

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

MARLETE FRANCISCA DA SILVA

**A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E SUAS POSSÍVEIS INTERVENÇÕES NO ATO
SUICIDA: A CONTRIBUIÇÃO DO PSICÓLOGO**

VITÓRIA
2015

MARLETE FRANCISCA DA SILVA

**A ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE E SUAS POSSÍVEIS INTERVENÇÕES NO ATO
SUICIDA: A CONTRIBUIÇÃO DO PSICÓLOGO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo,
como requisito obrigatório para obtenção do título de
Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof^a. Msc. Margareth Marchesi Reis

VITÓRIA
2015

MARLETE FRANCISCA DA SILVA

**A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E SUAS POSSÍVEIS INTERVENÇÕES NO ATO
SUIDICA: A CONTRIBUIÇÃO DO PSICÓLOGO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo,
como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof^a. Msc. Margareth Marchesi Reis - Orientadora

Prof^a. Msc Andréa Campos Romanholi, FCSES

Prof. Msc. Fernando Schubert, SESA de Serra/ES – CAPS Mestre Álvaro

Para todas as pessoas que acreditam no valor da vida e se dedicam para que a mesma seja respeitada e vivida. Para aquelas que já encerraram o ciclo de sua vida nesse mundo e partiram, por vezes, sem encontrar alguém que as escutassem e as acolhessem em seu sofrimento.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo maravilhoso dom de minha vida e pela alegria de viver. Pela força que me faz superar os obstáculos e acreditar que vale a pena continuar existindo neste mundo.

Ao meu pai, Andrino Francisco da Silva (in memórian), que me ensinou a persistir na busca da realização de meus sonhos, sendo-me coresponsável pelo cuidado com a vida.

À minha mãe, Zeli Rodrigues da Silva, que na simplicidade e amor gerou-me; por ser exemplo de mulher que luta pela vida com ousadia e maestria.

Aos meus familiares que mesmo de longe, me incentivaram continuar na jornada da faculdade, mesmo diante de tantos motivos que se apresentaram no caminho e poderiam me fazer desistir.

Às minhas co-irmãs da Congregação das Irmãs de São José de Chambery, pelo apoio e companheirismo em todos os momentos de ciclo de formação acadêmica.

À Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, por abrir as portas e pelas muitas oportunidades que oferece para o desenvolvimento do aprendizado profissional com excelência.

À professora Margareth Marchesi Reis, pela dedicação, empenho, por escutar-me com paciência e partilhar seu conhecimento e experiência de vida, proporcionando crescimento humano e profissional.

A todas as pessoas que direta e indiretamente contribuíram com meu aprendizado: colaboradores da Faculdade, colegas, amigos/as, os motoristas e cobradores do transcol, pessoas das diversas áreas dos estágios realizados neste tempo.

Aos participantes dessa pesquisa, por darem um pouco de seu tempo para me escutar e partilharam suas experiências profissionais sem reservas, contribuindo com meu desejo de continuar nesse processo de formação intelectual e humana.

RESUMO

O presente estudo tratou das possíveis intervenções na prevenção do ato suicida na Atenção Básica de Saúde. Pelo fato do município de Serra/ES não ter psicólogos atuando diretamente nas Unidades Básicas de Saúde, a pesquisa foi realizada na Unidade Regional de Saúde e no CAPS Saúde Mental, uma vez que este dispositivo recebe encaminhamentos e encaminha usuários para a Atenção Básica à Saúde, a fim de analisar a contribuição do psicólogo nessas práticas. Sabe-se, que o suicídio é um fenômeno antigo, visto em grande parte da sociedade como um tabu, isto pode dificultar a eficácia de programas que visam à prevenção com o objetivo da promoção da saúde, por meio de trabalho interdisciplinar e multiprofissional. Com isso, objetivou-se neste trabalho verificar como as intervenções para a prevenção do ato suicida têm acontecido na Atenção Básica da Saúde no município de Serra/ES; e que tipo de acesso as pessoas têm a estes serviços; descrevendo as atividades desenvolvidas pela equipe de saúde, a fim de investigar como as pessoas têm acesso às atividades ligadas às estratégias de prevenção do ato suicida e analisar a atuação do psicólogo em equipes multidisciplinares na Atenção Básica, na prática da promoção da saúde, segundo os preceitos da psicologia, da saúde pública e da saúde coletiva, assim como, da clínica ampliada. Tratou-se de um estudo qualitativo de cunho descritivo, com a participação de quatro psicólogos que responderam a entrevista semi-estruturada, os dados foram analisados com base no referencial teórico da saúde pública e saúde coletiva. Os resultados encontrados mostram que a presença do psicólogo em equipe multiprofissional é fundamental; que não existe uma ação específica que previna o ato suicida, mas que toda atividade ancorada na ciência psicológica, visa à prevenção do ato suicida e da promoção da saúde; que precisa ser dada as condições necessárias para que a formação permanente dos profissionais da saúde aconteça; que o psicólogo no âmbito da saúde precisa estar “conectado” inter setores e aberto a escuta; que o apoio da família tem papel importante no tratamento e na prevenção da ideação e ato suicida. Desta forma percebemos a necessidade de que novas pesquisas precisam ser realizadas de forma a abranger mais setores da Saúde e a discussão da temática com outros campos de saberes e com a população de forma geral.

Palavras-chave: Atenção Básica em Saúde. Ato suicida. Interdisciplinaridade.

ABSTRACT

The present study has dealt with the possible interventions in the prevention of suicide Act in the basic attention to health, because the municipality of Serra/ES not have psychologists working directly in basic health units, the survey was conducted on Regional Health Unit and the CAPS on Mental health, since this device receives referrals and forwards users to the basic attention to health in order to analyze the contribution of the psychologist in these practices. It is known that suicide is an old phenomenon, seen in much of society as a taboo, this could hinder the effectiveness of programmes aimed at prevention with the aim of health promotion, through an interdisciplinary and multidisciplinary work. With this, the aim in this work see how the interventions for the prevention of suicidal Act have taken place in the basic attention of health in the municipality of Serra/ES; and what kind of people have access to these services; describing the activities carried out by the health team, in order to investigate how people have access to activities linked to the suicide Act prevention strategies and analyze the role of the psychologist in multidisciplinary teams in primary health care, health promotion in practice, according to the precepts of psychology, public health and public health, as well as, the clinic expanded. This was a qualitative study of descriptive nature, with the participation of four psychologists who responded to semi-structured interview, data were analyzed on the basis of the theoretical framework of the public health and collective health. The results show that the presence of the psychologist in multidisciplinary team is essential; There is no action specifies that prevent the suicide Act, but that all activity anchored in psychological science, aimed at the prevention of suicidal Act and health promotion; that needs to be given the conditions necessary for the continuing education of health professionals to happen; the psychologist in the field of health; the psychologist in the field of health need to be "connected" inter sectors and open to listen; the support of the family's important role in the treatment and prevention of ideation and suicidal Act. In this way we realized the need for further research needs to be carried out to cover more sectors of the health and the thematic discussion with other fields of knowledge and with the population in general.

Keywords: Primary health care in health. Suicidal Act. Interdisciplinarity.

LISTA DE SIGLAS

ABS – Atenção Básica de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

ESF – Estratégia da Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PACS – Programa de Agentes Comunitários da Saúde

PNHS – Política Nacional de Humanização à Saúde

PNPS – Plano Nacional de Prevenção do Suicídio

PSF – Programa da Saúde da Família

PTS – Programa Terapêutico Singular

RAS – Rede de Atenção em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

URS – Unidade Regional de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
2.1 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE BRASILEIRA - O CONCEITO DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO.....	23
2.2 A INSERÇÃO DA PSICOLOGIA NO SERVIÇO PÚBLICO A SAÚDE.....	37
2.3 BREVE RELATO DE UM LONGO CAMINHO – SUICÍDIO.....	42
2.3.1 O suicídio.....	43
2.3.2 O suicídio na história da humanidade.....	46
2.4 A PREOCUPAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E O MINISTÉRIO DA SAÚDE COM O FENÔMENO SUICÍDIO	47
2.5 ORIENTAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO TRABALHO DE PREVENÇÃO DE ATO SUICIDA.....	53
2.6 ASPECTOS ÉTICOS QUE ENVOLVEM A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO TRABALHO COM PESSOAS COM IDEIAÇÃO SUICIDA.....	57
3 METODOLOGIA.....	59
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	59
3.2 CAMPO DE ESTUDO.....	59
3.3 PARTICIPANTES.....	60
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	61
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	62
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	62
3.7 ANÁLISE DE DADOS.....	63
4 RESULTADO E DISCUSSÃO DA PESQUISA.....	65
4.1 A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO E AS AÇÕES COMUNS NA ATENÇÃO BÁSICA	66
4.2 SERVIÇOS OFERECIDOS X DEMANDAS DOS USUÁRIOS.....	70
4.3 AÇÕES NA PREVENÇÃO DO ATO SUICIDA.....	74
4.4 ACOLHIMENTO E CUIDADO.....	78
4.5 DIFICULDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS NO ATENDIMENTO DE PESSOAS COM RISCO SUICIDA.....	81
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87

REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	99
APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista.....	101
APÊNDICE C - Mapa de Associação de Ideias.....	103
ANEXO 1- CARTA DE ANUÊNCIA.....	105

1 INTRODUÇÃO

Muitos pesquisadores estudam o suicídio ao longo dos anos, em busca de compreender o fenômeno e as formas para contribuir com a prevenção deste ato. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2012), este ato constitui um grande problema de saúde pública, devido ao crescente número de suicídio no mundo inteiro. Estudos apontam que a pessoa quando se vê incapacitada para conviver com o sofrimento, tenta por fim a própria vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000; BOTEGA, WERLANG e MACEDO, 2006; SILVA, et al, 2006; BORGES, WERLANG e COPATTI, 2008).

Dados da OMS (2012) mostram que, o ato suicida na maioria das situações, está relacionado ao transtorno mental, e que as pessoas não procuram um profissional de saúde mental. Ao se falar de transtorno mental, de certa forma, remete-se o pensamento a história da loucura cujo tratamento era feito a partir de métodos bastante questionáveis (FOUCAULT, 2000).

Esses métodos consistiam no enclausuramento, internação de pessoas, algumas por terem “perdido a razão”, outras, por serem consideradas inválidas, pobres, mendigos, portadores de doenças venéreas, desempregados, enfim, os que estavam à mercê da própria sorte, excluídos da sociedade e trancafiados nos hospitais. Nessas instituições, conhecidas como grandes hospitais existiam o trabalho forçado, cujos produtos resultantes eram vendidos a preços baixos para custear os gastos e garantir o funcionamento do próprio hospital. Desta forma, a loucura ficou associada às culpas morais e sociais, e isso se tornou uma visão extemporânea (FOUCAULT, 2000).

Amarante (2014?) ressalta que um dos problemas do Brasil é a falta de assistência às pessoas que apresentam ideação suicida, pois quando buscam o serviço, por vezes, são postos em situações de humilhação e constrangimento por parte de profissionais.

Sabe-se, que o suicídio é um fenômeno antigo, visto em grande parte da sociedade como um tabu; e por se evitar falar sobre o assunto, pode-se dificultar a eficácia de programas que visam à prevenção com o objetivo da promoção da saúde.

No Brasil, através da Constituição Federal de 1988, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), como uma nova forma de cuidar da saúde do povo brasileiro. Até o

final da década de 1980 poucas pessoas tinham acesso aos serviços de saúde, e com o SUS, a saúde passou a ser direito universal a todo cidadão, garantido por toda esfera de governo (PAIM, 2006).

O sistema de saúde atual do Brasil foi conquistado há pouco tempo, a partir de um processo que proporcionou mudanças significativas à década de 1970; e que acelerou o passo ao longo dos anos 1980 adquirindo estatuto institucional na Constituição Federal do Brasil, de 5 de outubro de 1988, e regulamentação por meio da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (CARVALHO, BARBOSA, 2010).

Em 1994 foi elaborado e publicado o Guia prático para a implantação da Saúde da Família, “[...] que contribuiu com a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica [...]”, seguindo os princípios do SUS, “[...] de universalidade integralidade e equidade [...] de atenção à saúde” (BRASIL, 2006^a, [s.p]).

O Ministério da Saúde (MS) preocupado com a prática dos profissionais da saúde no atendimento das pessoas com ideação suicida publicou a cartilha intitulada, “Estratégia Nacional para a Prevenção do Suicídio”, no ano de 2006, cujo objetivo é a diminuição dos óbitos e das tentativas, dos danos que estão associados a tal ato e do impacto que este gera, principalmente na família. Ainda neste mesmo ano, publicou o Manual de Prevenção do Suicídio para profissionais das Equipes de Saúde Mental, com o intuito de detectar precocemente condições associadas ao fenômeno e realizar medidas de prevenção (BRASIL, 2006b). No ano de 2009, é disponibilizado o Manual de Prevenção do Suicídio dirigido aos profissionais da saúde da atenção básica (BRASIL, 2009a).

Estudo como o de Gutierrez (2014), revela que a prevenção do suicídio envolve atividades de profissionais de diferentes áreas, como por exemplo, da saúde, educação, assistência social e entre outras que visam o cuidado e a promoção da vida.

Neste sentido, psicólogos inseridos em diferentes serviços da saúde, necessitam informar-se para contribuir com o seu saber na prevenção de tais atos, através do acompanhamento do sujeito que apresenta ideação suicida. Portanto, o psicólogo pode ajudar oferecendo seu instrumental de trabalho, ou seja, a escuta qualificada e

diferenciada do sujeito, estando alerta àqueles que apresentam fatores predisponentes para a tentativa de suicídio. A escuta do sujeito em sofrimento, que o acolhe como único, singular, é uma das formas fundamentais para o entendimento da tentativa de suicídio (WERLANG, MACEDO e KRUGER, 2004).

Sabe-se que o modo de olhar para a desmedida humana é distinta e está condicionado ao tempo histórico em que se vive. Com isso, nesta pesquisa, utilizar-se-á a forma de olhar para o sujeito, pautado na teoria foucaultiana, que vê o homem como histórico e constituído nas relações de poder. O pensamento foucaultiano pressupõe o devir, em que a pessoa se reconhece enquanto limite e potência de si mesmo. Pode-se dizer que a análise de Foucault não começa pelo sujeito, mas pelos processos de objetivação e subjetivação que antecedem à sua constituição (FONSECA, 2003).

Nesta realidade de limitações e potencialidades presentes no sujeito, por vezes, os profissionais de psicologia, inseridos na rede de saúde, não se sentem e nem se percebem preparados para intervir em situações de pessoas, que apresentam ideação suicida e/ou já planejaram se matar (ALMEIDA apud DUTRA, 2000). Pois, como afirma Fuksumitsu (2014), a maioria das discussões sobre suicídio não fornece ao profissional da saúde subsídio para instrumentalizá-lo quando os sujeitos demonstram a possibilidade de tentar se matar.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) elaborou uma cartilha no ano de 2013, com o seguinte título: “O suicídio e os desafios para a psicologia”, com o objetivo de aumentar a discussão da temática pelos profissionais e inserir um número maior de psicólogos no debate (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013). Esta discussão continua sendo feita por alguns profissionais da área, mas ainda, é pouco abordado dentro do espaço acadêmico.

Neste sentido, esta pesquisa, busca responder a seguinte questão: Como as intervenções para a prevenção do ato suicida têm acontecido na Atenção Básica à Saúde num dos municípios da região metropolitana da Grande Vitória, no estado do Espírito Santo, município de Serra; e que tipo de acesso às pessoas têm a estas ações preventivas.

Objetiva-se, conforme a problemática estabelecida e citada anteriormente, verificar como as intervenções para a prevenção do comportamento suicida têm acontecido

na Atenção Básica à Saúde no município de Serra e que tipo de acesso as pessoas têm a estas ações preventivas, a fim de promover maior reflexão entre profissionais na prática da promoção da saúde, segundo os preceitos da clínica ampliada; analisando a contribuição do psicólogo para a efetivação de tais práticas.

Embora existam pesquisas sobre a temática do suicídio no campo da saúde coletiva, nota-se que elas não enfatizam as práticas utilizadas e suas efetividades. Sendo assim, esses estudos padecem de ênfase nas práticas adotadas nas intervenções e sua resolutividade. Esta constatação sobre a insuficiência de produção de conhecimentos referentes a esta temática pode ocasionar dificuldades na inserção e atuação de futuros profissionais psicólogos na saúde em diferentes ambientes, onde estes estarão inseridos na sociedade e na rede de atenção a saúde, como por exemplo, na Atenção Básica.

