uma parceria entre o indivíduo, a família e o profissional, considerando que esse processo de reabilitação envolva, inclusive, a comunidade.

“Cuidar é parte do cotidiano humano e refere-se a um agir de respeito e responsabilização, constituindo uma “atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito” (LACERDA e VALLA, 2004).

Quando o processo de trabalho vivo predomina, o trabalhador tem liberdade para relacionar-se com o usuário, experimentar soluções para os problemas que aparecem e inserir o usuário como protagonista no processo de produção da sua própria saúde. Quando o processo de trabalho está morto, ele prioriza o comando dos instrumentos, limitando a ação do trabalhador àquilo que já foi determinado pelo protocolo, formulário ou máquina. Passa a acontecer apenas um processo distante e duro de produção de procedimentos (MERHY e FEUERWERKER, 2009). Podemos dizer que o trabalho em saúde sempre tem um componente vivo. O problema é quando essa dimensão fica subordinada ao comando de protocolos, de instrumentos de trabalho. Sempre existe um grau de liberdade do trabalhador, mas que pode ser pouco acionado ou ficar abafado pelas normas e modos de funcionamento também institucionais. Portanto, o processo de trabalho pode potencializar que o trabalhador acione mais processos de encontro, de valorizar o estar com os outros (usuários ou demais trabalhadores), ou que acione dispositivos de distanciamento, um tipo de imunidade, como vemos a seguir:

A imunidade, ainda que necessária à conservação da nossa vida, uma vez levada além de um certo limite, a constringe numa espécie de jaula na qual acaba por perder-se, não só a nossa liberdade, mas também o próprio sentido da nossa existência, isto é, essa abertura da existência para fora de si mesma, à qual se tem dado o nome de *communitas* (ESPOSITO, 2013).

Porém, em saúde esse encontro é necessário. Como a professora Laura disse, certa vez: “Como podemos nos imunizar em relação ao outro, se na verdade, estamos expostos às pessoas?” No trabalho em saúde esse encontro com o outro sempre acontece – se ele será distante ou próximo, depende da abertura que se oferece.

Vi, durante o tempo que trabalho na Saúde Mental, muitos eventos sobre a Luta Antimanicomial, que é muito importante, mas não tive conhecimento sobre algo voltado para a prevenção ao suicídio. A dificuldade para perceber as diversas questões envolvidas na atenção ao suicídio fazem com que muitas vezes o profissional não perceba o percurso único de cada indivíduo que chega ao serviço, fazendo intervenções automatizadas, que desconsideram as singularidades de cada sujeito.

Marquetti (2014) fez um estudo no qual observou que a ideação suicida traz mudanças nas atividades cotidianas dos indivíduos e que estes sinais podem ser observados e analisados, permitindo que profissionais de saúde e pessoas próximas possam oferecer, antecipadamente, a assistência necessária para as situações de vulnerabilidade. Entre os sinais classificados pela autora, encontram-se:

- 1) Mudanças nas atividades sociais e/ou relações afetivas, como conflitos familiares, afastamento dos filhos, decepção, mágoa e ressentimento com familiares, isolamento social e outros.
- 2) Mudanças nas atividades laborais e escolares, como demissão do trabalho, abandono dos estudos, perda da vontade de trabalhar e perda financeira.
- 3) Mudanças nas atividades da rotina diária, como abandono do cuidado da casa, abandono do cuidado dos filhos.
- 4) Mudanças nas atividades eletivas e/ou de lazer, como abandono de atividade religiosa, abandono de atividades que implicam em sair de casa.
- 5) Mudanças nos cuidados pessoais, como suspensão ou diminuição da alimentação e dos cuidados pessoais de higiene e estética.
- 6) Mudanças nas atividades corporais no cotidiano, como inatividade, insônia, dores no corpo, emagrecimento, choro fácil e sem motivo aparente.
- 7) Mudanças nos sentimentos e pensamentos do cotidiano, como sensação de abandono, sensação de solidão, decepção com as pessoas, nervoso, depressão, tristeza, raiva, revolta, angústia repentina e intensa, pensamentos sobre problemas,

pensamentos sobre a morte e pensamentos sobre como terminar com sua vida.

8) Outros sinais, como bilhetes em papel e mensagens no computador no dia da tentativa de suicídio.

Esses sinais são importantes quando pensamos na rede de atenção básica e nas equipes dos serviços, porém para ter acesso a eles, é fundamental oferecer uma escuta qualificada ao usuário e se possível, também estabelecer um vínculo com um familiar ou pessoa próxima.

Porém, acredito que como a maioria das pessoas têm medo da morte e o profissional da saúde não deixa de ser um ser humano, com suas limitações e angústias, é possível que muitas vezes ele tente se defender desse confronto direto que o contato com o suicida apresenta. Perceber esse distanciamento pode abrir espaço para que estas questões sejam trabalhadas:

Um dos recalques preferidos dos seres humanos é o da morte. Gostamos de viver o tempo todo a ignorá-la. [...] Os trabalhadores da saúde não têm essa chance. [...] não se perguntam mais para quê trabalham. Por lidar com isso, defendemos a criação de espaços onde essas questões permaneçam vivas, podendo ser analisadas, e não recalçadas – e não se transformem em atuações perversas ou burocráticas quando da relação entre profissionais, usuários e comunidades (ONOCKO CAMPOS e CAMPOS, 2009).

Durante a maior parte do tempo, evitamos pensar a respeito de nossa morte ou da morte das pessoas que amamos. Porém, o trabalhador da saúde não tem como fugir disso quando a morte faz parte do seu cotidiano, e por isso constrói suas defesas. Muitas vezes, a agressividade ou o distanciamento de alguns trabalhadores em relação ao paciente que tentou suicídio tem sua origem em uma questão afetiva que atravessa o encontro do usuário com o profissional de saúde e com a própria dificuldade do profissional com a sua morte.

“O médico, a equipe de saúde foram treinados para salvar vidas, para enfrentar a morte, numa delegação da sociedade. Dessa forma, frente a alguém que o procura tentando preservar a vida, existe concordância de expectativas: ambos querem combater a morte. No entanto, quando o paciente tentou matar-se, destroem-se ou

confundem-se, na equipe de saúde, as premissas de seu treinamento. Agora ela terá de lidar com pessoas que estão (geralmente, em parte) do lado da morte, e que às vezes veem o profissional como um inimigo” (CASSORLA, 1991, p. 37-38).

Além de tentar compreender qual é a visão do trabalhador sobre a atenção ao suicídio, também cabe tentar aproximar-se do que seria ideal para qualificar esse cuidado. E o que seria importante na atenção a alguém que planeja ou tentou dar um fim à sua própria vida? Será que podemos pensar em algumas pistas? A partir de sua experiência, Rigo (CFP, 2013, p. 39) propõe que o psicólogo (mas acredito que outros trabalhadores da saúde também podem fazer esse cuidado) possa acolher o sofrimento, a queixa que o paciente traz, através de uma escuta atenta e interessada, sem julgamentos ou expectativas. Utilizando um conceito escolhido pela autora, é preciso ter **A-N-I-M-O**:

A de atenção: é fundamental estar atento ao percurso desse sujeito, tanto na vida quanto no tratamento. Por exemplo, se ele faltar a uma sessão, deve-se contatá-lo para saber o motivo de sua falta, remarcar a sessão; quando algo importante em sua vida está por acontecer ou diante de uma decisão importante que tenha de tomar, acompanhar de perto os desdobramentos. É preciso estar atento, ser ativo, atuante.

N de neutralidade: diante do que se escuta, sem críticas ou julgamentos (embora a autora use essa classificação, aqui temos a questão que nunca conseguimos ficar neutros, portanto, seria no mínimo fazer uma tentativa de perceber e trabalhar seus pré-julgamentos);

I de interesse: quando atendemos alguém, especialmente se ele está deprimido, escutá-lo com interesse faz a diferença.

MO de motivação: entusiasmo para sustentar o trabalho com essa dinâmica, em que é preciso ter paciência para suportar sem pressa ou expectativas, o tempo do paciente – motivação no sentido de acionar o trabalhador para se disponibilizar ao encontro com o outro.

Para isso, eu acreditava que não seria necessária uma capacitação técnica, mas sim uma sensibilização para uma escuta qualificada, humanizada. Como discutirei mais a frente, houve no percurso da pesquisa um deslocamento importante, que foi considerar que as condições de trabalho e a organização dos

serviços também podem dificultar uma atenção diferenciada. Estes fatores muitas vezes determinam, entre outras coisas, quanto tempo se tem para cada atendimento, quais são os encaminhamentos oferecidos pelo serviço e suas limitações, por exemplo. Isso vale não apenas para a atenção ao suicídio, mas também para todas as demandas que chegavam ao serviço. Esse ponto será ampliado durante a discussão da produção de dados.

A aposta inicial da pesquisa foi o pressuposto de que cada encontro individual entre pesquisadora e colaboradores, e posteriormente, a conversa entre o grupo de trabalhadores, poderiam vir a fomentar a construção de uma nova forma de cuidado na atenção ao suicídio.

4. PRODUÇÃO DE DADOS NO CAMPO

Após os procedimentos éticos da pesquisa e do aceite pelos Comitês de Ética, iniciou-se o mergulho em campo que objetivou compreender o serviço e seu modo de funcionamento.

4.1. Caracterização do serviço: aproximações com o cotidiano

O município de Santos tem uma importância histórica na Saúde Mental, com a implantação dos serviços substitutivos aos manicômicos e hospitais psiquiátricos, pois a intervenção da Casa de Saúde Anchieta, em 1989, foi um importante marco da luta antimanicomial brasileira. Segundo Kinoshita (2009), a intervenção surgiu a partir da vontade de mudança do modelo vigente até então, tendo como principal defensor o secretário de saúde municipal, David Capistrano, que acompanhava de perto a reforma sanitária que acontecia na Itália e as particularidades que esta apresentava no campo da saúde mental. Denúncias de maus tratos aos pacientes e mortes violentas foram outros importantes fatores que desencadearam o processo de criar uma nova política de cuidado. Esta dinâmica complexa foi formatando a organização dos Núcleos de Apoio Psicossocial, os NAPS. O hospital Anchieta foi dividido em cinco enfermarias que seguiam uma divisão dos cinco territórios da cidade, de modo que todos os pacientes e familiares de uma região pudessem ser atendidos e referenciados a uma mesma equipe. Depois estas equipes e seus pacientes e familiares foram sendo deslocados para a implantação dos NAPS enquanto as suas enfermarias iam sendo desativadas respectivamente.

Os cinco NAPS foram os primeiros serviços da Reforma Brasileira Psiquiátrica, pensados com uma lógica ambulatorial, criados desde sua implantação para funcionar com leitos de internação, 24 horas, sete dias da semana. O atendimento psiquiátrico ambulatorial foi se agregando ao serviço, e atualmente os NAPS atendem também todas as outras demandas de Saúde Mental, nomeadas como “casos leves”, como depressão e ansiedade. Atualmente, os NAPS contam com uma equipe composta por psiquiatras, profissionais de diversas formações que atuam como técnicos em saúde mental (psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros,

terapeutas ocupacionais, entre outros) e a equipe de Enfermagem (técnicos e auxiliares). Há ainda os acompanhantes terapêuticos e os profissionais que trabalham no setor administrativo.

O NAPS pesquisado foi inaugurado em maio de 1992, em um espaço anexo a uma Policlínica. Inicialmente, o atendimento era destinado às pessoas com transtornos mentais severos, portanto, a população atendida era quase que totalmente constituída por egressos de hospitais psiquiátricos, em atendimento integral. Atualmente, a unidade oferece atendimento intensivo 24 horas, seis leitos para internações curtas para usuários em crise e atendimento no modelo semi-intensivo de Hospital-Dia, além do fluxo do ambulatório. A demanda é grande e a região atendida é uma das maiores do município – a unidade contava com mais de 9.000 usuários cadastrados em outubro de 2014 e tinha aproximadamente 2.000 prontuários ativos naquele período.

A divisão física entre os espaços do serviço (Ambulatório e Hospital-Dia/Intensivo) se dá por uma porta. Na parte da frente do sobrado, ficam dois consultórios médicos e a recepção – espaço que constitui o ambulatório. Na parte de trás do piso térreo, existe uma sala de convivência, um pequeno jardim com piscina, onde acontecem as refeições dos usuários, a copa e outro consultório. No andar superior do sobrado, encontra-se a administração, a sala de reuniões da equipe, o posto de enfermagem e os dois quartos (masculino e feminino, com três leitos cada) para internação. Durante o período da pesquisa, em média trinta a quarenta usuários faziam o Hospital-Dia, diariamente. Neste tipo de atendimento, os usuários chegam ao serviço às 08:00 horas da manhã, tomam café, almoçam e participam das atividades oferecidas (como oficinas de pano de prato, grupos de escrita terapêutica, terapia em grupo, passeios ou ficam nos espaços de convivência), permanecendo na unidade até às 17:00 horas.

Para dar conta de toda essa demanda, a unidade contava, no momento da pesquisa, com uma equipe composta por quatro psiquiatras (em dias alternados), três psicólogas (uma no período da manhã e duas no período da tarde), uma enfermeira (manhã), uma terapeuta ocupacional (tarde) e uma assistente social (tarde). Havia ainda doze auxiliares de enfermagem, que trabalham em escalas de 12 por 36 horas – em plantões de 3 funcionários por período. Além disso, havia o farmacêutico que fazia a dispensação de medicamentos para os usuários do

ambulatório, uma acompanhante terapêutica no período da manhã e no setor administrativo, trabalhavam a chefe administrativa e uma recepcionista.

Os psicólogos no NAPS onde atuei durante a pesquisa (o que provavelmente também parece ser o modo predominante dos diversos NAPS de Santos) não oferecem psicoterapia individual, atuando como os demais técnicos da equipe interdisciplinar (assistente social, enfermeira, terapeuta ocupacional), que atendem as demandas do serviço (triagem, acompanhamento aos usuários, atendimento com usuários e seus familiares e construção de projetos terapêuticos individuais, grupos, entre outros) e fazem algumas intervenções em conjunto (como visitas domiciliares e reuniões de rede, quando necessário).

Os primeiros atendimentos de usuários que trouxeram em suas falas a ideia suicida ou uma tentativa de suicídio, recente ou não, geraram-me muita angústia, pois o procedimento padrão, não apenas para esses casos, mas para todos, de maneira geral, era fazer a triagem e agendar uma consulta com o psiquiatra para a data mais próxima disponível na agenda (que poderia ser dali a um ou três meses depois). Para mim, era muito difícil compreender essa lógica e seguir esse 'protocolo' logo depois de ouvir uma história de angústia e sofrimento tão intensos que tinham mobilizado aquela pessoa de forma tão significativa que ela chegara a pensar em morrer e depois disso simplesmente agendar uma consulta em longo prazo com um psiquiatra, sem ao menos saber se ela voltaria. Não haveria um retorno comigo, para acompanhar a evolução daquele caso - o percurso desse usuário no serviço. A orientação seguinte era sugerir que o usuário procurasse atendimento psicológico, porém como a rede pública municipal não oferece essa opção, só restava indicar serviços de faculdades de Psicologia e cooperativas de psicólogos. Mas também não tínhamos como saber se o usuário procuraria o serviço, nem tínhamos qualquer retorno sobre o acompanhamento, se este ocorresse. Não havia um retorno agendado além da consulta com o psiquiatra, nem havia uma forma de saber se aquele usuário retornou para a avaliação ou se abandonara o tratamento antes mesmo de começar ou logo depois. Ou seja, havia o predomínio de uma atenção centrada na avaliação psiquiátrica e na prescrição de medicamentos.

A entrada do usuário no serviço de Saúde Mental no qual estava inserida se dá de duas maneiras: por demanda espontânea ou através do encaminhamento de outros serviços de saúde.

O primeiro atendimento é feito pela recepcionista no balcão. Muitas vezes, aquilo que deveria ser o primeiro passo deste primeiro acolhimento acaba sendo o único, pois o usuário não passa pelo técnico para explicitar sua demanda nesse dia. Quando o usuário chega ao serviço por demanda espontânea ou encaminhamento simples, se tem vaga na agenda de triagem (são realizadas de duas a quatro triagens por dia), é agendado um horário dentro daquele mês. Solicita-se que o usuário traga no dia da triagem seu cartão SUS, xerox do RG e comprovante de residência. Caso não haja vaga na agenda, a recepcionista orienta o usuário a retornar no primeiro dia útil do mês seguinte para agendar a triagem. Para exemplificar, em outubro de 2014, a agenda abriu e ficou lotada no primeiro dia útil do mês. As pessoas que vieram procurando atendimento, por encaminhamento ou demanda espontânea a partir do segundo dia daquele mês foram orientadas a retornar para agendar sua triagem no dia três de novembro, ou seja, o primeiro dia útil do mês seguinte. Os agendamentos de triagem distribuem-se no mês vigente, até que todas as vagas sejam ocupadas.

Em todos os casos, se o usuário diz que precisa de medicação ou atendimento de emergência porque não está bem, é orientado a procurar o Pronto-Socorro. Em outubro de 2014, por exemplo, só havia um psiquiatra para atendimentos de emergência no município no Pronto Socorro da Zona Noroeste, e mesmo esse só estava atendendo às terças à noite e às quartas-feiras, durante o dia. Quando ligamos no dia quinze daquele mês para confirmar os dias de plantão, fomos informadas de que os dias eram realmente estes, porém nas últimas duas semanas o único médico do P.S. estava de licença. Ou seja, durante um período de tempo não havia para o usuário de Saúde Mental em crise nenhuma possibilidade de pronto atendimento.

Nesse primeiro momento, quando alguém chega ao serviço para ser inserido como usuário, não é feito nenhum acolhimento por um técnico para investigar qual é sua demanda. Como a triagem é agendada, ocorre que às vezes o munícipe consegue agendar a triagem e só quando é atendido descobre que seu caso deveria ser encaminhado para outro serviço – por exemplo, no caso de dependência química, o serviço de referência é o SENAT e quando se trata de um idoso, sem histórico prévio de tratamento psiquiátrico, a primeira avaliação especializada deve ser feita pelo geriatra. Portanto, pode acontecer que alguém espere quase dois

meses pelo primeiro atendimento para descobrir que não será cuidado ali. Não há uma cadência vital no serviço: o usuário chega ao NAPS com uma demanda de desejo de morte, ou seja, propondo um corte na vida, e o serviço lhe impõe um novo corte: aguarde alguns dias (ou meses) para ser escutado.

Se o usuário traz um encaminhamento de urgência (veio de internação ou após um primeiro atendimento no Pronto-Socorro), a recepcionista poderá solicitar a avaliação de caso pelo técnico plantonista, que tem autonomia para decidir se fará a triagem no mesmo dia ou agendará uma nova data – a seu critério. Recomenda-se que a triagem seja feita no mesmo dia, mas ainda assim pode ocorrer que ela seja agendada para o dia seguinte e que a consulta médica seja agendada de acordo com a disponibilidade da agenda.

Depois desta primeira etapa, na data agendada para a triagem, o técnico de plantão (psicólogo, enfermeiro, assistente social ou terapeuta ocupacional) tem o primeiro contato com o usuário. Faz uma avaliação a partir de seus dados pessoais e psicossociais, história clínica e queixa trazida. Investiga se o usuário já faz uso de alguma medicação, se tem histórico de tratamento psiquiátrico e quais são os principais sintomas naquele momento.

A partir desta avaliação, o técnico poderá optar entre uma ou mais das seguintes ofertas de serviço:

1 – Agendar avaliação psiquiátrica – esta consulta poderá ocorrer de acordo com a disponibilidade de agenda dos médicos (em torno de 45 dias em outubro de 2014) ou, se o técnico achar necessário, poderá conversar com um dos psiquiatras e solicitar um atendimento de emergência, que poderá ser feito até no mesmo dia ;

2 – Orientar o usuário a procurar atendimento de emergência no Pronto-Socorro da Zona Noroeste, o único do município que conta com psiquiatra, ainda que não todos os dias (em outubro de 2014, como foi explicado, o psiquiatra atende somente às terças-feiras à noite e quartas-feiras durante o dia) para não ficar sem avaliação e/ou medicação até o dia da primeira consulta.

3 – Encaminhar o usuário para Terapia Comunitária dentro da Unidade (essa oferta de atendimento para os usuários do ambulatório foi iniciada somente em meados de 2014; em 2013 houve propostas de criar um Grupo Terapêutico para esse público, porém logo esse espaço se reverteu em uma oferta oferecida apenas

para os usuários do Hospital-Dia);

4 – Agendar novo atendimento com psicólogo ou outro profissional que possa aprofundar ou acompanhar o caso;

5 – Encaminhar o usuário para acompanhamento psicológico fora da unidade (Clínicas de Faculdades de Psicologia ou Projetos Comunitários e Cooperativas) - o principal aspecto negativo dessa opção é que o serviço não vai saber se realmente o usuário está tendo suporte psicológico;

6 – Encaminhar o usuário para outros serviços (como por exemplo SENAT, ou um neurologista ou geriatra ...)

É importante observar que a metade das ofertas vão colocar o usuário para fora do serviço (para o Pronto-Socorro, para acompanhamento psicológico fora da rede, para outro serviço de saúde ...).

Seja qual for a conduta escolhida pelo técnico, ele abrirá o prontuário do usuário na unidade (exceto se este for encaminhado para outro serviço ou outra especialidade e não for necessário o atendimento no NAPS) e fará um cartão com a data do próximo atendimento (quase sempre, apenas a consulta com o psiquiatra). A partir de então, o fluxo do usuário não é acompanhado de perto pelo profissional que o atendeu. Se, por exemplo, o usuário não vier na primeira consulta com o psiquiatra ou se vier, mas não tiver procurado o atendimento psicológico como foi indicado, o serviço não saberá, para fazer uma busca ativa com o objetivo de investigar o que aconteceu.

Após a primeira avaliação do psiquiatra, o usuário sairá da consulta com a prescrição de medicamentos que serão retirados na farmácia da unidade e terá seu retorno agendado no intervalo recomendado pelo médico - na maioria dos casos, para noventa dias, mas que pode ser agendado de forma diferenciada, de acordo com a avaliação de cada psiquiatra. Lembro que às vezes eu me espantava ao ver que um usuário que havia trazido a ideação suicida na entrevista de triagem saía do consultório médico com uma receita para 30 dias.

Basicamente, as informações que constam no prontuário do usuário a partir de sua inserção no serviço referem-se aos atendimentos do psiquiatra e tem como principal conteúdo a conduta medicamentosa adotada – qual a medicação prescrita, se aumentou, diminuiu ou foi alterada. Na maioria dos casos, um técnico da equipe

(seja o psicólogo, assistente social, enfermeira ou terapeuta ocupacional) só terá um novo contato com um usuário do ambulatório caso ele solicite especificamente um atendimento (quase sempre com o psicólogo) ou ainda na avaliação do plantonista, caso o usuário procure um encaixe (consulta fora do dia do retorno agendado) para atendimento médico.

Se um paciente com ideação suicida ou tentativa de suicídio faltar à consulta ou abandonar o tratamento, o caso se perderá em meio aos demais prontuários, pois não há nenhum procedimento que o diferencie. Tampouco existe uma agenda de atendimento psicológico – quando a falta do usuário poderia ser notada. Em alguns casos, se o plantonista que fizer a triagem julgar necessário, poderá ser agendado um atendimento com o psicólogo, porém quase sempre esse cuidado mostra-se maior enquanto o usuário não foi avaliado ainda pelo psiquiatra. Parece que, uma vez avaliado e medicado, há o entendimento que o risco de suicídio diminui e o serviço passa a aguardar que o usuário solicite o que for necessário.

Ao fazermos a caracterização do serviço, realizando o fluxograma como ferramenta, percebemos de forma mais clara que o problema não se referia apenas ao atendimento ao suicídio – apesar de focarmos nele. O modelo biomédico prevalecia, ainda que o serviço seja caracterizado como de atendimento psicossocial. Se um paciente refere que não está bem, quase instantaneamente a primeira ação é propor uma nova avaliação psiquiátrica para reajuste da medicação. Não se faz isso por mal, é claro, mas porque o tratamento do paciente psiquiátrico tem como forte paradigma que a conduta mais efetiva é a medicamentosa. Com essa mesma lógica, o foco da triagem de casos novos no serviço ainda era o agendamento da avaliação psiquiátrica, como se o saber médico fosse a principal oferta para esse e outros casos. Essa concepção também parece permear nossa sociedade: “Os profissionais de saúde, particularmente os médicos, são por nós reconhecidos como capazes de ‘julgar’ o nosso problema de saúde, identificar se estamos com alguma ‘doença’ e propor medidas para nos tratar, para alterar aquilo que limita o nosso modo de viver e, assim, restabelecer a nossa ‘saúde’. A eles atribuímos autoridade para decidir sobre o que é normal e o que é patológico” (BRASIL, 2005, p. 53).

4.2. Análise de prontuários

Para caracterizar especificamente a demanda de suicídio, realizou-se um levantamento de prontuários. A amostra estudada compõe-se de casos novos que apresentaram já na triagem o relato de tentativa de suicídio e/ou ideação suicida entre maio de 2012 a dezembro de 2013. O recorte temporal foi escolhido de acordo com minha entrada no serviço, em maio de 2012 e o ponto delimitado para o final este estudo.

No período entre maio a dezembro de 2012, dos 304 casos novos que entraram no serviço, 50 usuários trouxeram na triagem a queixa de ideação suicida ou tentativa de suicídio. Em 2013 (de janeiro a dezembro), foram inseridos no serviço 524 casos novos, sendo que destes 65 traziam a queixa de ideação suicida ou tentativa de suicídio. Este levantamento inicial aponta o suicídio como um importante e significativo problema dentro do serviço, assim como nos dados que haviam sido revelados no levantamento bibliográfico, pois os números são elevados e falam da magnitude dessa questão. Deste total de 115 casos, foi realizado por mim um levantamento para saber:

Tabela 1. Como os usuários chegaram ao serviço

Demanda espontânea	41
Encaminhados pelo Pronto-Socorro	21
Encaminhados por outros equipamentos de Saúde (Policlínica, Ambesp, Saúde do Trabalhador, PSF)	35
Encaminhados por outro serviço de Saúde Mental por mudança de endereço	05
Outros/Não informado	14

Tabela 2. Período de espera entre a triagem e a primeira avaliação psiquiátrica.

No mesmo dia	05
Em até 07 dias	12
Em até 15 dias	16
Em até 30 dias	21
Em até 60 dias	27

Em até 90 dias	27
Mais de 91 dias	06
Não informado	02

Considerando que uma tentativa de suicídio prévia é um dos maiores fatores de risco para o suicídio, como foi apresentado no levantamento bibliográfico, foi realizada uma análise específica para os 47 casos que traziam essa informação já na triagem. Porém, apresentar essa informação no primeiro acolhimento não fazia com que houvesse, na maioria dos casos, uma atenção diferenciada por parte do técnico na conduta a ser escolhida.

Tabela 3. Período de espera entre a triagem e a primeira avaliação psiquiátrica dos 47 casos que apresentaram histórico de tentativa de suicídio.

No mesmo dia	02
Em até 07 dias	04
Em até 15 dias	11
Em até 30 dias	10
Em até 60 dias	08
Mais de 61 dias	11
Não informado	01

O tempo de espera também variava de acordo com a disponibilidade de agenda dos psiquiatras e com a conduta de cada técnico responsável pela triagem.

Para exemplificar qualitativamente os dados coletados na triagem dessas pessoas que traziam um histórico anterior de tentativa de suicídio, apresento um breve recorte de algumas histórias (coletadas a partir de registros em prontuário) que chegaram ao serviço:

a) Triagem em junho de 2012: Busca espontânea. Homem de 34 anos traz a queixa de tristeza e choro. Refere tentativa de suicídio (veneno de rato) em

setembro do ano anterior. Fez tratamento psiquiátrico e terapia no interior, onde morava. Está em Santos a trabalho, sua família mora em outra cidade. Agendada avaliação psiquiátrica para 42 dias depois. Encaminhado para psicoterapia fora do serviço. Não retornou.

b) Triagem em outubro de 2012: Gestante de 19 anos. Grávida de seis meses, encaminhada pela Policlínica. No encaminhamento por telefone, a Policlínica informa que a usuária já fez três tentativas de suicídio por ingestão de medicamentos, referindo que não desejava a gestação. Foi agendada uma avaliação psiquiátrica para 16 dias depois. Oferecido acompanhamento psicológico, porém a gestante não compareceu.

c) Triagem em novembro de 2012: Mulher de 49 anos. Traz queixa de alucinações visuais e auditivas desde fevereiro, com comando para suicídio desde agosto. Ficou quatro dias internada após tentativa de suicídio com ingestão de medicamentos. Mora sozinha. Avaliação psiquiátrica para 17 dias depois. Não foi agendado outro tipo de atendimento. Em junho de 2013, o psiquiatra reforça a importância de fazer psicoterapia. No final de 2013, encontrava-se em acompanhamento psiquiátrico.

d) Triagem em fevereiro de 2013: Mulher de 52 anos. Refere início de quadro de depressão aos 20 anos. Depois, teve depressão pós-parto. Queixa-se de insatisfação e muita tristeza. Refere tentativa de suicídio (não especificado quando). Fazia tratamento particular. Avaliação psiquiátrica agendada para 75 dias depois. Orientada a procurar o Pronto-Socorro da Zona Leste e a participar de Grupo de Acolhimento no próprio serviço. Não retornou.

e) Triagem em dezembro de 2013: Homem de 33 anos. Vem após 30 dias de internação, devido tentativa de suicídio por ingestão de medicamentos e enforcamento. Queixa: sente-se inquieto, insone, crises de pânico. Tem avaliação psiquiátrica agendada para 116 dias depois. Encaminhado para psicoterapia fora do serviço. Não retornou.

Observo que nem todos os casos de tentativa de suicídio tiveram os mesmos encaminhamentos. Algumas vezes, o usuário foi avaliado pelo psiquiatra no mesmo dia ou dentro de uma semana e foi internado na unidade para uma observação mais próxima por parte da equipe até que apresentasse uma melhora. Porém, os diferentes encaminhamentos apontam que não há uma conduta definida para estes

casos. Cada técnico conta com suas experiências, vivências e saberes para decidir o que fazer com cada caso, naquele momento:

“Captar as necessidades singulares de saúde nesse momento requer do profissional abertura para inclinar-se para o usuário, para a escuta, para o estabelecimento de vínculo, de laços de confiança. Implica acolher o outro, oferecer espaço para a fala e para o diálogo.” (BRASIL, 2005, p. 56)

Se o foco do serviço muitas vezes está na prescrição de medicamentos (ou em uma medicalização da vida, como discutiremos adiante), compreende-se que o técnico por vezes restrinja seu trabalho ao agendamento de consulta com o psiquiatra. Esse modelo não acontece apenas na Saúde Mental, mas é reflexo de nossa própria sociedade, quando uma parcela significativa das crianças são classificadas como portadoras de distúrbio de atenção e hiperatividade e medicadas com Ritalina, enquanto propostas de classificação de luto patológico na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) consideram que pessoas que perderam entes queridos só podem chorar e sofrer por sua perda por no máximo quinze dias, quantificando quanto sofrimento é aceitável antes de ser classificado como doença. Estes dados parecem reafirmar a minha primeira impressão, apresentada anteriormente, de que o foco do atendimento é principalmente biomédico.

As pessoas buscam por cuidado, porém o profissional está voltado para, a partir de uma queixa, diagnosticar e tratar uma doença. [...] A prática em saúde, particularmente a médica, estrutura-se então para a identificação e eliminação das lesões do corpo ‘doente’ e, por pretender ser científica, pela busca da objetividade, da precisão e da exatidão. Essa racionalidade tende a fazer com que a relação dos profissionais seja com a ‘doença’ e não com a pessoa (BRASIL, 2005)

Havia um questionamento inicial sobre os motivos que levavam os profissionais a encaminharem todos os usuários para a avaliação médica. Essa conduta poderia ser interpretada como “covardia” ou dificuldade dos técnicos em assumirem a responsabilidade para avaliar o risco de cada paciente, ou ainda uma subordinação à autoridade médica que continua predominante na atenção, embora

cada vez mais o trabalho em saúde aconteça em equipes multidisciplinares. Consideramos, porém, que o modelo predominante de atenção à saúde está focado na doença. Essa percepção aparece quando observa-se o fluxo no serviço, especialmente no contexto ambulatorial, no qual a oferta é prioritariamente o agendamento de consulta com o psiquiatra para a prescrição de medicamentos, como já foi comentado.

4.3. Entrevistas com os trabalhadores – primeiras conversas

Após a transcrição das entrevistas, foi realizada uma análise cartográfica para captar afetos dos entrevistados, procurando compreender suas concepções e as principais questões apresentadas, tentando identificar problemas e possibilidades para usá-los como base para uma discussão coletiva posterior. Entraram também nesse recorte as minhas sensações ao fazer as entrevistas e a percepção do que os mobilizava ou imobilizava. Foi essa diversidade de dados que permitiu acessar a outras ordens de questões, que depois foram discutidas com os trabalhadores do serviço nas rodas de conversa.

Considerando que nas entrevistas surgem de forma significativa tanto conteúdos que mobilizaram afetos quanto falas que podem ser compreendidas como o desejo que corresponder a um modelo idealizado daquilo que deveria ser dito, utilizamos algumas afecções propostas pelo filósofo Espinosa, como sugestão na qualificação da pesquisa, para contribuir na discussão. Passos e Benevides (2006) compreendem que a clínica se apresenta como uma experiência com afetos. Espinosa propõe uma distinção conceitual entre afecção e afeto. As afecções podem ser compreendidas sob dois aspectos: como modos ou realidades existentes (os corpos e as idéias) da substância divina ou de seus atributos. Neste sentido, as afecções são sempre ativas, já que expressam essa potência divina. Em outro sentido, as afecções são uma transformação dos modos afetados, implicando uma alteração do grau de perfeição da realidade. A partir do encontro entre corpos ou ideias, a realidade passaria de um estado a outro, transitando de um grau de perfeição a um outro, aumentando ou diminuindo sua potência. Para Espinosa a experiência dessa variação da potência ou a consciência desse aumento ou

diminuição da perfeição é afeto ou sentimento (*affectus*). A ética espinozista se caracterizaria, portanto, pela recusa a qualquer valor transcendente a partir do qual pudéssemos julgar comportamentos. Não há um bem ou um mal supremos que regulem, de fora, a experiência. É bom o que compõe, isto é, o que aumenta a potência ou o grau de perfeição da realidade. É mau o que decompõe, o que diminui a potência de agir ou a força de existir. Cada afecção é como uma interrupção na continuidade da potência de um modo, tal como o que se produz em nós a partir de um encontro que aumenta ou diminui nossa força de existir.

“Os afetos são espaços de vivência da ética, pois qualificam as ações e as relações humanas” (SAWAIA, 2001).

Compreender os afetos é compreender aquilo que mobiliza as ações que o corpo executa – é tentar compreender a dimensão afetiva das atitudes. A este respeito, Sawaia (2001) afirma que Espinosa foi um dos autores que compreenderam que a emoção é um dos fatores constitutivos do pensamento e da ação, coletivos ou individuais, bons e ruins.

Buscou-se discutir os trechos selecionados das entrevistas individuais a partir de palavras que indicavam maior afeto ou distanciamento da própria experiência, ou ainda de indícios de uma percepção ampliada, por parte daquele que fala, a respeito do aumento ou diminuição da própria potência ao experienciar estes encontros.

a) Aproximações: concepções acerca do suicídio

“Mas eu não sei, eu sempre acabei vendo como uma, uma coisa da **impotência** mesmo, no maior grau, sabe, de que ... não vejo mais nenhuma alternativa. Vejo muito **sofrimento**, seja o suicídio em si ou na tentativa, né?” – *Entrevistada 1*

“Pra mim é uma **fuga**. [...] a pessoa não encontra a solução pras situações que a afligem, né? Pra mim é uma **fuga** mesmo, a pessoa não consegue encontrar o que fazer naquela situação e prefere fugir dela”. – *Entrevistada 2*

“Acho que é uma **doença psíquica**, né? Que chega a tal ponto da **desilusão**

da pessoa que ... a **desesperança**, né, leva ... eu acho que acaba levando ao suicídio e também associado à doença, né. Aliás, a **desesperança**, acho que em si já tem alguma coisa de **doença** associada, né? Porque a pessoa não ver uma luz no fim do túnel acho que já é uma coisa **doentia**, né?” – *Entrevistada 3*

“Excetuando o fator da **patologia**, eu acho que a **solidão**.” – *Entrevistada 4*

“São muitos fatores, né, **muitas variáveis** [que podem motivar o suicídio]. ... talvez alguns casos um **impulso do desespero**, outros casos uma **falta de sentido na vida** e uma coisa que tem um planejamento ... Acho que são vários suicídios, né? De repente, até a **drogadição** é um meio de suicídio. Imagino que seja uma coisa muito ampla. E complexa.” – *Entrevistada 5*

A maioria das entrevistadas parece trazer nessas primeiras falas a concepção de suicídio (tentativa ou ideação) como resultado de sofrimento intenso. Aqui, o suicídio aparece como resultado de uma potência diminuída do usuário, mobilizada a partir dos afetos experienciados por ele (desesperança, desespero, solidão ou vontade de fugir dos problemas). Parece haver pelo trabalhador um tipo de julgamento, que considera o suicídio como fenômeno em si, quase que descontextualizado de uma vida que é muito mais ampla. A compreensão de que o suicídio origina-se em uma doença (“patologia”, “doença psíquica”) também aparece e parece justificar a conduta de oferecer um medicamento para “curá-la”. Esses mitos são comuns quando se analisa a bibliografia sobre o tema (CVV, 2013; BRASIL, 2006a) e são confirmadas nessa amostra. Porém, essas concepções são preocupantes tratando-se de profissionais da Saúde Mental, pois revelam ideias do senso comum, que não permitem um aprofundamento da compreensão que se faz sobre essa questão.

A última fala (de uma psicóloga) expressa uma visão psicossocial sobre o suicídio, considerando que podem existir múltiplos vieses nesta questão, no entanto, esta concepção ampliada parece ser rara, tanto nas entrevistas quanto no cotidiano do serviço, nesse primeiro momento.

b) O que seria importante no atendimento a estes casos – reflexões e sugestões

“ [...] a H. [psicóloga supervisora da especialização da entrevistada] dizia assim que duas coisas acompanham essas pessoas, que é o sofrimento e a esperança, né.[...] É a pessoa que traz. Então, abaixava a nossa prepotência, a nossa impotência ... a gente vai fazer junto, né? O quanto a gente tá **disponível pra estar junto** daquela pessoa é o quanto a gente pode fazer mais ou menos, né. [...] eu acho que a gente tá disponível pra ver de que jeito a gente pode estar junto com ela, mas se ela rompeu com isso, não se matou, marcou uma triagem e **chegou aqui pedindo uma ajuda**, meu, **tem força de vida ali**, né, eu acho que tem força. E aí eu acho que é junto, a gente pensar o que tem de força nessa vida além desse pensamento, que que tem nessa vida. Eu acho que é um pouco desse trabalho que a gente pode fazer, né. O quê que tem? Porque se não tiver nada, o quê que ela tá fazendo aqui, né?” – *Entrevistada 1*

Esta fala traz uma ideia de força, de potência (ainda que encoberta) e não apenas o lado negativo da demanda do usuário. Ao procurar ajuda, a entrevistada compreende que esse sujeito demonstra uma potência para transformar a si mesmo. A fala apresenta também a importância dos encontros em saúde (“estar disponível para estar junto” com aquele que “chegou aqui pedindo uma ajuda” e mostra ter “força de vida”). Essa compreensão é muito importante, pois apenas se o profissional conseguir identificar uma força de vida naquele usuário poderá buscar, junto com ele, possibilidades de intervenção e cuidado. É com essa concepção que serviços como o CVV e o NEPS, mencionados no levantamento bibliográfico como referências de atenção ao suicídio, trabalham, buscando fortalecer o usuário e sua família.

“Eles vêm com essa questão, né, e de uma forma ou de outra a gente acaba interpretando aquilo, dando uma **devolutiva**, por menor que seja, se realmente isso é a melhor solução, e talvez até abrindo os olhos pra **ver outras soluções**.” – *Entrevistada 2*

“**Escuta. Escuta**, e não aquela escuta vazia, né, uma escuta com ... um propósito, tentando devolver alguma questão da pessoa. Fazer ela refletir o que seria melhor pra ela, né?” – *Entrevistada 2*

“Eu penso que tem que ser avaliado pra quê, pra ter um **acompanhamento psicológico**, com o **psiquiatra** também, mas eu acho que principalmente aí é o apoio, né, psicológico”. – *Entrevistada 2*

“Assim, o que faz diferença eu acho que é a **psicoterapia**, né? É isso. Eu acho que a **medicação é uma bengala, num primeiro momento**, mas a medicação não é efetiva. Não é. A minha sogra tava tomando antidepressivo, entendeu? Não resolve.” – *Entrevistada 3*

“Então, a gente, tento ... dar um **suporte** que, o melhor que a gente tem pra oferecer. Que seria uma **escuta naquele primeiro momento**, é tentar arrumar o **médico o mais rápido possível ...**” – *Entrevistada 3*

“[...] essa questão da **conversa**, da **escuta**, de tentar mostrar, de tentar fazer a pessoa enxergar que existe alguma coisa além daquilo, que não precisa terminar com tudo pra poder, que terminar com tudo não resolve, entendeu?” – *Entrevistada 3*

“Bom, primeiro eu acho importantíssimo que essa pessoa seja assim **monitorada**, né, eu acho assim que a gente tem que **estar sempre perto** [...] **acompanhando a evolução do tratamento** dessa pessoa, nesse sentido, de trazer a pessoa bem pra perto mesmo, né” – *Entrevistada 4*

Aparecem nessas falas diferentes concepções de como dar suporte, de oferecer uma escuta qualificada, encaminhar para psicoterapia, fazer um acompanhamento próximo, porém o fato é que no concreto os técnicos sempre acabam encaminhando os usuários para a consulta com o psiquiatra. Pensando acerca da importância dos afetos, o que essas falas trazem é a ideia de aliar sua própria potência (através de ações e intervenções) à potência dos sujeitos, ajudando-o a reapropriar-se de sua própria existência. As falas parecem responder ao que seria considerado ideal – até porque não podemos esquecer que esse assunto já vinha sendo discutido no cotidiano do serviço - mas não se referem ao que acontece na prática. Em suas falas, todas as entrevistadas consideraram que vale a pena oferecer outro tipo de intervenção para atenção e suporte, porém na rotina da unidade, de acordo com os registros em prontuários, quase todas encaminharam os usuários apenas para o atendimento do psiquiatra. Podemos refletir acerca da possibilidade não identificarem nessa conduta nenhuma potência em si mesmas que fosse capaz de modificar o estado atual daquele usuário. Empoderam então o saber médico como única possibilidade de transformação.

“É .. eu acho que talvez tivesse **mais redondo**, sabe? Não só no serviço, mas **na rede**, em geral. Eu acho que a gente precisava ter isso mais, sei lá, meio que aconteceu isso lá, é, a gente poder acolher de um jeito mais é, mais redondo

mesmo. Pra gente **não entrar na impotência do outro**, que às vezes, acho que a gente fica né?” – *Entrevistada 1*

Uma observação interessante é trazida nessa fala, que aponta a importância de se pensar em um cuidado em rede, com os serviços trabalhando de forma integrada por um objetivo comum – uma forma de aumentar as potências. Considerando o levantamento bibliográfico realizado, fica claro que ao se pensar na organização de serviços para a prevenção ao suicídio não se pode falar apenas em serviços de Saúde Mental, mas sim na rede de serviços como um todo, especialmente a Atenção Básica. Lancetti e Amarante (2009, p. 615) afirmam que “fazer saúde mental hoje é uma tarefa que compete a todos os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentista, agente comunitário de saúde”, etc. Nesta rede, a atenção de todos os trabalhadores de saúde para identificar os casos de risco de forma rápida para propor intervenções, a oferta de cuidado e escuta seriam práticas importantes. Porém, no cotidiano de boa parte dos serviços, a rede não funciona tão bem como deveria, e ainda encontra-se muita dificuldade para se fazer um trabalho articulado com a rede de atenção básica. Podemos citar como exemplo que boa parte dos Pronto-Socorros fazem apenas o atendimento de emergência no caso de tentativas de suicídio e encaminham o paciente para acompanhamento na Saúde Mental, mas não possuem uma estratégia que possa verificar se houve de fato a procura por esse serviço. Tampouco há uma rede de referência e contrarreferência que ligue por exemplo a Saúde Mental à Atenção Básica, promovendo um cuidado compartilhado, como o acompanhamento que poderia ser realizada em conjunto, através de visitas de agentes comunitários aos casos que demandem maior atenção, ligado ao tratamento que se oferece na especialidade psiquiátrica. A notificação de suicídio é obrigatória, porém desconheço a existência, no município pesquisado, de um banco de dados que registre as tentativas de suicídio, embora exista uma recomendação recente do Ministério da Saúde nesse sentido:

Quanto à tentativa de suicídio, justifica-se a inclusão desse agravo na lista de agravos de notificação imediata pelo município, considerando a importância de tomada rápida de decisão, como o encaminhamento e vinculação do paciente aos serviços de atenção psicossocial, de modo a prevenir que um caso de tentativa de

suicídio se concretize, pois as estatísticas demonstram um risco elevado de tentativas de suicídio subsequentes.

É imprescindível articular a notificação do caso à vigilância epidemiológica do município, imediatamente após o seu conhecimento, seja via ficha de notificação imediata da tentativa de suicídio, e-mail ou telefone (com envio posterior da ficha de notificação) com o encaminhamento da pessoa para a rede de atenção à saúde. Isso inclui acionamento da rede de vigilância, prevenção e assistência, encaminhamento do paciente a um serviço de saúde mental, com adoção de medidas terapêuticas adequadas ao caso.

Para medidas de prevenção, é importante que todos profissionais fiquem atentos aos sinais que indicam que uma pessoa possa estar vulnerável à tentativa de suicídio, como: tentativas anteriores de suicídio, transtorno mental, doenças graves, isolamento social, ansiedade e desesperança, crise conjugal e familiar, situações de luto, perda ou problemas no emprego e facilidade de acesso aos meios. O suicídio é a expressão final de um processo de crise. É importante também sensibilizar profissionais de outros setores, tais como: educação, segurança pública, assistência social e a população em geral sobre esse problema de saúde, com vistas a preveni-lo (BRASIL, 2014).

“Eu acho que a gente podia fazer um **trabalho mais de próximo**, sabe assim, **trocando**, sabe por quê? Não sei, eu fico pensando, por que é uma coisa só psicólogo, né? É ... eu acho que o que precisa é só dessa **disponibilidade**, eu fico pensando "o quê que essa pessoa tem", independente disso, porque a gente tá falando de um **acolhimento**, não de uma terapia, de uma psicoterapia. É de uma **escuta** mesmo. De vida dessa pessoa, né?” – *Entrevistada 1*

“Acho que parar mais, eu acho que a **discussão de caso** sempre é legal, né. [...] Eu fico pensando isso, acho que da gente **estudar** e da gente **discutir**” – *Entrevistada 1*

“[...] Vai tentar de novo pra gente ‘Olha, o serviço tá olhando pra ele’, né? Porque eu acho que, esse, é o que acaba acontecendo isso num, tem risco de acontecer isso no NAPS, né? Porque **todo dia entra gente**, tem os casos de psicose, tem os casos agudos, então é fácil, infelizmente, eu acho que é fácil das pessoas é ... estabilizarem e a gente dizer "**ah, tá tudo bem, estabilizaram**", pelo menos **ou silenciaram** né?” – *Entrevistada 1*

“Um **grupo**.” – *Entrevistada 2*

“Alguma sugestão ... Assim, a questão do **protocolo**, é uma coisa que não resolve tudo, às vezes em algum momento pode até atrapalhar, porque o profissional

fica só com aquela visão, né, é ... fechado ali no protocolo às vezes, fica meio engessado, mas eu acho que o protocolo sim, porque aqui às vezes vai, a gente trabalha, cada um trabalha de um jeito. Daí eu atendo uma ideação suicida, tal, converso com uma psicóloga, mas porque eu tenho o bom senso que essa pessoa precisa de **escuta**, mas aí, tá, eu saio daqui, vou trabalhar em outro lugar e entra outra pessoa no meu lugar, e aí, né, como é que ela vai trabalhar? Eu acho que ter um **protocolo** seria muito bom, eu acho legal.” – *Entrevistada 3*

“Eu acho que teria que ser uma **equipe interdisciplinar**, que parasse pra esses casos. Eu penso que seria isso.” – *Entrevistada 4*

“ [...] a gente não vê quase nada sobre suicídio, né? A gente fica sabendo depois que a pessoa se foi né? Sei lá, mas não conheço. Nada assim que você vê falar: “Ah, vai ter uma, um **evento**, vai ter uma **palestra**, vai ter uma conversa, vai ter um estudo”, não tem, nunca ouvi. Nunca ouvi.” – *Entrevistada 4*

“Eu acharia muito interessante nesse serviço ter um **grupo**, né, de **pessoas que tentaram** suicídio, **de familiares** de pessoas que tentaram suicídio junto pra que isso possa ser falado. Porque a nossa sociedade não tem um espaço pra pessoa expressar esse desejo, e talvez nesse grupo, ir buscando, né, na singularidade de cada um, um sentido pra vida, um outro direcionamento que pudesse entrar no lugar desse vazio tão grande que acaba desembocando lá no suicídio.” – *Entrevistada 5*

“Assim, o que ficaria de proposta era você que já estudou, talvez convidar alguém, que pode ser eu, e a gente pensar num **grupo** nesse sentido. Mas que não fosse só aquelas duas horas do dia, da semana que a gente designe pro grupo. A gente precisa de um tempo pra **estudar esse grupo**, pra **ler esses textos**, ter um **espaço de discussão**, porque é uma coisa muito difícil, muito importante e ... **E não temos esse tempo**, né...” – *Entrevistada 5*

“Eu acho que pra você lidar com uma dor tão grande você precisaria da **supervisão**, você precisaria ter né, uma **Educação Permanente**, continuada, onde abordasse esse tema entre outros, você precisava ter **mais profissionais** pra que você tivesse mais tempo pra cada paciente, né ... São muitas variáveis que precisavam ser mexidas, ser melhoradas, pra que esse paciente tivesse mais atenção.” – *Entrevistada 5*

Quando se abre espaço para que as entrevistadas trouxessem propostas de ações que pudessem qualificar a atenção ao suicídio, aparece novamente a questão da própria organização do serviço, da falta de uma rede fortalecida que funcione, e de como isto vai produzindo um certo endurecimento dos profissionais. Os trabalhadores falam da importância de discutir casos, de parar para analisar qual melhor oferta de atendimento, de compreender melhor o tema ... E qual é o pedido que fica subentendendo quando se fala em diálogo, discussão de casos, grupos, Educação Permanente? Na minha opinião, é a importância dos encontros e dos afetos. É de ter tempo para olhar para o outro e para a sua própria prática. É poder construir com o outro novas formas de ampliar as potências. É bom destacar que o espaço para discussão é um dos pontos-chaves não apenas para a questão da atenção ao suicídio, mas para qualquer trabalho em saúde.

As sugestões que aparecem fazem uma importante ruptura nas minhas pré-concepções: as entrevistadas expressam interesse em discutir a questão do suicídio, em criar instrumentos que possam auxiliar a atenção a esses casos (como protocolos), disponibilizam-se para estudar mais e até para criar grupos de acolhimento aos usuários e familiares. Portanto, mostram que mobilizam-se pelo problema. O que eu não havia percebido até então era o peso da organização do serviço como principal obstáculo para que houvesse um cuidado diferenciado a esta demanda. Essas considerações serão aprofundadas nas minhas observações no planejamento das rodas de conversa e nas discussões que aconteceram nelas.

c) Fragilidades: as dificuldades na atenção a esses casos

“E eu acho que bate assim pra gente, assim: ‘Putz, aí, **você não fez nada**’, sabe, assim, eu ainda discuti com alguns. ‘Aí, tava dizendo que tava sofrendo de alguma maneira e vocês não fizeram nada’. É o máximo, assim, né, da gente não fazer nada junto com o outro. Não sei, me vem essa sensação mesmo de **impotência**, daquele que está em sofrimento e como as pessoas que estão próximas ficam depois da morte [...] da pessoa.” – *Entrevistada 1*

A impotência do trabalhador diante da demanda do suicídio se apresenta expressamente nessa fala, bem como as dúvidas em relação ao que seria possível fazer. Aqui, aparece explicitamente a sensação de impotência, descrita por Espinosa como o afeto que diminui o agir de um corpo. Daí pode surgir como opção encaminhar o sujeito para alguém que teria a potência de ajudá-lo: o médico. Por

outro lado, se um profissional pega para si a missão de salvar vidas (e eu posso dizer que passei por essa fase), provavelmente entrará em sofrimento e poderá adoecer junto com o usuário. Se ele acredita que essa demanda encontra-se além do alcance de qualquer intervenção, não encontrará ações possíveis. Encontrar o equilíbrio entre estes dois pontos extremos é um desafio que só pode ser superado com informação, reflexão e o compromisso de uma equipe que trabalha junta, a favor da vida. Essa questão foi um dos pontos que foram levados para as rodas de conversa e que serão desenvolvidos adiante.