Segundo Almeida citado por Dutra (2000), o despreparo na formação é um fator que dificulta a intervenção com pacientes que apresentam ideação suicida. Fazendo-se necessário, buscar maior conhecimento científico da temática, para contribuir, tanto com futuras reflexões do fenômeno da tentativa do suicídio, como buscar subsídios através das ações já existentes, a fim de instrumentalizar os profissionais na forma de intervir.

Delimitamos nosso estudo conforme a divisão das regiões de saúde onde se encontram profissionais de psicologia do referido município. Sendo assim, realizamos a coleta de dados na regional Boa Vista que funciona sob a lógica da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e no Centro de Atenção Psicossocial saúde mental (CAPS II), por fazer parte da rede de serviços de atenção a saúde mental, atuando na lógica do cuidado integral do sujeito e com numa visão voltada para a concepção da clínica ampliada. Nessa lógica de atuação compartilha-se da visão de que os diversos níveis de atenção à saúde se comunicam e estão interligados horizontalmente e não mais numa visão fragmentada e hierarquizada do sistema de saúde, pois a atenção básica à saúde é a que liga todos os níveis entre si (MENDES, 2011).

Nos últimos anos, tivemos contato com pessoas que tentaram o suicídio como forma de dar fim ao sofrimento, através do desenvolvimento de atividades voluntárias como estudante de psicologia, e, isso, despertou-nos o interesse em desenvolver a pesquisa voltada para serviços de saúde pública que visam à prevenção de tais

comportamentos e a promoção de saúde. Percebe-se a relevância do tema, uma vez que o número de tentativas de suicídio tem aumentado em nossa sociedade, como aponta dados da OMS (2000) e, a pesquisa poderá ampliar a discussão no espaço acadêmico e entre os profissionais da Atenção Básica da Saúde e sociedade, principalmente no que se refere à prática dos psicólogos.

Acredita-se que no decorrer da pesquisa, possíveis respostas possam ser encontradas para a problemática levantada. Tais como, o fato de a pessoa que chega até o serviço, ser encaminhada ao psicólogo nos padrões do atendimento clínico tradicional, após já ter passado por outros profissionais, como, por exemplo, o médico psiquiatra. A falta de diálogo e de troca de saber para a elaboração de práticas conjuntas, envolvendo a sociedade na discussão e no planejamento das atividades ligadas a saúde, é justificada pelo excesso de atividades dos profissionais que compõe a equipe de saúde, bem como, pela falta de apoio dos gestores municipais, estaduais e federais para a efetivação de ações, segundo os preceitos da clínica ampliada preconizado na política nacional de saúde. Com isso não se pretende afirmar que seja justa tal explicação, mas apenas chamar atenção para as diversas variáveis que envolvem a análise das atuais práticas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE BRASILEIRA - O CONCEITO DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO

No passado a maneira de atuar em saúde no Brasil foi permeada pelo fazer médico que enfatizava o prevenir e o curar doenças. Vemos isso no decorrer da história da saúde brasileira, principalmente no período, em que poucos tinham acesso à saúde, época marcada pelo medo da contaminação da dita peste da febre amarela entre outras doenças, que de certa forma assombravam os governos. Estes por sua vez, incentivaram os médicos higienistas a ocuparem cargos públicos, em troca de trabalhos voltados a criação de estratégias que combatessem tudo o que pudesse disseminar doenças e pestes pela cidade. Assim sendo, os médicos divulgavam “regras básicas de higiene” que na sua maioria, levava “ao isolamento das pessoas atingidas por moléstias infecto-contagiosas e dos pacientes considerados perigosos para a sociedade” (BERTOLLI FILHO, 2003, p.14). Através destas práticas, deu-se início a internação compulsória das pessoas que tinham alguma doença contagiosa e daquelas consideradas doentes mental (BERTOLLI FILHO, 2003).

No período que ficou conhecido como República Velha (1889-1930), o Brasil estava sendo governado por grandes latifundiários, capitalistas, que visavam o lucro e a expansão das atividades comerciais; e estas não poderiam ser afetadas pelas ditas doenças venéreas, que contaminavam não só as pessoas como tudo o que estivesse em contato com as mesmas. Com “as novas perspectivas abertas pela medicina europeia” e os desejos de superar as pestes, “o Serviço Sanitário paulista” foi renovado, tornando-se “a mais sofisticada organização de prevenção e combate às enfermidades do país, servindo de modelo para outros estados” (BERTOLLI, 2003, p.16).

Segundo Polignano (s.d, p.5) este período ficou conhecido como “campanhista”, pela repressão feita ao povo para aderir às campanhas de vacinação. Desta época originou o termo de prevenção assistencialista, e neste sentido, Foucault em seu livro “A Arqueologia do saber” nos ajuda a refletir sobre o surgimento dos conceitos, descrevendo-os como “um conjunto de enunciados, na medida em que se apoiem na mesma formação discursiva”; este conjunto é limitado a certo número de

enunciados, além de ser “histórico – fragmento de história, unidade e descontinuidade na própria história, que coloca o problema de seus próprios limites, de seus cortes, de suas transformações, dos modos específicos de sua temporalidade, e não de seu surgimento abrupto em meio às cumplicidades do tempo” (FOUCAULT, 2009, p. 132-133).

Portanto, o período conhecido como campanhista e as práticas de controle através da vacinação surgem num momento em que se faz necessário a produção e reprodução de discursos voltados para a ordem social e garantia da produtividade para o crescimento social e econômico do Brasil. Nesse sentido, a produção e reprodução de discursos e práticas vão ao encontro do conceito foucaultiano acima descrito, preservando dele a ideia de historicidade, temporalidade, rupturas, cortes e continuidade que se faz presente ao longo dos tempos em diferentes sociedades, fazendo acontecer as práticas em meio a um campo de forças.

Pode-se dizer que no período das campanhas, o olhar estava voltado para a doença, sendo que era mínima ou inexistente a preocupação com o sujeito que se encontrava doente. Outra marca é a revolta deixada na população pela destruição em nome do “prevenir” que ao invés de aproximar as pessoas das ditas medidas de proteção, afastavam-nas ainda mais desse tipo de cuidado. Os agentes sanitaristas como eram conhecidos, procuravam as pessoas nas ruas, nos hospitais, nas empresas, bares, invadiam suas casas em busca dos propagadores de doenças. As pessoas não eram respeitadas em sua privacidade, sendo que em nome da lei, a vida não era levada em conta, pois visavam apenas fiscalizar; e os que se recusassem ser examinados eram severamente punidos e ameaçados de serem presos (BERTOLLI FILHO, 2003).

Importante ressaltar que além das doenças endêmicas, das campanhas sanitárias, surgiu neste período instituições científicas que influenciavam “na formação de uma comunidade científica e no estabelecimento de políticas de saúde” (PAIM, 2011, p. 29). Estes estudos eram voltados para doenças específicas, como por exemplo, a febre amarela, isto acontecia mais ou menos na década de 1930.

Nesse período (aproximadamente, de 1930 a meados do ano 1950) o Ministério da Saúde, ainda não existia. A saúde era vista como caso de polícia e não como questão social; havia uma preocupação com a transmissão de germes e bactérias nos produtos de exportação; procurava-se “manter e recuperar a saúde por meio de

intervenções assistenciais, principalmente' as que eram feitas 'pela assistência médica', o que contribuiu com a "concepção de saúde e doença" ligada a incapacidade do sujeito realizar suas atividades produtivas (PINHEIRO, 2001, p. 103); em contrapartida ao modelo médico assistencialista, Mattos (2001), ressalta que aquele profissional que tem a integralidade como um de seus nortes de trabalho, precisa "escapar aos reducionismos", isto é, precisa-se estabelecer uma relação de sujeito para sujeito, garantindo o direito ao acesso à saúde como um todo; o órgão que se preocupava com as questões ligadas a saúde era o Ministério da Justiça e Negócios Interiores, (PAIM, 2011), por visar às necessidades econômicas, de importação e exportação de produtos, principalmente do café (CARVALHO; PETRIS e TURINI, 2001). No ano de 1953 foi instituído o Ministério da Saúde (MS), passando a ser o órgão que se preocupava com a saúde pública (PAIM, 2011).

Cabe ressaltar que entre o período de 1900 a 1960 o modelo vigente em saúde era o sanitarismo campanhista. Após o golpe militar de 1964, devido à repressão que se instalou, a retomada da participação da população nas decisões que diziam respeito à democratização dos serviços públicos foi timidamente surgindo e com a conhecida era Vargas, a saúde pública no Brasil tomou outro rumo. Nas décadas de 1970 e 1980 a participação popular se dá através de movimentos e organizações (associações de médicos, sindicatos de trabalhadores, acadêmicos, movimentos ligados a igreja, etc.) com o objetivo de tencionar os dirigentes governamentais no sentido de elaborar políticas que sustentassem as práticas sanitárias e o que mais envolvesse a melhoria do sistema de saúde. Com a participação das pessoas nos diferentes grupos, originou-se as organizações da sociedade civil, que foi de grande valia para as propostas levadas à VIII Conferência de Saúde, que ocorreu no ano de 1986 em Brasília, que deu as bases para a formalização do novo sistema de saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta conferência foi apontada a necessidade de garantir constitucionalmente a saúde para todos (CARVALHO; PETRIS e TURINI, 2001). Este novo sistema de saúde o SUS, foi preconizado pela Lei 8.080/90 e posteriormente complementada pela Lei 8.142/90 (PAIM, 2011).

Segundo a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2014, p.12-15):

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de

outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor [...] sobre sua regulamentação, fiscalização e controle [...].

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...].

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada [...] [que] poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde [...]

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da

produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como

bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

O SUS está pautado pelos seguintes princípios: da universalidade, que garante que a saúde é um direito de todo cidadão e um dever do estado, sendo um sistema aberto a toda a população; da integralidade, sendo este um de seus mais importantes princípios, por atentar as necessidades de cada pessoa, de cada grupo mesmo sendo a minoria em comparação com o total da população; e o princípio de equidade que visa à diminuição das disparidades sociais e regionais existentes no Brasil (BRASIL, 2000).

A política do SUS expressa pelos seus princípios doutrinários, ainda que tenha uma concepção complexa do processo saúde doença, no sentido de enfatizar a amplitude do tema e os diversos fatores que lhes são transversais, ainda hoje, sofre com os resquícios do modelo médico assistencialista, o que trouxe várias críticas negativas, pois muitos ainda exigem uma assistência às pessoas, sem implicá-las no processo de construção de saúde.

Refletindo sobre a concepção assistencialista buscaremos arejar a discussão com o pensamento de Foucault (1984) que aponta os problemas sociais existentes na sociedade são de responsabilidade do governo, não sendo este de cunho político partidário, mas de uma ação conjunta em que se criam estratégias circulares, não verticalizadas e sim de pluralidades de práticas sociais que envolvam diferentes

saberes na construção de subjetividades e preocupados com os acontecimentos possíveis da humanidade.

Ou a reforma é elaborada por pessoas que se pretendem representativas e que têm como ocupação falar pelos outros, em nome dos outros, e é uma reorganização do poder, uma distribuição do poder que se acompanha de uma repressão crescente. Ou é uma reforma reivindicada, exigida por aqueles a que ela diz respeito, e aí deixa de ser uma reforma, é uma ação revolucionária que por seu caráter parcial está decidida a colocar em questão a totalidade do poder e de sua hierarquia (FOUCAULT, 1992, p. 72).

Portanto, uma das possibilidades de entender os princípios doutrinários da integralidade e da participação popular pode ser através da “chave” teórica foucaultiana, uma vez que busca a implicação dos usuários do SUS na construção de políticas de saúde e na compreensão do processo saúde doença em sua amplitude e complexidade, ao olhar o sujeito em seu todo, através da oferta dos serviços em rede territorializada, regionalizada e hierarquizada, bem como em interface com outros campos que são transversais ao campo da saúde como a assistência social, a educação, a justiça, a cultura, o esporte, o lazer, dentre outros.

Por rede de saúde, se “supõe certa ligação ou integração entre os serviços, evitando que fiquem dispostos de forma isolada” (PAIM, 2011, p.48), facilitando assim, a comunicação entre os diversos setores e esferas de saúde, municipal, estadual e federal, possibilitando a organização em forma de rede hierarquizada. Neste sentido, Segundo Carvalho; Petris e Turini,

rede hierarquizada, significa que os serviços de saúde estão organizados de uma forma tal que a porta de entrada para o atendimento deverá ser o Posto ou o Centro de Saúde, e que haverá, a partir dele, uma série de serviços (policlínicas, Hospitais Gerais e Hospitais Especializados) de complexidade cada vez maior em termos de capacidade de resolução de problemas de saúde. Assim, o cidadão ao ser atendido num Posto ou Centro de Saúde poderá ter a garantia de percorrer um caminho seguro e orientado pelos profissionais que fizeram o primeiro atendimento, e resolver o seu problema no nível compatível (2001, p. 106).

Com o passar dos tempos, os nomes de Postos ou Centros de Saúde foram sendo substituídos por Unidades Básicas de Saúde, atendendo ao modelo vigente de saúde brasileira, “em níveis de complexidade crescentes de ações de saúde e com tecnologia adequada em cada nível de complexidade, com um fluxo de referência e contra referência” (BERTUSSI, OLIVEIRA e LIMA, 2001, p.134), o que visava possibilitar a comunicação nos diversos estabelecimentos de saúde (unidades de saúde, ambulatorios, laboratórios, hospitais, entre outros), uma vez que a Atenção Básica funciona como porta de entrada para o primeiro atendimento do sujeito com

os demais níveis de assistência à saúde, ficando conhecida pela Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica à saúde (veremos logo mais o caminho das conferências que marcaram este conceito em saúde, assim como, a localização da atenção secundária e terciária e como estes estão interligados). Até então a saúde era organizada de forma hierarquizada, piramidal, dificultando o acesso e não tinha população adscrita e posteriormente foi organizada em rede facilitando, assim, a comunicação (MENDES, 2011); e objetivando a descentralização dos serviços básicos de saúde e o atendimento do sujeito em sua integralidade (PAIM, 2011), porém, é de responsabilidade das esferas municipal e estadual a eficácia da efetivação das ações do SUS, seguindo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 2000).

A descentralização, segundo Paim (2011, p.49) “busca adequar o SUS à diversidade regional de um país continental, como o Brasil, com realidades econômicas, sociais e sanitárias muito distintas”. O atendimento integral do sujeito, além de “promoção, proteção e recuperação da saúde” prioriza atividades preventivas, com intuito de evitar “que as pessoas adoçam, se acidentem ou se tornem vítimas de outros agravos” (PAIM, 2011, p. 50). A integralidade é compreendida como cuidado integral do sujeito, ou seja, é um conjunto de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, tanto em nível individual como no coletivo, com atenção a cada caso. Envolve a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistências a doentes, implicando numa sistematização de conjuntos de práticas que visa o enfrentamento dos problemas e o atendimento das diversas necessidades em saúde (BRASIL, 2000). No que se refere à participação da comunidade, esta diretriz, orienta a participação da população, de forma democrática nos serviços e decisões ligadas à saúde; e também assegura o controle social sobre o SUS e outras políticas sociais (PAIM, 2011).

Durante a realização da Conferência Nacional de Saúde Mental que aconteceu no ano de 1987, já era enfatizada a necessidade de implantar equipes multiprofissionais na rede básica de saúde e nos hospitais que ofereciam serviços ambulatoriais, para que fosse revertido o modelo assistencial organicista e medicalizante que havia até então nos serviços de saúde, com o objetivo de propiciar uma visão integral do sujeito, assim como rever as práticas preventivas e educativas (DIMENSTEIN, 1998).

Buscou-se, numa das cartilhas que orientam o trabalho na saúde mental, compreender como este acontece o trabalho na Atenção Básica, enfatizando que esse nível de atenção a saúde tem como um de seus importantes princípios, facilitar o acesso das pessoas, sobretudo aquelas que necessitam de cuidados em saúde mental; isso acontece nas Unidades Básicas de Saúde, nas Unidades da Saúde da Família; e quando necessário direcionar para os outros níveis da atenção a saúde como os Centros de Atenção Psicossocial, as clínicas especializadas, as Unidades de Pronto Atendimento, os Pronto Socorros anexos aos hospitais, entre outros; fazendo o entrelaçamento dos diversos dispositivos da rede nos outros níveis de atenção, a saber: secundário e terciário (BRASIL, 2013). Este entrelaçamento tende a possibilitar uma comunicação entre diferentes profissionais e usuários do sistema e vice e versa, pois em todos os setores aparecem pessoas que se encontram em sofrimento psíquico e demandam cuidados em saúde mental.