“Querendo ou não nessa triagem que a gente faz, a gente pega por cima, né, **a gente tenta pegar realmente o que é** e o que não é **mas não se aprofunda** e tem que ter realmente um levantamento e o profissional pra conseguir olhar isso mais de perto.” – *Entrevistada 2*

“De **saber o quão grave é** isso, né? [...] **Qual é o risco real**”. – *Entrevistada 2*

A fala desta entrevistada sobre a dificuldade de saber identificar quando o usuário está em ‘risco real’ e quando ele está apenas ‘querendo chamar atenção’ aparece constantemente nos discursos de profissionais de saúde em diferentes serviços. Rigo (CFP, 2013) exemplifica que um homem que, diante de uma decepção amorosa, ao tentar suicídio ingerindo uma quantidade razoável de medicamentos ou de veneno, deixando a embalagem vazia do produto do seu lado, de modo que, ao ser encontrado, possam deduzir tal ingestão, com tempo para ser socorrido, pode estar atuando, ou seja, inconscientemente, não existe uma intenção de morrer, mas sim um apelo ao outro. Porém, é importante observar que essa atuação não significa que não haja sofrimento. Mesmo que considerássemos que se tratasse ‘apenas’ de uma atuação, uma pessoa que necessite utilizar métodos tão arriscados para chamar a atenção do outro, estaria, sem dúvida, vivenciando um grande sofrimento. Há um sinal de impotência que é expresso no discurso daquele que traz o desejo de morte – e nisso não cabe nenhum julgamento externo, mas sim oferecer cuidado. Portanto, talvez o ponto principal não seja identificar qual é o risco real, como se houvesse uma forma de medir quantitativamente esse risco, porém de perceber que há um sofrimento envolvido, e “apenas” isso já justifica toda a atenção e cuidado que o profissional possa ter em relação ao usuário. Essa fala também traz uma dúvida sobre a urgência da intervenção – como avaliar o cuidado mais urgente

ou mais extremo (como optar por uma internação, por exemplo?). Há uma impotência que surge no trabalhador a partir de uma dúvida sobre sua própria capacidade de avaliar o risco do outro.

d) Dificuldades para uma atenção qualificada

‘Eu acho que é **R.H.**, viu. Porque as pessoas têm muita boa vontade, mas não tem pernas pra fazer algumas coisas, não tem como fazer o atendimento individual, de, né, desses casos graves ...’ – *Entrevistada 3*

“Eu penso que a gente tem muita deficiência na questão dos **Recursos Humanos**, né” – *Entrevistada 4*

“ [...] teria que ter **gente disponível**, né, não só uma pessoa, mas uma equipe, né, de duas, uma micro equipe pra atender a estes casos. A gente não tem [...] bom, tudo que é relacionado à vida né, a gente tem que ter muito cuidado” – *Entrevistada 4*

“Então, no consultório nunca tive um caso de ... tentativa de suicídio, de planejamento, né. Mas já ouvi muitas pessoas referirem o desejo de não estar mais na vida, de a vida não tem sentido, “que esse mundo não é pra mim”. Já aqui no NAPS, tanto nesse quanto no outro, a gente atende algumas pessoas com essa tendência suicida recorrente, que ora melhora, ora piora ... né? Mas aqui no NAPS, infelizmente, eu acabo não tendo uma abordagem muito ... é, específica para isso. Mesmo porque **o serviço** infelizmente **não acaba comportando** pelo número da demanda.” – *Entrevistada 5*

Observa-se uma interessante diferenciação da profissional no que diz respeito à sua conduta como psicóloga clínica e como trabalhadora do NAPS. O problema que se apresenta é o mesmo, mas sua percepção e conduta se modificam nos diferentes espaços de atuação.

“Eu acho que não tá bem, é ... né, a pessoa chega, **às vezes é tão corrida essa triagem** por ter um balcão com mais de 30 ou 40 pessoas lá te esperando, talvez a pessoa sinta uma pressa em você e acabe, se ela tem, a que consegue referir o desejo ali na triagem você pode até tentar, né, **marcar um médico mais próximo, reagendar algumas escutas** com essa pessoa, mas quantas pessoas não devem chegar com esse desejo e **não se sentem acolhidas** ali no momento por ver aquele balcão cheio, aquela confusão, ... você infelizmente **não tá tão acolhedora** naquele momento **porque já tá**, né, **esgotada**, e muitas pessoas não

devem trazer isso naquele momento. E aí elas não tem aquele retorno com você, tem um médico daqui há 45, 50 dias, né ... Talvez se tivéssemos **mais profissionais** nessa equipe, né, que pudessem atender com mais tranquilidade, de poder marcar retorno de todas as triagens, né, umas quatro, cinco, seis vezes, se houvesse essa possibilidade de agenda, pegaríamos muito mais casos e ... se tivesse esse grupo, né, colocaríamos a pessoa nesse grupo. Acaba muita gente tendo pouca escuta, pelo número de pacientes sobre o **número de funcionários** que é indigno. Tanto pros funcionários quanto pro paciente.” – *Entrevistada 5*

Consideramos muito importantes as falas acima que destacam os limites do modo que está organizado o serviço e também o sofrimento dos trabalhadores, devido a demanda em relação ao tamanho da equipe. A principal dificuldade para atender de forma diferenciada estes casos, segundo as entrevistadas, é a falta de Recursos Humanos. Parece existir um desgaste causado pela falta de estrutura e pela equipe reduzida, que não permite que o profissional acompanhe de forma mais próxima os usuários que chegam ao serviço. Existem momentos na rotina do serviço que nos quais o técnico se divide entre atender o balcão (pedidos de encaixe para consultas médicas e usuários que estão chegando ao serviço), acompanhamento para os usuários que permanecem durante o dia no equipamento para atendimento integral e outros serviços, como atender o telefone. É nesse cotidiano que chega o usuário novo para acolhimento, e a triagem acaba sendo feita às pressas, como refere uma das entrevistadas.

Esta organização do trabalho parece sinalizar uma falta de cuidado com o trabalhador, que acaba reproduzindo esse modelo em sua atuação, sem tempo para reflexão, para permitir ser afetado pelo outro. Aqui aparece outro dos fatores importantes para a perda do fluxo de um trabalho vivo. Como propõe Espinosa:

Quando a alma imagina coisas que diminuem ou reduzem a potência de agir do corpo, esforça-se, tanto quanto pode, por recordar de coisas que excluem a existência delas (p. 191).

A sensação de impotência que esses casos trazem ao trabalhador pode ser considerada como um dos fatores que criam barreiras para um cuidado mais

próximo. Como abordado no levantamento bibliográfico, a prevalência de condutas burocráticas impedem que o trabalho seja vivo.

A equipe precisa ser cuidada para produzir cuidados. A lida com a morte, com a dor, com a dificuldade do outro, coloca os trabalhadores em processos que produzem marcas, efeitos de aprendizagem no nosso corpo (BRASIL, 2005, p. 100).

Talvez, nesse movimento inconsciente de fuga, parte do próprio trabalhador também perca sua potência de vida, como veremos adiante em outras falas. Será que de alguma forma temos medo de adoecer junto com aquele que demanda e acabamos optando por uma relação asséptica com ele?

A falta de um espaço para refletir e discutir sobre esse processo, sobre essas marcas e dificuldades, acaba contribuindo para um endurecimento dos processos de trabalho.

e) Medicalização do sofrimento

“Eu acho que tem uma questão é ... **cultural** ... [...] Meio que a gente, **ouvir o sofrimento como algo que tem que extirpar**, sabe. Ouvir o sofrimento e dizer, não ouvir saúde, né. Sei lá, então **já vai medicar**, né. Não tô desconsiderando a medicação, né ...” – *Entrevistada 1*

“Eu não sei se é **tanta demanda**, se é o **nosso cansaço também**, se não é a **nossa cultura de medicalização**, né? Muito do receio que a gente tem, putz, mas **ele pode surtar, não, precisa anestésiar**, senão ele não vai suportar, né ...” - *Entrevistada 1*

“Eu acho que não, eu acho que **no primeiro momento isso [medicação] não é o mais importante**. Desculpa, mas eu acho que não”. – *Entrevistada 4*

“E infelizmente, **embora seja o CAPS, o psicossocial, é médico-centrado**, o norte que nós temos é esse, e até quando você tenta oferecer alguma coisa diferente, **às vezes já está culturalmente** tão né, disseminado essa coisa do médico-centrado **que às vezes a pessoa não aceita a escuta ... [..]**“**Eu só quero o remédio**”, ou o laudo, ou o médico...né. Então acho que precisa ter uma mudança cultural muito grande, mas a gente precisa estar, enquanto serviço, é preparado para ... Pra oferecer essa mudança e ir reeducando né. Então falta aqui, tem uma

acomodação lá e assim fica.” – *Entrevistada 5*

A medicalização da vida parece ser uma forma artificial e cada vez mais presente em nossa sociedade de disfarçar a impotência que afeta os indivíduos. Espinosa classificava a tristeza como “*a paixão pela qual a alma passa a uma perfeição menor*” (1973, p. 190). Recorro mais uma vez a Eliane Brum (2013), ainda no texto “O dopping dos pobres”, que faz uma análise crítica sobre a medicalização do sofrimento. Transcrevo abaixo outro trecho que me impactou e colabora para essa discussão:

Nossa época é marcada por uma espécie de sedativo social, afirma um psiquiatra. ‘A gente vê um monte de gente sofrendo. E sofrendo muito. [...] O médico não tem tempo de escutar, dá um remédio para que parem de chorar ou de reclamar, e as pessoas vivem a fantasia de que são atendidas. Não funciona, claro. Elas continuam sofrendo. Então voltam e o procedimento se repete. E assim vai diminuindo a pressão social. (p. 43)

A questão da medicalização do sofrimento se expressa na organização do serviço e também no levantamento que se realizou dos casos e dos encaminhamentos que foram feitos, com destaque para a centralidade da consulta médica e medicação, em uma concepção de saúde que não está restrita ao funcionamento desta unidade, mas que parece prevalecer em todos os serviços de saúde e até em nossa cultura. Agrega-se a isso a ideia de alguns usuários de que a solução possível para seu sofrimento é um medicamento que o ajude a dormir ou anestesie de alguma forma a sua dor. Como ouvimos tantas vezes no dia a dia da instituição: “Eu não quero conversar, não ... Se o médico não puder me atender não tem problema, eu só preciso da receita ...” Em outro lugar desse cenário, encontra-se o profissional, sobrecarregado com a demanda e com suas próprias angústias, sendo que muitas vezes ele também vai procurar alívio em um medicamento ... e o que se tem é esse panorama da medicalização da vida. Essa questão voltará a ser discutida a partir das entrevistas com os médicos, que foram realizadas posteriormente.

f) Cuidado, frágil : Experiências marcantes

Uma observação: quando foi acrescentada ao roteiro de entrevista uma

pergunta que procurasse acessar uma experiência marcante da vida do trabalhador relacionada ao suicídio, meu objetivo era compreender qual era seu contato afetivo (mais próximo ou mais distante) com essa demanda. Essa ideia tornou-se importante para mim quando em uma das aulas do Mestrado compartilhei com meus colegas de sala o tema da minha pesquisa. Logo após o final da aula, vários colegas vieram relatar histórias de suicídio e tentativas de suicídio que haviam ouvido ou testemunhado. Eram relatos fortes, emocionados, ainda que o evento houvesse ocorrido há muito tempo. Essa reação me fez pensar no que poderia estar por trás das ações dessa equipe de Saúde Mental, onde os casos de ideação suicida e de tentativa de suicídio pareciam ser tão comuns que não causavam nenhuma conduta diferenciada (pelo menos aparentemente) daquela que seria esperada diante de alguém que procurasse o serviço em busca de um calmante para dormir melhor.

Das cinco profissionais entrevistadas, as duas que haviam vivenciado uma experiência próxima (no caso, uma delas presenciou uma tentativa de suicídio de uma familiar e a outra acompanhou o sofrimento de um amigo que tentou o suicídio e expressou sofrimento por não ter realizado seu intento), conseguiram também trazer, além dessas experiências, uma história marcante que haviam atendido no serviço:

“Eu tive uma, **algumas experiências mais próximas**, e que eu acho que isso, pelo menos pra mim, né, vai trazendo **mais significado pra questão profissional, né.**” – *Entrevistada 1*

“Eu lembro de [...] algumas assim, mas eu acho que duas que me chamaram a atenção. Uma era de um senhor, é de **um senhor**, eu espero [...] uma vida tão intensa, assim, era louco porque ele tinha uma vida, uma participação religiosa bastante intensa, uma esposa, não sei o quê, uma clínica ferrada porque ele tinha, né, várias outras comorbidades, mas um **desencanto pela vida**, que ele chorava, um homem assim já de uns 60, 70, e o que me ficou muito era que ele **falava das facas**. E ele era um cozinheiro dessa comunidade religiosa, né, e ele me falava das facas, **que de alguma maneira chamavam ele** pra ... pra ... **pra se cortar**. E ... e ele, **a gente teve um atendimento que foi único, e eu depois ficava pensando, ele não veio**, e eu liguei algumas vezes, falei com a esposa dele, parece que a esposa dele não tinha a menor acesso, pedi pra ele vir com a esposa, e aí acabou que **quando eu consegui falar com ele estava tudo bem, né.**” – *Entrevistada 1*

“E essas duas pessoas que eu tive mais próximas, uma delas, é ... foi tentativa, e **o sofrimento que [...] a gente viu nele logo que ele acordou**, por não ter conseguido, foi muito ruim, né. Então, **estar perto de alguém que a vida não faz o menor sentido** dá uma sensação de muita **impotência**, né. [...] de **aprendizado.**” – *Entrevistada 1*

“E ... isso foi **muito triste**, sabe? De ver alguém que você gosta tanto e tá triste porque não conseguiu morrer. E eu lembro da música "Como uma onda", do Lulu ... Eu fiquei ouvindo aquela música, né? Porque parece que, que era isso, que **tinha ficado cinza depois daquilo** sabe? Parece que ele tinha ultrapassado o limite, assim, da tristeza.” – *Entrevistada 1*

As falas acima mostram o sofrimento e a sensação de impotência da trabalhadora diante do desejo de morte que o outro traz e mostram as marcas que ficaram tanto de sua experiência pessoal quanto de um atendimento. Esta entrevistada consegue identificar que essas experiências próximas trouxeram outros significados para a escuta dos casos que atendia.

“Aqui no serviço [...] eu já vi coisas, mas assim, só a ponto de chamar ... de o paciente não querer efetivamente o suicídio, né, **de chamar atenção** e acaba sendo internado mais por prevenir uma tentativa que acaba sendo efetiva, né, que já aconteceu da pessoa só querer chamar a atenção, que **teve um paciente que acabou, se jogou do primeiro andar e rompeu o baço e morreu**” – *Entrevistada 3*

“Há uns nove anos, **a minha sogra tentou o suicídio**, né. [...] Aí teve alta, bem dopada ainda, foi pra casa, não foi encaminhada pra Psiquiatria, não foi conversado com a família a questão do ... da depressão, da tentativa de suicídio, não teve encaminhamento nenhum, acabou por aí, né... [...] a gente queria encaminhar ela pro **convênio**, o convênio não atende, né, **convênio nenhum atende tentativa de suicídio**, sabia disso, Lu?”

“Entrevistadora: Mas ela fez uma **terapia** na época [da tentativa de suicídio]?”

C: Não.

Entrevistadora: O psiquiatra não encaminhou ...

C: **Não, encaminhou ela pra internação.** Porque ela continuou ainda com vontade de tentar, né.” - *Entrevistada 3*

“Então, o seu T., ele chegou, **ele tava decidido** porque ele dizia que todo

lugar que ele batia era porta na cara, tudo dando errado, **tudo dando errado**, ele tava cansado, já. Ele: “*É, eu vou resolver meu problema, já sei como eu vou resolver*”, ele tava assim, praticamente decidido, né. E aí eu assim, né, **dei uma escuta**, tentei fazer ele perceber que existem alguns caminhos que não aquele né, e aí eu, eu **pedi pra alguém atender ele**, que eu não lembro ...” – *Entrevistada 3*

Outra vez, uma entrevistada que teve uma experiência próxima de tentativa de suicídio traz também outros relatos de casos atendidos como experiência marcante, com detalhes. As entrevistas revelaram diferentes sentimentos e percepções em relação a demanda de suicídio. Chamou a minha atenção o fato de que as entrevistadas que haviam tido contato próximo com o suicídio, aprofundaram suas reflexões e considerações, diferentemente do que aquelas que não se lembraram de nenhuma experiência próxima. As primeiras, que já haviam sido afetadas de perto com essa demanda, parecem ter um olhar mais atento para os casos que chegavam ao serviço. Outras duas trabalhadoras que não tinham nenhuma experiência marcante próxima, não conseguiram lembrar-se de um caso que tivessem atendido, o que talvez indique que elas não haviam se aprofundado afetivamente sobre essa questão.

A quinta entrevistada, ainda que não relatasse uma experiência pessoal próxima, trouxe um caso marcante, que de tão significativo dentro dessa visão ampliada do suicídio, foi levado para discussão nas rodas de conversa.

“Eu tive uma experiência [...] que **marcou assim, a certeza do desejo do suicídio. Não era uma pessoa psicótica**, não tinha nenhum quadro psicótico, e foi um **desespero social, de não ter mais emprego**, de não ter mais como levar comida pra casa, e essa pessoa tentou suicídio esfaqueando o abdômen, e foi pra UTI e assim que ele recobrou a consciência, ele com as próprias mãos arreventou os pontos ... Pra ‘retentar’ o suicídio. Então eu digo que são vários suicídios. Que alguns que eu já vi nessa história de Saúde Mental, algumas tentativas, a pessoa referindo um arrependimento posterior, e esse não tinha o arrependimento, tinha o desejo marcante dele, por ele tentar com as próprias mãos dentro de uma UTI. [Era] um homem, um pai de família com desemprego há muito tempo. É, tem muito a ver eu acho que com o, né, o homem como provedor, esse papel que ele tem na sociedade, de prover a família, então faz, perde o sentido, né, ele não deve se achar mais ninguém, e tenta ser ninguém dessa forma brusca. [...] Depois ele seguiu no

NAPS e o pessoal da Assistência Social conseguiu lá uma colocação pra ele e aí ele foi saindo desse quadro pela **questão social, não era uma questão psiquiátrica em si, né. Acabou sendo.**”

Esta experiência marcante, trazida por uma das entrevistadas, dialoga com o texto da Eliane Brum, citado anteriormente, e mostra que existem também fatores concretos que podem levar ao suicídio – **nem tudo é apenas psicopatologia!** É importante não fazer uma simplificação dos casos, considerando que havia apenas a questão social na história deste sujeito. Porém, também aparece de forma marcante que havia uma complexidade em seu sofrimento que não poderia ser resolvida apenas com uma prescrição de medicamentos que desconsiderasse suas condições sociais, sua história de vida e seu modo de lidar com tudo isso.

Também cabe refletir acerca do que Hillman (2011, p. 80) afirma:

A alma favorece a experiência da morte para introduzir a mudança. Encarado desse modo, um impulso suicida é um ímpeto de transformação. [...] Como, porém, não posso fazer nada com a vida lá fora, tendo tentado tudo que foi possível, porei fim a ela aqui, em meu próprio corpo, nesta parte do mundo objetivo, onde ainda tenho poder. Darei cabo de mim mesmo.

Uma cena que havia ocorrido recentemente no serviço volta à minha mente: uma das técnicas refere que sente não ter a capacitação necessária para atender os casos de suicídio. Penso que, a priori, nenhum de nós foi capacitado para atender especificamente aos diferentes casos que chegam ao NAPS: é na prática do cotidiano que vamos nos capacitando para acolher o que chega até nós. Ao mesmo tempo, a atenção que oferecemos independe de uma capacitação que não seja a disposição para acolher e escutar o outro.

Muitas vezes, parece que procuramos proteção no distanciamento da dor do outro como forma de nos defendermos da nossa própria dor. Utilizamos escudos para nos protegemos e não alcançamos nosso intento: cuidar do outro no seu sofrimento. Agimos segundo regras e normas instituídas, duras, pouco flexíveis. Para tudo há uma resposta prévia, uma conduta fixa, igual para todos. Assim, não entramos em contato com o outro, com nossos sentimentos, nossa existência,

produzimos separação – nós, o resultado do nosso trabalho e o outro, o usuário (BRASIL, 2005, p. 87).

Estes primeiros resultados foram levados para os encontros de orientação com os orientadores para discussão. Pensamos sobre como seria a continuação do percurso da investigação após esta fase. Pouco tempo depois, tivemos uma orientação coletiva, com a participação de outros professores e de colegas do Mestrado. Compartilhei alguns resultados da primeira fase das pré-entrevistas, com uma ênfase pontuando que as falas trouxeram dados importantes que me fizeram pensar sobre a discrepância entre o discurso e a prática dos trabalhadores. Embora todas as entrevistadas tivessem dito que é importante oferecer suporte além da medicação, na prática o que ocorria era a prevalência do modelo biomédico. Parecia-me muito claro que havia um distanciamento dos técnicos em relação ao sofrimento dos usuários.

Entre outras discussões, veio o questionamento da professora Laura sobre o sofrimento dos trabalhadores. No primeiro momento, essas colocações trouxeram um certo impacto negativo no meu percurso de pesquisa. Fiquei incomodada com a problematização das minhas certezas. Por estar tão mobilizada e implicada com a demanda do suicídio, parecia muito simples acreditar que eu tinha a missão de mostrar aos demais profissionais que eles não estavam ouvindo essa demanda (como observaram meus orientadores e outros professores que participaram de uma orientação coletiva acerca do projeto de pesquisa) e que cabia a mim mostrar-lhes o caminho certo. Somente quando a minha implicação foi pontuada e assumida, pude perceber que as minhas certezas não haviam permitido perceber o sofrimento dos trabalhadores. Apenas depois deste momento da orientação pude compreender que eu queria tanto sensibilizar os trabalhadores para cuidar dos usuários com mais atenção, que havia me tornado insensível para o sofrimento da equipe. E a análise das entrevistas, apresentada acima, já foi realizada tendo esse olhar ampliado.

Perceber a importância desse encontro com o outro me fez compreender que não bastaria pensar em construir coletivamente um protocolo de atendimento. O ideal seria identificar as linhas de fuga que atuavam no momento em que o processo de trabalho acontecia. Por que acontecia esse distanciamento do técnico em relação a essa demanda? Uma das possibilidades seria pensar que poderia ocorrer um afastamento do sofrimento que o usuário traz, como forma de o trabalhador

proteger-se.

Porém, esse distanciamento poderia estar denunciando que algum tipo de sofrimento já estava instalado na própria equipe. E para compreender isso não bastavam as minhas crenças ou certezas; somente dando escuta aos trabalhadores é que seria possível entender o que estava acontecendo. Se eu achava que já sabia qual era a resposta, para quê pesquisar? Repetia-se no desencontro do meu agir enquanto pesquisadora o mesmo distanciamento que havia entre o trabalhador e o usuário. Como Rolnik (2008) traz em um trecho do texto “Quarar a alma”:

Na doutrinação, o outro não existe efetivamente, a relação se dá com um personagem imaginário, que também no imaginário será salvo pelas boas ações e belas ideias do militante. Nenhuma circulação de afeto entre eles, nenhum contágio, nenhum encontro, apenas um respeito politicamente correto onde ninguém sai do lugar, com exceção da culpa, que com essa estratégia é expulsa de cena, pelo menos por um tempo.

Percebi que neste momento começou a ocorrer um distanciamento (que era muito necessário) de minha parte em relação à pesquisa. Dei uma pausa nas leituras e permiti-me afastar de tudo aquilo que me mobilizava e mais do que isso, das certezas que eu já tinha. Tive a sensação de que o que procurava não era isso, ou não era *apenas* isso. Saí de férias e aproveitei este tempo para fazer outras leituras, que não tinham relação com a pesquisa. Sentia-me muito cansada, pois já estava envolvida com a questão do suicídio desde julho de 2012 (dois anos, portanto, no momento dessa pausa). Quase conseguia ouvir Merhy: “O seu problema é que além de sujeito interessado você é um sujeito implicado”. Retornei ao texto “*O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido*”, recomendado pela minha orientadora há algum tempo, procurando agora compreender o momento que estava vivendo nessa pesquisa, que agora parecia ser parte de mim, dos meus valores, que me afetava e mobilizava intensamente. Merhy lembra que não há pesquisa desinteressada nem pesquisador neutro. O autor cita Benevides (2002), que explica que a noção de implicação não se resume a uma questão de decisão consciente do pesquisador. Para Merhy, existem

situações nas quais o sujeito que propõe o que será conhecido está tão implicado com a situação, que ao interrogar o sentido das situações em foco, interroga a si mesmo e a sua própria significação enquanto sujeito de todos estes processos. Neste processo, o conhecer demandado será um conhecer militante, um saber singular. Segundo Merhy, “a produção de um conhecer militante de um sujeito implicado que quer este saber para perceber a si, enquanto um coletivo em ação transformadora, com êxitos mudancistas ou não, procurando mapear como isso pode ser possível e, ao mesmo tempo, socializar estes seus saberes e agires transformadores” (p. 11).

Voltei ao serviço cerca de um mês depois e encontrei um momento difícil no NAPS – a equipe havia passado por alguns conflitos com os usuários do Hospital-Dia. Esta fase mesclou-se à angústia que eu já vinha sentindo em relação ao serviço e de repente percebi-me mais sensível em relação aos meus colegas de trabalho. Através desta fragilidade, consigo aproximar-me dos outros trabalhadores e identifico com maior clareza as dificuldades do cotidiano do trabalho. Porém, tenho clara também a ideia de que estou falando de uma demanda que já existe, e se é verdade que existe o sofrimento do trabalhador, é fato também que há um sofrimento por parte daquele que procura ajuda. Desejo então que possamos fazer desse encontro de afetos e fragilidades individuais uma potência coletiva para transformar nossas práticas:

Então somos um grau de potência, definido por nosso poder de afetar e de ser afetado, e não sabemos o quanto podemos afetar e ser afetados, é sempre uma questão de experimentação. [...] Vamos aprendendo a selecionar nossos encontros, e a compor, é uma grande arte. A tristeza é toda paixão que implica uma diminuição de nossa potência de agir; a alegria, toda paixão que aumenta nossa potência de agir. [...] Existir é, portanto, variar em nossa potência de agir, entre esses dois pólos, essas subidas e descidas, elevações e quedas. (PELBART, p.1)

Consigo reaproximar-me do trabalho de pesquisa, mas dessa vez, de outro lugar. Vejo-me lado a lado com os outros trabalhadores, deixando para trás as falsas certezas que eu havia construído. Por encontrar-me pessoalmente afetada, minha implicação como pesquisadora também foi outro fator considerado dentro deste

processo, nas suas mobilizações e conflitos, ajudando a construir um desenho de pesquisa que é pulsante e este foi um importante ponto de virada. Na cartografia, “sujeito e objeto se fazem juntos, emergem de um plano afetivo. [...] Cada palavra se faz viva e inventiva. Carrega uma vida. Podemos dizer que assim a pesquisa se faz em movimento, no acompanhamento de processos, que nos tocam, nos transformam e produzem mundos” (BARROS e KASTRUP, 2012, p. 73). Acredito que foi nesse momento que passei a considerar de forma ampliada o contexto da nossa sociedade contemporânea, no qual a medicalização do sofrimento está dada. Percebi que caberia falar que na unidade de Saúde Mental essa prática acontece dentro de um contexto social maior. Passei a enxergar que construir os próximos passos da pesquisa agregando o mundo e a voz dos meus colegas, além de permitir uma investigação mais verdadeira e polifônica, ainda aliviaria o peso que eu mesma coloquei sobre meus ombros de forma irreal e pretenciosa, de me sentir a única responsável para transformar a realidade que eu observava.