Na Atenção Básica não raro os profissionais sentem dificuldades e se esbarram nas dúvidas, mas também se abrem para conhecer novos caminhos e novas formas de estabelecer e efetivar práticas de saúde mental neste nível de atenção, como profissionais que se colocam a disposição para cuidar e ouvir o sujeito que apresenta algum tipo de sofrimento psíquico.

Portanto vê-se o delineamento de uma prática pautada em outra lógica que não a curativa, pois, crescem discussões acerca dos conceitos de prevenção de doenças e promoção da saúde. Reportamo-nos neste momento a algumas conferências internacionais que desenvolveram estudos e documentos a respeito do conceito de promoção à saúde. A primeira conferência de atenção primária a saúde, conhecida com a Declaração de Alma-ata que aconteceu no ano de 1978 e foi realizada pelas Organizações das Nações Unidas (ONU), enfatizando que a saúde é um estado completo de bem estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doenças. Além disso, afirma que a saúde é um direito humano fundamental, buscando com isso consolidar a necessidade do desenvolvimento de práticas na lógica da Atenção Primária a Saúde no mundo inteiro, num espírito de cooperação técnica conforme nova ordem econômica internacional (BRASIL, 2000).

Aconteceram outras conferências internacionais “entre 1986 e 1991, em Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsval (1991),” nestas foram estabelecidas “as bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde” (BUSS, 2003, p.15).

No relatório final da conferência de Ottawa, há cinco campos centrais de ação, para a promoção da saúde, Buss organiza da seguinte maneira :

- elaboração e implementação de 'políticas públicas saudáveis';
- criação de 'ambientes favoráveis a saúde';
- reforço da 'ação comunitária';
- desenvolvimentos de 'habilidades pessoais';
- 'reorientação do sistema de saúde'(2003, p. 26).

A carta da Conferência que aconteceu em Adelaide no ano de 1988, deu ênfase às políticas públicas saudáveis e definiu quatro áreas prioritárias para a promoção da saúde. São elas:

- Apoio à saúde da mulher;
- Alimentação e nutrição;
- Tabaco e álcool;
- Criação de ambientes favoráveis (BUSS, 2003, p. 28).

Na conferência de Sundsval que aconteceu na Suécia em 1991, foi enfatizada a criação de ambientes favoráveis à saúde. Esta conferência foi a primeira a discutir “a interdependência entre a saúde e ambiente em todos os seus aspectos” não só na “dimensão física ou ‘natural’ mas também às dimensões, social, econômica, política e cultural” (BUSS, 2003, p. 29).

Neste sentido, Buss e Pellegrini Filho (2007) chamaram a atenção para a identificação dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) como um modo de examinar "possibilidades de intervenções de políticas e programas voltados para o combate às iniquidades de saúde" (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 77). Os autores postulam que, para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS),

os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78).

Referindo-se as ações preventivas, Czeresnia (2003) as definem como “intervenções orientadas para evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações” (p.45).

Quanto ao conceito de promoção, Czeresnia postula que,

A idéia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Promoção, nesse sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como à utilização o conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos (2003, p. 47- 48).

Enquanto no Brasil ensaiava-se a instalação de um novo sistema de saúde, percebe-se que em alguns países já existiam ações voltadas para a atenção básica à saúde. Com isso, a Política Nacional de Atenção Básica descreve e determina como Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser organizada no Brasil. Criam-se diretrizes e fundamentos para a organização da APS no País segundo parâmetros para a estruturação do Sistema de Saúde. A APS ou Atenção Básica à Saúde (ABS), como é chamada no Brasil, tem como proposta a construção de um sistema de atenção integral cujas bases se iniciam no território (BRASIL, 2006a).

A organização da Rede de Atenção em Saúde (RAS) no âmbito do SUS foi normatizada através da Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, (BRASIL, 2010a), em consonância com as Leis 8.080/90 e 8.142/90 que regulamentam o SUS, assim como, do Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 “que regulamenta a lei 8.080/90 e cria as Regiões de Saúde” (BRASIL, 2011, [s.p]).

Em 21 de outubro do ano de 2011 a Atenção Básica foi reorganizada, através da Portaria 2.488,

A Atenção Básica caracteriza-se como porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de Saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Desenvolve-se com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL 2013, p. 19)

Sendo a Atenção Básica considerada como porta de entrada, onde o sujeito recebe seus primeiros atendimentos, tem ao mesmo tempo capacidade para resolver outras necessidades de saúde, que por vezes, vão além de uma intervenção curativa individual, chamadas de necessidades básicas de saúde, (HARTZ apud BERTUSSI, OLIVEIRA, LIMA, 2001). Essas necessidades são conhecidas por demandas relacionadas com ações clínicas; segundo Bertussi, Oliveira e Lima, são classificadas como:

1. Demandas Sanitárias:
 - saneamento do meio;
 - desenvolvimento nutricional;
 - vacinação;

- informação em saúde.
- 2. Demandas por ações clínicas:
 - de vigilância epidemiológica: promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças de relevância epidemiológica;
 - tipicamente clínicas: promoção à saúde, prevenção, tratamento e recuperação de quadros muito frequentes, com apoio de técnicas diagnósticas e terapêuticas que usam menos equipamentos, mas exigem sofisticadas sínteses de saberes e completa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas (2001, p. 136).

A Atenção Básica compõe-se de uma diversidade de ações que tem como pressuposto básico o sujeito em sua integralidade, incluindo aí a inserção social e cultura que são constituintes de sua singularidade. Trata-se de um modelo de atenção a saúde que visa atingir uma forma de bem atender a população em suas necessidades. A proposta fundamental da ABS é de ser porta de entrada para o sistema da saúde, ou seja, o usuário precisa se dirigir primeiramente a uma unidade Básica de Saúde, pois é através deste serviço, que a pessoa deve ser atendida em sua integralidade, e a equipe de saúde o acompanha em seu todo. Busca atender o usuário não só no que tange a doença, mas com enfoque educativo no que diz respeito à prevenção de doenças, a promoção da saúde, contribuindo desta forma, para o seu bem estar e a busca de qualidade de vida (BRASIL, 2012).

Para a efetivação das ações previstas no Programa Agente Comunitário iniciado no ano de 1991, e o Programa da Saúde da Família (PSF) que surgiu em 1994, deram origem a Estratégia de Saúde à Família (ESF) como forma de reorganização da Atenção Básica (BRASIL, 2012). A ESF, assim denominada por definir e agrupar ações para a atenção básica vem se consolidando como uma forma primordial de ampla abrangência da ABS, visando alcançar a população em geral, independente de classe e poder econômico, estabelece vínculos entre a equipe de profissionais de saúde e a população (BRASIL, 2012).

A ESF é uma modalidade de atendimento, podendo ser implantada pelos municípios nas Unidades de Saúde, antigos Centros ou Postos de Saúde. Estas, geralmente são localizadas perto da população, ou seja, nos bairros onde as pessoas residem. A Equipe de Saúde da Família é composta pelos seguintes profissionais, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário da Saúde. Essa não é uma regra fixa, pois uma vez identificada a necessidade de outros profissionais para compor a equipe; sendo essa necessidade definida de acordo com as demandas dos usuários e as características da região adscrita, pode-se por exemplo, acrescentar outros profissionais como psicólogos, dentistas, fisioterapeutas, e assim a equipe de

saúde da família pode ser ampliada em termos de diversidade de campos de saberes, através dos profissionais que a compõem (BRASIL, 2000).

Com o objetivo de ampliar a abrangência e a finalidade das ações da Atenção Básica, foram criados Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estes “são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento” que precisam atuar de forma integrada, apoiando os profissionais de Saúde da Família, da Atenção Básica a fim de compartilhar as práticas e saberes em saúde nos territórios de abrangências dos NASFs, atuando com práticas de apoio matricial às equipes das Unidades nas quais estão vinculados através planejamento para a orientação de regionalização de cada município (BRASIL, 2009b, p. 20).

As características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica são:

- I - definição do território de atuação das UBS;
- II - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutive à demanda espontânea;
- III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;
- IV - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;
- V - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;
- VI - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;
- VII - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;
- VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;
- IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e
- X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social (BRASIL, 2006a p.s 18-19).

O cuidado do usuário, nessa perspectiva, nos reporta as palavras de Michel Foucault, quando ele se refere à necessidade de olhar para o sujeito como processos constituintes, ou seja, permeado pelas práticas sociais, que de certa forma contribuiu para sua constituição e valoriza os diferentes saberes. O autor enfatiza que,

É preciso se livrar do sujeito constituinte, livrar-se do próprio sujeito, isto é, chegar a uma análise que possa dar conta da constituição do sujeito na trama histórica. É isto que eu chamaria de genealogia, isto é, uma forma histórica que dê conta da constituição dos saberes, dos discursos, dos domínios de objeto, etc., sem ter que se referir a um sujeito, seja perseguindo sua identidade vazia ao longo da história (FOUCAULT, 1985, p.7).

Cecilio (2001) ao escrever sobre os princípios de integralidade e equidade traz um importante conceito, que é o das necessidades de saúde, este por sua vez, busca potencializar as ajudas ofertadas pelos profissionais de saúde, através de uma melhor escuta das pessoas que buscam “cuidados em saúde” (p. 113). A partir das contribuições adquiridas de Stoz (1991), Cecilio (2001) aponta duas que contribuem com as discussões que o autor tem feito sobre as necessidades de saúde. São elas: “aquela que reconhece que, as necessidades de saúde são social e historicamente determinadas” podendo ser “captadas e trabalhadas em nível individual”; a outra contribuição diz respeito “a adoção de alguma taxonomia de necessidade de saúde” (CECILIO, 2001, p. 114). Explicando o conceito de taxonomia, o autor postula que “trabalha com a idéia de que as necessidades de saúde poderiam ser apreendidas, de forma bastante completa” (p.114).

Cecilio (2001) divide estas necessidades em quatro conjuntos de categorias: o primeiro diz respeito a se ter “boas condições de vida” (p.114); o segundo de ter acesso e de poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhor e prolongar a vida “(p.114); o terceiro, “diz respeito à insubstituível criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional” e como quarto, ressalta a importância de o sujeito que busca o serviço de saúde, necessita ser orientado quanto ao seu direito, isto é, cada pessoa precisa buscar meios de levar a vida da melhor forma, buscando no território tudo que pode levar a uma vida saudável (CECILIO, 2001, p. 115). Portanto a ESF ao enfatizar necessidades da população adscrita a um território, tende a buscar o resgate do sujeito em sua constituição na trama societária. Essas categorias são passíveis de serem trabalhadas no âmbito do SUS nos processos de educação em saúde, visando à sensibilização para a manutenção de boas condições de saúde, sendo utilizado o recurso da aprendizagem não somente na vida cotidiana.

A atenção à saúde sob essa lógica que abarca o sujeito em sua totalidade e integralidade exige uma nova concepção da clínica, conhecida como clínica ampliada. Esta concepção refere-se a um modelo de fazer clínica buscando um atendimento integral do sujeito através do serviço interdisciplinar pautados num mesmo nível hierárquico. Esse modelo pressupõe o trabalho e o cuidado realizado a partir de equipes multiprofissionais, que visam a concepção ampliada de saúde, que vai além da ausência de doenças; enfatizando o compartilhamento de saberes com as equipes

das Unidades Básicas de Saúde, e realizando atendimentos ao usuário aonde ele se encontra (BRASIL, 2009b). A Equipe de Referência é mais uma forma que complementa o trabalho do cuidado integralizado, pois tem como objetivo primordial acompanhar o sujeito em sua singularidade, sendo elo de relação deste com os demais profissionais de saúde, bem como, de seus familiares e outros setores de saúde, como por exemplo, o hospital; buscando apoio sempre que necessário com as equipes de matriciamento que realizam atividades em conjunto; discutem casos e planejam ações individuais ou coletivas, o que é denominado como Projeto Terapêutico Singular (PTS), sendo:

um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com Apoio Matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo, é uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação no tratamento dos usuários. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, consequentemente, para definição de propostas de ações (BRASIL 2009b, p. 39),

Neste sentido, o PTS se atenta às necessidades que surgem e mudam a cada momento na trajetória do cuidado da saúde do sujeito que vai além do tratamento da saúde, englobando na análise do caso clínico a posição do sujeito na trama social, sendo desenvolvido em conjunto com o sujeito envolvido, o que potencializa sua implicação na busca do melhor jeito para fazer “andar a vida”; e os casos complexos são encaminhados para outros serviços especializados em saúde ou até mesmo para internação, sendo acompanhado pelo profissional de referência.

Estes serviços de especialidades em saúde englobam os níveis de média e alta complexidade. Os níveis de média complexidade são atendidos nos ambulatórios de especializações em saúde, nos Centros de Atenção Psicossocial, cujas práticas são de profissionais especializados, como por exemplo, médico ortopedista, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, entre outros. Este nível é conhecido como atenção secundária. Já os casos de alta complexidade, são encaminhados para os hospitais, por demandarem de alta tecnologia para o atendimento, como por exemplo, cirurgias e atenção oncológica, este nível é conhecido como atenção terciária (PAIM, 2011).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) fazem parte da rede de atendimento à saúde do Sistema Único da Saúde (SUS), sendo um serviço de nível secundário de atenção à Saúde.

Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004, p. 13).

As práticas em saúde mental, que podem acontecer em todos os níveis de ação aos cuidados em saúde (Atenção Básica – UBS, USF; Atenção Secundária – CAPS, clínicas de especialidades; Atenção Terciária – Hospitais), precisam buscar novas possibilidades de intervir junto ao usuário que as procura. Estas intervenções em saúde mental,

...devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde.

Os profissionais de Saúde realizam diariamente, por meio de intervenções e ações próprias do processo de trabalho das equipes, atitudes que possibilitam suporte emocional aos pacientes em situação de sofrimento (BRASIL, 2013, p. 23).

A Política Nacional de Humanização à Saúde (PNHS), que sugere que haja entre os profissionais, troca de saberes, trabalho em equipe, estudos e planejamentos de atividades conjuntas que envolvem profissionais de saúde, gestores e usuários (BRASIL, 2006c), reforçam a lógica da integralidade, da equidade e conseqüentemente da visão do processo saúde doença como constituído historicamente. São princípios norteadores da Política de Humanização:

- Valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às reivindicações de gênero, cor/etnia, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (populações negras, do campo, extrativistas, povos indígenas, remanescentes de quilombos, ciganos, ribeirinhos, assentados, etc.);
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; Fortalecimento do controle social, com caráter participativo, em todas as instâncias gestoras do SUS;

- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente;
- Valorização da ambiência, com organização de espaços de trabalho saudáveis e acolhedores (BRASIL, 2006c, p. 17-18).

Os princípios da PNHS poderão facilitar o acesso ao “atendimento de demandas espontâneas por meio de práticas de acolhimento” (BRASIL, 2010b, p. 21), a transição do usuário pelos diferentes eixos de ação à saúde, promovendo o fortalecimento de “vínculos terapêuticos e corresponsabilização” (BRASIL, 2010b, p. 21), possibilitando novas formas de agir e de se inserir no serviço à saúde.

No próximo tópico buscaremos realizar uma reflexão sobre a atuação do psicólogo na Atenção Básica à saúde, vejamos o caminho que foi percorrido pela mesma com o propósito de compreendê-la e analisá-la, já que se trata de um dos objetivos deste estudo.

2.2 A INSERÇÃO DA PSICOLOGIA NO SERVIÇO PÚBLICO A SAÚDE

A psicologia marcou sua história, inserindo-se em instituições públicas e privadas de ensino-saúde, contribuindo com a mudança que ocorreu tanto na forma de pensar, gerir, organizar e implantar uma nova modalidade da saúde pública brasileira.

Enquanto profissão no Brasil, a psicologia tem apenas cinquenta e dois anos. Foi regulamentada pela Lei Federal de número 4.119 no de 1962. No ano de 1964, através do decreto de número 53.464 do Conselho Nacional de Educação que a formação em psicologia e o exercício do profissional de psicologia foram reconhecidos no Brasil (DIMENSTEIN, 1998). Mesmo antes do reconhecimento, já existiam psicólogos marcando a história da profissão no Brasil. Após a regulamentação, a atuação do psicólogo se dava nas seguintes áreas, clínica, escolar, industrial e magistério (DIMENSTEIN, 1998).