Ao iniciar minha pesquisa, procurando compreender porque parecia haver um distanciamento dos trabalhadores em relação aos usuários no momento desse primeiro encontro, havia de certa forma no meu olhar um tipo de julgamento moral, que perguntava por quais motivos os profissionais encontravam-se aparentemente insensíveis para o sofrimento dos usuários. Ter esse pressuposto como ponto de partida de certa forma foi um erro, pois como Rolnik (2014) pontua, não é bom ir à campo para aplicação de saberes; é preciso permitir a produção de conhecimento – estar aberto para aprender, ‘questionar certezas’. Só se faz pesquisa sobre aquilo que a gente não sabe. Essa nova compreensão e o apoio dos meus orientadores me fez ir para as rodas de conversa com novas propostas de diálogo e um leque ampliado para discussão: além da atenção ao suicídio, era fundamental falar sobre outros temas, deixando que os trabalhadores pudessem escolhê-los. Era importante também explorar as questões e afetos que as entrevistadas trouxeram nas entrevistas individuais, junto com elas, para evitar interpretações pessoais e fazer desse momento um ponto de resignificação coletiva. Neste momento, fizemos a opção de aprofundar nosso olhar naquilo que os trabalhadores elegeassem como foco de suas discussões, tendo como ponto de partida a atenção ao suicídio.

4.4. Planejamento das Rodas de Conversa e Caixa de Afecções

“Os momentos de angústia disparam movimentos ...”

- Nota do Diário de Campo

Depois das entrevistas individuais e das reflexões que abordei no final do tópico anterior, passei a planejar, com meus orientadores, as rodas de conversa, que compõem a parte final da intervenção para propor à equipe que pudéssemos pensar coletivamente em formas de qualificar o serviço para a atenção ao suicídio. A partir dali, o que viesse seria construído coletivamente, a partir da equipe. Além de oferecer um espaço para a troca de experiências e para apresentar os dados produzidos na primeira fase da pesquisa (através das entrevistas individuais), a roda de conversa permitiria que houvesse um encontro com outros sujeitos implicados (retornando à definição de Merhy), propiciando diálogos que validariam esse saber militante, através do reconhecimento de sentidos entre os participantes, ainda que estes se oponham. As rodas de conversa permitiriam que cada participante pudesse olhar os demais, viabilizando “reflexões dos sujeitos em ação sobre este processo, permitindo-lhes analisarem a si mesmos, através dos seus próprios agires e intenções” (p. 09).

Merhy (2013) acredita que no dia a dia das práticas de saúde, a conversa informal de um grupo de trabalhadores pode favorecer a troca de ideias sobre como agir com determinado usuário e é nessa conversa cotidiana que há uma grande chance de que alguns que estão ali se afetem pelo que está sendo discutido e passem a ver e agir de outro modo em relação aos casos compartilhados. Esses espaços de conversa não são formais, portanto não dependem de licença, não constam no organograma oficial do serviço, nem precisam de uma hierarquia da organização. Eles podem acontecer no agir do trabalho vivo em ato de cada um e de todos, nos espaços informais que os próprios trabalhadores (e gestores e usuários) vão fabricando com suas ações e diálogos. E é nesse acontecer que se vai produzindo conhecimento para a ação de um modo efetivo que impacta o mundo tecnológico do cuidado.

Acontece que aí há não só produção de novos conhecimentos construídos coletivamente, mas há também novos processos de formação, sem que se tenha formalmente designado esse como lugar de formação ou capacitação do trabalhador para o exercício das suas funções. Esse movimento pode ser visto como um movimento de educação permanente, que ocorre ali no dia a dia, entre os vários atores institucionais, sem pedir licença para ninguém e sem nomina-lo como tal. E isso se dá a partir do núcleo pedagógico central: o encontro com o outro e a troca de modos de agir e saberes, produzindo sentido ético e político para o seu fazer no campo da saúde.

Creio ser relevante pontuar que a intervenção, na verdade, iniciou-se no momento em que explicitarei no serviço o foco da minha pesquisa, ainda enquanto pré-projeto. Antes mesmo de qualquer definição sobre quem seriam os entrevistados, qual seria o foco do trabalho, o tema do suicídio já era uma certeza. E a cada momento em que me perguntavam sobre qual seria o assunto da minha dissertação, a atenção ao suicídio passou a ser um dos temas das nossas conversas informais. A intervenção formal é que teve início com as entrevistas e estendeu-se para as rodas de conversa. Porém, o que observei foi que na maioria das vezes, no período anterior ao de produção de dados e até mesmo depois das entrevistas individuais, ficou subentendido pelos colegas que os casos de tentativa de suicídio ou ideação suicida eram “meus”, para a minha pesquisa, e não do serviço. A roda de conversa seria o espaço ideal para tentar trazer também essa questão para o grupo.

Com os orientadores, foi construído um material que denominamos de “Caixa de afecções”. De acordo com o material disponibilizado pelo EPS em Movimento (2014), uma caixa de afecções é um arquivo de materiais significativos que funcionem como suporte para memória e afetos, bem como disparadores reflexões e discussões sobre as práticas. Ou, na definição poética criada em uma das aulas do GEPPRA, trata-se de um “marquivo”, um arquivo de marcas. Uma caixa de afecções pode:

Favorecer uma apropriação sobre a própria produção [...] ; transver o vivido recontextualizando a experiência; fisgar, agenciar, colocar em funcionamento ludicamente ideias/pensamentos sobre o vivido; convocar à recriação coletiva dos saberes da experiência. (EPS, 2014).

“Tudo o que der língua para os movimentos do desejo, tudo o que servir para cunhar matéria de expressão e criar sentido, para ele é bem-vindo. Todas as entradas são boas, desde que as saídas sejam múltiplas. Por isso o cartógrafo serve-se de fontes as mais variadas, incluindo fontes não só escritas e nem só teóricas. Seus operadores conceituais podem surgir tanto de um filme quanto de uma conversa ou de um tratado de filosofia” (ROLNIK, 2007).

A nossa caixa de afecções foi composta por um conjunto de textos, letras de música, imagens e fragmentos de vídeos, que pudessem ser utilizados como disparadores para discussões, reflexões e aprendizado coletivo. Este material pode ser utilizado por pessoas ou grupos como ferramenta para discussão e reflexão da questão do suicídio – seja na prevenção ou na compreensão dos fatores que podem estar por trás deste fenômeno. Ou, dizendo de forma mais humana, buscando compreender o sofrimento que está por trás deste acontecimento. Uma parte do material foi utilizada nas rodas de conversa com a equipe, porém pela quantidade, a ideia inicial era criar um arquivo físico no qual esses conteúdos ficassem disponíveis para consulta e leitura dos trabalhadores. O material encontra-se disponível no blog “Cuidado, frágil: falando sobre atenção ao suicídio”, disponível em: <http://falandosobresuicidio.blogspot.com.br/>.

Apresento a seguir trechos e análises das rodas de conversa.

4.5. Rodas de Conversa: múltiplos afetos

Um povo que em algum ponto se torna quebrantado e enfraquecido, mas que no todo é ainda forte e saudável, pode receber a infecção do novo e incorporá-la como benefício. No caso do indivíduo, a tarefa da educação é a seguinte: torná-lo tão firme e seguro que, como um todo, ele já não possa ser desviado de sua rota. Mas então o educador deve causar-lhe ferimentos, ou utilizar os que lhe produz o destino e, quando a dor e a necessidade tiverem assim aparecido, então algo de novo e nobre poderá ser inoculado nos pontos feridos. Toda a sua natureza o acolherá em si mesma e depois, nos seus frutos, fará ver o enobrecimento (NIETZCHE, 2000, p. 155-156).

Como no serviço acontece diariamente uma reunião para a passagem de

plantão, das 13:00 às 14:00 horas, com a participação dos técnicos da manhã e da tarde, dos auxiliares de enfermagem, da acompanhante terapêutica e da gestora da unidade, escolheu-se esse momento para a primeira roda de conversa sobre a questão dos casos de atenção ao suicídio. Este primeiro encontro tinha como objetivo compartilhar parte dos primeiros resultados, bem como trazer para o grupo o incômodo da pesquisadora.

A primeira roda de conversa não foi previamente combinada. Era um dia comum e na reunião da passagem de plantão a discussão dos tópicos levantados pela equipe não demorou mais do que quinze minutos, por isso foi proposto por mim que utilizássemos o tempo restante para discutir a questão do suicídio e outros temas. Pedi a autorização dos colegas para que pudesse gravar nosso encontro, que seria transcrito posteriormente. Pontuei que todos sabiam que o tema do meu trabalho era a atenção ao suicídio, mas que eu havia pensado muito sobre o que poderia ser transformado no serviço:

“E aí eu queria que vocês me ajudassem a pensar um pouco sobre isso. Porque a proposta seria de eu trazer um pouco dessas coisas que eu pesquisei sobre suicídio, alguns materiais pra gente pensar e tirar algumas dúvidas, mas o que mais seria que a gente podia fazer pra isso valer a pena não só pra mim, não só pro meu Mestrado, meu interesse pessoal, mas pro serviço também ... O quê que vocês acham? E tem alguma coisa sobre o suicídio que vocês acham que talvez valesse a pena também trazer aqui? Mas o quê mais?”

E os trabalhadores começaram a falar, como se estivessem o tempo todo esperando por esse momento. Parece que dos desafios que faziam parte do cotidiano dos serviços, da perda de sentido do trabalho, houve o agenciamento de linhas de força que vieram à tona na primeira oportunidade. A equipe passou a falar do que sentia e pôde se ver e repensar em cada um dos temas que apareceram. A problematização da atenção ao suicídio acabou se tornando um revelador de processos de cuidado no serviço – a ligação entre os afetos dos profissionais e a atenção ao suicídio vão se mesclando nas falas que apresentamos a seguir:

Falas sobre a medicalização do sofrimento e a organização do serviço

*“Não sei, eu fico pensando um pouco nisso que a gente veio falando, né? Que parece ainda a gente tem esse **olhar muito biomédico**, né [...] e que se o médico*

não tá a gente fica se sentindo inseguro [...] Eu fico um pouco pensando sobre isso e sempre fico na coisa da **impotência**, eu acho que a impotência tá sendo [...] a minha sensação no geral aqui. Né, de que **não estou conseguindo dar conta** das coisas que aparecem e acho que **o suicídio esfrega isso mais ainda aqui ...**”

“E quantas pessoas a gente não atendeu no ambulatório que vem com a **queixa do suicídio**, do desejo da morte, e **a gente não dá o que a gente tem de mais rico, que é a escuta** pra essas pessoas, a gente **soca eles na agenda do médico, que toca remédio** e ... isso **frustra a gente, nos deixa desanimados**, tal, e **you não colhe nada do seu trabalho**, né? É isso.”

Mais uma vez, a ideia da impotência aparece como uma das principais sensações presentes no cotidiano dos trabalhadores. Diz Espinosa (1973, p. 214): “Quando a alma imagina a sua impotência, só por esse fato fica triste”.

“Isso foi **o que mudou** [depois de algumas conversas sobre atenção ao suicídio, no cotidiano do trabalho], pelo menos, da minha parte, que eu atendi lá uma **ideação suicida**, e o médico, e o médico? Mudou um pouco, não, peraí. Eu **fico um tempo mais na triagem, tentando escutar o caso, não é só o médico que vai resolver**, né? Mesmo porque o remédio não resolve hoje, né ...”

De forma marcante, apareceu a questão da medicalização do sofrimento como algo que era quase automático no serviço, embora o questionamento sobre essa prática já estivesse sendo problematizado individualmente, por cada um dos trabalhadores. Essa forma de organização do serviço aparece não apenas nos casos de risco de suicídio, mas também nas demais demandas de saúde mental, e com o espaço de discussão que está acontecendo no cotidiano do trabalho, começa a ser problematizada. Aparece ainda a perda de sentido do próprio trabalhador, sua frustração e a sensação de que não há como oferecer mais do que a medicação, pela própria organização do serviço, pelo número reduzido de profissionais.

Do sofrimento do trabalhador diante das diversas demandas

“Não, que às vezes a gente fica nessa **angústia**, né, de uma coisa tão grave né, e **diante da morte, o suicídio**, e às vezes **o nosso papel é estar junto**, dizer que aguenta ouvir aquilo, da morte...”

“Porque assim, a sensação que eu tenho é que a gente está se distanciando, **eu to me distanciando de mim** (risos)”

“Assim, **you começa a não se importar com coisas que te incomodavam**,

*coisas que antes eram super importantes, **você deixa de lado as coisas que você sente ... Pra já passar por aquilo e pronto.***

“E a satisfação da gente de se sentir realizada na nossa profissão, que não é realizada?”

O sofrimento do trabalhador parece ser mais forte em dois aspectos: o primeiro seria a dificuldade de lidar com a morte, da ideia suicida como desafio para o profissional que ouve essa demanda. Sem saber direito qual é a melhor estratégia para atender a esses casos, o trabalhador acaba por olhar para essa demanda da forma mais comum, que é o agendamento de consulta psiquiátrica. Mas em uma das falas, existe a identificação que a oferta mais importante pode ser a mais simples: estar disponível para escutar.

Outro ponto importante no sofrimento que os trabalhadores trazem é a perda do significado do trabalho para o próprio trabalhador, identificada como distanciamento daquilo que o afeta, como forma de proteção. Essa defesa acaba gerando uma frustração, pois seu papel passa a ser exclusivamente burocrático – ele se torna apenas um dispositivo para agendamento de consultas médicas, perdendo o seu saber específico – e, de certa forma, sua potência de agir. A complexidade do suicídio permite que emergja também a complexidade do trabalho em saúde, a partir do olhar dos trabalhadores, que trazem dificuldades concretas da organização do trabalho no serviço e suas angústias e questionamentos em relação à sua própria prática.

Aspectos da organização do serviço que prejudicam o trabalho

*“Por outro lado, é a coisa da triagem, **a gente tá fazendo a triagem e aí estão batendo na porta**, a gente não tem sala, [...] a gente não está disponível também para a triagem [...] Porque muitas vezes é uma triagem [...]... **é ali que você vai acolher** e de repente vai perceber que **nem precisa marcar uma consulta com o psiquiatra ...**”*

*“ [...] a **demanda tá muito grande**. Quando eu entrei aqui ... E assim, **era porta aberta e quem chegava tinha que fazer triagem**, [...] era quantas chegassem a gente tinha que fazer. E não tinha agenda. Então, o quê que a gente, naquela época, uma coisa que a gente combinou, discutido em grupo, tal, de **fazer a triagem e não marcar o médico direto**. Se não for o caso de um psicótico, se não for uma coisa assim, grave ... **Aí muitas vezes, eu vou marcar um retorno comigo,***

várias vezes, eu marquei e aí, nessa segunda conversa, **às vezes ... nem precisava mais [de consulta com psiquiatra].**”

“É que assim, a **demanda tá muito grande**, pra gente marcar um retorno [...] não dá, não rola ...”

“Não, e a **gente acaba fazendo até coisa que não concorda**, que naquele momento **porque é a saída mais fácil**, vamos lá... Tem pessoas que pedem uma receita, ‘tá bom, pega’ sendo que você sabe que a pessoa tá errada, a pessoa nunca vem, nã nã na, mas é tanto, pra não ficar lá naquela discussão, naquele debate, tentando que a pessoa faça o correto, tentando mostrar até pra ela que, tem várias pontos, isso aí tem várias áreas da vida que ela vai levar aquilo, mas **a gente fala ‘ah, então tá bom, vai lá, pega a receita e tchau’.**”

Estas falas parecem expressar que o ritmo imposto pela demanda faz com que se perca a dimensão humana do trabalho, e as ações passam a ser automatizadas. Quando o trabalhador tem tempo para refletir sobre suas práticas, consegue perceber que perdeu muito do que trazia sentido ao seu trabalho: seus valores, seu papel de orientar e esclarecer, agendar um novo atendimento para aprofundar ou acompanhar um caso, ou seja, tudo aquilo que exige tempo e cuidado.

Ao conseguir identificar esses aspectos, a equipe pode problematizar seu próprio trabalho e propor mudanças. Consegue resgatar sua força e percebe que pode modificar essa organização do serviço, que afinal, é reproduzida por cada um.

A equipe se mobiliza e propõe soluções coletivas para transformar o serviço

“A minha sugestão, Lu, já tinha falado antes né, é que a gente fizesse junto **um grupo né, de atenção ao suicídio**, conversar bastante com os médicos pra que eles encaminhassem isso e azar do ambulatório, né. [...] Eu acho que também **a gente se deixa acomodar pelo ambulatório, a gente prioriza mal, né? Eu acho que uma equipe é muito forte pra se deixar engolir ...**”

“Acho que pessoa às vezes precisa de **um primeiro acolhimento individual**. E fala: ‘Você vai passar quatro vezes por esse grupo, vai conversar comigo, pra ver se vai pro médico ou não’.”

“Uma coisa também é abrir **espaços pra gente discutir essas coisas**, né,

vamos discutir suicídio, vamos discutir esse delírio, vamos ... Às vezes, a gente se perde muito, fica passando o mesmo caso ... Vamos abrir dois dias pra gente **estudar**, né, já que a gente não tem nenhum supervisor, **vamos nos auto-supervisionar**, cada um, olha, a primeira semana, a [técnica 4] prepara não sei o quê ... na segunda semana, a Luciana, depois a [técnica 2], acaba que a cada dois meses um prepara alguma coisa que tem na sua formação específica e traz pra discutir, ou se não deu tempo de preparar, **traz um texto pra gente ler junto ...**”

“Acho que essa ideia **da gente se encontrar mais, de poder falar mais**, essa ideia da gente ser mais, **essa disponibilidade de escutar o outro**, de poder falar, eu acho essencial ...”

A equipe, já nesse primeiro encontro, propõe intervenções que vão ao encontro da atenção ao suicídio (como um grupo de escuta voltado para estes casos e a discussão), mas também pontua que é necessário criar um espaço para que os trabalhadores possam se escutar e trocar experiências, resgatando e construindo significados para seu trabalho. Assim como já havia aparecido nas entrevistas individuais, no encontro grupal a equipe pode trazer novamente a importância dos encontros. Diz Espinosa (1973): “*A alma humana é apta a perceber um grande número de coisas, e é tanto mais apta quanto o seu corpo pode ser disposto de um grande número de maneiras*” (p. 156). Abrir-se para o encontro com o outro possibilita a troca de perspectivas e visões de mundo, enquanto coletivamente se consegue construir uma potência ampliada.

O ponto chave da apropriação do grupo sobre essas rodas de conversa acontece quando eu proponho que na próxima passagem de plantão que seja breve retomemos a conversa, e uma das técnicas rebate na mesma hora, dizendo que já deveríamos deixar marcado nosso encontro, e que se houvessem questões importantes naquele dia, que elas fossem anotadas no livro de plantão e discutidas no dia seguinte. A partir dali, fica claro que as rodas de conversa não são minhas; elas pertencem a equipe da qual faço parte.

Rolnik (2007) afirma que para saber se os dados que estão sendo produzidos são bons para a pesquisa é preciso fazer análises desde a primeira entrevista, por exemplo. O entrevistado deve falar de dentro da experiência, fazendo emergir um plano coletivo de forças. A própria entrevista passa a ser um processo de produção de subjetividade. É interessante que a fala do entrevistado traga também a rede, que

ele fale de um lugar que está inserido dentro de uma micropolítica – o que traz a consistência cartográfica. As falas dos trabalhadores, que trazem suas marcas e reflexões, parecem apontar que algo de verdadeiro está sendo construído nestes encontros. Já não se trata apenas da demanda do suicídio, embora ela continue sendo relevante; mas também se abriu um espaço para outros campos de força.

Roda de Conversa II

Na semana seguinte, como foi combinado com a equipe, levo para a reunião um material sobre o suicídio, com dados que produzi durante a pesquisa e informações que coletei ao longo do processo. Este encontro teve como foco específico trazer e fomentar propostas para qualificar a atenção ao suicídio.

Inicio a apresentação com os objetivos deste trabalho. Abordo alguns dados sobre o suicídio, como a importância da atenção nos casos de tentativa de suicídio e ideação suicida para evitar o suicídio de fato e principalmente para que o sofrimento seja olhado de forma cuidadosa. Apresento os conceitos de suicídio que apareceram nas entrevistas e falo a respeito de alguns mitos que são comuns, como a ideia de que a maioria das ameaças trata-se apenas de manipulação e que falar sobre suicídio pode estimular o usuário a tentar se matar. Apresento os dados que obtive nos prontuários (115 casos com este perfil no período analisado) e comento as propostas de serviços como o CVV e o NEPS (apresentadas no levantamento bibliográfico). Trago para a discussão as sugestões para qualificar a atenção ao suicídio que apareceram nas entrevistas individuais: grupos, escuta, monitoramento e psicoterapia, entre outros.

A partir do levantamento dos prontuários e considerando a pesquisa bibliográfica que fiz, sugiro algumas formas de aprofundar a triagem para que possamos compreender melhor cada caso.

A primeira sugestão é que durante a triagem o técnico esteja atento a frases de alerta que o usuário apresente, tais como: “Eu preferia estar morto”/ “Eu não posso fazer nada”/ “Eu não agüento mais” / “Eu sou um fracasso e um peso pros outros”/“Eu só queria dormir para sempre” / “Os outros vão ser mais felizes sem mim”.

Uma das técnicas pontua: “*Então, se falar “Eu queria sumir”, né, a gente já se*

atenta e escreve, escreve isso na triagem? Refere que queria sumir ... mas aí na maioria das vezes eu não coloco...”

Abre-se espaço para discutirmos a importância de se fazer uma triagem mais detalhada, com tempo e atenção. Que se possa obter o máximo de informações possíveis e que estas sejam registradas, ao mesmo tempo em que se oferece uma escuta verdadeira, que não apenas procure coletar dados, mas que também seja uma forma de cuidado em si.

Outras informações discutidas, que poderiam ser aprofundadas nesse primeiro acolhimento e surgiram a partir da análise das fichas de prontuário que foram levantadas na primeira fase da pesquisa:

- Quando o usuário apresenta ideação suicida: Investigar há quanto tempo. Houve alguma situação recente que pode estar relacionada a isso?

- Relato de tentativa de suicídio: Quando? De que forma?

- Nos casos em que o técnico acredite que há um risco de suicídio: conversar com a pessoa atendida sobre uma pessoa de referência (familiar, amigo, cônjuge), que poderá ser a ponte de cuidado e acompanhamento.

- Agendar no mínimo um retorno para a próxima semana (com o próprio técnico ou solicitar apoio de um colega) para acompanhar o caso.

- Encaminhar para um grupo de apoio dentro do próprio serviço (Terapia Comunitária, que já existe, ou o Grupo de Escuta que será criado para esse fim) posteriormente – assim que o usuário apresentar melhora.

A equipe acolhe essas sugestões como sendo considerações importantes e se dispõem a procurar segui-las nos próximos atendimentos de casos de ideação suicida e/ou tentativa de suicídio. Parece que havia mesmo uma dificuldade de saber quais seriam as ações possíveis, e essa conversa aponta alguns caminhos. Obtendo essas informações, ao mesmo tempo em que se sente respaldado pelos outros trabalhadores, o técnico pode se sentir mais apto a escolher as condutas que ele terá em relação ao usuário.

Uma das técnicas reafirma a importância do grupo de acolhimento para estes casos: *“Porque quando você fala assim: ‘O que eu vou dizer para esse suicida?’, você não tem mesmo o que dizer. **Você tem que escutar**, mas entre eles, que tentaram o suicídio, eu acredito fundamentalmente no grupo pra uma abordagem ao suicídio. Porque eles vão se entender. Que um ia se suicidar por isso e não se*

suicidou por aquilo, e ele passa essa estratégia pro outro: 'Ah, eu fiquei por esse laço' e o outro 'Ah, esse laço eu também tenho', e outro 'mas eu fiquei por esse', né ... e a troca é muito rica".

O que essa fala expressa é a compreensão de que é coletivamente que conseguimos fazer alguma mudança. É no grupo (de acolhimento ou dos trabalhadores) que se pode repensar e resignificar práticas e experiências - talvez como um reflexo do que está acontecendo nesses nossos encontros.

Por isso, poder oferecer outra opção de cuidado ao usuário traz benefícios também ao trabalhador, como essa técnica fala:

"Né? E eu acho que daria um alívio aos profissionais, porque escutar numa triagem 'ah, tentei me matar", "to vindo do PS porque eu tomei todo o meu remédio", porque "Eu tomei veneno", se você souber: "Ai, quarta-feira, quinta-feira tem o grupo, vou mandar pra lá ..."

E discutimos na roda de conversa, a partir da minha posição de que talvez não seja preciso procurar salvar vidas, mas sim se tornar disponível para uma escuta real. "O Hillman, ele fala assim: "Não somos responsáveis pela vida e pela morte uns dos outros, a vida e a morte de cada homem é dele próprio. Somos, porém, responsáveis por nossos envolvimento." *Eu acho que essa ideia, né gente? 'Vamos fazer a prevenção ao suicídio, vamos salvar todas as pessoas', mas não, talvez a gente possa se envolver um pouquinho mais, vamos ficar junto, e se acontecer, que a gente fique tranquilo, porque pelo menos a gente tava junto, né?"*

Técnica: *Foi a escolha dele, né? Mas você ofereceu algo, né?*

Luciana: *Mas não que a gente perca assim, tão intensa, na correria, uma coisa que é tão séria. Sim, todos os casos que chegam aqui são sérios, mas eu acho que esse grita ainda mais intensamente "Por favor, me ajude agora", né? E o quê que existe de prevenção ao suicídio? Existe o CVV, que é o Centro de Valorização da Vida, né, que é atendimento por telefone e que eu acho importante de pensar que é um serviço de voluntários, né, gente? Então, às vezes a gente pensa, 'não, só o psicólogo vai poder conversar', não*

Técnica: *Que tem que ser especialista.*

Luciana: *É, e não precisa, porque a gente tá falando de atender mesmo o sofrimento das pessoas ...de se colocar ...*

O desdobramento da conversa inicial acabou em uma das concepções que a

equipe trazia, de que somente o psicólogo teria competência para atender e acompanhar esses casos. Pude compartilhar com a equipe o trabalho do CVV, abordado no levantamento bibliográfico desta pesquisa.

Outro ponto que discutimos nesse encontro foi pensar em uma forma de sinalizar, de alguma forma, que aquele caso exige maior atenção – no livro de registro de prontuários e na capa do prontuário, por exemplo. Para que qualquer profissional (inclusive a recepcionista) possa identificar se não houver retorno do usuário – a recepcionista poderá avisar um dos técnicos, para uma busca ativa.

Uma das técnicas concorda: *“A gente perde esses casos ...”*

Eu havia pensado em fazer um asterisco ao lado do número desses prontuários, tanto na capa quanto no livro. Porém, a equipe trouxe a ideia de passar uma caneta marca-textos, e essa foi a opção escolhida. Foi proposto também que o técnico que agendasse um retorno ou mais para atendimento individual poderia anotar esse evento na agenda da administração, junto das triagens, para que não se perdesse. Todas essas sugestões foram bem recebidas pela equipe.

Ao final do encontro, todos deram uma devolutiva positiva.

“Nossa, eu aprendi muito ... Eu vi as minhas falhas ...”

A gestora fez a seguinte observação:

“A gente já teve essa diferenciação ... Uma coisa que a gente já teve mas perdeu depois ... O risco de suicídio ele é um evento sentinela. É um alerta, não importa se é psicótico, não importa se é uma patologia, né? É que nós, diante da correria, a gente perdeu isso ...”

Na mesma tarde, surge um caso de ideação suicida, e o técnico que fez a triagem já marcou um atendimento de retorno.

O que mais me chamou a atenção nesse encontro foi a reação dos trabalhadores quando apresentei exemplos de casos que passaram pelo serviço. Suas reações sinceras de espanto e a forma como foram afetados me mostraram que realmente não havia uma insensibilidade da equipe em relação à demanda de suicídio, mas sim um atropelamento do cotidiano dos serviços que produzia uma forma automática de lidar com todos os casos. Mais uma vez, na discussão coletiva emergem questões específicas da atenção ao suicídio, mescladas de forma significativa com a organização do serviço e a forma com que esses fatores afetam os trabalhadores. Parece claro para nós que é impossível desconsiderar a realidade

concreta na qual acontecem as intervenções de cuidado, portanto, os encontros seguintes vão abordar as interfaces entre as duas temáticas.

Durante a semana do encontro e na seguinte, os outros dias de passagem de plantão passam a contar também, de forma mais intensa, com a discussão de casos que os trabalhadores consideravam mais importantes. Não apenas casos de suicídio: um pedido de visita domiciliar de alguém que está acamado há meses, uma mãe que não sabe como lidar com filhos com déficit intelectual. É um movimento de buscar um sentido coletivo para o trabalho. A equipe parecia ter encontrado uma nova forma de lidar com os afetos que surgiam:

O que Espinosa quer dizer é que as paixões não são um problema, elas existem e são inevitáveis, não são boas nem ruins, são necessárias no encontro dos corpos e nos encontros das idéias. O que, sim, numa certa medida, é evitável são as paixões tristes, que nos escravizam na impotência. Em outros termos, apenas por meio das paixões alegres nós nos aproximamos daquele ponto de conversão em que podemos deixar de apenas padecer, para podermos agir; deixar de ter apenas paixões, para podermos ter ações, para podermos desdobrar nossa potência de agir, nosso poder de afetar, nosso poder de sermos a causa direta das nossas ações, e não de obedecermos sempre a causas externas, padecendo delas, estando sempre à mercê delas (PELBART, 2006).

Meu diário de campo traz um registro sobre uma conversa com uma pessoa do administrativo, (que participou da roda de conversa também) dois dias depois desse encontro. Ela referiu que gostou do tom da apresentação, uma vez que a abordagem foi “delicada, pois não culpou ninguém, mas simplesmente trouxe os temas para discussão, reflexão e propostas”.

No dia seguinte dessa roda de conversa, a gestora da unidade traz um texto que aponta que a esquizofrenia está entre os principais fatores relacionados ao suicídio e pede para que lembremos que todos os casos devem ser olhados com muita atenção.

Roda de Conversa III

A quarta-feira seguinte foi o dia do nosso terceiro encontro. A dinâmica desta roda de conversa teve como objetivo retomarmos os temas que apareceram nos dois primeiros encontros, de forma que a equipe tivesse mais espaço para se

colocar. Separei alguns tópicos em papeletas e propus que cada participante do grupo sorteasse uma, lesse em voz alta e comentasse o que lembrava que havia sido comentado pelo grupo ou desse sua opinião, e que os outros também pudessem falar:

Tema 1: “Foco na medicação. Falta RH. Cansaço e sofrimento. Mas, apesar disso ...”

Este primeiro tópico tenta trazer uma visão geral sobre nosso ponto de partida e as possibilidades que estão sendo construídas pelo grupo.

*“Apesar disso, **a gente construiu algumas coisas...**”*

*“Como por exemplo, **esse espaço** aqui... né, saiu dessas queixas, né, se **a gente vai ficar até o fim da vida e não vai mudar esse sofrimento, ou nós vamos fazer mudar, né? Então, nós vamos buscar esse espaço, de ter uma troca mais saudável, ou vamos ficar só contando os incêndios que nós apagamos, né? É ... ter um espaço de reflexão, daonde a gente consiga criar outras coisas, né?**”*

*“[...] então **a gente pode ficar se queixando que não dá conta dessa demanda ou abrir espaços, né, ou então seguro na desorganização, pra poder fazer alguma coisa que a gente tanto ofereça algo como se sinta bem por estar oferecendo algo que é a nossa competência. [...] e a nossa competência tá em algum lugar que a gente às vezes não consegue trazer, né, **ai vai pra casa frustrado e os nossos encontros só tem queixas, né.**”***

*“Então acho que muito dessas coisas gerou esse **primeiro impacto** e que daqui saíram muitas coisas, muitos grupos, muitos espaços aonde a gente leve algo pra alguém e se sintam bem dessa forma.”*

Assim como se misturam na pesquisa a organização do serviço e a atenção ao suicídio, as falas dos trabalhadores também mesclam as duas questões. Quando falamos em cuidados específicos para esses casos, como a proposta de criar grupos e aprofundar as triagens de forma a estarmos mais atentos a essa demanda, surgem também as mobilizações dos trabalhadores no que diz respeito ao seu sofrimento e na busca de criarmos também para a equipe novas formas de compreensão, reflexão e cuidado.

*“Sabe que eu [...] fico com a sensação assim de que...como quando a gente tem uma gripe forte e a **gente ainda está se recuperando**, assim, de uma gripe?”*

[...] nos últimos dias assim, eu tenho sentido o NAPS como um todo meio que assim, em recuperação ... Parece que tem um ar diferente assim ...”

“ Tá **surgindo algo novo, né?**”

“Tinha uma coisa como um **distanciamento**, quando você fala dessas coisas, parece que tem um distanciamento, **a gente tava distanciado, um dos outros ...**”

“E tem o **real**, né? Uma **equipe muito enxuta**, então esse momento tem a chegada de dois colegas, três, com o Dr. [psiquiatra na unidade há cerca de um mês], né, então a gente tava, a equipe muito enxuta, a saída da [psiquiatra afastada desde julho] que causou mil incêndios, **e isso vai desgastando**, então além da equipe menor, **uma equipe massacrada**, né, então, **você entra nisso, de paralisar, de queixar, queixar, e quanto mais queixa mais paralisa**, né?”

A equipe consegue identificar aspectos de mudança na organização do serviço e em suas próprias práticas, e parece que apenas agora, que saiu deste lugar de queixa e imobilidade é que consegue avaliar o desgaste que estava sofrendo. Surge a esperança, que Espinosa (1973) define como “*uma alegria instável, nascida da imagem de uma coisa futura ou passada, de cujo resultado duvidamos*”. Para que se torne algo concreto, é preciso agir, transformando o ideal em ato.

Tema 2: “A referência não é a dona da pessoa”

Uma das questões trazidas pela equipe diz respeito a outro aspecto importante do trabalho dos técnicos: além da atenção e suporte ao ambulatório, temos também usuários fixos do serviço que fazem tratamento no modelo de Hospital-Dia e são nossas referências. Alguns destes usuários estão no serviço diariamente, em horário integral, e exigem atenção diária para acompanhamento. O que acaba acontecendo é que tudo o que acontece com aquele usuário passa a ser problema e responsabilidade do técnico de referência; muitas vezes se perde de vista o fato de que estamos em uma equipe e que todos podem colaborar para esse cuidado, por mais que o técnico de referência seja a peça chave deste usuário.

“É, porque somos uma equipe, aqui **todo mundo tem que trabalhar junto ...**”

“E é muito legal, acho que essa ideia de olhar pro lado e dizer assim “**eu não to só**” né? Então quando eu, nem lembro que essa frase era minha, mas a sensação é muito, muito visceral assim de, assim, “quem é a”, por exemplo, um nome aqui, “quem é a referência do H.? [usuário]. Ah, você, nanananana”, eu acho que foi até

um dia desses, eu falei: ‘Gente, eu não suporto mais ... **Parece que eu sou a dona do cara**, assim, se o cara tá mal, porque tem uma clínica comprometida, você tem que ir junto, se tem a perícia, porque ele faltou na perícia, porque ele perdeu os documentos ... **eu não dou conta!**’

“Eu acho assim, além de discutir, eu sou muito prática, né, eu sou psicóloga, mas sou química também (risos) então assim, eu já venho com coisas prontas na mão, **eu acho que a gente pode sair daqui assim**, “ah, o H., tal” eu não conheço assim tanto do H., mas já que ele me procurou, eu vou esperar a [técnica] que conhece, mas **eu vou resolver junto com a [técnica] isso aqui ...**”

“Eu acho que tem essa coisa assim ... é ... da gente poder é ... né, em alguns momentos, repartir, **da gente poder entender que essa pessoa é desse serviço, que é munícipe dessa cidade ...** E que ...uns com menos e outros com mais, tem autonomia, é dono de sua vida, né. **A referência é a pessoa mais próxima**, a referência é a pessoa que mais conhece, a referência é aquela pessoa da equipe que tá, de alguma maneira, tem mais conhecimento ou tem mais credibilidade pra estar com ele, não sei, mas que **a gente pode fazer isso junto**, acho que é essencial essa coisa de não estar sozinho”.

“Há um tempo atrás [...] **quando eu entrei aqui, todo paciente tinha sua referência que era um técnico junto com alguém da enfermagem ...**”

“**Pouca gente pra trabalhar, muita gente pra atender, e a gente se destrói**, porque aí a gente faz uma coisa que não é tão boa, não dá conta ...”

As falas refletem as dificuldades encontradas na organização do serviço, da falta de profissionais suficientes para atender às demandas que chegam, mas ao mesmo tempo, os profissionais mais antigos mostram que não foi sempre assim: já houve outros tipos de arranjo, o que possibilita à equipe pensar que novas formas de organização podem ser construídas, a partir desses incômodos que agora encontram espaço para serem problematizados.

As queixas também lembram que todo usuário que chega para atendimento pertence a essa equipe, e não apenas a um técnico de referência ou a quem faz o primeiro acolhimento. Compartilhar responsabilidades pode ser um exercício de generosidade, compreendida por Espinosa (1973, p. 219) como sendo “o desejo pelo qual um indivíduo se esforça por ajudar os outros homens e por se unir a eles pelo laço da amizade, em virtude apenas do ditame da razão”. Esse agir ético traz a

possibilidade de aumentar a potência dos colegas que fazem parte da equipe.

Tema 3: Apresentação sobre suicídio da semana passada: como não perder esses casos?

Retomando o foco do encontro anterior, abrimos espaço para rediscutir as questões e propostas levantadas naquele momento, que são específicas para a atenção ao suicídio.

*“E eu já estou fazendo, ontem a [técnica] me passou um caso, daquela senhorinha que teve a violência lá com o filho ... E aí o filho, passou o neto, e aí ela tá ou pra se suicidar ou pra ir pra rua ... **Eu já atendi, já reagendi, né, e que satisfação que dá, que assim, quando eu abrir o jornal e ler o nomezinho dela, eu sei que eu fiz o que eu podia né... Ao invés de ‘puxa vida, eu fiz uma triagem dessa pessoa e não marquei de novo, e olha o quê que aconteceu’, né? Não é que eu vou garantir que a pessoa não vá ... né, mas pelo menos, o que estava ao meu alcance, profissionalmente, foi tentado...”***

“É, e olha que coincidência, que a gente teve a conversa, vai e a primeira triagem que a gente faz e ela traz essa vontade de ... sumir, né? E ainda tem mais ... E tem uma ideação, né, não tem claro, mas tá na cabeça, então já é um sinal de alerta pra gente pensar nisso, e eu acho que eu já to com isso na cabeça a semana toda ...”

*“Então acho que tem essa possibilidade da gente poder trazer isso aqui, nesse lugar que é legítimo, de **discussão** e retomar isso porque ... então o que eu to considerando é isso, que alguém tá grave, que veio com a ideação, **a gente discute**, mas acho que essa coisa da gente poder falar ...”*

*“Eu, eu acho que passar plantão da forma que a gente passa, cinco vezes por semana é importante, mas não é tão produtivo quanto por exemplo, passar plantão três, **ter um dia pra essa discussão de casos e um dia pra discutir mais amplo como a gente tá discutindo hoje.**”*

Surgem nessas falas mudanças que já foram implementadas na dinâmica do serviço a partir do que foi discutido na semana anterior. Falando especificamente sobre atenção ao suicídio, os trabalhadores já conseguem identificar algumas mudanças possíveis no serviço e uma maior capacidade de análise de cada um em relação a essa demanda. Sabemos, porém, que esse é apenas o primeiro passo. Outro ponto que eu considero importante neste aspecto é a importância que a

equipe identifica em manter permanentemente esse espaço de discussão.

Tema 4: Triage: quem faz é o plantonista ou não?"

Diante da dificuldade relatada pelos profissionais em fazer uma triagem, um acolhimento com maior cuidado e profundidade, surgiu no encontro anterior a questão de pensar em novas formas de organizar o funcionamento dos plantões. O técnico que estivesse responsável pelo plantão daquele período deveria dedicar-se às situações de emergência e ao suporte do ambulatório. A triagem seria realizada por outro técnico, que pudesse focar sua atenção no primeiro contato com cada usuário.

*“Deixa eu explicar como é o funcionamento que é no nosso plantão, a gente funciona assim, dividindo, quem tá mais livre, **a gente acaba até nem tendo tão marcado quem é o plantonista** ... Não sei se isso é bom ou é ruim ... eu acho bom”.*

*“Então, eu defendo que **a triagem não deve ser feita pelo plantonista**. É interessante que a [chefe] foi mostrar umas coisas pro [técnico 5] e isso tá no protocolo do NAPS. A triagem não é feita pelo plantonista **e quando eu entrei aqui eu recebi essa orientação: ‘o plantonista, ele é responsável pela triagem’**”.*

*“[...] eu lembro daquela sensação, tá até, acho que foi a [auxiliar], **eu tava numa triagem**, um cara numa situação super ruim, e aí tinha alguém internado, a A. ou alguém assim, **a [auxiliar] bateu na porta, falou: [Técnica], precisa fazer isso**” ... eu falei “Eu to numa triagem” ... “Ah, mas é que precisa ser resolvido isso, porque tá’ ‘mas eu to ...’ e assim, **eu to ali naquele atendimento ...**”*

*“Eu acho que às vezes **não funciona** nem esse esquema de **triedade agendada, muitos nem vêm ...**”*

A triagem se mostra como sendo um dos pilares da organização do serviço, tanto pela sua importância como porta de acesso dos usuários quanto por ser a possibilidade de fazer o primeiro acolhimento, a primeira escuta de quem chega. Ao mesmo tempo, no cotidiano, muitas vezes ela se perde, é interrompida, ou é feita de forma inadequada. A discussão desse ponto talvez tenha que ser retomada ainda muitas vezes na unidade, porém é importante identificar esse como sendo um dos pontos que devem mudar para uma atenção mais qualificada para todos os usuários que chegam ali. O fato de estabelecermos um agendamento de triagens faz com que esse serviço não esteja de fato com as portas abertas para quem chega.

No final deste encontro, a equipe fortalece o desejo de que esses encontros passem a fazer parte da organização do serviço. Os trabalhadores referem que tem sido muito importante ter esse espaço para discutir casos, problematizar práticas e também poder escutar o outro.

Fica combinado que próximo encontro será facilitado por uma das técnicas. O grupo passa a ser de todos, oficialmente. Proponho criarmos um livro para registrar esses momentos, do mesmo modo que fazemos um livro para as reuniões de passagem de plantão, porém com o formato que aprendi com os escribas das aulas do GEPPRA, no Mestrado Profissional.

Na manhã seguinte, chego ao serviço e vejo um prontuário com um asterisco e um destaque feito à caneta marca-texto no número: já era uma sinalização para ter mais atenção com aquele caso.

Roda de Conversa IV

Na semana seguinte, a técnica que ficou de escolher o tema do encontro traz o texto “**Velocidade e intervalo no tempo da saúde**”, capítulo que faz parte do material do Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde (2005) como disparador da nossa conversa. Desconstruindo a caracterização deste espaço como lugar de pesquisa, optei por não gravar esse encontro, fazendo apenas anotações em meu Diário de Campo sobre o que aconteceu.

A equipe se mobilizou profundamente com o texto, que traz de maneira rica várias ideias que haviam sido discutidas nos encontros anteriores. Alguns trechos, como os transcritos abaixo, provocaram muitas reflexões:

No trabalho em saúde, não precisamos nos condenar ao peso da dor, do sofrimento e das carências. Também não podemos limitar nosso olhar e nossa escuta apenas ao que detectam nossos instrumentos de diagnóstico [...]. Precisamos inventar, cada um à sua maneira, formas para não nos deixarmos petrificar e não desaprendermos a ver e ouvir afetos e vivências. Precisamos de leveza ... Voar para outros espaços de produção de ações de saúde, ressignificando o próprio trabalho e recriando a vida. (BRASIL, 2005, p. 83).

Este parágrafo apontava um caminho possível para enfrentarmos as

dificuldades e angústias que haviam sido apontadas pela equipe. Se tivermos coragem para enfrentá-los, veremos que são justamente os momentos de angústia que disparam movimento. Não estávamos condenados a viver essa rotina eternamente. A organização do serviço também é construída por cada um de nós, a cada vez que reproduzimos esse modelo, sem refletir sobre isso. O modo como cada serviço funciona é resultado da produção de todos os atores que estão ali. Como uma das colegas do Mestrado disse uma vez, não estamos condenados à “*Síndrome de Gabriela*”, personagem de Jorge Amado que tinha como tema a canção que dizia: “*Eu nasci assim, eu cresci assim, eu sou mesmo assim, vou ser sempre assim ...*” Era preciso apostar na potencialidade criativa do grupo para inventar novas formas de encontrar sentido no trabalho, e essas conversas davam uma base para as transformações que poderiam surgir.

“Temos focado nossas ações em tarefas e não em projetos”.

“O trabalho sem reflexão torna-se cego”

Uma proposta de mudança pode parecer ameaçadora em comparação com um ambiente já conhecido, que acaba por causar uma acomodação. Mas reaprender a questionar e refletir sobre sua própria prática é exercício para a vida inteira. A reflexão tem que andar junto com a ação – se determinado objetivo é um vir-a-ser, o que é preciso fazer para que ele de fato seja? A partir do grupo, onde cada um de nós compartilha vivências, ideias e afetos, vamos transformando-nos mutuamente, pois Espinosa (1973, p. 190) refere que “[...] a alma pode sofrer grandes transformações e passar ora a uma maior perfeição, ora a uma menor [...]”.

No cotidiano, nos vemos engolidos pela labuta, rotina e modelos. Somos capturados, atropelados, atravessados por solicitações sem fim, todas para ontem, e não percebemos que isso é resultado de processos mais gerais da sociedade – a subjetividade contemporânea - a instantaneidade, a velocidade, a multiplicidade [...] (BRASIL, 2005, p. 84).

“A gente corre o tempo inteiro, quem faz esse tempo?”

“Como fazer uma escuta sensível com vinte pessoas querendo encaixe?”

Quem faz esse tempo? Estamos dentro de uma engrenagem maior, em uma

cultura que celebra tudo aquilo que é instantâneo, rápido, produtivo. É preciso sair de dentro disso, ainda que por um momento, para olhar de fora e questionar essa lógica.

Essa lógica da velocidade nos transforma em pessoas muito ocupadas, sem tempo para nada. Essa lógica impõe uma pressa nos trabalhadores e nos usuários; atendimentos rápidos, medicamentos com efeitos instantâneos, desaparecimento imediato dos sintomas. Tudo correndo, tudo rapidinho! [BRASIL, 2005, p. 88].

Rompemos com essa lógica quando conseguimos abrir uma hora em nossa rotina para problematizar nossas questões.

Outra frase do texto que mobilizou a equipe foi: *“A vida está valendo quase nada, por muito pouco mata-se o outro como a um inseto”* (BRASIL, 2005, p. 85). Nesse momento, a marca de um trabalhador emerge: *“Esse trecho me fez lembrar a fala do pai do J. (usuário), que havia dito que não havia medicação psiquiátrica que controlasse seu filho, ‘bom mesmo seria se tivesse uma injeção letal’*. São encontros e desencontros diários que fazem parte do universo desse serviço, e que se não estivermos atentos, nos fazem criar escudos de insensibilidade para nos proteger. Até que ponto percebemos o quanto essas defesas para não expor nossa fragilidade também matam nossa capacidade de estar com o outro?

“Esse cotidiano nos faz afastar uns dos outros, ficamos nessa ‘secura de afetos’, como diria Guimarães Rosa”.

“Como vou conseguir perceber o sofrimento do outro se eu não percebo o sofrimento do meu colega?”

“O ser humano existe na relação com o outro, em sua intimidade com o mundo, com o cosmos. Nosso espaço de conversa procura criar uma brecha contra o mundo inóspito”.

“Estamos nos acolhendo nesses encontros”.

A equipe parece sentir que há uma dificuldade para escutar o colega, quanto mais para escutar os usuários, que chegam em um fluxo contínuo. Porém, começa a perceber que falar sobre esse distanciamento pode ser um ponto chave para uma virada na organização do serviço, tanto para uma escuta entre a própria equipe quanto para os usuários. Para enfrentar os distanciamentos, é preciso reaprender a

se aproximar do outro e a reconhecê-lo como igual, e o único caminho possível é através do afeto: *“No entanto, não é pelas armas, mas pelo amor e pela generosidade que se vencem as almas”* (ESPINOSA, 1973, p. 277).

Encerro nesse encontro a análise sobre a intervenção realizada nas rodas de conversa, que são também um importante produto da pesquisa. De fato, esse espaço de reflexão foi incorporado à rotina do serviço a partir daquele momento, e cada um dos trabalhadores trazia semanalmente o tema da discussão. A questão da atenção ao suicídio acabou por mobilizar outros aspectos envolvidos na nossa forma de cuidar, na organização do serviço, no significado do trabalho para cada trabalhador e permitiu que estes atravessamentos também entrassem em pauta. Porém, só o tempo vai trazer os resultados efetivos que surgiram a partir destes encontros. Seria necessário um fortalecimento desse espaço para que surgissem resultados mensuráveis no cotidiano do serviço.

4.6. Considerações parciais: outras contribuições

As propostas construídas pelo grupo para qualificar a atenção ao suicídio passaram a fazer parte do cotidiano do serviço. Entre elas, destacou-se a ideia de criar já no início do ano um grupo de suporte psicológico para os casos que demandassem maior atenção, especialmente aqueles que apresentam a ideação suicida e/ou tentativa de suicídio. Em fevereiro de 2015, porém, eu consigo uma transferência para outro tipo de serviço da rede: desde que comecei a trabalhar no serviço público, havia demonstrado interesse de atuar na Saúde Mental Infantil. Parte de mim sentiu-se culpada por ter mobilizado a equipe para um assunto tão importante e logo em seguida, abandoná-la nos primeiros momentos de um processo de mudança. Porém, era necessário acreditar que a semente havia sido plantada e que os outros trabalhadores seguiriam em frente, tendo como norte as discussões que foram realizadas e suas próprias reflexões e afetos.

No final de março, aconteceu a Qualificação da Pesquisa. Os dados e análises construídos até então foram apresentados à banca, composta pelos professores Fernanda Marquetti e Fernando Kinker. Entre as contribuições trazidas neste encontro, sugere-se entrevistar os psiquiatras do serviço pesquisado, uma vez

que as consultas médicas e a prescrição de medicamentos são as principais condutas para todas as demandas de Saúde Mental, incluindo a ideação suicida e a tentativa de suicídio. As entrevistas com os médicos já haviam sido pensadas desde o pré-projeto, porém naquele momento foi colocado que haveria uma dificuldade em conseguir acessá-los, pois eles não participavam das reuniões da equipe; havia também uma ideia subentendida de que os médicos pertencem a um nível hierárquico superior e que eles não deveriam ser incomodados. Diante das considerações, resolvo fazer uma nova tentativa.

No final de abril, converso com Eliana, gestora do NAPS III e solicito sua autorização para entrevistar os psiquiatras e ela concorda. Na mesma ocasião, converso com os técnicos da unidade sobre o espaço de conversa que havia sido criado no ano anterior e apresentado na discussão. Embora mantivesse contato com a maior parte da equipe pelas redes sociais, eu não havia perguntado a este respeito pois parte de mim temia que esse espaço houvesse se perdido. Uma das técnicas refere que os encontros semanais haviam deixado de acontecer pois a rotina do serviço atropelava esses momentos com demandas urgentes. Porém, a mesma técnica refere que na semana anterior ao nosso encontro o grupo havia retornado e que a equipe havia pontuado a importância de manter esse espaço, tanto para refletir sobre a prática a partir das situações vivenciadas no cotidiano quanto para retomar o diálogo entre os trabalhadores. Conversando com a recepcionista do equipamento em maio de 2015, ela confirma que as triagens continuavam sendo agendadas.

Diante da proposta de entrevistar os médicos, minha primeira ação foi fazer um roteiro estruturado de perguntas fechadas. Minha orientadora sugere que ao invés de utilizar um roteiro de entrevista, proponha uma conversa mais aberta com os psiquiatras. Cabe refletir acerca desse distanciamento de abordagem, que pode se originar de um viés hierárquico e cultural em relação ao saber médico e acaba aparecendo até nesse detalhe: se para entrevistar o médico aparecem tantos “cuidados”, imagine dentro da rotina do serviço – quais são as crenças que estão por trás desse distanciamento? E quais são as estratégias possíveis para facilitar esse diálogo? Essas reflexões aparecerão na discussão dessas entrevistas e também nas considerações finais.