Com o aumento do número de pessoas formadas em psicologia houve a pressão do mercado de trabalho, que impulsionou os profissionais para outros campos de atuação. Nesse processo a psicologia foi aos poucos se inserindo em ambientes de saúde. Dimenstein (1998) relata que na década de 70 houve um maior contingente de psicólogos nas instituições públicas no Brasil. Segundo a autora, os fatores que marcaram a entrada do psicólogo em instituições públicas da saúde foram:

1. O contexto das políticas públicas de saúde do final dos anos 70 e da década de 80 no que se refere à política de recursos humanos;
2. A crise econômica e social no Brasil na década de 80 e a retração do mercado dos atendimentos privados;
3. Os movimentos da categoria na tentativa de redefinição da função do psicólogo na sociedade;
4. Difusão da psicanálise e psicologização da sociedade (DIMENSTEIN, 1998, p.56).

Outro aspecto que marca a trajetória da inserção da psicologia na saúde pública, é a luta do Movimento Sanitário no final da década de 70 e no decorrer dos anos 80, que contribuiu para com a construção de políticas públicas; e fez surgir um novo modelo assistencial a saúde da população, o SUS. Buscou-se envolver toda a sociedade nas discussões a respeito da saúde, através da participação popular. Nesta época, os psicólogos já atuavam em Unidades Básicas de Saúde (DIMENSTEIN, 1998).

Com o marco histórico da 8ª Conferencia Nacional da Saúde que aconteceu no ano de 1986, o trabalho dos profissionais da saúde teve um novo rumo, a inserção se deu em diferentes espaços, como por exemplo, Unidade Básica de Saúde, Unidade Regional, assim como, nos Centros de Atenção Psicossocial. A atuação desses profissionais foi sendo pautada por políticas públicas que vêem a saúde como um direito de todos e dever do Estado, que visa “a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2003, p.22).

O trabalho realizado pelos psicólogos, segundo Conselho Federal de Psicologia

é desenvolvido em diferentes contextos dependendo da demanda e pelas realidades locais: a) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); b) nos NASF; c) nos ambulatórios de hospitais; d) nas escolas; e) nos serviços públicos ligados a outras secretarias; f) em órgãos ligados ao poder judiciário; g) na comunidade (2010, p. 15).

As ações são voltadas para o atendimento psicológico individual, atendimento psicológico em grupo, grupos terapêuticos, grupos temáticos, grupos de acolhimento, visitas domiciliares, palestras, capacitações, orientação, oficinas, articulação da rede e matriciamento da Estratégia da Saúde da Família, reuniões e discussões de casos, entre outras ações (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010).

O estudo realizado por Spínk (2006) sobre a psicologia inserida no SUS aponta que a presença de psicólogos no sistema público de saúde é pequena. Ainda nesse estudo, a autora aponta que o maior número de profissionais de psicologia que

trabalha no SUS, está localizado na região Sudeste do País, entretanto, é um campo de trabalho que carece da atuação de psicólogos, sobretudo àqueles que se engajam com compromisso social, contribuindo com a subjetivação do sujeito no serviço à saúde pública. Quanto às demandas, a autora descreve que o quadro depressivo ocupa o primeiro lugar, seguido da ansiedade e angústias. Fatores esses, que contribuem para o desenvolvimento da ideação, e por vezes, conseqüente ato suicida.

A psicologia era conhecida por sua forma de atendimento pautado na clínica tradicional, com modelo psicanalítico e o olhar voltado para o sujeito individualizado. Desta forma, fez-se necessário a ampliação do conceito de clínica, não somente voltado para o cuidado das doenças orgânicas, mas uma clínica ampliada, que se volta para todos os aspectos que envolvem a vida do sujeito, em sua integralidade.

Dimenstein (1998) reforça que:

Para que isso ocorra é preciso desinstitucionalizar nossos saberes e práticas, nossa formação acadêmica, questionando as formas instituídas que atravessam nossos cursos e que produzem um saber sobre o outro, tomado como verdade absoluta, e que nos servem mais como instrumento de poder e controle social (p.77).

Ainda Segundo Dimenstein (2001):

[...] a entrada do psicólogo nas instituições públicas de saúde, apesar de ter ampliado seu campo de trabalho, parece não ter alterado os modelos teóricos e práticos que fundamentam sua atuação. Ou seja, não houve uma contextualização, revisão ou até mudança nas suas formas tradicionais de atuar. Daí, sua dificuldade em construir novas práticas voltadas para a produção social da saúde e da cidadania, práticas comprometidas com o bem-estar social (p. 59-60).

Portanto, ainda que se fizessem necessários abrir as comportas dos saberes para buscar a complementação através de outros olhares que dessem conta do homem em sua complexidade, o que ocorreu num primeiro momento foi uma grande dificuldade do exercício da prática conjunta, ou seja, do entrelaçamento dos diferentes saberes que contribuem com a análise do sujeito, sua inserção social e o processo saúde doença como historicamente constituído. Tomada pelo modelo tradicional (clínica individual), a psicologia assemelhava-se as práticas do modelo curativo e assistencialista, descontextualizada da realidade do sujeito e mais voltada para o setor dos atendimentos privados, o que contribuiu com “o paradigma hegemônico da profissão” (DIMENSTEIN, 2001, p. 59). Esse é um nó na rede de atenção a saúde que ainda precisa ser desatado para que se faça fluir o conhecimento e as práticas conjuntas.

Ao se tratar de práticas comprometidas, Dimenstein (2001), enfatiza que o compromisso social, diz respeito à atuação do profissional que é capaz de agir e refletir sua ação, ocupar uma posição e contribuir com o processo de mudança de paradigmas, ajudando o sujeito a se comprometer com a transformação pessoal, social na área da saúde, como via de promover saúde. A importância do compromisso social para uma boa atuação dos psicólogos na saúde se dá pelo fato de a mudança produzir no sujeito um comprometimento com a qualidade de vida, que ocorre no decorrer do processo e afeta também a sociedade, pois uma vez que o profissional de psicologia souber ocupar seu espaço e fazer valer seu saber sem se colocar numa posição exclusiva de poder, e sim de dialogar com os demais profissionais, contribuirá, com a humanização do serviço e da relação das pessoas/usuários com os profissionais e vice e versa nos aspectos que envolvem o serviço na saúde pública (DIMENSTEIN, 2001).

Por conseguinte, o psicólogo ao se inserir nas instituições públicas de saúde, necessita não somente ampliar as possibilidades de novas atuações neste âmbito de serviço, como provocar alterações nos “modelos teóricos e práticas que fundamentam sua atuação” (DIMENSTEIN, 2001, p.59), uma vez que novas práticas suscitam a necessidade de novas construções teóricas e conseqüentemente o compartilhamento das mais novas produções de conhecimentos.

Ao identificar os fatores que dificultam o comprometimento do psicólogo, Dimenstein (2001), constatou que os profissionais atribuem as dificuldades ao baixo salário que recebem na saúde como ponto mais significativo. Aspectos como infraestrutura adequada, recursos materiais e condições adequadas também foram elencadas como dificuldades.

Quanto aos fatores que facilitam o comprometimento do psicólogo com o trabalho, foi evidenciada a importância da “identificação com o trabalho, às características de personalidade e valores éticos-morais”. O profissional sente-se realizado com a escolha feita, identificando-se com a causa pela qual trabalha e isso de certa forma, diz muito de sua personalidade, por exemplo, quando um profissional mantém bom relacionamento com os demais colegas e desenvolve seu trabalho pautado na ética de sua profissão, reconhece os próprios direitos e deveres, assim como, os direitos e deveres das demais pessoas (DIMENSTEIN, 2001, p. 61).

Um dos aspectos relevantes da pesquisa feita por Dimenstein é o fato de que a maneira de atuar do psicólogo inserido em saúde coletiva, não está “sendo devidamente questionada dentro da própria categoria em termos de adequação e efetividade social” (2001, p.62). Atribui isso a uma crença na teoria e na técnica, o que pode impedir de buscar novas formações que o ajudem a atuar de maneira contextualizada e atualizada.

Em pesquisa feita com psicólogos que atuam em UBS do município de Vitória/ES, Ângela Nobre de Andrade, afirma que existe um predomínio na reprodução de práticas psicológicas tradicionais, definidas por ela como epistemicídio técnico/científico. A autora postula que entre as atividades realizadas pelos psicólogos, existem iniciativas de “propostas diferenciadas, porém ainda pontuais e marginais em que psicólogos mais crítico/éticos experimentam ações criativo/coletivas junto à população e/ou profissionais da rede” (ANDRADE, 2007, [s.p]).

Alguns municípios contam com a participação direta de psicólogos em UBS e na efetivação de ações de promoção de saúde, como é o caso do município de Vitória/ES. No município de Serra/ES, a inserção dos psicólogos ocorreu no ano de “2004, por meio de concurso público, e esses profissionais vêm, desde então, atuando em centros de referências e de especialidades” (IGLESIAS et al., 2009, p.116). Vale ressaltar que o município de Serra é o campo de e pesquisa dessa investigação.

O psicólogo tem por instrumento de trabalho sua forma diferenciada de escutar o sujeito e acolhê-lo em sua subjetividade, nesse sentido, a forma de atuar no serviço de saúde pública se dá através do cuidado. O cuidado é entendido como uma escuta norteada por uma

[...] ética que não é criar formas de sujeito que correspondam ao que é esperado, ao que está dado, aos apelos midiáticos de homem bem inserido no mundo da produção e do consumo. Trata-se de ampliar o exercício da inconformação, da invenção, ativar coeficientes de resistência frente à servidão, ao descaso pelo pensar. Cuidado praticado como acolhimento incondicional a vida, a diferença, a singularidade radical. Essa escuta é da ordem dos afetos e não somente do saber, da razão, do conhecimento. E poder ser afetado pelo encontro (DIMENSTEIN, 2007, p. 43).

O encontro a que se refere o autor supracitado deverá estar em toda a trama da rede de atenção à saúde e suas interfaces intersetoriais, podendo acontecer como

forma de apoio nas equipes de ESF, conhecidas como Núcleo de Apoio a Estratégia da Saúde da Família (NASF). Desta forma, o psicólogo que atua no NASF contribui,

[...] nas discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre os profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2009a, p.).

O psicólogo contribui com seu saber, juntamente com os demais profissionais especializados, com apoio as Equipes de Saúde nas UBS, através de matriciamento, porém encontram dificuldades mediante o trabalho com outros profissionais da saúde que compõe a equipe de serviço. Estes desafios são apontados pelo Conselho Federal de Psicologia, em pesquisa sobre as “Práticas realizadas por psicólogos e psicólogas na Atenção Básica à Saúde” em parceria com o Centro de Referência Técnica em Saúde Pública,

Foram indicadas dificuldades de relacionamento entre os (as) profissionais, a não integração dos saberes das diferentes disciplinas e a grande rotatividade dos (as) profissionais da equipe. Foram referidas ainda dificuldades em relação ao trabalho em equipe devido à frequentes mudanças na composição das mesmas, provocando desarticulação do trabalho (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010 p.40).

Outro desafio apontado pelo CFP (2010) está relacionado à gestão política da saúde e as condições de trabalhos, bem como o não reconhecimento do psicólogo neste campo de atuação. Além da alta demanda de usuários que buscam atendimento individual e a pequena presença efetiva de profissionais de psicologia, para atender as necessidades dos usuários. Ainda foi identificado “desafios da interface entre saúde mental com a atenção básica” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010, p.45). Isto pode se dar pela forma hierarquizada de organizar as ações em saúde e a falta de efetivação da rede como espaço de idas e vindas de informações e conhecimentos sobre o sujeito, dificultando a operacionalização das ações atual proposta na lógica da rede de serviços à saúde.

Para adentrarmos num dos fenômenos que perpassa a atuação do psicólogo em UBS, URS e CAPS, principalmente no que tange as práticas no atendimento de pessoas que apresentam ideação suicida ou já cometeram o ato suicida, buscamos nesse momento compreender um pouco de como o tema suicídio tem sido estudado ao longo da história da humanidade, até tornar-se um problema de saúde pública e se apresentar como um desafio para os profissionais de psicologia.

2.3 BREVE RELATO DE UM LONGO CAMINHO – SUICÍDIO

O foco deste trabalho está ligado ao fenômeno do suicídio e as possíveis intervenções da atenção básica com a prevenção de tal ato, atentando para a contribuição do psicólogo no desenvolvimento destas ações. Desta forma, se faz necessário, percorrer mesmo que em poucas linhas, como este tema vem sendo discutido no decorrer das épocas, até ser visto como problema de saúde pública (OMS, 2001), envolvendo diferentes profissionais que atuam na saúde pública na discussão de práticas de prevenção do ato suicida, bem como, a necessidade da criação de políticas públicas que pautem as ações voltadas à temática.

2.3.1 O suicídio

Na tentativa de responder a pergunta - o que é o suicídio? Pesquisadores vêm ao longo dos tempos estudando a temática do suicídio, numa tentativa de definir conceitualmente tal fenômeno, o que tem sido um trabalho nada fácil, pelas divergências que a própria palavra suicídio tem produzido entre os mesmos. A palavra “suicídio” foi criada no ano de 1643, pelo médico inglês Thomas Browne, “primeiramente em grego (*autofonos*), que foi traduzida para o inglês *suicide* em 1645”. Em sua primeira escrita, o médico Browne distinguiu “duas formas de suicídio: uma delas “heróica” e outra “patológica” (BERTOLOTE, 2012, p. 29).

No século XVIII identificou-se “as conexões entre o suicídio e certos transtornos mentais [...], como a melancolia e a insanidade” como era conhecido na época. Os principais psiquiatras europeus acreditavam poderiam atribuir à loucura o óbito que não era de “causa natural, acidental ou homicida” (BERTOLOTE, 2012, p. 30).

Neste sentido o autor postula que,

Em 1801, o célebre psiquiatra francês **Philippe Pinel** (1745-1826) afirmou que havia uma ligação entre a lesão de determinados órgãos internos (do cérebro, em particular), que causava uma sensação dolorosa de existir, e o suicídio (Pinel, 1801). Em 1938, um de seus mais importantes discípulos, **Jean-Étienne Esquirol** (1772-1840), considerava que todos os que cometiam suicídio eram mentalmente insanos (1938), e em 1845 **Claude Bourdin** (1815-1886) afirmava categoricamente que o suicídio sempre é uma doença e sempre um ato de insanidade mental (BERTOLOTE, 2012, p. 30, grifo do autor).

No final do século XIX e início do Século XX, Sigmund Freud, tinha grande interesse nas questões referentes às histerias e melancolias, entre outros sintomas de seus pacientes, porém o olhar para o suicídio era um tanto superficial, mais tarde “em seus escritos tardios, e em relação à depressão, considera o suicídio como uma autopunição pelo desejo de matar dirigido primariamente a outrem” (BERTOLOTE, 2012, p. 30-31).

Pode-se dizer, que tomado pela angustia, as pessoas que atentavam contra a própria vida na idade média eram vistas como pessoas com certo desequilíbrio mental, pelo fato de o sujeito matar a si mesmo, por desgosto, tristeza ou melancolia. Surge com isso, a dita loucura como forma de fugir às punições instituídas aos suicidas pelas autoridades vigentes da época (no caso os Reis) assim como, punições aos familiares, pois uma vez que, o sujeito que tentava se matar ou cometia suicídio era culpabilizado e sua família tinha os bens confiscados, caso fosse provado que o sujeito não apresentava nenhum tipo de transtorno mental (DAPIEVE, 2007; BOTEGA, 2015).

De certa forma, as pessoas que tentam se matar geralmente são excluídas da sociedade, assim como eram as pessoas consideradas possuídas, loucas, aquelas que de certa forma, perdiam a razão (FOUCAULT, 2000).

O sujeito como postula Freud, é tomado por uma neurose denominada por ele, como angústia.

[...] nessa neurose, as coisas se desvirtuam da seguinte maneira: a tensão física aumenta, atinge o nível do limiar em que consegue despertar afeto psíquico, mas, por algum motivo, a conexão psíquica que lhe é oferecida permanece insuficiente: um *afeto sexual* não pode ser formado, porque falta algo nos fatores psíquicos. Por conseguinte, a tensão física, não sendo psiquicamente ligada, é transformada em — angústia.” (FREUD, 1894 , p.238).

Nos casos em que há um considerável desenvolvimento da tensão sexual física, mas esta não pode ser convertida em afeto pela transformação psíquica — por causa do desenvolvimento insuficiente da sexualidade psíquica, ou por causa da tentativa de suprimi-la (defesa), ou por causa do alheamento habitual entre sexualidade física e psíquica —, a tensão sexual se transforma em *angústia*. Assim, nisso desempenham um papel a acumulação de tensão física e a evitação da descarga no sentido psíquico (FREUD, 1894, p.240).