No começo de maio, foram entrevistados três dos quatro psiquiatras do

serviço (dois médicos e uma médica). O serviço conta com mais um psiquiatra, porém não foi possível entrevistá-lo.

Ao iniciar cada entrevista individual, peço ao entrevistado que traga sua experiência sobre suicídio. Apresento a seguir trechos desses encontros:

*“[...] em geral, aqui tem ... nós temos os **depressivos**, ahn, os **psicóticos**, e eventualmente pessoas **histéricas** que fazem tentativa de suicídio. Os **depressivos** fazem pra valer mesmo ... É ... eles fazem, eles têm uma ideia e vão e fazem, né, como provavelmente aquele piloto lá², quer dizer, faz mesmo. Não é brincadeira. Os **psicóticos**, eles às vezes fazem, mas é da confusão mental que eles têm. Não necessariamente eles querem por fim à vida, mas eles estão confusos, escuta vozes, um monte de coisas e acaba se matando. E os **histéricos**, que têm nos Pronto-Socorros um monte de **histéricos** com tentativa de suicídio, e necessariamente a pessoa ... não, é diferente dos **depressivos**, porque eles na verdade, existe uma forma de chamar a atenção, tal, muito embora eles possam morrer, porque a pessoa que tenta cortar os pulsos, assim, de uma forma manipuladora, pode realmente pegar uma artéria e morrer mesmo ... Mas eu acho que são mais **esses três tipos** assim, que é o quê a gente tem aí.” (Psiquiatra 1)*

*“Então, olha é ... Tentativa de suicídio, né, ela é presente na Psiquiatria, então, principalmente nos pacientes que têm é ... transtorno **depressivo**, né. Hoje mesmo eu atendi um paciente aqui que tem transtorno **depressivo**, grave, com sintomas **psicóticos**, né, e ele havia me mostrado até na própria, o braço dele, na altura mais ou menos do punho, tentativas já de se cortar, de se autoflagelar, né? Assim, como uma manifestação de recompensa, então, ‘Ah, minha vida tá ruim, nada dá certo, não tenho dinheiro, minha família não me apoia’, e aí a tentativa é se machucar e chegar ao extremo, que seria uma tentativa de suicídio, né? E eu acredito que esses pacientes é, quando chegam nesse ponto de pensar em suicídio, é ... que eu acho que é aquela pessoa que não tá conseguindo enxergar mais nada no horizonte, né, embora às vezes ... esteja em tratamento, às vezes a família tá ali dando apoio, mas dentro da cabeça dessa pessoa ela faz uma fantasia que tá tudo ruim, tá tudo preto, que não consegue abrir uma porta, uma janela de salvação,*

² Refere-se ao copiloto Andreas Lubitz, que teria derrubado propositalmente um avião em 24/03/2015.

então acaba tendo essa atitude, né. Mas é um quadro gravíssimo, ahn, já tive alguns pacientes é ... inclusive que se jogaram de ponte ...” (Psiquiatra 2)

Quando eu pergunto sobre suicídio, dois dos psiquiatras entrevistados trazem de forma bem marcante os principais diagnósticos relacionados à demanda de suicídio: “tem o depressivo, o esquizofrênico e o histérico”. Esta classificação conversa com as entrevistas no sentido de fazer parte do modo de funcionamento do serviço que leva tudo para uma avaliação médica. O suicídio aparece como um sintoma destes transtornos psiquiátricos. Parecem existir determinadas psicopatologias e estatísticas que permitiriam classificar de forma sistemática aqueles que apresentam uma maior tendência ao suicídio. Como comentei no começo dessa pesquisa, de fato muitos estudos têm esses diagnósticos como principais pontos de referência quando se fala na atenção ao suicídio. Mais uma vez, reforço que no meu entendimento essas classificações devem ser consideradas, mas não devem ser o principal fator a ser analisado, pois elas tiram do foco a individualidade de cada sujeito, que não se resume ao seu quadro psicopatológico – o CID não é a identidade de ninguém.

Bezerra Junior (2007) é um dos autores que discute a Reforma Psiquiátrica apontando que ainda encontra-se resistência indireta às propostas de um novo modelo de atenção em Saúde Mental, que acaba aparecendo “na defesa da hegemonia absoluta dos médicos no campo da atenção à saúde, na ênfase nos tratamentos biológicos como única forma efetiva de tratamento, na importação acrítica, para a Psiquiatria, do modelo da medicina baseada em evidências, no abuso na utilização da nosografia descritiva dos DSMs, em detrimento da atenção às dimensões psicodinâmica, fenomenológica e psicossocial das psicopatologias”. Essas falas apontam que a mudança de olhar ainda está em processo.

Outro texto da jornalista Eliane Brum, “O depressivo na contramão”, também conversa com essa questão:

Acreditar que a epidemia mundial de depressão pode ser erradicada com pílulas é afirmar que no nosso mundo nada falta. E um pouco mais grave que isso: é acreditar não apenas que é possível atingir uma vida em que nada falte, como atingi-la é uma mera questão de adaptação, pró-atividade e saúde. No âmbito do indivíduo, tratar a depressão apenas com

medicamentos é tornar ilegítima a sua dor. É dizer ao depressivo que o que ele sente não merece ser ouvido porque é produto apenas de uma disfunção bioquímica. É reforçar a crença de que o depressivo não tem nada a dizer sequer sobre ele mesmo. É cristalizar o estigma. Sem contar que tentar calar os sintomas da depressão à custa de remédios leva ao embotamento da experiência, ao esvaziamento da subjetividade. O que se sente é silenciado – e não elaborado. E, ainda que alguém achasse que vale a pena se anestesiá-la da condição humana, o efeito do remédio, como bem sabemos, é temporário.

Outro psiquiatra entrevistado traz a seguinte fala:

“Cada vez que a gente vê, assim, a questão do suicídio, eu acho que tem muito a ver, o que a gente está vendo hoje, as coisas se mudam. **Há vinte anos atrás, era outra sociedade, a doença se manifestava de outro jeito, né?** [...] E o quê que a gente via, ainda mais nos casos de depressões, a gente via o suicídio, né? Óbvio, mais marcante, às vezes as pessoas mais idosas, né, e mais com uma depressão, assim, tipo tristeza assim, um sentimento de culpa, um desânimo total ... não tinha mais esperança. E hoje, não vê mais assim, né, por isso que às vezes acaba até nos confundindo, [...] dando às vezes, né, aquela menor atenção, [...] pelo todo o serviço, que às vezes é aquela pessoa que tá bem, que assim, aparentemente tá bem, toda cuidada, né, toda cuidada, as unhas pintadas, bonita, cabelo penteado ... **Que antes a pessoa ficava deprimida antigamente, deixava de se cuidar então não tomava mais banho, não lavava o cabelo, então você via a aparência descuidada. [...]** **E choca às vezes quando a pessoa fala de se matar e toda cuidada, né?** Combinando a roupa, até isso, até a roupa combina, a unha feita ... E, e vem assim pessoas que não estão muito ligadas à depressão, né? Ah, **a pessoa não tá satisfeita com a vida, não tem mais paciência, né, não tá mais no ... até, não tem mais paciência então acha que a morte seria uma solução por não ter mais paciência.** Eu vejo muito essa falta de ... é, está frustrada, o mundo não satisfaz, né, ou às vezes, sei lá, cansei de, né? Cansei assim, de aguentar, não cansei de aguentar, porque não tá bem com a vida, não tá. Às vezes, se calou muito, se doou muito, né? Se anulou muito, né, que eu acho que é muito aí, né, se anular? [...] mas então eu acho que é tudo, **é tudo um reflexo dos valores de vida, os nossos e aonde a gente vive, né, a nossa sociedade.**” (Psiquiatra 3)

Observando a fala deste entrevistado, percebo que ele traz uma problematização maior da questão da atenção ao suicídio, uma reflexão social sobre o tema. Seu olhar converge com as abordagens sociológicas de Durkheim e Marx, apresentadas no início da pesquisa, que compreendem o suicido como “sintoma” de uma realidade social. Em sua experiência clínica, sua observação é que o suicídio contemporâneo apresenta significados diferentes daquilo que era em outra época. Ele pode falar de solidão, de frustração, da sensação de vazio e não necessariamente de um desequilíbrio psíquico. Chama a atenção também sua observação sobre o cuidado que alguns pacientes apresentam em sua aparência: “[...] *toda cuidada, né, toda cuidada, as unhas pintadas, bonita, cabelo penteado*” em contraposição em relação ao “descuido” que se encontra em seu interior. Da mesma forma que muitas pessoas comentam que “*no Facebook todo mundo é feliz e tem uma vida perfeita*”, esse entrevistado fica intrigado quando a aparência externa do usuário não condiz com sua fala que traz o desejo de morte – um desejo de morte que não aparece no corpo físico (talvez apenas no corpo sem órgãos...)

Outro tema proposto aos psiquiatras dizia respeito às condutas que, em sua opinião, seriam as mais adequadas para atender às demandas de suicídio (ideação e tentativa).

*“No consultório, eu digo pra família que havendo realmente a possibilidade do suicídio, ele tem que se **internar**. Então, no consultório, a pessoa tem que algum convênio, e os convênios têm convênios com clínicas ou não tem convênio nenhum, aí tem que ir pra uma clínica e pagar, digamos assim. Mas isso é a, é a regra. Ou então, o paciente sai do consultório e procura o SUS, né? Também existe isso.”* (Psiquiatra 1)

*“Em casos, é assim, que existe esse perigo iminente de suicídio, **internar**. Né? Porque ficar em casa, é, e a pessoa tendo esses pensamentos, pensamentos negativistas, destrutivos, de passar essas ideias de, de suicídio, eu acho que o risco é muito grande. Então, **interna-se**, pelo menos pra dar uma melhorada, acertar a medicação, se for o caso, né, começar a esses pensamentos ficarem um pouco mais leves, ter um alívio nisso daí, pra aí continuar a fazer o tratamento em casa. Mas eu acho que é uma situação emergencial essa daí.”* (Psiquiatra 2)

Estas duas falas abrem espaço para discutir a principal conduta dos psiquiatras do serviço nos casos de ideação suicida ou tentativa de suicídio. Se até o

momento eu havia abordado principalmente o percurso dos usuários até a avaliação médica, cabe agora pontuar que durante o tempo em que atuei no serviço observei que nos casos em que parecia haver maior risco de suicídio a principal conduta dos psiquiatras era indicar a internação no próprio equipamento, quando havia vaga – se não houvesse, os técnicos da unidade entravam em contato com os outros NAPS ou ainda, em último caso, com o PAI (Polo de Atenção Integrada), setor de psiquiatria do Hospital Guilherme Álvaro, em Santos. O pedido de internação é feito pelo serviço através de uma guia enviada por fax e o usuário aguarda a vaga em casa ou na própria unidade de Saúde Mental que o acompanha. O principal objetivo da internação era manter uma observação constante por parte da equipe de Enfermagem, principalmente evitando comportamentos de risco como acesso a objetos que pudessem ser utilizados como instrumentos (cintos, objetos cortantes, medicamentos, entre outros) e poder controlar a medicação, garantindo seu uso adequado e nos horários certos. Havia também a proximidade de um técnico de referência, que poderia acompanhar de perto o usuário e oferecer suporte psicológico, porém, diante da organização do serviço, como já foi comentado em diferentes momentos, esse espaço terapêutico era reduzido. Considero relevante pontuar que muitas vezes observei que esse trabalho de acolhimento e escuta era realizado principalmente pela equipe de Enfermagem, que ficava com os usuários 24 horas por dia, de domingo a domingo.

Nos casos em que havia a avaliação de um risco mais controlável, digamos assim, onde a ideação suicida não aparece tão presente ou quando a família pode acompanhar o usuário de forma mais próxima, o acompanhamento oferecido era principalmente prescrever a medicação indicada para cada quadro (de acordo com as classificações explicitadas na primeira resposta de um dos médicos: depressivo, psicótico ou histérico). Geralmente, os usuários do ambulatório desse serviço tem retorno com o médico a cada três meses – porém, em alguns casos, o retorno pode ser semanal, quinzenal ou mensal, de acordo com a avaliação psiquiátrica. Interessante perceber que um dos entrevistados aponta a internação, mesmo dos casos que acompanha no consultório, como a principal conduta. Ele não menciona o encaminhamento imediato a um tratamento psicoterapêutico que possa acontecer em conjunto com o tratamento medicamentoso, embora pontue que a terapia seja importante, no trecho abaixo:

“[...] a melhor conduta para o tratamento do paciente sempre é a combinação de terapia com remédio, né? Sempre. Ahn ... enfim, sempre, então não tem uma maior que a outra, eu acho que nesses casos, eles devem ser medicados e devem ser atendidos, de terapia mesmo.” (Psiquiatra 1)

Outro aspecto relevante trazido pelos psiquiatras na atenção ao suicídio refere-se à participação da família como suporte para esses casos:

*“Então, são casos extremos, graves, e tem que ser acompanhado de mais perto, né? Quando se tem essa suspeita, né? E de preferência, também ter **familiares** que possam estar junto a essa pessoa né, ter um cuidado, de não deixar essa pessoa ficar sozinha, né, perceber que quando tá se isolando muito, né, pouco comunicativo, né, isso é um indício que não tá muito bem, né, porque pouca socialização, né, que pode levar a isso daí, né?” (Psiquiatra 2)*

*“Mas então, eu acho que sempre [...] A **família**, é importante também o paciente entender e avaliar os seus valores, avaliar a sua [...] reação [...] tão exagerada frente à vida, né. ‘Vou me matar, vou por um ponto final nisso’ e saber que isso não é um ponto final, né? **O sofrimento vai ser maior depois que morrer.** [Esta fala traz uma concepção de vida após a morte]. Então a família, [...] o médico reavaliar a medicação ... se a administração deve ser aumentada ou mesmo trocada, e o serviço [...] ver o que pode oferecer de terapia, e ... terapia, atividades, se ela não faz, né, tem que fazer algo a mais tanto aqui como também a esportiva, religiosa ... acho que é isso.” (Psiquiatra 3)*

Além da família, surge na fala de um dos entrevistados a importância da espiritualidade como suporte:

*“Eu, no meu entender, a **religião** ajuda muito, porque ajuda muito a, a prevenir isso, não só o suicídio, mas prevenir a doença, ou de a doença ser uma coisa mais leve, né, porque trabalha a fé, trabalha a esperança, é, tem os seus valores morais, valores religiosos que vão dar essa força” (Psiquiatra 3)*

*“Então, um lugar [...] na **religião** que ela frequenta, seria bom que ela tivesse os grupos de amizade, os grupos que ela trabalhasse, porque assim ela pode estar conversando, repartindo com alguém. Então o que eu quero dizer, não é só médico que ajuda, né, nem só psicólogo [...] A **sociedade** também deveria colaborar. Às vezes a gente reclama da sociedade, mas às vezes também a gente se fecha, não procura, então estamos vivendo essa situação hoje, da pessoa no seu mundinho*

fechado, né, numa solidão, numa solidão, num sofrimento” (Psiquiatra 3)

Outro ponto importante de sua fala é que a religião aparece como uma saída importante para valorizar a vida (e realmente, segundo os estudos sobre suicídio, a religião é um dos fatores protetores). Porém, percebe-se a falta de outros recursos de pensamento para lidar com essas situações. Não se propõe apoio à família, atividades que favoreçam a socialização, nem uma psicoterapia que permaneça depois da crise. Não se pensa também na rede com a Assistência Social, com os recursos da comunidade, ou seja, é preciso pensar em articular outros setores para cuidar do sujeito de forma integral.

Especificamente pensando a respeito da atenção ao suicídio no serviço, os psiquiatras problematizaram a questão da demanda em comparação com o tamanho da equipe:

*“O atendimento do NAPS [...] **muita gente e poucos profissionais** para atender essa muita gente, então você não vai conseguir atender, talvez encontrar um psicólogo que faça terapia todo dia numa pessoa, quer dizer, ela vai fazer sei lá em quanto, de vez em quando, então ... Mas aqui faz-se o possível. Antigamente, não tinha nada, então hoje já tem isso. Mas nós temos aqui, por exemplo, no momento, três psicólogos, não é? Então, **três psicólogos para uma população que é um quinto de Santos**, que são cinco NAPS ... Santos tem quinhentos mil habitantes, seria **três psicólogos para cem mil habitantes!** Acho que é pouco.”* (Psiquiatra 1)

*“É, eu acho que o que poderia ser feito assim, existe uma equipe **técnica reduzida**, né. Embora haja um esforço, a gente reconhece todo o esforço dos técnicos que procuram ajudar, quando chega o paciente, conversar com o paciente, tentar acalmar, tentar tranquilizar, né, mas às vezes pela alta demanda que tem o serviço, né, não é suficiente, né.”* (Psiquiatra 2)

Nesse aspecto, as falas dos psiquiatras vão ao encontro de uma das principais queixas trazidas pelos técnicos do serviço. Sem uma equipe ampliada fica praticamente impossível oferecer a atenção necessária para os casos mais graves que chegam ao serviço. Daí a importância de trabalhar em rede e compartilhar as estratégias de cuidado.

Por último, abri um espaço para que os psiquiatras trouxessem suas sugestões para qualificar o serviço para atender à demanda de suicídio.

*“É, **precisa ter mais gente**, veja bem. Não se faz saúde sem gastar. Não tem*

*mágica (risos) [...]Não se faz saúde sem gastar. Entendeu? Seja em tudo, seja pra psicólogo, seja pra tratar da dengue, seja pra tratar do HIV, tem que gastar. Tem que contratar gente, qualificar, abrir serviço ... É isso, não tem ... isso não tem mágica. Santos tem cinco NAPS desde 1989, vai, mais ou menos. Então já fazem mais de vinte e cinco anos. **Será que não precisava ter um sexto NAPS? Um sétimo NAPS?** Nós estamos do mesmo jeito há vinte e cinco anos, então... É isso (risos).”*
(Psiquiatra 1)

*“Então talvez **umentar o recurso humano**, né, o número de pessoas que possam prestar esse atendimento de imediato, acho que já vai dar uma aliviada.”*
(Psiquiatra 2)

*“Acho que a gente tem que prevenir, né? **Prevenir a doença** [...] não importa qual seja, que pode levar ao suicídio, né? Prevenir a doença, prevenir a droga, [...] ter a base religiosa é fundamental, ter um trabalho voluntário é fundamental, amar a si e amar ao próximo, aprender a amar a si e amar ao próximo, respeitar a si e respeitar ao próximo ... é isso.”* (Psiquiatra 3)

*“Mas digamos assim, nós poderíamos ter, por exemplo [...] dentro de cada NAPS, ter **gente treinada** pra isso, digamos. Poderia, essa pessoa ficaria treinada pra isso, então ela não atenderia esses casos rotineiros, mas ficaria mais pra esse tipo de coisa. [...] Teria poucos pacientes, mais tempo ...”* (Psiquiatra 1)

Essa sugestão remeteu-me ao modelo de atendimento descrito por Angerami-Camon (1986) no livro “*Suicídio – uma alternativa à vida: Uma visão clínica existencial*”. O autor refere que o Centro de Estudo em Existencialismo e Psicoterapia mantinha plantonistas nos principais prontos-socorros da cidade de São Paulo, para prestar atendimento aos casos de tentativa de suicídio assim que eles chegassem ao serviço. “*O objetivo inicial do primeiro atendimento psicológico é o estabelecimento de um sustentáculo emocional para que o paciente possa, em seguida, descobrir novas possibilidades e alternativas para sua vida*” (p. 05). Após esse atendimento inicial, os pacientes eram encaminhados para acompanhamento psicológico. Do mesmo modo, a sugestão deste entrevistado poderia servir como base para se pensar em um modelo de cuidado que estivesse mais qualificado para essa demanda, já no momento do primeiro atendimento. E dialoga também com a sugestão dos trabalhadores, nas rodas de conversa, de agendar retornos para acompanhar os casos de maneira mais próxima.

Finalmente, foi solicitado aos psiquiatras entrevistados que trouxessem uma experiência marcante relacionada ao suicídio.

“Não, **experiência pessoal não**. Às vezes, algum depressivo que conta que tá com ideia de suicídio e aí você vai acompanhando mais amiúde, e **você fica contente quando ele passa a dizer que não tá mais com aquela ideia**, que tá melhorando a vida dele, esse tipo de coisa.” (Psiquiatra 1)

“[...] em (outro município) mesmo, **eu tive um paciente**, e ele acompanhava, ele era um esquizofrênico, já não era deprimido, né, mas era esquizofrênico, e que entrou num quadro de delírio e tal, e **acabou se jogando da ponte e morreu lá, lá em (município)**.” (Psiquiatra 2)

Dois entrevistados trouxeram experiências pontuais em relação ao suicídio, porém o terceiro permitiu um aprofundamento sobre esses encontros:

“[...] por exemplo, eu tive **duas pacientes na semana passada** [...] E ... uma questão conjugal, que ... e agora que estava se resolvendo, acho que ela queria dar o troco, né, dessa situação, né, foi usada, [...] pelo marido, ‘Ah, então agora quando eu assinar esse papel aqui, que é do divórcio, **eu até já avisei, deixei uma carta pra minha amiga, que eu vou me matar**’, né? Mas aí eu falei: ‘Poxa, mas depois de tanto tempo, que a senhora passou por toda essa situação, agora que vai ser resolvida e a senhora vai ter liberdade de fazer, né, de não ser usada, e a senhora vai se matar’, quer dizer ... E também **a outra pessoa** né, diz que é uma, fala que ela tem depressão há muitos anos, fez até ECT (Eletrochoque terapia), então foi uma situação mais grave e hoje tá melhor, mas assim agora tá meio desanimada, cansou de ser deprimida e, e ...**até comprou uma corda pra se matar**, só que ... diz ela que [...] não arranjava um lugar pra pendurar a corda. Falei assim: ‘que bom, né, pelo seu peso, que o seu peso é a mais, que nem o cano do chuveiro ia segurar, né, ? Não ia segurar ...’ E assim, o que eu tô querendo dizer [...] Que assim, já conheço os pacientes, né, não é o primeiro retorno que eu tenho com elas, nessa conversa que eu tive com elas [...] elucidei a questão, tentei mostrar, de forma tranquila, tranquila, espontânea, e até brincando um pouco com a questão, brincando um pouquinho, de uma forma saudável, né, dessa questão de como estar lidando com a situação da real [...] **a gente conversou, brincou, falou um pouquinho da parte religiosa**, elas saíram bem (risos), [...] uma até falou assim: ‘Olha, você me desculpa, mas vai ter que me ver muito aqui, porque eu não vou me matar’. Eu falei

*‘que bom, que bom (risos), assim, ‘Portanto, eu não vou me matar, a senhora vai ter que me aguentar aqui outra vez’. Eu falei: ‘Não, eu não vou te aguentar, você vai vir aqui porque nós vamos conversar’ [...] Sabe, **não aumentei remédio, era uma conversa.** Então, o quê que muitas vezes falta na sociedade? Pessoas amigas para conversar.’* (Psiquiatra 3)

Esse entrevistado traz uma experiência marcante recente, na qual pôde perceber a importância de oferecer escuta e aconselhar o usuário, destacando que nesse caso não foi preciso fazer uma alteração na medicação daquela pessoa. Em outro momento da entrevista, esse entrevistado trazia a importância de oferecer escuta, considerando também que há diferentes tipos de tentativas de suicídio e diferentes gravidades. Esse olhar infelizmente parece ser raro nos serviços de saúde.

Remédios e outras terapias médicas são eficazes – e com frequência notável – em evitar ou diminuir a dor e o sofrimento das principais doenças psiquiátricas mais estreitamente ligadas ao suicídio. Menos claramente, exceto no caso do lítio e talvez os antidepressivos e antipsicóticos mais recentes, eles reduzem as chances de um suicida se matar. Medicamentos, hospitalizações e TEC (Terapia Eletro Convulsiva) salvam muitas, mas de modo algum, todas as vidas. Psicoterapia ou um forte relacionamento terapêutico com um médico podem fazer toda a diferença se alguns pacientes definitivamente vivem ou morrem (JAMISON, 2010, p. 228).

As entrevistas com os psiquiatras ocorreram de uma forma tranquila, pois eles mostraram-se disponíveis em colaborar com a pesquisa. E de modo geral, suas respostas corresponderam àquilo que eu esperava e complementaram o material que foi produzido até então. Suas falas vão ao encontro das entrevistas com os trabalhadores e com as rodas de conversa, no que se referiu ao número reduzido de profissionais diante da dimensão do serviço e da relevância da demanda. Porém, a principal concepção dos médicos parece trazer como foco primordial o diagnóstico relacionado ao suicídio e seu tratamento medicamentoso como principal fator de cuidado. Esse modelo biomédico deve ser constantemente discutido, pois como refere Calligaris (2008):

Ora, é óbvio para qualquer psicoterapeuta que, em muitas situações, é aconselhável tentar modificar o humor do paciente quimicamente. Por exemplo, um paciente deprimido a ponto de não sair da cama e não abrir a boca também não terá a mínima motivação necessária para operar algumas mudanças em sua vida, com ou sem a ajuda de um terapeuta. Uma correção química do nível de serotonina poderá, com um pouco de sorte, permitir que ele encontre as forças para se mexer.

Mas ninguém, com a exceção talvez dos acionistas das companhias farmacêuticas, sonha com um mundo em que as causas de nossos afetos seriam sistematicamente negligenciadas e nossos humores pacificados com uma contínua intervenção química capaz de impor ao cérebro um equilíbrio ideal.

Todos sabemos que, por mais que eu tome a pílula mágica na hora da morte de meu amigo, algum dia terei de enfrentar a dor de um luto. A não ser que decida viver para o resto de minha vida sob anestesia (p. 129-130).

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) também tem considerado a questão da atenção ao suicídio como um tema muito importante, e em 2014, lançou, em parceria com o Conselho Federal de Medicina a cartilha “Suicídio: informando para prevenir”. Em 19 de dezembro de 2014, o site institucional publicou um anúncio no qual informava que todos os associados da ABP receberiam a publicação em sua residência a partir de janeiro de 2015.

No material, encontra-se a seguinte definição:

*“O risco de suicídio é uma **urgência médica** [destaque meu] devido ao que pode acarretar ao indivíduo, como desde lesões graves e incapacitantes, até a sua morte. A avaliação sistemática do risco de suicídio deve fazer parte da prática clínica rotineira de qualquer médico. Uma tentativa de suicídio é um evento que pode levar os indivíduos a um primeiro contato com um profissional que os ajude. Na maioria das vezes, este primeiro contato não se dará com um **psiquiatra**, mas com um profissional dos serviços de pronto-atendimento, um **médico** da atenção básica. Revendo as diversas estratégias preventivas de suicídio, conclui-se que melhorar os serviços de saúde e desenvolver intervenções efetivas para o grupo de pacientes com risco de suicídio é fundamental, considerando-se que [...] uma tentativa de suicídio é o principal fator de risco para outra tentativa e para o próprio suicídio. Abordar adequadamente esse indivíduo pode garantir que sua vida esteja salva no futuro (p. 10-11).*

Neste texto, observa-se que o material dirige-se aos médicos como principais referências para o cuidado, desconsiderando, ao menos inicialmente, a importância da equipe interdisciplinar.

A relação causal que se estabelece entre sofrimento mental e suicídio e que surgiu nas entrevistas com os psiquiatras aparece também no material:

*“Sabemos que quase **todos os suicidas tinham uma doença mental**, muitas vezes não diagnosticada, frequentemente não tratada ou não tratada de forma adequada. Os transtornos psiquiátricos mais comuns incluem depressão, transtorno bipolar, alcoolismo e abuso/dependência de outras drogas e transtornos de personalidade e esquizofrenia. Pacientes com múltiplas comorbidades psiquiátricas têm um risco aumentado, ou seja, quanto mais diagnósticos, maior o risco”*(ABP, 2014, p. 16-17).

Ou seja, as entrevistas correspondem às concepções de grande parte da categoria médica.

De modo geral, acredito que o conjunto de dados produzidos reforça que o suicídio é um importante problema de saúde, que os dados dessa demanda estão batendo na porta do serviço, mas que os trabalhadores silenciam a demanda e as condutas são simplificadas. As respostas – não apenas para o suicídio, mas para os sofrimentos mentais - têm sido a consulta médica para medicalizar o problema. O serviço não está conseguindo lidar com essas questões.

As considerações finais e propostas de qualificação da atenção à demanda serão apresentadas a seguir.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“- E anulada a flor
eis-nos de volta à planta pelo fruto”
- Orides Fontela

Este processo teve início no desassossego criado pelos casos que chegavam para atendimento, nos questionamentos sobre o cuidado oferecido; foi caminhando no percurso da pesquisa desde o planejamento do projeto, no levantamento bibliográfico e também nas interações com os outros atores deste cenário, e principalmente nos resultados que foram obtidos a partir de cada intervenção. Durante a pesquisa, houve um deslocamento deste projeto inicial, a partir dos encontros com os trabalhadores, que trouxeram suas dificuldades e potencialidades diante da demanda. O sofrimento da equipe emergiu como a questão norteadora para uma proposta de cuidado, pois tornou-se impossível falar sobre uma escuta com precisão para o suicídio, sendo esta uma questão tão complexa, desconsiderando que não havia escuta para aquele que cuida. É impossível fazer um trabalho de cuidado ao suicida em potencial sem que se trabalhe internamente os medos, preconceitos, ideias, prévias, tabus que temos dentro de nós a esse respeito; por isso que falar dos medos e concepções também é uma forma de capacitar para o cuidado ao suicídio. Optamos por aprofundar as discussões acerca dos afetos dos trabalhadores, apostando nesses encontros como sendo o início de uma nova forma de se pensar no cuidado que se oferece no serviço.

Compreendo que este percurso foi singular. Pode-se dizer que singular é aquilo que é situacional, é produto dos encontros em um dado contexto organizacional, cultural, político e social, em determinado momento. É o campo real da co-produção, uma vez que as singularidades emergem dos encontros, constituindo espaços em que se torna possível o pensamento, a construção de uma compreensão do processo e também uma abertura de possibilidades para intervenção do sujeito sobre o mundo da vida. Considero que a trajetória desta pesquisa foi de uma riqueza única, pelo encontro que se deu entre os atores envolvidos, pela transformação que ocorreu dentro do serviço, nos trabalhadores e principalmente, no amadurecimento que houve tanto da pesquisa quanto da

pesquisadora. Ficou claro para nós, enquanto coletivo, que não seria possível falar apenas sobre suicídio, desconsiderando que a atenção que se faz e que é possível fazer acontece dentro de um contexto maior. Os conflitos da equipe e os processos de trabalho precisavam ser aprofundados e somente a problematização destas questões permitiria a troca para uma (re)construção coletiva. Falando em cuidar do outro, foi possível compreender que a equipe também precisava ser cuidada para produzir cuidado. Rolnik fala em marcas. Há o desafio contínuo de se criar sentidos para essas marcas em nosso processo de crescimento e aprendizagem. Aquilo que defendemos para nosso usuário – a escuta e a resignificação de marcas – também apareceram como passos fundamentais para o nosso próprio cuidado. Creio que cada um de nós se sentiu mais fortalecido ao poder compartilhar com o outro, e a importância da escuta pode ser vivenciada na pele, para então se mostrar importante como recurso a ser oferecido para o usuário.

Mas é importante também, ao finalizar essa pesquisa, retomar o objetivo inicial do trabalho, que é qualificar a atenção ao suicídio. Não podemos esquecer que existe uma demanda urgente, que deve ser vista de forma mais próxima. Espera-se que as conversas com os trabalhadores (as que aconteceram e as que estão por acontecer, espero) possam ajudar a aumentar sua potência para assim cuidar e também empoderar os usuários, a partir dos bons encontros em saúde.

Nas entrevistas individuais com os técnicos, apareceram diversas concepções de suicídio que demonstravam um olhar superficial sobre a problemática. Nas rodas de conversa, o coletivo pôde problematizar de forma mais aprofundada suas crenças, angústias, valores e significados, ampliando seus sentidos. O suicídio fez surgir uma visão predominante de cuidado em nossa cultura, que compreende que a solução para todos os tipos de sofrimentos pode ser encontrada na medicalização. Perceber esse modelo abriu novas perspectivas para repensar não apenas as concepções sobre suicídio, mas também todas as demandas da Saúde Mental: o diálogo e a constante reflexão crítica sobre o trabalho são fundamentais quando se fala em cuidado. Nas entrevistas com os psiquiatras, houve a predominância de uma visão do suicídio como sendo um dos sintomas de quadros psicopatológicos, justificando, de certo modo, que a principal conduta seja a medicalização do sofrimento.

Ao analisar a organização do serviço, percebe-se que o cuidado que se faz é fragmentado: há uma hierarquia na equipe, que aparece no cotidiano como algo natural. Os médicos têm o papel de avaliar e prescrever a medicação; aos técnicos, cabe fazer a triagem, os encaminhamentos e alguns atendimentos específicos; a equipe de Enfermagem não tem contato com os pacientes do espaço nomeado como ambulatório e acabam se ocupando principalmente das tarefas “clínicas”, como dar a medicação e acompanhar os pacientes internados. Os psiquiatras não participam da reunião de passagem de plantão. Este momento é compartilhado prioritariamente entre os técnicos que atenderam no período da manhã e passam as informações para os técnicos que trabalharão no período da tarde. Alguns profissionais da Enfermagem também participam deste momento, mas dificilmente estão presentes todos os auxiliares do dia. Esta reunião diária acaba sendo um espaço para atualização dos casos atendidos naquele dia (quais são os eventos principais do período, se houve alguma crise, se aconteceu uma nova internação no período, se um dos usuários do Hospital Dia teve alguma ocorrência diferenciada, como um desentendimento ou consulta médica externa) sem necessariamente priorizar uma discussão ampliada de casos ou ainda a reflexão sobre as práticas.

Pensando acerca deste processo de trabalho, tanto nas entrevistas individuais quanto nas rodas de conversa, apareceram como fatores que dificultavam a organização do serviço a própria forma com que o fluxo se organizava (o esquema de plantão, as triagens agendadas, os encaminhamentos) quanto situações concretas como uma equipe reduzida e desgastada para lidar com tantas demandas importantes (não só o suicídio, mas também os diversos quadros de Saúde Mental) e que exigem, para um cuidado efetivo, maior atenção – fator que também destacou-se nas entrevistas com os psiquiatras. Nas rodas de conversa, a equipe pôde compreender que uma avaliação crítica e transformadora de suas práticas cotidianas poderia ajudar a superar essas dificuldades, que são reais, porém não imutáveis.

A caracterização do serviço permitiu problematizar uma organização de trabalho que tinha como foco principal a consulta médica e a prescrição de medicamentos. Emergiu também o questionamento sobre a entrada do usuário nesse serviço, que ainda encontra barreiras como a disponibilidade de uma agenda de triagens que dificulta o acesso a uma escuta qualificada. O que houve foi uma mobilização dos trabalhadores para iniciar uma modificação nessa organização do

serviço, propondo a criação de grupos de escuta para os usuários, uma nova forma de fazer o acolhimento/a triagem de forma mais aprofundada e o surgimento de um espaço de discussão, reflexão e Educação Permanente dentro da dinâmica da unidade. Estes temas foram abordados principalmente na segunda roda de conversa, que teve como foco pensar em propostas de cuidado específicas para a atenção ao suicídio, como por exemplo, a importância de repensar a triagem e construir um espaço de escuta que, já nesse primeiro momento, pudesse compreender mais amplamente as questões que trazem além do sintoma expresso; a proposta de se responsabilizar por acompanhar o paciente e construir algumas ofertas para além da consulta psiquiátrica e a medicação. Surgiu também a ideia de discutir os casos que demandem maior atenção, tanto nas passagens de plantão quanto nos encontros de Educação Permanente, buscando ampliar gradualmente as ofertas de intervenções possíveis para os sofrimentos que chegam ao serviço.

O importante é que este espaço de potencialidade e apropriação permaneça, para que o que foi proposto continue acontecendo e para que outras questões possam ser pensadas e analisadas continuamente. Observou-se que não há um aprofundamento nos serviços de saúde ou ainda na sociedade, em relação a essa questão tão complexa, que é o suicídio. É preciso apurar a escuta sensível que se oferece, sem esquecer que esse é apenas o primeiro passo de um processo de atenção. Faz-se necessário pensar nas ofertas que se faz, buscando um aprofundamento do tema. Como cuidar? A qualificação de ofertas de cuidado exige um espaço de conversas, de análises e de construção coletiva entre o conjunto de trabalhadores, não apenas dos técnicos. Certamente, cabe discutir muito mais uma proposta de escuta que não seja simplificada. Porém, foi ficando claro ao longo do trabalho que o trabalhador que atua como técnico não pode se restringir ao papel de triador dos casos que chegam ao serviço.

Voltando a falar sobre a potência dos encontros:

Nos diferentes encontros (...), exercitamos (...) potência para diferenciar-nos de nós mesmos e daqueles que nos cercam. Existem diferentes maneiras de viver tais encontros. Alguns deles podem passar praticamente despercebidos. Já outros são fortes, marcantes e até mesmo violentos. Dependendo dos efeitos produzidos pelos encontros, [se] é praticamente “forçado” a questionar (...) àquela

experiência que emergiu ao acaso e que, sem consulta, desorganizou um modo de viver até então conhecido. Obviamente, o contato com esse tipo de dado e de acontecimento gera uma série de estranhamentos, incômodos e angústias. A vida se desenrola nesse campo complexo do qual fluem ininterruptamente os dados e os acontecimentos. Os enfrentamentos aí emergentes não conhecem parada (MANSANO, 2009, p. 115).

Comparando as entrevistas dos técnicos com as entrevistas dos médicos, fico pensando sobre o conceito de Clínica Ampliada, que procura integrar diferentes olhares para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional. Nessa perspectiva, coloca-se em discussão a fragmentação do processo de trabalho e as singularidades passam a ser acompanhadas e acolhidas (BRASIL, 2009).

Penso que uma proposta possível seria fazer o atendimento compartilhado dos casos que demandem maior atenção, como por exemplo, a ideação suicida e as tentativas de suicídio. No mesmo atendimento, poderiam estar juntos o psiquiatra, o técnico, o usuário e se possível um familiar, construindo juntos um projeto terapêutico singular que ampliasse as possibilidades de cuidado e que fosse além do foco medicamentoso que tem como objetivo a doença. Ainda há um longo caminho a ser construído:

No plano sociocultural, o desafio é fazer da loucura e do sofrimento psíquico uma questão que ultrapasse as fronteiras do discurso técnico, e do saber psiquiátrico em especial, insistindo na dimensão existencial e humana que facilmente se esconde por trás dos jargões e protocolos médico-psicológicos, trazendo para o debate público do tema atores de diversos segmentos sociais (BEZERRA JR, 2007, p. 246).

Como gosto de utilizar falas que explicitam afetos, trago um recorte autobiográfico da psiquiatra Jamison (1996), que também tem diagnóstico bipolar com histórico de tentativas de suicídio e por isso pode apresentar um olhar aprofundado sobre a importância do cuidado no sofrimento mental a partir de sua própria experiência:

“A esta altura da minha existência, não posso imaginar levar uma vida normal sem tomar lítio e sem ter tido os benefícios da psicoterapia. O lítio evita minhas euforias sedutoras, porém desastrosas, ameniza minhas depressões, elimina as teias de aranha do meu pensamento desordenado, faz com que eu reduza a velocidade, me ajuda a avançar sem tropeços, impede a destruição da minha carreira e dos meus relacionamentos, permite que eu fique fora de um hospital, viva, e possibilita a psicoterapia. Mas, de um modo inefável, é a psicoterapia que cura. Ela confere algum sentido à confusão, refreia os pensamentos e sentimentos apavorantes, devolve algum controle, esperança e possibilidade de se aprender com tudo isso. Os comprimidos não podem e não conseguem facilitar nossa volta à realidade. Eles só nos trazem de volta de cabeça, adernando e mais rápido do que às vezes podemos suportar. A psicoterapia é um santuário, um campo de batalha; um lugar em que estive psicótica, neurótica, enlevada, confusa e com uma desesperança inacreditável. Mas sempre, foi ali que acreditei – ou aprendi a acreditar – que um dia talvez pudesse ser capaz de enfrentar tudo isso.

Nenhum comprimido tem condições de me ajudar com o problema de não querer tomar comprimidos. Da mesma forma, nenhuma quantidade de sessões de psicoterapia pode, isoladamente, evitar minhas manias e depressões. Eu preciso dos dois. É estranho dever a vida a comprimidos, a nossas próprias idiossincrasias e teimosias e a esse relacionamento singular, estranho e essencialmente profundo chamado psicoterapia” (p. 105-106).

[...]

“Nós todos construímos diques para manter a distância as tristezas da vida e as forças muitas vezes avassaladoras que atuam nas nossas mentes. Não importa a maneira pela qual fazemos isso – amor, trabalho, família, fé, amigos, negação, álcool, drogas ou medicamentos – construímos esses diques, pedra por pedra, ao longo da vida inteira. Um dos problemas mais difíceis está em construir essas barreiras com uma altura e uma resistência tais que se tenha um verdadeiro abrigo, um santuário afastado da dor e do tumulto frustrante, e que ele seja permeável o suficiente para permitir a renovação da água do mar que impedirá a inevitável tendência para a água salobra. Para uma pessoa com minhas características de temperamento e mente, a medicação é um elemento essencial desse dique. Sem

ela, eu estaria constantemente sujeita aos movimentos esmagadores de um mar mental. É inquestionável que eu já estaria morta ou louca.

No entanto, o amor é para mim, em última análise, a parte mais extraordinária desse quebra-mar. Ele ajuda a deixar de fora o pavor e o desconforto ao mesmo tempo que permite a entrada da vida, da beleza e da vitalidade. [...] o amor como apoio, como renovação, como proteção. Depois de cada morte aparente dentro da minha mente ou do meu coração, o amor voltou para recriar a esperança e restaurar a vida. No melhor dos casos, ele tornou suportável a tristeza inerente à vida; e manifesta sua beleza. De modo inexplicável e parcimonioso, ele proporcionou não só o agasalho mas a lanterna para as horas mais escuras e o tempo mais inclemente.

[...] No final das contas, são os momentos isolados de inquietude, de desolação, de fortes convicções e entusiasmos enlouquecidos, que caracterizam nossa vida, que mudam a natureza e a direção do trabalho e que dão colorido e significado final ao amor e às amizades” (p. 256-258).

Talvez o tripé fundamental de cuidado para os casos de sofrimento mental seja pensar em uma forma de atenção e uma ética que agregue:

- 1) A medicação (quando necessário);
- 2) A escuta: através da construção de espaços de acolhimento supra-morais - não moralizadores e os bons encontros (dispensando as prescrições transcendentais da moral na clínica – seja na família ou na comunidade). Quando falo em escuta, estou propondo espaços de acolhimento, grupos terapêuticos e psicoterapia, ou seja, momentos de encontro que possibilitem que os sujeitos possam falar ao mesmo tempo em que permitem também ouvirem a si mesmos, buscando novas construções de significado.
- 3) Encontros que ampliem a potência de agir (e não apenas de ser paciente) – na comunidade, na sociedade, assim como aconteceu com os trabalhadores dentro do próprio processo de trabalho. Bons encontros que podem acontecer também nos momentos em que não se faz uma intervenção técnica, mas afetiva: lembro que quando Eliana, gestora do NAPS, trazia seu afeto pelos usuários do Hospital-Dia ao ir para a cozinha preparar bolos para o café da tarde ou para comemorar um aniversário, ou ainda quando trazia suas tesouras para fazer cortes de cabelos acompanhados de uma conversa leve no meio da rotina do serviço, parecia-me que

não havia uma outra intervenção que pudesse ser tão poderosa e terapêutica para aqueles usuários. É óbvio que esse tipo de ação não é possível na rotina de um ambulatório, mas ela representa para mim a importância de se permitir um encontro real com o outro, não amparado apenas nas tecnologias de cuidado, mas principalmente por um contato afetivo com a dimensão humana de cada um.

Ao longo da pesquisa, acredito que tenha ficado clara a importância da escuta, do tateamento de qualquer profissional (não apenas o médico ou psicólogo, ou outro profissional de saúde) quando se fala em sofrimento. Pode ser através da espiritualidade – ainda que os demasiados apaziguamentos possam ser problematizados na clínica - pode ser em uma atividade que consiga constituir outros sentidos para a vida. Porém, especialmente no campo da saúde, que propõe o “cuidado integral”, se faz mais importante estar disponível para uma escuta descentrada (sem um centro único), atenta às ações dominadas por desagregações e repetições mortíferas, vitais, bem como um acolhimento aberto.

É claro que oferecer uma escuta e acreditar que apenas isso será o suficiente para atender a esta demanda é simplificar a questão da atenção ao suicídio. Mas apresentamos, ao longo do trabalho, indicativos de que nem mesmo esse primeiro acolhimento era feito. É importante pensar na complexidade do suicídio e nas ofertas que são possíveis nos serviços de Saúde Mental, pois é fato de que produzir vida é um desafio muito maior. Uma das possibilidades é a criação de espaços de discussão que permitam aos trabalhadores desenvolver uma maior capacidade de análise. Lidar com sofrimento é diferente de lidar com patologias. Acreditando nesses encontros, foi priorizada a questão das rodas de conversa e da construção de um espaço que se tornou um momento de Educação Permanente. Ao mesmo tempo, acreditamos que outro tema da Saúde Mental talvez não fosse capaz de despertar tanta mobilização, tantos afetos, pois falar sobre morte, sobre a nossa co-responsabilização no cuidado do outro e nossas angústias, foram temas tensionados a partir dessa problemática específica, que parece despertar um sentido de urgência e também nossos próprios questionamentos a respeito do sentido da existência humana e dos limites da intervenção em saúde. O tema do suicídio se mostrou potente para possibilitar interrogar o trabalho. É verdade que nem todas as intervenções possíveis podem evitar uma morte que, no final das contas, pertence unicamente a cada indivíduo. Mas também é verdade que é difícil pensar em outras

possibilidades quando o desejo de morte chega a um serviço que se propõe, antes de qualquer coisa, a cuidar da vida. Os afetos permearam todo esse percurso ... Pensando bem, foram afetos e *afectos*, mas não somente afetos entendidos como sentimentos interiores que se ouvem desde “dentro”, psicológicos, lembranças pessoais; tratou-se também, e talvez muito mais de *afectos*, afetações, fulgurações de *afectos* que me tomaram o corpo no aqui-e-agora, intensificações de um poder de ser afetada, algo menos da ordem do pessoal e dos sentimental, algo mais da vida que me atravessou. Na escolha voluntária/involuntária do tema, nas minhas implicações e em cada passo, foram eles que direcionaram o caminho. Por isso é importante falar mais uma vez que quando se pensa na atenção ao suicídio, é importante refletir que essa demanda também tem a ver com os *afectos/afetos* – o desejo de suicídio pode ser desviado se houverem ações capazes de mobilizar novas afetações, por isso as nossas respostas de cuidado são tão importantes. Faz-se ainda mais importante continuar com esse trabalho de aproximação com os trabalhadores de saúde. Somente a partir da consciência de nossa fragilidade poderá surgir também nossa força – como pontuou delicadamente a professora Laura em um dos espaços de orientação coletiva.

Como sugestão, considero importante que o município de Santos (e os demais) adote em todos os serviços de saúde a Notificação de tentativa de suicídio – conforme a Portaria GM/MS nº 1271/2014, para que se tenha uma ideia real da dimensão desse problema.

Acredito que também cabe repensar urgentemente a triagem agendada: o serviço deve estar realmente de portas abertas para fazer um primeiro acolhimento e oferecer escuta já no primeiro momento em que alguém procura ajuda. Sugiro ainda uma “capacitação afetiva” dos trabalhadores de saúde, e para isso uma das ferramentas pode ser a “Caixa de afecção” proposta nesse trabalho. Na rede do município, fica como sugestão que dados produzidos nessa pesquisa sejam levados para discussão nas outras unidades de Saúde Mental, para uma troca de experiências.

Como desdobramento futuro deste trabalho, acredito que essa proposta poderá ser levada para outros serviços que façam parte da rede de atenção ao suicídio (Pronto-Socorro, Unidades Básicas de Saúde, escolas e outras instituições), bem como a realização de um estudo que abranja também outros trabalhadores e

usuários. Uma cópia deste material será entregue e apresentada para o serviço pesquisado e também para a Secretaria de Saúde do município, como uma devolutiva no sentido de contribuir para a discussão dos temas analisados durante o percurso.

Durante o Mestrado, recebi o pedido de ajuda de uma colega que estava depressiva e até havia pensado em suicídio e depois tive a experiência de acompanhar o familiar de outra colega de curso, que havia tentado suicídio. Estes eventos me fizeram acreditar que falar sobre suicídio é importante, pois muitas pessoas têm sofrido em silêncio, sem saber onde procurar ajuda, enquanto outras talvez cheguem aos serviços com tal sofrimento e não sejam atendidas com a atenção que merecem. Quanto mais dividirmos essas questões, enquanto profissionais de saúde e indivíduos, mais estaremos nos acolhendo e cuidando uns dos outros.

Pessoalmente, acredito que cresci muito ao longo do processo. Saí de uma postura de falsas certezas para entrar no lugar de quem realmente quer compreender. Isso serve para a vida, não apenas para o pesquisador. E como pesquisadora, quero continuar nesse campo rico, desafiador e tão importante, que é a atenção ao suicídio.

REFERÊNCIAS

“Tudo o que sabemos é nada, somos meros cestos de papel usado ... a não ser que estejamos em contato com aquilo que ri de todo o nosso conhecimento”.
- D. H. Lawrence

ANGERAMI-CAMON, V. A. **Suicídio – uma alternativa à vida**: uma visão clínica existencial. São Paulo: Traço, 1986.

ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente**: da Idade Média aos nossos dias. Tradução de Priscila Viana de Siqueira. [Ed. Especial]. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília, CFM/ABP, 2014. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9/?numero=14>. Acesso em junho/2015.

BAHLS, S.C. & BOTEGA, N. J. Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios. In: MELLO, Marcelo Feijó de et al (Orgs). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BARROS, L. P. e KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E., KASTRUP V. e ESCÓSSIA, L. (orgs). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

BERTOLETE, J.M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Unesp, 2012.

BEZERRA JR. B.C. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 17(2):243-250, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>. Acesso em junho/2015.

BOFF, L. **Saber Cuidar - Ética do Humano, compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BOTEGA, N. J. e outros. Prevenção do comportamento suicida. **Psico**, Porto Alegre, 37, mar. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1442/1130>. Acesso em janeiro/2014.

BRASIL. **Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada**. Portaria GM/MS nº 1271/2014 e SINAN versão 5.0. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/notificacao-de-violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em maio/2015.

_____. **Saúde Mental**. Cadernos de Atenção Básica, nº 34. Brasília, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em

janeiro/2014.

_____. Resolução no. 196/96 versão 2012 - **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_vers_ao_final_196_ENCEP2012.pdf. Acesso em 12/11/2013.

_____. **Clínica ampliada e compartilhada**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em junho/2015.

_____. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em junho/2013.

_____. **Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. 2006a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf. Acesso em janeiro/2015.

_____. Portaria no. 1876. **Diretrizes Nacionais para Prevenção ao Suicídio**. Publicado em 14 de agosto de 2006b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1876.htm>. Acesso em setembro/2012.

_____. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_facilitadores_unidade_trabalho.pdf. Acesso em fevereiro/2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS/INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. **Diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental**. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm. Acesso em maio/2014.

BRUM, E. **O doping dos pobres**. In: A menina quebrada. Porto Alegre: Arquipélago Editorial, 2013. Pp. 39-46.

_____. **O depressivo na contramão**. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI107441-15230,00-O+DEPRESSIVO+NA+CONTRAMAIO.html>. Acesso em maio/2014.

CALLIGARIS, Contardo. **“Cartas a um jovem terapeuta”**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

CAMPOS, G. W. De S. **Clínica e saúde coletiva compartilhadas**. In: CAMPOS, G.W. de S. E outros. Tratado de Saúde Coletiva. Ed. Hucitec/Ed. Fiocruz, 2009. P. 41-80.

CASSORLA, R. M. S. **O que é suicídio**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, vol.9, n.16, p.161-77. set.2004/fev.2005. Acesso em setembro/2012.

CECILIO, Luiz Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 37, Junho de 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021. Acesso em fevereiro/2015.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (C.V.V.) **Falando abertamente sobre suicídio**. 2013. Disponível em: http://cvv.org.br/images/stories/saibamais/falando_abertamente_sobre_suicidio.pdf. Acesso em junho/2013.

CHIAVERINI, D.(org). **Guia prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Brasília: CFP, 2013.

_____. **Referências técnicas para atuação de psicólogos (os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília, CFP, 2013.

DIAS, Maria Luiza. **Suicídio: Testemunhas de Adeus**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

DURKHEIM, E. **O suicídio**. São Paulo: Martin Claret, 2003.
EPS em Movimento. **Caixa de Afecções**. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/arquivos-em-pdf/caixa-de-afeccao>. Acesso em fevereiro/2015.