Parafraseando Freud (1984) a tensão física aumenta na proporção em que não encontra uma ligação psíquica na vida do sujeito, não há “tradução” do afeto a que essa tensão pode ser ligada, sendo o objeto desconhecido ou impossível a possibilidade do deslocamento para alívio desta tensão, o que gera a angustia.

O conhecimento acerca do suicídio passa por uma construção ao longo da história. Ao tratar do conceito de suicídio Durkheim fala que é “todo caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo praticado pela própria vítima, acto que a vítima sabia dever produzir este resultado” (DURKHEIM, 1982, p.10).

Nos séculos XVII e XVIII foi afirmado como doença, já para David Émile Durkheim (1858-1917) o suicídio é considerado como, “fato social”, sendo este, “uma força que se impõe ao indivíduo e que existe independentemente de suas manifestações individuais” (BERTOLOTE, 2012, p. 31-32). Durkheim propõem “uma tipologia do suicídio com quatro tipos:” sendo eles de cunho

- **altruísta** – observado em indivíduos fortemente integrados a seu grupo social (militares ou religiosos) e que aceitam o suicídio em benefício do grupo.
- **fatalista** – observado em situações de controle extremo, como entre escravos totalmente incapazes de modificar as regras que o governam.
- **egoísta** – observado em indivíduos pouco ou nada integrados a um grupo social, ou seja, quando se colocam (ou são colocados) acima ou à margem do grupo social.
- **anômico** – observado em situações de profunda desorientação decorrente de extremo enfraquecimento ou do desaparecimento de normas sociais, e de falta de expectativas (DURKHEIM apud BERTOLOTE, 2012, p. 32-33, grifo do autor).

Para Kovács,

O suicídio é um ato muito complexo, portanto, não pode ser considerado em todos os casos como psicose, ou como decorrente de desordem social. Também não pode ser ligado de forma simplista a um determinado acontecimento como rompimento amoroso, ou perda de emprego. Trata-se de um processo que pode ter tido o seu início na infância, embora os motivos alegados sejam tão somente os fatores desencadeantes (1992, p.173).

Segundo Cassorla ,

Para delimitar o campo do suicídio, temos ainda de acrescentar varias opiniões a respeito do suicídio como incidente, considerando que o suicídio na doença mental ou perturbação depressiva grave não é um ato de suicídio, mas um incidente ou erro de julgamento. Para valorizar o ato suicida, deve haver tanto um nível de decisão racional quanto uma opção pessoal através da vontade, consciência, intenção e lucidez. Tentamos assim, excluir o suicídio simbólico ou atos de automutilação parcial somente considerando o ato auto-agressivo global. O suicídio deve ser realizado pelo autor, de uma maneira consciente, acreditando que a maneira escolhida deve ser causa eficiente e suficiente para alcançar sua finalidade (1998, p. 122).

Angerami-Camon (1999), diz que "as razões do suicídio serão tão variadas como o próprio número de pessoas que buscam essa alternativa" (p. 57).

Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001) postula que, “O suicídio resulta de um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal” (p. 36).

Entre os séculos XX e XXI aconteceu “a consolidação da abordagem do suicídio pela saúde pública, com ênfase em sua prevenção” (BERTOLOTE, 2012, p. 38). Desta forma, este estudo, usará a definição de suicídio apontado pela OMS que vê o suicídio como “ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001, p. 36). Cabe ressaltar o conceito de ideação suicida, plano suicida e tentativa de suicídio, trazidos por Bertolote em seu livro O suicídio e sua prevenção. O autor busca a compreensão desta temática a partir do ponto de vista fenomenológico,

é um processo que se inicia com considerações mais ou menos vagas sobre a morte e sobre o morrer (**ideação suicida**), as quais podem adquirir consistência (persistente ou recorrente, flutuante), evoluir para a elaboração de um plano (**plano suicida**) e culminar num ato suicida, cujo desfecho pode ser fatal (**suicídio**) ou não (**tentativa de suicídio**) (BERTOLOTE, 2012, p. 22, grifo do autor).

Por tentativa de suicídio o autor enfatiza que “é um ato autoagressivo deliberado” utilizando de diversas formas, como por exemplo, cortar-se, enforcar-se, tomar superdosagem de medicações, envenenamento, etc., “com a intenção de pôr fim à vida, cujo desfecho, porém, não é fatal” (BERTOLOTE, 2012, p.24). No que se refere à autoagressão, o autor postula que “é uma ato deliberado de provocar uma lesão ou intoxicação em si mesmo, [...] cujo desfecho, não é fatal” (BERTOLOTE, 2012, p. 25). A tentativa de suicídio precisa ser levada a sério, pelo fato de a pessoa, na maioria das vezes, continuar tentando; e uma hora poderá obter êxito na execução de tal ato.

2.3.2 O suicídio na história da humanidade

O suicídio faz parte da história da humanidade, livros antigos, como por exemplo, a bíblia, alcorão, entre outros, trazem relatos de pessoas que deram fim à própria vida, seja por ato heróico com o intuito de salvar o povo ou de livrar-se de uma punição (BERTOLOTE, 2012).

No decorrer da história da humanidade, pesquisadores voltam seu olhar para o fenômeno do suicídio. O estudo sobre suicídio até meados do século XVII era de interesse prevalente “teológico, religioso e filosófico, passando então a atrair o interesse de médicos”. Com o passar dos tempos, além destes, outros profissionais foram interessando-se pela temática, como por exemplo, “psicólogos, antropólogos, literatos, lingüistas, demógrafos, epidemiólogos, psicanalistas e historiadores, entre outros interessados no que veio a ser conhecido como “suicidologia” (BERTOLOTE, 2012, p. 15).

Na mitologia, encontramos a história de Narciso, que tomado pela angústia e por sua própria beleza refletida na água do lago, lança-se nas profundezas do lago morrendo afogado, na tentativa de alcançar a imagem (sua própria imagem) ainda nunca vista por ele (BERNARDINO, 1999). Assim como, o *mito de sísifo*, cujo filósofo Albert Camus (1913-1960) colocou o suicídio como um problema filosófico sério, pois, começa a partir dele uma forma de julgar se a vida vale ou não vale a pena ser vivida (BERTOLOTE, 2012, p. 35).

Desta forma, percebe-se que o sujeito quando permeado por tamanho sofrimento, tenta silenciar o que de fato, dentro dele não quer se calar. Vemos isso, na trajetória de vida de Foucault, que em plena juventude diante do dilema da sexualidade, vendo-se como homossexual e por receio de não ser apoiado pelos pais, pois a discriminação era muito forte na sociedade de sua época, rompe com a tradição da família, no que diz respeito à carreira de medicina e muda-se para Paris. Paul-Michel Foucault como era conhecido nessa, retirou o seu primeiro nome - Paul (nome que herdara do pai) devido às muitas desavenças entre os dois. Os primeiros anos de Michel Foucault em Paris, foram marcados por períodos de turbulências pessoais, tentou várias vezes o suicídio, a primeira vez furando o peito com um punhal, e outra vez ingeriu uma grande quantidade de remédios, além de consumir bebidas alcoólicas e outras drogas (STRATHERN, 2003).

Este pequeno trecho da vida de Michel Foucault nos permite ilustrar a temática do suicídio e o dilema do sujeito, para que possamos compreender um pouco mais da trajetória de seus conceitos, que traz uma concepção de sujeito como constituído pelo discurso, pelo desenvolvimento do saber, pela interação desses com o social, sem perder de vista a história, ou seja, um sujeito construído através dos diversos fatores presentes na vida da sociedade.

2.4 A PREOCUPAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE E O MINISTÉRIO DA SAÚDE COM O FENÔMENO SUICÍDIO

Com a criação da Organização mundial de Saúde, que aconteceu no ano de 1948, diferentes países começaram a sistematizar dados referentes à mortalidade, bem como, suas causas, começando a chamar a atenção para casos de suicídio. Antes da fundação da OMS, poucos dados se tinham a respeito de mortes por suicídio (BERTOLOTE, 2012, p. 39). Segundo a OMS, nos últimos 45 anos houve um crescimento significativo de 60% de casos de suicido em todo o mundo, estando entre as três principais causas de morte (ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE, 2001, p. 5). Dados da OMS apontam que a cada 40 segundos uma pessoa se suicida e a cada 03 segundos uma pessoa atenta contra a própria vida em algum lugar no mundo (ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE, 2000, p. 4). Sendo que para cada caso consumado, existe de cinco a dez pessoas que sofrem as consequências, sejam de características, psicológicas, econômicas e sociais, conhecidas como “sobrevivente” (ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE, 2008, p. 6). As pessoas com maior incidência de atentar contra si mesmo, têm idade entre 15 a 44 anos e outra faixa etária em que há ocorrências de suicídio está entre os idosos acima dos 75 anos; o número maior de casos consumados é entre homens e o número maior de tentativas está situando entre as mulheres (ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE, 2001, p. 10).

No que diz respeito aos fatores de risco para suicídio, diferentes áreas estão envolvidas, como por exemplo, biológica, psicológica, social e espiritual. Estudos mostram que pessoas com algum tipo de doença mental e física (doenças crônicas), que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, que sofreram ou sofrem violência, tiveram perdas súbita, seja de um ente próximo, do emprego, da separação de um parceiro ou outros eventos adversos, tem predisposição para atentarem contra a própria vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012, p. 7). Estes fatores são conhecidos como, fatores predisponentes (também conhecidos como distais) e precipitantes. O conceito de cada um desses fatores é descrito por Bertolote:

fatores predisponentes - que criam o terreno no qual vai se instalar um processo suicida (por exemplo, determinadas constituições genéticas ou genótipos, certos traços de personalidade) – fatores precipitantes (por exemplo, perdas significativas – emprego, posição social, honra -, rupturas amorosas e afetivas ou situações de humilhação), que, agindo em terreno

propício, provocam a sequência final de comportamentos que levam ao suicídio (2012, p. 69-70).

Para compreendermos um pouco mais sobre os fatores predisponentes e precipitantes, utilizaremos a tabela abaixo, que traz cada fator com os componentes.

Quadro 1- Fatores habitualmente encontrados em pessoas com risco de comportamento suicidas.

Fatores predisponentes (distais em relação ao ato suicida)	Fatores precipitantes (proximais em relação ao ato suicida)	
Fatores sociodemográficos e individuais	Fatores ambientais	Estressores recentes
Tentativa(s) prévia(s) de suicídio Transtornos psiquiátricos (principalmente depressão, alcoolismo, esquizofrenia e certos transtornos de personalidade) Doenças físicas (terminais, dolorosas, debilitantes, incapacitantes, desaprovadas socialmente – como AIDS) História familiar de suicídio, alcoolismo ou outros transtornos psiquiátricos Estado civil divorciado, viúvo ou solteiro Isolamento social Desempregado ou aposentado Luto ou abuso sexual na infância Alta recente de internação psiquiátrica	Fácil acesso a métodos de suicídio	Separação conjugal Luto Conflitos familiares Mudança de situação empregatícia ou financeira Rejeição por parte de pessoa significativa Vergonha e temor de ser considerado culpado

Fonte: Bertolote (2015, P. 73).

O autor também pontua os fatores que ajudam na proteção contra o suicídio os quais estão ligados ao “estilo cognitivo e personalidade, padrão familiar, fatores culturais e sociais e fatores ambientais”; do estilo cognitivo e personalidade, está relacionado a autovalorização, autoconfiança, da pessoa buscar ajuda, pedir conselhos quando necessário, se dispor à aquisição de novos conhecimentos e apresentar habilidade para se comunicar; ao padrão familiar está atribuído o bom relacionamento intrafamiliar, cujo sujeito encontra na família o apoio e tem pais que se dedicam e são consistentes no relacionamento; Nos fatores culturais e sociais, estão os valores, normas, tradições positivas que o sujeito adere em sua vida, assim como, as amizades com colegas e vizinhos, encontrando apoio sempre que

necessário, consegue se manter no trabalho, a pessoa procura freqüentar a igreja, grupos de apoio, clubes e traça objetivos para a vida; Já nos fatores ambientais o sujeito busca ter uma boa alimentação, bom sono, pegar sol, praticar atividades físicas e ter uma vida livre do uso de drogas (BERTOLOTE, 2012, p. 76). Em relação aos meios empregados pelas pessoas que atentam contra a própria vida, variam de um país para outro, no caso do Brasil, Lovisi citado por Botega, postula que

[...] a própria casa é o local onde o suicídio ocorre predominantemente (51%), seguida por suicídios em hospitais (26%). Os principais meios utilizados são: enforcamento (47%), armas de fogo (19%) e envenenamento (14%). Predominam entre os homens o enforcamento (58%), o uso de arma de fogo (17%) e o envenenamento por pesticidas (5%). Entre as mulheres, predomina enforcamento (49%), seguido por inalação de fumaça/fogo (9%), precipitação de altura (6%) e envenenamento por pesticidas (5%) (2015, p. 49).

Uma das marcas da sociedade é o tabu em relação ao suicídio, o que por vezes, dificulta a comunicação entre as pessoas, tornando-o “invisível, ausente, sobre o qual preferimos não falar” (TRIGUEIRO, 2015, p. 41). Essa invisibilidade pode contribuir para com a negligência do fato por parte do governo e dos profissionais de saúde pública.

A OMS no ano de 1996, diante esse cenário, interpela os governos para a inclusão da prevenção do suicídio na criação de políticas públicas da saúde (TRIGUEIRO, 2015, p.45-46). No ano de 2003, o dia 10 de setembro foi consagrado o dia mundial da prevenção de suicídio a partir de ações conjunta da OMS com a Organização Mundial da Saúde e a Associação Internacional de Prevenção do Suicídio. Neste dia, em alguns países, é realizada ampla divulgação de dados epidemiológicos e distribuições de materiais pedagógicos, entre outros (BOTEGA, 2015).

Segundo Trigueiro (2015, p. 26), “o Brasil aparece abaixo da média mundial de suicídios”, mas isso não dá ao País razões suficientes para não se preocupar com a questão, pois, “se no mundo, a taxa média é de 11,4 mortes por 100 mil habitantes, em nosso país esse índice cai para 5,8 mortes por 100 mil habitantes, [...], o que deixa o Brasil numa posição aparentemente cômoda”. Entretanto ao tratar de números absolutos de suicídio, “ocupamos o 8º lugar no ranking mundial com 11.821 óbitos por suicídio em 2012” (TRIGUEIRO, 2015, p. 26). Neste mesmo ano, ocorriam segundo dados oficiais, em média de 32 mortes por dia (BOTEGA, 2015, p.43).

Outro fator que questionável sobre a posição cômoda dos dados de suicídios no Brasil é a dificuldade de se obter registros de ‘boa qualidade’ dos óbitos. Trigueiro (2015, p. 32), postula que “boa parte dos casos, o registro oficial dos óbitos por suicídio aparece nominado como ‘causa indeterminada ou desconhecida’, ‘acidente’ ou até mesmo ‘homicídio’. Isso de certa forma, fala da “pouca atenção dispensada por alguns profissionais de saúde no preenchimento de boletins” das pessoas que são internadas nas urgências, emergências “ou são feitos sem os devidos cuidados”, o que compromete diretamente a confiabilidade dos dados do Brasil a respeito do suicídio (TRIGUEIRO, 2015, p. 32). Portanto a subnotificação, que é um problema a ser resolvido no âmbito da operacionalização dos registros para efeito de estudos epidemiológicos e outros não só referente ao suicídio, mas que abrange outros tipos de mortalidades como acidentes, homicídios, etc.

Alguns dados são divulgados via meios de comunicação, como por exemplo, “jornais, televisão, rádios, portais de notícias *on-line* e redes sociais virtuais” (BOTECA, 2015, p.256), isso de certa forma, deixa um ponto de interrogação na fidelidade dos dados, pelo fato de algumas reportagens visarem o atendimento de um público que se mostra interessado somente pelo espetáculo da ocorrência (BOTECA, 2015).

Botega (2015) (fazendo uso dos dados fornecidos pela psicóloga Márcia Abdalla Guerrieri, da Rodosol, empresa concessionária da Terceira Ponte) apresenta os seguintes dados, referentes ao número de suicídios ocorridos na Região Metropolitana de Vitória:

Tabela 1- Suicídios ocorridos no estado do Espírito Santo, na região metropolitana de Vitória e na Terceira Ponte, que liga Vitória a Vila Velha.

Ano	Número de suicídios			Número de tentativas de suicídio
	Espírito Santo	Grande Vitória	Terceira Ponte	Terceira Ponte
2005	118	31	2	12
2006	127	47	4	16
2007	117	46	4	14
2008	126	44	1	18
2009	121	45	2	11
2010	124	51	2	15
2011	135	59	8	21
2012	110	46	6	28

2013	144	67	3	15
2014	158	74	12	43

Fonte: Botega (2015, p.257).

Vale ressaltar que os reais dados de suicídios não são divulgados, ainda não se sabe o porquê desta omissão. Conforme tabela citada acima percebe-se que no Espírito Santo número de suicídios aumenta ano após ano, sendo maior na grande vitória e o município pesquisado encontra-se na grande vitória.

Por conseguinte, faz-se necessário desenvolver práticas com o objetivo de garantir a atenção para todas as pessoas e não somente para aquelas que apresentam características de risco, como exemplo, as pessoas que vivem algum tipo de transtorno mental, entre eles os mais associados com o suicídio são a depressão e a esquizofrenia; e outras patologias que afetam a psique do indivíduo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

Entende-se por transtornos mentais e de comportamento, uma série de distúrbios definidos pela *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos* (CID-10).

Segundo o relatório da OMS,

Embora os sintomas variem consideravelmente, tais transtornos geralmente se caracterizam por uma combinação de idéias, emoções, comportamento e relacionamentos anormais com outras pessoas. São exemplos a esquizofrenia, a depressão, o retardo mental e os transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas (OMS, 2001, p.9).

Com isso a OMS conclui que,

O suicídio é uma condição prioritária globalmente e foi identificado como tal pela OMS. Uma estratégia nacional de prevenção de suicídio deve ser desenvolvida por meio de uma abordagem gradativa. Essa estratégia reconhece, como primeiro passo, que o suicídio é um problema importante e que é evitável. O processo de desenvolver uma estratégia nacional proporciona um ímpeto para a prevenção de suicídio ao melhorar a conscientização entre os representantes do governo e as comunidades locais. A falta de recursos – humanos ou financeiros - não pode mais permanecer sendo uma justificativa aceitável para não desenvolver ou implementar uma estratégia nacional de prevenção de suicídio(2012, p. 25).

As recomendações da OMS, no que diz respeito à preocupação do suicídio como saúde pública pontua a necessidade de criar maneiras de facilitar o acesso aos serviços de saúde mental disponíveis no município e linhas telefônicas de ajuda, isso nos reporta a uma antiga organização de cunho não governamental, que visa oferecer apoio emocional e contribuir com a prevenção do suicídio no Brasil

(TRIGUEIRO, 2015). Esta organização conhecida como Centro de Valorização da Vida (CVV) foi fundada em 1962, é composta de voluntários que após estudos e treinamentos, passam a atender pessoas com risco de cometer suicídio, oferecendo apoio emocional através de atendimentos por via de telefones ou chat (TRIGUEIRO, 2015).

Em resposta aos apelos da OMS, o Ministério da Saúde publicou diversas cartilhas para orientar os profissionais na atuação de serviço público à saúde, frente à preocupação com o número crescente de casos de suicídios registrados no mundo inteiro (BRASIL, 2012).

2.5 ORIENTAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO TRABALHO DE PREVENÇÃO DE ATO SUICIDA

Seguindo as orientações da OMS e a fim de implantar a Estratégia Nacional da Prevenção do Suicídio, o Ministério de Saúde Brasileira através da portaria nº 1.876/GM de 14 de agosto de 2006, dispõe sobre as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, na qual se destacam propostas de organizar linhas de cuidados integrais, uma rede de intervenções nos casos de tentativas de suicídio e promover a educação permanente dos profissionais (BRASIL, 2006d).

Cartilhas para a orientação dos profissionais da saúde foram elaboradas com o objetivo de orientar esses profissionais que se deparam no seu cotidiano com sujeitos que apresentam características que levam a suspeita da possibilidade do ato suicida. Entre as quais se encontram: o Manual de prevenção do suicídio para profissionais das Equipes de Saúde Mental (BRASIL, 2006b) e Prevenção do Suicídio: Manual dirigido aos profissionais da saúde e atenção básica, MS, 2009. Este destaca que as equipes de atenção básica, se encontram numa posição privilegiada por manterem contato mais próximo da comunidade e por tempo mais (BRASIL, 2009a).

Desta forma, pensa-se que seguindo as orientações que constam nesses manuais, os profissionais possam se comprometer não somente na execução do que está previsto nas cartilhas lançadas pelo Ministério da Saúde, bem como, contribuir na orientação dos usuários que buscam os serviços da UBS, a respeito das diferentes maneiras de se prevenir o ato suicida, voltando o olhar para o potencial que existe

nas pessoas e que os convida para a possibilidade de uma vida possível, apesar da dor e para além da dor, sendo de conhecimento que esta faz parte do viver.

O Ministério da Saúde lançou o Plano Nacional de Prevenção de Suicídio (PNPS) ano de 2013 a 2017, com o intuito de orientar profissionais da saúde mental e sociedade no trabalho que abarca a prevenção de tal ato. O Plano aponta algumas estratégias para permear o trabalho de equipes que atuam na saúde. Ele está organizado por fases visando uma melhor efetivação do mesmo, nos mais diversos contextos da sociedade brasileira. Na primeira fase que ocorreu nos anos de 2013 e 2014 constam diversos objetivos, como por exemplo, o de,

Uniformizar a terminologia e os registros dos comportamentos autolesivos e atos suicidas; Aumentar os níveis de bem-estar psicológico; Aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde; Melhorar o acompanhamento após alta de internamento hospitalar; Diminuir o estigma em torno da depressão, ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas; (PORTUGAL, 2013, p.4).

Percebe-se que nessa primeira fase do plano há uma preocupação voltada para o registro de casos de pessoas com comportamento suicida, que, por vezes, chegam aos serviços de saúde pública e acabam não sendo registrados; o que poderá dificultar o atendimento posterior desse sujeito por outros profissionais que compõem a equipe de saúde.

O Conselho Federal de Psicologia lançou a cartilha intitulada O suicídio como desafio para os profissionais de psicologia. Essa cartilha retrata como os psicólogos sentem-se diante desse fenômeno e como tem sido a atuação com pacientes/clientes com comportamento suicida, mostrando estudos realizados para a compreensão desta temática pela psicologia (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

Netto (2013), ao debater sobre o tema “Suicídio: Uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica” chama atenção para a forma de produção e reprodução de “certo psicologismo na hora de explicar os suicídios” (NETTO, 2013, p.13). A preocupação como o “psicologismo” deve-se ao fato de os profissionais psicólogos serem reconhecidos pela sua contribuição em analisar comportamentos e as diversas manifestações de subjetividades, o que pode levá-los a decisões pouco baseadas em evidências científicas. Sendo assim, a escuta atenta das expressões e falas do sujeito precisam ser contextualizadas sem deixar de trazer a verdade do sujeito como fator preponderante, uma vez que este sujeito está implicado numa

sociedade capitalista, consumista, que por vezes, faz com esse sujeito não encontre condições favoráveis para suprir suas diversas necessidades, causando o sofrimento psíquico, por não ter como lidar com a incompletude típica do humano (NETTO, 2013, p.19).

Ainda parafraseando o autor a importância de se falar sobre a morte, na tentativa de contribuir para com a desmistificação deste tema, numa sociedade, que cada vez mais busca formas de oferecer condições de se manter vivo por muito mais tempo, deixa-se de dar importância ao discurso do sujeito que dá mostras do desejo de por um fim, que pode ser ilustrada pela sobre a morte e o desejo de morrer. Portanto o profissional de psicologia precisa provocar esta discussão tanto entre os usuários do Sistema Público de Saúde, quanto com os profissionais que atuam nas equipes de saúde (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

Ao tratar da dificuldade de abordar o tema que envolve a morte, Werlang postula que,

O fenômeno do comportamento suicida é extremamente complexo e difícil de ser abordado, até porque, no mundo ocidental, a morte, por si só, já é um tema difícil de ser trabalhado nos diversos espaços sociais, como na escola, na família no contexto acadêmico, e nos cursos profissionais da área de saúde em geral. Então, falar de um comportamento relacionado com a morte, que vai na contramão da ciência, é mais difícil ainda, porque a ciência emprega grandes esforços para alongar os dias de vida e a pessoa que comete o suicídio vai de encontro a essa ideia, provocando um choque, um paradoxo. Do ponto de vista clínico é importante compreender o sofrimento para entender como se chega ao ato do suicídio. Não só o indivíduo que tentou e não alcançou a morte, como também os familiares, os amigos e demais pessoas (2013, p.26).

A autora, ainda ressalta a importância de se compreender o sofrimento para tentar entender como o sujeito chega ao ato do suicídio. Ao abordar o como o psicólogo pode atuar na saúde pública no que envolve o serviço de prevenção de suicídio Werlang, descreve que,

No âmbito da saúde pública, o psicólogo pode intervir a partir do momento em que possui a qualificação suficiente para entender o fenômeno e identificar fatores que levam ao risco do suicídio. O psicólogo e todos os profissionais que atuam na área da saúde têm disponíveis publicações, de órgãos como o Ministério da Saúde, que auxiliam o profissional a atuar de forma mais adequada (2013, p.29).

Com isso, chega-se num outro ponto que pode dificultar a atuação do psicólogo com temas tão complexos como é o suicídio, que requer uma formação e qualificação muito bem consolidada para fazer frente aos desafios e frustrações a que estão sujeitos ao lidar com sujeitos que perderam ou estão perdendo o vínculo afetivo com a vida e com os fatos da vida. Estamos falando da formação que os psicólogos

recebem para atuar no serviço público de saúde durante o tempo de sua graduação. Pode-se dizer por experiência que rapidamente se vê um ou dois textos que abordam o suicídio na disciplina de Psicologia Hospitalar, mas sem muito aprofundar-se no tema. Também se observa essa deficiência, através do estudo sobre a formação dos psicólogos o qual postula que,

A formação do psicólogo, desde a regulamentação da profissão, esteve muito aquém das necessidades sociais de nossas populações, deflagrando, no meio social, a indefinição da verdadeira utilidade da profissão e transformando o psicólogo em um profissional que, muitas vezes, é tomado como prescindível. Assim, reconhece-se, atualmente, a necessidade de um profissional sintonizado com as demandas sociais. Embora esse seja um fato admitido pelo agente formador, percebemos o quanto é difícil modificar o panorama da formação, pois sobre ela repousa uma complexa série de fatores que inviabilizam uma tomada de posição ético-política favorecedora de mudanças qualitativas. Se essa é uma verdade que consegue ficar apartada no sistema educativo-formativo, o mesmo já não se dá no meio profissional, quando observamos a pressão exercida sobre os profissionais solicitados a responder a demandas que o ensino tecnicista não consegue abarcar (PAPERELLI, NOGUEIRA-MARTINS, 2007, p.66).

Nesse sentido, o profissional se vê obrigado a cumprir regras/normas estabelecidas pela instituição que rege o serviço, no caso desse estudo, focamos no serviço da saúde pública e saúde coletiva.

Segundo pesquisa realizada por Andrade (2007), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Vitória/ES o grande problema que dificulta as práticas dos profissionais de psicologia no serviço é “um predomínio das práticas especialistas reproduzidas pelos psicólogos nas UBS”, o que deixa transparecer que a formação que receberam no decorrer da graduação acadêmica, não os prepara para atuar no serviço de saúde pública. A autora ressalta ainda como agravante “o excesso de conteúdos disciplinares acadêmicos, que “con-formam” posturas também disciplinares ou especialistas”. Desta forma, os profissionais insatisfeitos com as condições que têm para exercer sua função, destacam ao serem entrevistados que os aspectos burocrático-administrativos existentes nas UBS, a forma de gerir dos gestores que “(des) mandam” no serviço, a instabilidade dos profissionais que são remanejados de setor, o processo de avaliação por “eficácia e eficiência”, visando maior produtividade e não a qualidade dos atendimentos, o excesso de trabalho que, por vezes, é direcionado para os profissionais de psicologia, sem contar, a dificuldade do trabalho em equipe que é uma das formas de poder sentar e conversar a respeito de casos que se apresentam na UBS. Estes aspectos contribuem para que o profissional justifique seu desânimo pela falta de preparação

para atuarem na saúde pública ainda no decorrer da faculdade, que oferece uma grade curricular diversificada e generalizada, principalmente no curso de psicologia (ANDRADE, 2007, [s.p]).

Uma das disciplinas que compõe o eixo da grade curricular do curso de psicologia é o Código de Ética, e neste se encontram diferentes incisos que norteiam o fazer do profissional de psicologia nas mais diversas situações. Enfocaremos alguns aspectos desse código que pode contribuir para com a compreensão e o entendimento do que pode ser uma atuação eticamente pautada na intervenção junto a sujeitos que apresentam ideação suicida ou já praticaram o ato suicida.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS QUE ENVOLVEM A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO TRABALHO COM PESSOAS COM IDEAÇÃO SUICIDA

Nas primeiras páginas do código de ética que orienta o trabalho do profissional de psicologia, encontram-se os princípios fundamentais, cujos incisos seguem:

I. O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos. II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. III. O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural. IV. O psicólogo atuará com responsabilidade, por meio do contínuo aprimoramento profissional, contribuindo para o desenvolvimento da Psicologia como campo científico de conhecimento e de prática. V. O psicólogo contribuirá para promover a universalização do acesso da população às informações, ao conhecimento da ciência psicológica, aos serviços e aos padrões éticos da profissão. VI. O psicólogo zelará para que o exercício profissional seja efetuado com dignidade, rejeitando situações em que a Psicologia esteja sendo aviltada. VII. O psicólogo considerará as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se de forma crítica e em consonância com os demais princípios deste Código (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005, p.7).

Estes princípios de certa forma norteiam a atuação do psicólogo frente às pacientes com risco de ato suicida. Os artigos 6º, 9º e 10º do código de ética, dão enfoque ao sigilo do psicólogo:

Art. 6º – O psicólogo, no relacionamento com profissionais não psicólogos: [...] Compartilhará somente informações relevantes para qualificar o serviço prestado, resguardando o caráter confidencial das comunicações, assinalando a responsabilidade, de quem as receber, de preservar o sigilo. [...]

Art. 9º – É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional.

Art. 10 – Nas situações em que se configure conflito entre as exigências decorrentes do disposto no Art. 9º e as afirmações dos princípios fundamentais deste Código, excetuando-se os casos previstos em lei, o psicólogo poderá decidir pela quebra de sigilo, baseando sua decisão na busca do menor prejuízo.

Parágrafo único – Em caso de quebra do sigilo previsto no *caput* deste artigo, o psicólogo deverá restringir-se a prestar as informações estritamente necessárias (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005, p.12-13).

Estes artigos norteiam o agir deste profissional no que envolve o trabalho em equipe multiprofissional, quando houver necessidade de quebrar o sigilo profissional em prol da prevenção do ato suicida e da promoção de bem estar do sujeito que por ventura, tenta dar fim a sua própria vida. Com isso, deve-se estar atento a firmação do contrato terapêutico no que se refere ao atendimento de pessoas que apresentam comportamento suicida, a fim de resguardar tanto o paciente quanto o próprio profissional que o atende. No primeiro contato com o paciente, por vezes, é difícil de saber se aquela pessoa apresenta características que o leve a ter comportamento suicida, por isso, a necessidade de se ter um contrato terapêutico que abranja de certa forma, aspectos que permitam o profissional realizar contato com familiares do paciente, quando este, por algum motivo apresentar comportamentos que possam colocar em risco sua vida, ou colocar outras pessoas em risco.

Assim, o psicólogo estará colocando em prática o que reza o inciso II do código de ética que orienta sua profissão, colaborando com a efetivação de práticas que promovam a saúde do sujeito, mesmo que este sujeito, por vezes, tomado pelo sofrimento, não consiga perceber que nele existe vida capaz de superar as dificuldades e vivê-la com qualidade em seus diversos aspectos.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Sabe-se que “o delineamento ocupa-se precisamente do contraste entre a teoria e os fatos e sua forma é a de uma estratégia ou plano geral que determine as operações necessárias para fazê-lo” (GIL, 2010, p. 49).

A pesquisa foi qualitativa de cunho descritivo. Pesquisas descritivas têm “como objetivo a descrição e análise das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2010, p. 28). Consiste, portanto, no auxílio do estudo de um determinado grupo, de como acontece à atuação prática, aproximando-se dos objetivos propostos nesse trabalho.

Quanto ao delineamento da pesquisa, o estudo de campo contribuiu com o desenvolvimento desse projeto, pois, conforme Gil (2010, p.57), “[...] os estudos de campo procuram muito mais o aprofundamento das questões propostas do que a distribuição das características da população segundo determinadas variáveis”. Este tipo de estudo apresenta maior flexibilidade quanto ao replanejamento do projeto, quando por ventura ocorra a reformulação dos objetivos no decorrer do processo da pesquisa (GIL, 2010).