ESPINOSA, B. de. **Espinosa**. Vol. XVIII – Os pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1973.

ESPOSITO, R. **Comunidade, Imunidade, Biopolítica**. Disponível em <http://hemisphericinstitute.org/hemi/pt/e-misferica-101/esposito>. Acesso em outubro/2014.

FOLHA DIREITO. **Suicídio e crime**. 12/06/2013. Disponível em:

<http://direito.folha.uol.com.br/blog/suicidio-e-crimes>. Acesso em abril/2015.

FRANCO, T. B. **O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise dos serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz – MG.** Disponível em: http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/fluxograma_descritor_e_projetos_tera_peuticos_caso_de_luz_tulio_franco.pdf.

GABBARD, G. O. **Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica** [recurso eletrônico]. 4ª. Ed. Porto Alegre : Artmed, 2007.

HECK, R. M. e outros. Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Jan-Mar; 21(1): 26-33. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a03v21n1.pdf>. Acesso em dezembro/2014.

HILLMAN, J. **Suicídio e alma**. 4ª. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

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

_____. **Uma mente inquieta** – memórias de loucura e instabilidade de humor. Trad. Waldéa Barcellos. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

KASTRUP, V. **“Estratégias, momentos e desafios na produção de dados da pesquisa-intervenção”**. Santos/SP: UNIFESP, 2014. (Comunicação oral).

KINOSHITA, R. T. Saúde Mental e Antipsiquiatria em Santos: 20 anos depois. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Vol 1, no1, jan-abr. 2009. Disponível em: Acesso em dezembro/2014.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p. 91-102.

LANCETTI, A. e AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. De S. Et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

LOPES, S.R.S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com. Ciências Saúde**. 2007;18(2):147-155. Disponível em: http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2007Vol18_2art06potencialidades.pdf. Acesso em março/2013.

LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2009; 31 (Supl. II)86-93. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s2/v31s2a07.pdf>. Acesso em novembro/2012.

LUFT, L. **Perdas & Ganhos**. 33ª. Ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.

MANSANO, S. R. V. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. **Revista de Psicologia da UNESP**, 8(2). 2009. 110-117. Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/139/172>. Acesso em outubro/2014.

MARQUETTI, F.C. **O suicídio como espetáculo na metrópole: Cenas, cenários e espectadores**. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2011.

_____. Percurso suicida: observação e análise de alterações no cotidiano do indivíduo com tentativas de suicídio. **Rev. Terapia Ocupacional**. Univ. São Paulo. 2014 jan./abr.;25(1):18-26. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/64664/pdf_37. Acesso em fevereiro/2015.

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

MERHY, E. **Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, construindo encontros no cotidiano das práticas de saúde**. Texto escrito como contribuição para o DEGES – SGTES – MS. Porto Alegre, 05 de 2013. Acesso em outubro/2014.

_____. **O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido**. 2004. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-02.pdf>. Acesso em fevereiro/2015.

_____. **Sobre o acolhimento na rede de serviços**. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-31.pdf>

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>. Acesso em junho/2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

NETTO, Nilson Berenchein. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: Conselho Federal de Psicologia (CFP). **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. - Brasília: CFP, 2013. (pp.13-24)

ONOCKO CAMPOS & CAMPOS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. De S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. pp. 669-688.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do Suicídio: um Manual para profissionais da Saúde em Atenção Primária**. Genebra, 2000. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf. Acesso em setembro/2012.

PASSOS, E. & BENEVIDES, B. **Passagens da clínica**. In: Maciel, Kupermann e Tedesco (org) Polifonias: Clínica, Política e Criação. Rio de Janeiro: Conreacapa, 2006, pp. 89-100. Disponível em: http://www.slab.uff.br/images/Aquivos/textos_sti/Regina%20Benevides/texto87.pdf. Acesso em agosto/2015.

PELBART, P. P. **Elementos para uma cartografia da grupalidade**. Disponível em: <http://www.itaucultural.org.br/proximoato2006/pdf/reflexoes/textopeterpelbart.pdf>. Acesso em outubro de 2014.

QUENTAL, I. De A. **Tentativas de suicídio: Construindo dispositivos de prevenção – Um desafio para o SUS**. *Pediatr. mod*;45(6), nov.-dez. 2009. Disponível em: <http://prevencaodosuicidio.ea.ufrgs.br/uploaded/Quental.pdf>. Acesso em janeiro/2014.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2007.

_____. **Quarar a alma**. Disponível em: www.ufif.br/ppgace/files/2008/12/quarar-a-alma-rosvita-kolb.doc. Acesso em fevereiro/2015.

SANTA CRUZ, T. **O suicídio e quando a gente atravessa a ponte**. Facebook. 09/09/2013. Disponível em: <https://www.facebook.com/tico.s.cruz/posts/660587537285883>. Acesso em março/2014.

SAWAIA, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: Sawaia, B. **“As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social”**. Petrópolis: Vozes, 2001.

SILVA, J.W.F. **O suicídio segundo a igreja católica**. 30/08/2011. Disponível em: http://coracaodejesusemaria.blogspot.com.br/2011/08/o-suicidio-segundo-igreja-catolica_31.html. Acesso em abril/2015.

SILVA, N. e QUEIROS, N. **O que acontece com o suicida**. 16/junho/2010. Disponível em: <http://paradigmaespirita.blogspot.com.br/2010/06/o-que-acontece-com-o-suicida.html>. Acesso em abril/2015.

SOARES, A.T.M.et al (Orgs). **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. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano11/034704do1ao64.pdf>. Acesso em novembro/2012.

SOLOMON, A. **O demônio do meio dia – Uma anatomia da depressão**. 2ª. Ed. São

Paulo: Companhia das Letras, 2014.

VASCONCELOS, C. M. e PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. De S. Et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

Apêndice I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“CUIDADO, FRÁGIL: Aproximações e distanciamentos de trabalhadores de um CAPS na atenção ao suicídio”

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa conhecer a organização de serviços no município de Santos para o cuidado de suicídio, para propor intervenções que possam qualificar a atenção a estes casos. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais de Saúde Mental. Espera-se como benefício fomentar a reflexão individual e a discussão coletiva sobre a problemática, favorecendo a qualificação do serviço oferecido para esta demanda, gerando benefícios aos usuários e profissionais.

Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é **Luciana França Cescon**, que pode ser encontrado no telefone 99127 7179.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@unifesp.br
É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante.

Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

- Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento

médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.
 - Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa **“CUIDADO, FRÁGIL: Aproximações e distanciamentos de trabalhadores de um CAPS na atenção ao suicídio”**. Eu discuti com **Luciana França Cescon** sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante

legal

Data ____ / ____ / ____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Data ____ / ____ / ____

Assinatura do responsável pelo estudo

APÊNDICE II

Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada para Profissionais de Saúde

Voluntário ____: Sexo: () Fem () Masc

Idade:

1. Qual é a sua formação? Tem alguma especialização? Qual?
2. Há quanto tempo trabalha neste serviço?
3. O que pensa sobre suicídio?
4. Tem alguma experiência marcante sobre suicídio?
4. Atende a este tipo de caso? Como atua?

5. O que considera importante na atenção ao paciente que tentou suicídio ou refere ideiação suicida?
6. Acredita que a organização do trabalho nesta unidade para esses casos ajuda?
7. Qual seria a dificuldade na atenção a estes casos?
8. Tem alguma sugestão que poderia qualificar o serviço para essa demanda?

APÊNDICE III

Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada para Gestores de Unidade de Saúde

Voluntário ____: Sexo: () Fem () Masc Idade: _____

1. Qual é a sua formação? Tem alguma especialização? Qual?
2. Há quanto tempo trabalha neste serviço como Gestor/Coordenador?
3. O que pensa sobre suicídio?
4. Esta unidade atende a este tipo de caso? Como o serviço está organizado para atender?
5. Qual é o profissional que acolhe? Há critérios de prioridade para atendimento? Quais?
6. Quais são as ofertas de atendimento? Com quais profissionais?
7. Existe algum tipo de acompanhamento a longo prazo?
8. Na sua opinião, o que considera importante na atenção ao paciente que tentou suicídio ou refere ideiação suicida?
9. Acredita que a organização do trabalho nesta unidade para esses casos ajuda?
10. Qual seria a dificuldade na atenção a estes casos?
11. Tem alguma sugestão que poderia qualificar o serviço para essa demanda?

ANEXO I

O suicídio e sua interface com as questões de gênero

Este texto foi construído para a disciplina eletiva “Gênero e Sexualidades”, ministrada pela professora Cristiane Gonçalves, e foi incluído na pesquisa por trazer um viés a mais na discussão da atenção ao suicídio.

Ao escolher essa disciplina, meu interesse inicial era obter mais conhecimento sobre estas temáticas, já que durante a graduação em Psicologia não tive aulas que abordassem essas questões, tão essenciais quando se fala em ser

humano ou saúde. Embora no começo eu não tivesse identificado nenhuma relação da disciplina com a minha pesquisa, quando a professora Cristiane perguntou acerca disso, logo me lembrei de um aspecto do levantamento de dados do meu trabalho que havia chamado minha atenção: como estou investigando a demanda de casos de ideação suicida e tentativa de suicídio nos casos que chegaram ao serviço de Saúde Mental onde atuo, estudei os prontuários de usuários que tinham essa característica. E nos dados que coletei, boa parte dos homens trouxeram como uma das motivações para esse ato ou intenção de morte o fato de terem perdido o emprego ou estarem doentes, enquanto as mulheres justificavam seu sofrimento por terem perdido um ente querido ou ainda pelo fim de um relacionamento afetivo. Esse resultado parecia demonstrar qual seria o sentido da existência para algumas pessoas, aquilo que era identificado como significado de suas vidas, e que uma vez ausente, tiraria o sentido de viver. Para os homens, a questão de poder prover; para as mulheres, o sentido era ter um relacionamento, uma família.

Ao longo das aulas, foi ficando mais claro que a questão de gênero tem uma forte marca cultural e social, que é construída. Talvez este aspecto não seja determinante dentro do contexto do suicídio, porém ele existe e deve ser considerado como significativo em alguns casos. A seguir, trago alguns recortes de casos que chegaram ao serviço. Observe que algumas vezes, há uma discrepância no que aparece como motivação para essa perda de sentido de vida e os motivos mais comuns, que elenquei acima:

W., mulher de 62 anos. Após o falecimento do filho (há 24 anos), apresentou alteração de comportamento, agressividade, tentativas de suicídio.

M., homem de 58 anos. O filho de 16 anos suicidou-se por enforcamento há mais de um ano. M. refere insônia, isolamento e diz que já pensou em “se enforcar só um pouco, para entender o que o filho estava sentindo”.

T., mulher de 62 anos. Diz que quando lembra do que sofreu (traição, violência doméstica), fica muito nervosa. “Penso em me jogar embaixo de um ônibus para acabar logo com isso”.

M, homem de 47 anos. Diz que trabalhava em um ambiente estressante, viu colegas de trabalho adoecerem e começou a sentir ansiedade, insônia,

“vontade de ir embora”. Refere três tentativas de suicídio (com faca e medicamentos).

S., mulher de 35 anos. Refere ideação suicida. Relata falecimento da mãe em 2009 e suicídio do ex-marido em 2011, com veneno de rato. Ela chegou a testemunhar a morte dele, tentando socorrê-lo.

M., homem de 43 anos. Tentou suicídio cortando os pulsos, após fim de um relacionamento.

W., homem de 49 anos. Divorciado, mora com a mãe e recebe auxílio-doença. Refere insônia, medo, angústia, sentimento de inutilidade, vontade de morrer.

Fiz questão de colocar uma mulher que aponta seu fracasso profissional e um homem que fala sobre a perda de um filho como motivos para a ideação suicida, justamente para quebrar também qualquer ideia cristalizada de que somente os homens sofrem pelas questões profissionais e somente as mulheres adoecem por perdas de pessoas significativas. Mas reforço que é mais comum que cada um destes grupos aponte esses motivos para a ideação suicida ou tentativa de suicídio, talvez até porque se espera, socialmente, que estes sejam os fatores de maior sofrimento, causando uma perda de identidade.

Lopes (2007) faz um estudo que procura problematizar as possíveis diferenças no discurso médico do século XIX sobre o suicídio cometido homens e mulheres, questionando as constituições das identidades consideradas próprias aos homens e às mulheres, estudando assim a diferença entre o que era considerado naquele momento como pertencente ao campo do “masculino” ou do “feminino”. Pela lógica da época, o casamento seria a realização definitiva e absoluta dos papéis sociais, sexuais e naturais destinados a homens e a mulheres. O homem, envolvido com as responsabilidades de chefe da família, marido e pai, não se entregaria tão facilmente ao suicídio por saber que sua família — mulher e filhos — dependia dele. Seus deveres como “pai” e “marido” apontavam na direção de ser responsável pelo sustento da família. A mulher, por sua vez, ocupando-se de suas tarefas de “esposa-dona-de-casa-mãe-de-família” se afastaria do suicídio para cumprir sua obrigação familiar. O homem, compreendido como um ser dominado pela razão teria a inteligência, ousadia e ímpeto como armadilhas contra sua própria vida - por estar constantemente envolvido em grandes trabalhos intelectuais, por concentrar toda sua força, inteligência, pensamento e energia em ocupações que lhe

são "próprias", tornaria-se mais vulnerável ao suicídio. Por outro lado, as mulheres, dominadas pela emoção, não teriam a coragem e a força para o suicídio. Dessa forma, pode-se perceber uma tendência: a de pensar o suicídio como uma manifestação essencialmente masculina.

O texto de Lopes dialoga com "A construção da diferença sexual na medicina" (RODEN, 2012). A autora afirma que a partir do Renascimento concebeu-se a noção de diferença entre sexos. "Em termos de estereótipos, os homens seriam sérios e pensativos e as mulheres, frívolas e emotivas" (p. 204). Interessante como a autora aponta que nesse modelo, os efeitos "inferiores" da sensibilidade, como melancolia, por exemplo, passam a ser vistos como característicos apenas de mulheres, ou no máximo, de homens "degenerados" ou "efeminados".

Acredito que parte dessa construção se mantém até hoje, pois a depressão e outros sofrimentos mentais ainda são vistos por uma parcela da sociedade como "frescura", especialmente quando se trata de homens. Trabalhando na Saúde Mental, vejo como essas representações aparecem fortemente no discurso dos próprios usuários que procuram o serviço. Uma parte significativa das pessoas que procuram atendimento expressa em sua fala as críticas que recebem de conhecidos e familiares, que não compreendem seu sofrimento e parecem acreditar que basta "força de vontade" para que estes usuários consigam retomar sua vida. Ao fazerem isso, causam novo sofrimento à pessoa que sofre de depressão, ansiedade ou qualquer outro tipo de quadro; pois se agrava o adoecimento com uma culpa que a própria pessoa passa a sofrer por sentir que é responsável por não conseguir dar conta sozinha de seu sofrimento, sua angústia. Esta sensação pode contribuir para o desespero daquele que sofre, e a morte pode parecer ser a única solução para sair do sofrimento.

Trevisan e outros (2012) fizeram um estudo sobre o perfil de mulheres que tentaram suicídio e foram atendidas em um Centro de Intoxicações no Paraná. Em 2008, foram atendidos 444 casos de tentativa de suicídio, sendo que 308 (69,36%) eram mulheres. Os autores observaram 145 (61,4%) mulheres encontravam-se sem ocupação formal (estudantes, donas de casa e aposentadas) e diante disso, trouxeram a hipótese de que a dificuldade em conquistar um emprego, problemática comum aos jovens que estão tentando entrar no mercado de trabalho, poderia gerar um sentimento de incapacidade que levaria à tentativa de suicídio.

Um exemplo disso pode ser o caso de M., mulher de 37 anos, que chega ao serviço referindo insônia, choro e ideação suicida. Durante a triagem, ela diz que sente muita frustração por não ter conseguido uma colocação em sua área. ***“Com o suicídio, eu resolveria o problema de muita gente, porque antigamente eu era o orgulho da minha mãe, por ter conseguido cursar Direito ... agora, sou uma fracassada.”***

O alto número de casos evoluídos para a ‘cura’ (289 casos, ou seja, 96,33%) representou, para os autores, que as mulheres geralmente não desejam o suicídio no sentido de destruição, aniquilamento, mas como fuga, esquecimento, escapatória de sua vida presente. Essa seria a explicação para o uso de instrumentos como medicamentos e nas tentativas de suicídio de mulheres, enquanto que os homens utilizam frequentemente métodos mais violentos, como armas de fogo e enforcamento. Ainda de acordo com Trevisan e outros (2012), as mulheres apresentam diferenças hormonais, metabólicas e estruturais (mulheres apresentam na composição corpórea menos água e mais quantidade de tecido gorduroso do que os homens) que as tornariam mais susceptíveis aos prejuízos associados ao consumo de substâncias psicoativas, principalmente em relação aos danos à saúde e aos contextos sociais, cujos resultados são mais graves.

O estudo “Gênero e Suicídio no Rio de Janeiro”, de Soares e outros (2012) cita um estudo de 1969, que apontava que havia uma diferença entre suicídios, parassuicídios (o nome técnico dado às tentativas fracassadas de suicídio) e pacientes com alto risco de suicídio). Esta pesquisa afirmava que o índice mais alto de pessoas que efetivamente se suicidam seria de homens, idosos, casados, que [numericamente] vieram de lares desfeitos, que são mais independentes, socialmente menos ativos [com baixo capital social], com saúde pobre, bem sucedidos vocacionalmente e que fizeram menos tentativas [porém] mais letais do que os pacientes.

Braga e Dell’Aglío (2013), em uma pesquisa sobre suicídio na adolescência, citam estudos que apontam que mulheres fazem mais tentativas do que os homens. Porém, haveria fatores protetores que contribuiriam para a menor ocorrência de suicídios consumados, como baixa prevalência de alcoolismo, religiosidade e/ou espiritualidade, propensão a buscar ajuda em momento de crise e redes de apoio social e afetiva mais amplas para elas do que para os homens. Por outro lado, havia

papéis atribuídos à masculinidade que poderiam predispor os homens a terem comportamentos suicidas, como competitividade, impulsividade e maior acesso a armas letais. Acrescentava-se a esses fatores maior sensibilidade dos homens a aspectos relacionados ao desemprego e ao empobrecimento.

Em uma das entrevistas com os trabalhadores do serviço onde atuo, uma psicóloga traz como experiência marcante o seguinte relato:

“Eu tive uma experiência [...] que marcou assim, a certeza do desejo do suicídio. Não era uma pessoa psicótica, não tinha nenhum quadro psicótico, e foi um desespero social, de não ter mais emprego, de não ter mais como levar comida pra casa, e essa pessoa tentou suicídio esfaqueando o abdômen, e foi pra UTI e assim que ele recobrou a consciência, ele com as próprias mãos arrebitou os pontos ... Pra “retentar” o suicídio. Então eu digo que são vários suicídios. Que alguns que eu já vi nessa história de Saúde Mental, algumas tentativas, a pessoa referindo um arrependimento posterior, e esse não tinha o arrependimento, tinha o desejo marcante dele, por ele tentar com as próprias mãos dentro de uma UTI. Um homem, um pai de família com desemprego há muito tempo. É, tem muito a ver eu acho que com o homem como provedor, esse papel que ele tem na sociedade, de prover a família, então faz, perde o sentido, né, ele não deve se achar mais ninguém, e tenta ser ninguém dessa forma brusca. Depois ele seguiu no NAPS e o pessoal da Assistência Social conseguiu lá uma colocação pra ele e aí ele foi saindo desse quadro pela questão social, não era uma questão psiquiátrica em si, né. Acabou sendo.

Avanci, Pedrão e Costa Junior (2005), citam um estudo em Ribeirão Preto, no qual delineou-se um perfil epidemiológico de 60 casos de tentativa de suicídio atendidos no setor de Urgência Psiquiátrica de um Hospital Universitário no ano de 1993, que constatou que as pessoas que tentam suicídio são na maioria mulheres entre 15 e 29 anos, solteira, casada ou em "união irregular", que pratica o ato suicida em locais familiares, de modo mais impulsivo do que planejado, em decorrência de estados emocionais imediatos a situações de perdas ou transtornos nas relações sócio-familiares, utilizando, ao contrário dos homens, de métodos menos violentos. A pesquisa dos autores, com 72 adolescentes atendidos em uma Unidade de Emergência que tentaram suicídio, trouxe 56 casos (77,8%) do sexo feminino e 16 casos (22,2%) do sexo masculino. A discussão destes resultados interpretou os

dados, com destaque para a faixa etária com maior índice de tentativas (44 casos entre 15 a 19 anos) concluindo que neste período seria característico o início de relacionamento afetivo com o sexo oposto, o que também é um fator de grande importância na geração de conflitos e frustrações, podendo predispor a uma tentativa de suicídio. Acreditou-se que as mulheres, principalmente na idade mencionada e em condições econômicas mais humildes atribuem maior valor ao estabelecimento de um vínculo afetivo com um parceiro do sexo oposto, o qual representa segurança e autonomia. A conseqüente perda desse parceiro associado ao período vulnerável e impulsivo em qual se encontra, são fatores predisponentes à tentativa de suicídio, o que contribuem para o aumento na freqüência de tentativa de suicídio para as mulheres.

No levantamento de casos do serviço onde atuo, V., mulher de 42 anos, procura o serviço chorando muito, refere dificuldade para dormir desde que se separou do marido, há nove meses. ***“Já pensei em fazer algo contra mim mesma, porque eu estou sofrendo muito sem ele, mas não fiz ainda porque não quero deixar o meu filho sozinho ...”***.

M, mulher de 55 anos, refere ideação suicida, diz que fica o tempo todo no quarto e não tem vontade de sair. Relata ter ficado viúva no final de 2009, e só depois disso soube que seu marido tinha uma amante e acabou perdendo vários de seus bens para essa outra pessoa.

No estudo de Marin-Leon e Barros (2003), o resultado apontou que a sobremortalidade masculina foi superior a 2,7 suicídios masculinos para cada suicídio feminino. Em 1980-1985 as maiores taxas foram observadas nos adultos de 55 anos e mais; já em 1997-2001 as taxas são mais elevadas nos adultos de 35-54 anos. Entre os homens, os meios mais utilizados são o enforcamento (36,4%) e as armas de fogo (31,8%). Entre as mulheres predomina o envenenamento (24,2%), seguido pelas armas de fogo e enforcamento (21,2% cada); este último ocorreu predominantemente no domicílio (75,7%); já as mortes por arma de fogo e envenenamento ocorreram em maior proporção em hospitais. Diferentemente dos homicídios, os suicídios não apresentam aumento progressivo das taxas com a diminuição do nível socioeconômico.

Há ainda outra questão na temática do suicídio que também pode ser analisada sob esse aspecto de gênero e sexualidades. O preconceito e a

intolerância às diferenças ainda geram muito sofrimento às pessoas que são discriminadas e podem contribuir para o adoecimento e o desejo de morte.

M., mulher de 20 anos, chega ao serviço após tentativa de suicídio por medicamentos. Refere que há alguns anos revelou à mãe que era homossexual e foi aceita, porém acreditava que sua mãe não aceitava sofrer esse desgosto e por isso havia tentado suicídio.

Um artigo de Bercito (2011), publicado na Folha de São Paulo, aponta que a discriminação surge como ingrediente-chave nas pesquisas que apontam para a relação entre homossexualidade, juventude e suicídio. “A homofobia está na sociedade e faz com que o gay ache que ele vale menos do que os outros”, explica Lula Ramires, coordenador do Grupo Corsa, que defende a diversidade sexual. Já Alexandre Saadeh, psiquiatra do Hospital das Clínicas, diz que “É um sofrimento muito grande se sentir fora da norma. A discriminação, para alguém que é humilhado em casa, por exemplo, pode se tornar insuportável”.

Teixeira-Filho e Rondini (2012) citam estudos que mostraram que a taxa de suicídios entre adolescentes homossexuais é elevada. Nos Estados Unidos, os jovens homossexuais (de ambos os sexos) representam um terço de todos os suicídios juvenis (enquanto os homossexuais constituem, no máximo, 5 ou 6% da população). A partir de pesquisas de diversos autores, o panorama atual compreende que adolescentes que sentem desejo erótico em relação a pessoas de mesmo sexo biológico podem vir a sentir medo da exclusão e da injúria, acabam se afastando da sociedade, tornando-se vulneráveis à depressão e, em alguns casos, a pensamentos e tentativas de suicídio.

Estes dados apontam que realmente há também, entre os diversos fatores que entram no contexto do suicídio, uma relação com a questão de gênero, e que vale a pena pensar sobre isso nos estudos que abordam a prevenção e da atenção ao suicídio.

Observação: Os dados em negrito e itálico fazem parte do levantamento da pesquisa “Cuidado, frágil: aproximações e distanciamentos dos técnicos de um CAPS na atenção ao suicídio”.

Referências

AVANCI, R. de C.; PEDRAO, L. J.; COSTA JUNIOR, M. L. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 5, out. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000500007&lng=pt&. Acesso em outubro de 2014.

BERCITO, D. **Discriminação leva jovens homossexuais ao suicídio**. Folha de São Paulo. 01/11/2010. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folhateen/822698-discriminacao-leva-jovens-homossexuais-ao-suicidio.shtml>. Acesso em outubro de 2014.

BRAGA, L. de L. e DELL'AGLIO, D.D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, 6(1):2-14, janeiro-junho 2013. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2013.61.01>. Acesso em outubro de 2014.

LOPES, F. H. Medicina, educação e gênero: as diferenciações sexuais do suicídio nos discursos médicos do século XIX. **Educar**, Curitiba, n. 29, p. 241-257, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/er/n29/16.pdf>. Acesso em outubro de 2014.

MARIN-LEON, Leticia e BARROS, Marilisa B A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2003, vol.37, n.3, pp. 357-363. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15865.pdf>. Acesso em outubro de 2014.

RODEN, F. A construção da diferença sexual na medicina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19 (Sup. 2). 201-212, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a02v19s2.pdf>. Acesso em outubro de 2014.

SOARES, G. e outros. Gênero e suicídio no Rio de Janeiro. **Cadernos de Segurança Pública**. Ano 4. Número 3. Maio de 2012. Disponível em: <http://www.isp.rj.gov.br/revista/download/Rev20120304.pdf>. Acesso em outubro de 2014.

TEIXEIRA-FILHO, Fernando Silva e RONDINI, Carina Alexandra. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. **Saúde soc.** [online]. 2012, vol.21, n.3, pp. 651-667. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n3/11.pdf>. Acesso em fevereiro/2015.

TREVISAN, E. P. T. e outros. Tentativa de suicídio de mulheres: dados de um centro de assistência toxicológica do Paraná. **Rev. Mineira de Enfermagem**. 2013 abril/junho. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/659>. Acesso em outubro de 2014.