3.2 CAMPO DE ESTUDO

Essa pesquisa teve como campo de estudo a Psicologia da Saúde Pública, mais propriamente a psicologia inserida no Sistema Único da Saúde (SUS) em espaços de Atenção Básica da Saúde no município de Serra, como, por exemplo, Unidade Regional da Saúde (URS). Foram coletados dados também no nível de atenção secundária, devido a casos de suicídio frequentemente estarem associados a transtornos mentais, sendo os encaminhamentos realizados para os Centros de Atenção Psicossocial Saúde Mental II – CAPS Mestre Álvaro, de Serra. No caso do

presente estudo, realizamos a pesquisa na Unidade Regional de Saúde Boa Vista, por contar com a presença de psicólogos em seu quadro profissional, estes por sua vez, estão inseridos na equipe multiprofissional que apoiam as equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde adscritas ao seu respectivo território. Em se tratando do CAPS Mestre Álvaro existe também uma equipe de matriciamento que dá suporte aos estudos de caso e atendimentos em Saúde Mental da Unidade Regional de Jacaraípe, pois esta unidade não conta com equipe da Estratégia de Saúde da Família.

Em alguns municípios, o psicólogo também atua diretamente nas UBS, como por exemplo, na cidade de Vitória/ES. Mas no caso do município de Serra/ES, as UBS não têm psicólogos atuando diretamente, por este motivo, buscou-se verificar na URS e CAPS II Saúde Mental, como acontece o trabalho de prevenção do suicídio ligando a Atenção Básica as demais portas de entrada da saúde.

3.3 PARTICIPANTES

Ao tratar da amostragem para a realização de pesquisa qualitativa, Minayo enfatiza que

O pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação (2006, p. 196, 197).

Desta forma, o presente estudo contou com a participação de 2 (dois) profissionais da Psicologia que atuam na Unidade Regional de Saúde (URS) Boa Vista e 2 (dois) do Centro de Atenção Psicossocial II Saúde Mental Mestre Álvaro (CAPS II) do Município de Serra/ES, independente de gênero, idade e tempo de formação.

O Contato aconteceu primeiramente por telefone, marcando hora e local para que a entrevista pudesse ser realizada. A seleção dos participantes foi de acordo com a acessibilidade, segundo Gil (2010, p. 94) “o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam de alguma forma, representar o universo”. E as entrevistas aconteceram no local de trabalho dos participantes, de forma voluntária. Uma vez realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), os participantes preencheram os campos necessários e assinaram em duas vias de igual teor.

O procedimento de coleta de dados da pesquisa buscou identificar junto aos profissionais psicólogos participantes o tipo de serviço que as pessoas com ideação suicida ou que já atuaram contra sua própria vida receberam, obviamente na ótica dos entrevistados; bem como, quais procedimentos foram adotados para a promoção da saúde e prevenção de tentativas de suicídio, por parte destes profissionais.

A coleta de dados foi feita através da realização de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B) com os psicólogos que atuam na URS Boa Vista e no CAPS II Saúde Mental Mestre Álvaro, independente do tempo de formação e sexo.

A entrevista foi composta de 14 (quatorze) questões semiestruturadas relacionadas com o que se pretendeu investigar, sendo que este tipo de entrevista dá liberdade ao pesquisador de formular novas questões a partir das respostas dos sujeitos entrevistados.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Esta pesquisa foi realizada em Unidade Regional de Saúde e no Centro de Atenção Psicossocial II Saúde Mental, do Município de Serra/ES, que tem em seu quadro funcional a presença do psicólogo.

O Município de Serra conta com trinta e quatro (34) Unidades Básicas de Saúde (UBS) cadastradas e seis (6) Unidades Regionais de Saúde (URS). As URS foram criadas para oferecer suporte as UBS.

Das trinta e quatro UBS somente vinte e três (23) funcionam com a Estratégia da Saúde da Família, e uma dessas funciona como Unidade Itinerante, que abrangem comunidades rurais pertencentes ao município de Serra/ES.

Com relação aos Centros de Atenção Psicossocial, o município de Serra/ES conta com dois CAPSs, sendo um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas CAPS ad e um Centro de Atenção Psicossocial Saúde Mental, o CAPS II Mestre Álvaro (SERRA, 2013).

Devido ao fato das UBSs e USFS adscritas nas Regionais, não terem o psicólogo em seu quadro de profissionais, a pesquisa, mesmo tendo como foco a Atenção Básica, não pode ser realizada nas UBS e sim na URS e no CAPS II Saúde Mental

(coletando dados de uma amostra de psicólogos), uma vez que os psicólogos estão inseridos nestes campos citados e prestam apoio matricial às equipes das UBSs e USFs, assim sendo, os profissionais, partilham de sua experiência profissional na rede de serviços da ABS através das Equipes da Saúde da Família.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como esta pesquisa foi de característica direta (pesquisa de campo) utilizou-se de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B); e de acordo com Gil (2010), a entrevista é uma forma de interação social, que possibilita a coleta de dados de forma flexível e, “é bastante adequada para que os entrevistados possam emitir informações a respeito do que sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer ou fizeram [...]” (GIL, 2010, p. 109). Portanto, é “uma lista de temas que desdobram os indicadores qualitativos de uma investigação” (MINAYO, 2006, p. 189). Quanto ao roteiro para entrevista semiestruturada, Minayo (2006, p. 191- grifos do autor), postula que, “o roteiro deve ser construído de forma que permita flexibilidade nas *conversas* e absorver novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de sua estrutura de relevância”. As questões abordaram dados sócio-demográficos como: sexo, idade, tempo de formação, especialização, local de atuação, bem como a função e as práticas exercidas na URS e no CAPS II Saúde Mental, relacionados com a temática em questão. A organização das questões foi realizada por identificação de itens separados por blocos temáticos e referentes aos objetivos que se deseja alcançar. Utilizou-se no decorrer das entrevistas de um gravador, tendo sido solicitado ao sujeito entrevistado a autorização para a gravação, sendo que o consentimento foi dado concedido por todos os participantes deste estudo, sendo excluído logo após a transcrição dos dados.

O conteúdo das entrevistas quando citado estará identificado da seguinte maneira: S1, S2, S3 e S4, sendo que o S (sujeito) e o número é de forma aleatória o que não corresponde à ordem com que as mesmas foram realizadas no decorrer das entrevistas da pesquisa, isto para garantir o sigilo do participante.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada atendendo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, resolução 196/ 96 (BRASIL, 1996) e a resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) (APÊNDICE A), as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais e ao art. 16 do Código de Ética Profissional do Psicólogo (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005). Será apresentado, lido e esclarecido aos participantes da pesquisa, o termo de consentimento, informando-os que os mesmos poderão desistir da pesquisa independente da etapa em que esta se encontrar. Assim como, garantir o sigilo dos dados dos participantes e comunicar as formas de divulgação dos resultados que serão obtidos no processo da pesquisa. O termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) foi assinado em duas vias de igual teor, sendo uma entregue ao sujeito entrevistado antes do início da entrevista.

3.7 ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta dos dados, realizou-se a análise de dados para que não se perdesse nenhuma informação obtida. Conforme postula Gil (2010 p.156),

A análise tem como objetivo organizar e sumariar os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação. Já a interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos.

Foi utilizado o método da análise discurso e produção de sentidos; e a categorização dos dados no que se refere à pesquisa qualitativa. Essa interpretação “tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos” (GIL, 2010, p.156). Segundo Spink e Medrado (2013), a análise de discurso, possibilita o pesquisador a atentar as experiências que emergem para além da fala do sujeito, para aquilo que faz parte de seu cotidiano, ou seja, as práticas cotidianas, onde acontece a produção de sentidos, assim,

O foco dos estudos que adotam esse conceito deixa de ser, assim, apenas a regularidade, o invariável, o consenso, e passa a incluir também a própria variabilidade e polissemia que caracterizam os discursos. [...] Admitir que as práticas discursivas são polissêmicas, não significa, entretanto, dizer que não há tendência à hegemonia ou que os sentidos produzidos possuem igual poder de provocar mudanças. Por outro lado, a natureza polissêmica da linguagem possibilita às pessoas transitar por inúmeros contextos e vivenciar variadas situações (SPINK; MEDRADO, 2013, p. 29).

Nesse sentido, a interpretação dos dados, dar-se-á, através da produção de sentidos, o que “emerge, dessa forma, como elemento intrínseco do processo de pesquisa” (SPINK, 2013, p.82). Ainda segundo a autora, [...] a análise inicia-se com uma imersão no conjunto de informações coletadas, procurando deixar aflorar os sentidos, sem encapsular os dados em categorias, classificações ou tematizações definidas *a priori* (SPINK, 2013. P. 83).

Desta forma, nesta pesquisa, os materiais coletados foram analisados, a partir de mapas de associações de ideias, técnica criada por Mary Jane Spink, cujo objetivo é de

[...] sistematizar o processo de análise das práticas discursivas em busca dos aspectos formais da construção lingüística, dos repertórios utilizados nessa construção e da dialogia implícita na produção de sentido: dar subsídios ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo. A construção dos mapas inicia-se pela definição de categorias gerais, de natureza temática, que refletem sobretudo os objetivos da pesquisa (SPINK, 2013, p. 84).

Portanto para Spink (2013) a categorização não se dá *a priori*, mas se identifica a partir do discurso do sujeito, não estando atrelada a incidência de temas no discurso, mas a polissemia do discurso que vai desde as regularidade e irregularidade, consensos e falta de consensos, buscando o sentido a partir da posição do sujeito na trama social. Ressalta-se, portanto, que “os mapas não são técnicas fechadas. Há um processo interativo entre análise de conteúdos [...] e elaboração de categorias” (SPINK, 2013, p. 84).

Após leitura das entrevistas e identificação dos discursos foi utilizado o programa Microsoft Word para a digitação das entrevistas; recorte dos trechos dos discursos do editor de texto Microsoft Word e, em seguida feita a colagem dispondo-o em colunas, respeitando a sequência do diálogo, ficando em formato de mapa de ideias, que segundo Spink (2013, p. 85) “Obtém-se, como resultado, um efeito *escada*”.

A análise foi realizada pautada nas seguintes categorias:

- A atuação do psicólogo e as ações comuns na atenção básica;
- Serviços oferecidos x demandas dos usuários;
- Ações na prevenção do ato suicida;
- Acolhimento e cuidado;
- Dificuldades e desafios enfrentados no serviço público à saúde;

Esta forma de analisar os dados contribuiu com as possíveis reinvenções de práticas que surgiram no decorrer da pesquisa uma vez, que o presente estudo, buscou tratar das práticas realizadas até o momento que visam a prevenção de comportamento suicida, este que ainda hoje é tido pela sociedade como tabu.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO DA PESQUISA

O presente estudo foi desenvolvido na região metropolitana da Grande Vitória Estado do Espírito Santo (ES) no município de Serra. A cidade de Serra tem extensão territorial de 551, 687 Km², no ano de 2010 tinha uma população de 409. 267 habitantes segundo Senso do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2010 e uma população estimada em 485, 376 para o ano de 2015 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

No ano 2000 iniciou-se no município de Serra/ES o processo de implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) atendendo 3,7% da população. Posteriormente, no ano de 2004 o PACS foi incorporado pela ESF cobrindo 5,4% da população. Segundo base de dados do Portal da Saúde atualizado até agosto de 2015, referindo-se ao município de Serra/ES, existem 229 Agentes Comunitários fazendo parte de 41 Equipes de Saúde da Família, com uma estimativa de cobertura em 141.450 da população, cobrindo 33, 47% da população (BRASIL, 2015).

No que consiste a organização dos serviços de saúde no município, Serra tem ações ligadas a Atenção Básica, oferecendo serviços de especialidade, urgência e emergência, internações materno-infantil, buscando apoio junto a Secretaria Estadual de Saúde para outros tipos de serviços de média e alta complexidade, “atendendo aos princípios do SUS de universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização e comando único, e participação popular” (SERRA, 2013, [s.p]).

No município de Serra, a Atenção Básica conta com o apoio dos seguintes Programas: “Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Mental, Saúde do Idoso, Saúde do Homem e Hiperdia, Proef (Programa de Educador Físico), Assistência Nutricional, Saúde de Ferro, Gera Saúde, entre outros” (SERRA, 2013, [s.p]).

Existem 124 bairros na cidade de Serra, estes estão distribuídos em sete (07) regiões administrativas localizadas na Serra Sede, CIVIT, Laranjeiras, Carapina, Novo Horizonte, Castelândia e Jacaraípe. Esta forma de organização é um mecanismo utilizado pelos órgãos municipais para facilitar o trabalho da saúde, no que diz respeito às ações intersetoriais, que são organizados nos diversos modos de atenção, buscando integrar os serviços de baixa e média complexidade. O município oferece à população 49 equipamentos municipais de saúde que são distribuídos em Unidades de baixa e média complexidade, o que consiste em

34 Unidades de Atenção Primária à Saúde, 01 Unidade de Saúde Itinerante (Unidade Móvel), 06 Unidades Regionais de Saúde; 01 Centro de Referência Ambulatorial (AMES); 02 Unidades de Pronto Atendimento Adulto e Infantil (UPA 24h); 01 Maternidade Municipal; 01 Centro de Testagem e Aconselhamento DST/AIDS; 02 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS Ad e CAPS Transtorno) e 01 Centro de Especialidades Odontológicas – CEO (SERRA, 2013, [s.p]).

O município de Serra ocupa um grande território geográfico e abriga uma grande população, em relação à proporção de território/população e equipamentos de serviço de saúde oferecidos, há uma expressiva disparidade, havendo uma carência de ampliação tanto das ofertas de serviço, como de recursos materiais e humanos para melhor atender os seus munícipes.

O município conta com 48 psicólogos em seu quadro de profissionais (Serra, 2015), inseridos em diferentes setores, como por exemplo, nas Unidades Regionais de Saúde, CAPS ad e CAPS Saúde Mental, oferecendo apoio as Equipes de Saúde da Família nas USFs e nas UBSs onde não tem a Estratégia de Saúde da Família implantada, através de matriciamento.

A descrição da contextualização do município se fez necessário, para melhor apreender os resultados obtidos nos discursos dos participantes no decorrer da pesquisa.

Os tópicos para a discussão da análise dos dados ficaram definidos da seguinte forma: Inicialmente abordaremos a atuação do psicólogo e as ações comuns existentes na Atenção Básica; logo em seguida analisaremos os serviços oferecidos versus demandas dos usuários; assim como, as ações existentes na prevenção do ato suicida, o acolhimento e cuidado e por fim, discutiremos as dificuldades e desafios enfrentados pelos psicólogos no serviço público à saúde.

4.1 A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO E AS AÇÕES COMUNS NA ATENÇÃO BÁSICA

Os profissionais entrevistados ao descreverem a atuação do psicólogo no que diz respeito à Atenção Básica expressaram ações comuns, que são realizados por eles na URS e no CAPS Saúde mental, são eles: atendimentos individuais e em grupos, apoio às equipes de saúde nas UBSs, matriciamento, reuniões e trabalhos em equipe multidisciplinar, visitas domiciliares, reunião de redes (aqui o conceito de rede, se refere as demais ações em Atenção à Saúde que o município oferece às pessoas em diferentes espaços e equipamentos que se estendem para além da Rede de Atenção à Saúde), passeios, oficinas terapêuticas, entre outros, mostrando conhecimento das instruções transcritas nos cadernos de AB, ressaltamos aqui o de número 34 – Saúde Mental.

O psicólogo, que atua na URS e no CAPS Saúde Mental, realiza apoio matricial às Equipes de Saúde da Família, ajudando a equipe de saúde da AB a ampliar seus conhecimentos quanto à prática, saindo da alienação. A alienação aqui colocada refere-se a práticas que são utilizadas cotidianamente sem uma reflexão dirigida aos casos específicos que também ocorrem no cotidiano, ou seja, o tratamento igual e padronizado como protocolos que não admitem uma ação reflexiva (CHIAVERINI, 2011).

Segundo Chiaverini, as ações realizadas pelos profissionais nos diversos dispositivos de cuidado devem “oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga” (2011, p. 211).

Esta sobrecarga por vezes, acompanha o profissional desde o tempo de sua formação onde se pauta o conhecimento do ser psicólogo numa visão clínica tradicional. Vejamos o relato de um dos participantes que expressa bem a necessidade de ampliação do conceito de psicologia, bem como, sua atuação na saúde coletiva:

[...] nossa atuação assim, no serviço público é muito interessante, porque é diferente da formação. A gente vem pro serviço público, porque a gente vem pensando que vai trabalhar na área clínica, por exemplo, e vai muito além disso. E a gente só descobre estando aqui. As questões sociais elas são muito gritantes. É o que vem muito em termo de adoecimento. Então a gente se depara com uma realidade, assim, que precisa da gente ampliar o conhecimento e o conceito de psicologia realmente. Que é aquele conceito amplo. Não é só consultório, não é só ficar dentro do consultório, a questão

da equipe multidisciplinar é extremamente importante. A gente estar junto com os profissionais médicos, assistentes sociais, enfermeiros, agente comunitário [...], aqui tem Estratégia, eles são peças importantes para que a gente possa entender e compreender o usuário. Entender as questões sociais para melhor atender o usuário, é um processo assim (S4).

Ainda com relação ao relato acima, há que se fazer uma reflexão sobre a formação do psicólogo, pois que as grades curriculares em muito têm negligenciado a atuação na saúde pública e saúde coletiva de forma abrangente. Observa-se o enfoque nas políticas e na construção e consolidação do Sistema único de Saúde, mas pouco se investe na formação da atuação do profissional no SUS.

Quanto à inserção da psicologia em equipe multiprofissional os participantes foram unânimes em ressaltar a presença da psicologia como fundamental nas equipes, não só ao se tratar no âmbito da saúde, mas como todas as áreas que abrangem o cuidado na vida da pessoa. Vemos isso nos trechos dos discursos a seguir:

“A psicologia na equipe, faz diferença, é importantíssima, fundamental. Então às vezes, a gente percebe algumas coisas que os outros não conseguem perceber e vise e versa, eles também tem os olhares diferentes” (S1). “Ela ajuda a ver o ser humano como um todo” (S2).

Com referência aos relatos dos sujeitos S1 e S2 uma reflexão nos vem como urgente. A psicologia é muito mais do que um olhar ou uma forma de perceber. A psicologia possui um corpo teórico que está disponível para estudos, pesquisas e apoio às práticas, portanto vale mais uma vez chamar a atenção para que tipo de formação os psicólogos vêm recebendo ou assimilando, uma vez que se percebe cotidianamente na profissão a reprodução de conhecimentos mais ligados ao senso comum do que a própria psicologia científica e suas abordagens clínicas, que podem apoiar a visão das situações que emergem dos sujeitos nos diferentes contextos em que o psicólogo venha a se inserir.

Acho fundamental o psicólogo participar das equipes, pelo próprio fenômeno que a gente está lidando. Mas em qualquer outro serviço também, por que o psicólogo ele tem uma sensibilidade, que ele vai construindo em sua própria formação e então isso é muito interessante pra comunicação na equipe, para a própria construção do espaço, pra própria saúde do trabalhador. Então tudo isso, são contribuições que a psicologia pode dar com muito valor. Super importante, como presença efetiva. Por que a gente é profissional também, ético, com uma boa formação, com compromisso social, compromisso com a causa e que tenha humildade para se colocar diante dos saberes, não como verdade, mas como mais um saber, a equipe pode ter um bom diálogo, uma boa função (S3).

Percebe-se nestes relatos que a presença do psicólogo numa equipe faz a diferença, não pelo seu suposto saber, ou seja, no sentido de que possui uma

verdade ou resposta pronta para as demandas que surgem, mas pela maneira de olhar para o sujeito que ali se encontra, importando-se com a subjetividade que emerge na vida daquela pessoa que, por vezes, busca no serviço um alívio para o sofrimento pelo qual está passando.

O relato de S3 enfatiza que a presença precisa ser efetiva, ou seja, que o psicólogo de fato abrace a causa, com compromisso social e uma postura profissional ética, sem sobrepor seu saber, mas buscando dialogar com os demais profissionais. Isto de certa forma diferencia da concepção de compromisso social relatada na pesquisa feita por Magda Dimenstein em 2001, cuja descrição das práticas dos psicólogos não estava norteadas no sentido de construção da cidadania, “espaço onde os sujeitos reconhecem, respeitam e convivem com as diversidades dos outros” (DIMENSTEIN, 2001, p. 61). Ficou evidenciado também no relato de S3 que é necessário manter-se atualizado e de se renovar nas novas práticas em saúde de maneira contextualizadas, pois, “o psicólogo ele tem uma sensibilidade, que ele vai construindo em sua própria formação e então isso é muito interessante pra comunicação na equipe, para a própria construção do espaço, pra própria saúde do trabalhador” (S3).

Vale ressaltar que embora o S3 enfatize as práticas dos psicólogos sob uma vertente social, ética e de compromisso com a cidadania, encontramos em seu discurso também o estereótipo da profissão psicólogo, cuja sensibilidade cumpre quase que um requisito indispensável. Ainda com relação à sensibilidade, há que se refletir sobre o que é e como se manifesta, o que não é objetivo e muitas vezes não é observável, trazendo possíveis julgamentos inadequados e não condizentes com as práticas de todos os psicólogos. Esta sensibilidade pode ser interpretada também como a implicação do psicólogo com o serviço que realiza, e isto, de certa forma, contribui tanto no acompanhamento do usuário, como nos encaminhamentos a outros serviços, pois “um encaminhamento implicado, em que aquele que encaminha se responsabiliza e participa ativamente de todo o processo de chegada do caso a seu novo destino” (BRASIL, 2013, p. 105). Portanto, impossível generalizar.

As práticas dos psicólogos nas equipes multiprofissionais são ressaltadas como importantes por S3 nas suas diversas dimensões tanto no que diz respeito a sua intervenção junto ao usuário do SUS, como internamente na equipe de trabalho com

enfoque na Saúde do Trabalhador. Nesse aspecto percebe-se a amplitude de ações que cabe ao psicólogo inserido no SUS, justificada pela possibilidade do manejo adequado das diferentes situações, manejo este ancorado em referenciais teóricos e abordagens cientificamente comprovadas.

4.2 SERVIÇOS OFERECIDOS X DEMANDAS DOS USUÁRIOS

Os serviços oferecidos na rede de Atenção Básica no município de Serra/ES são distribuídos em 49 equipamentos de saúde:

34 Unidades de Atenção Primária à Saúde, 01 Unidade de Saúde Itinerante (Unidade Móvel), 06 Unidades Regionais de Saúde; 01 Centro de Referência Ambulatorial (AMES); 02 Unidades de Pronto Atendimento Adulto e Infantil (UPA 24h); 01 Maternidade Municipal; 01 Centro de Testagem e Aconselhamento DST/AIDS; 02 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS Ad e CAPS Transtorno) e 01 Centro de Especialidades Odontológicas – CEO (SERRA, 2013, [s.p]).

Estes por sua vez, são apoiados por programas de “Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Mental, Saúde do Idoso, Saúde do Homem e Hipertensão, Proef (Programa de Educador Físico), Assistência nutricional, Saúde de Ferro, Gera Saúde, entre outros” que são desenvolvidos pelas equipes de ESF apoiados pela equipe de matriciamento (SERRA, 2013).

No que tange a oferta dos serviços e a demanda dos usuários, os relatos mostraram que em partes os serviços oferecidos atendem as demandas, mas o município ainda carece de ampliar a oferta, os espaços e os recursos humanos para melhor atender as necessidades de seus munícipes.

[...] às vezes, sim, eles demandam atendimentos individuais que nem sempre a gente dá conta, por serem muitas as atividades e muitos usuários e somos poucos profissionais. A gente tem uma média de sessenta pacientes por psicólogos. E dificilmente a gente dá conta de atender todas as necessidades de todos eles. Às vezes, escapam (S1).

“[...] é uma demanda muito grande. [...] Mas dentro do possível eu acho que a gente consegue atender sim, satisfatoriamente bem, dentro do que é possível” (S4).

“Atende uma dimensão destas necessidades, mas as necessidades são muito mais amplas e complexas, tanto que é uma equipe multidisciplinar que procura lidar com este fenômeno da loucura” (S3).

Portanto, fica claro pelos relatos que, o número de usuários que está inserido no Sistema é grande, sendo suas demandas diversificadas. Os profissionais buscam

dar conta de atender esses usuários, conforme suas necessidades, mas têm claro para si que isto não ocorre a contento, devido a carência de profissionais psicólogos. Relatam a importância da equipe multidisciplinar para dar conta das complexidades das demandas.

Os entrevistados relataram que as formas de acesso do usuário no serviço acontecem de diferentes maneiras: através de demandas espontâneas, levados por algum familiar, encaminhados pelos hospitais, egressos de hospitais psiquiátricos, encaminhados para atendimentos no CAPS saúde mental pelas URS, encaminhados pelos profissionais da ESF, pelos profissionais do UPA. Um fato que acontece, nestes encaminhamentos é que, por vezes, o usuário já está sendo acompanhado pelos profissionais de saúde da Estratégia e por aqueles que os apoiam, no caso os psicólogos, mostrando a dinâmica que existe na rede de saúde. É o que relata um dos participantes:

Mas o que a gente tem observado de positivo, que muitos dos casos que vão pra UPA, a gente já conhece; então não são casos novos, quer dizer, isto é bom e isto é ruim. É bom por que estão sendo acompanhados, é ruim por que ainda está tentando. Mas esta é a dinâmica, esta é a grande questão. O fato é que por mais que a gente tente a gente não vai impedir que eles tentem novamente (S4).

O relato de S4 pode mostrar um ponto positivo da rede, pois o usuário não se perde de seu território, existe um acompanhamento e o conhecimento dos profissionais de referência sobre as suas condições de saúde de uma forma geral. Talvez fosse necessária a verificação se isto se dá com alguns e de forma casual, ou se é um acompanhamento sistemático e efetivo da rede, ou seja, uma referência e contra-referência que ocorre por que o histórico do usuário na rede seja conhecido. Neste caso em se tratando de usuário que podem estar passando por ideação suicida, seria um ponto positivo, caso esta seja uma prática sistemática da rede, pois este poderia ser encaminhado para acompanhamento no seu local de referência etc...

Isso sem contar os encaminhamentos que são feitos por outras instâncias como, por exemplo, das escolas, dos juzizados, e a necessidade que as pessoas têm de serem acolhidas para simplesmente desabafar. Isso é o que transparece no relato do profissional S4:

O que a gente consegue perceber, depois que veio o psicólogo aqui na Serra, na rede pública a demanda é extremamente grande. Então assim, qualquer âmbito, seja da escola, seja demanda espontânea, a população sabe que tem psicólogos então eles querem vir pro psicólogo, até mesmo sem saber o que é, entendeu? Então muitas vezes a gente se depara com o que? Com uma necessidade, então a gente fala assim, que não é muito o

nosso papel, por que a Serra tem uma carência muito grande de propostas sociais, de acolhimento social mesmo. Então as pessoas querem desabar, estão angustiadas porque estão sofrendo questões mais sociais. Então, eles têm como desabafo, eu falo assim, que deveria aumentar o número de Padres, pra confissão, porque é uma questão de chegar e falar, falar, falar, e depois chega assim, nossa eu estou bem e vão embora. Mas isso não é terapia (S4).

O participante S4 ao relatar que, por vezes, cumpre o papel de padre, pois ouve dos usuários situações que não lhe competem resolver, uma vez que se trata de demandas sociais que não são resolvidas no âmbito da rede de saúde, segundo seus relatos, preocupa por alguns aspectos. Um dos aspectos preocupantes é o fato de a rede teoricamente dever atuar de forma intersetorial e interdisciplinar, neste caso a equipe que está escutando a demanda do usuário, e aqui frisamos escutando e não ouvindo, deve buscar as interlocuções necessárias para que o usuário seja atendido integralmente. Quanto ao fato de não ser terapia, isto não exclui o lugar da escuta, pois não se sabe a priori o grau de incômodo, angústia e depressão que aquele problema relatado tem gerado, ou mesmo se tal problema não está funcionando como disparador para a ida ao serviço de saúde, escondendo algo de grande relevância, inclusive a inclinação à ideação suicida.

Portanto, o psicólogo no âmbito da saúde precisa estar “conectado” intersetorialmente e aberto a escuta.

Casos de suicídio e de usuários que apresentam ideação suicida podem deixar de ser identificados devido à falta de interlocução no momento adequado, para que haja a possibilidade de evitar o ato e conter a ideação.

A rede intersetorial é de suma importância, pois se percebe que alguns setores como a UBS, por exemplo, limita-se a atender os sujeitos encaminhados da escola, sem implicar a própria escolha no cuidado da saúde deste sujeito, sendo considerado também um ambiente para realizar possíveis ações de promoção e prevenção, no caso do presente estudo, de suicídio. Sabe-se que “o território detém muitos recursos valiosos que podem ser disponibilizados e arranjados para compor projetos terapêuticos efetivos” (BRASIL, 2013, p.106).

Quanto ao fluxo de atendimento de pacientes que tentaram o suicídio, alguns participantes expressaram que são livres outros que é por prioridades, ou seja, dependendo da gravidade do caso e de como se encontra a pessoa. Vejamos o que fala um dos entrevistados ao se referir ao fluxo livre, enfatizando a importância da atuação pautada na perspectiva de clínica ampliada:

por que aqui é uma clínica, pelo menos a minha clínica ela é uma clínica ampliada, não se dá apenas neste espaço de consultório, ela se dá nos corredores, nos grupos, nos passeios, tem uma série de escuta qualificada que me coloca a disposição do usuário (S3).

Outro participante relata que: “Tem vez que a gente fica sem saber de suicídio assim, e tem época que eu não sei, não sabemos ainda... de repente bate uns três casos e aí o que acontece na minha Regional, acontece na outra [...] mas isto não é constante” (S4).

Estes relatos mostram que a escuta é essencial, portanto não deve ser negligenciada em qualquer hipótese e nem desqualificada cientificamente, no que tange ao saber psicológico, como uma confissão com um padre. A surpresa que muitos profissionais referem quanto ao caso de suicídio pode estar relacionada a um “furo” da própria rede.

Quanto aos encaminhamentos para atendimento psicológico, percebemos nas entrevistas que o usuário quando chega ao serviço é recebido por um profissional que o escuta passando a ser o profissional de referência.

Os relatos que seguem descrevem bem como acontecem estes encaminhamentos assim como, o atendimento realizado quando o sujeito que já frequenta o serviço não apresenta demanda.

Quando o paciente chega ele é inserido no serviço, um dos psicólogos é referenciado para ele, para o atendimento individual, e essa referência pode ser aleatória ou pelo PTS, então se o PTS do usuário é a tarde, aí mesmo que o PTS dele é a tarde, ele se dispõe a vir de manhã pro atendimento. É muito flexível (S1).

Isso acontece de diferentes formas como:

“Através de nossas discussões, de ouvir os casos, de discutir, de conhecer mais, não só através de médicos e enfermeiros, mas dos Agentes de Saúde também e outros profissionais das Unidades que participam” (S2).

“A gente procura atender a demanda do usuário e produzir a demanda naquele sujeito que não demanda. Então isso se dá muito nas reuniões da equipe” (S3).

Produzir a demanda está relacionado com a disponibilidade do profissional para a escuta e a qualificação desta escuta. Isto sim pode levar ao conhecimento do profissional casos de usuários que podem estar sofrendo psiquicamente e evoluindo para a ideação ou ato suicida.

Quanto às mudanças necessárias, para melhor atender os usuários foi percebido em vários relatos no decorrer da pesquisa, a carência de ampliar a infra-estrutura da saúde assim como, os profissionais que compõem a equipe de saúde: “A gente precisaria ter na equipe sociólogo, antropólogo, advogados, filósofos...” (S3).

[...] a gente tem que pensar no macro, pelo numero de habitantes da Serra, e pela demanda de transtorno mental do município, deveria ter um CAPS III e um CAPS II, deveria ser, inaugurado ou instaurado um CAPS I. Eu acho que isso daria um bom alívio assim, atenderia melhor os munícipes (S1).

Neste sentido, Bertussi, Oliveira e Lima descrevem que para haver uma melhoria nos atendimento da população adscrita a determinado território, é necessário que haja “coerência entre recursos, serviços e as necessidades da população, ou seja, tentar eliminar os desequilíbrios entre oferta/demanda” (2001, p.139), para assim atender um dos princípios do SUS que é a equidade.

Desta forma, tanto os usuários como os profissionais encontrariam as condições necessárias para receberem os cuidados e de melhorar as práticas na maneira de cuidar.

4.3 AÇÕES NA PREVENÇÃO DO ATO SUICIDA

Todos os profissionais entrevistados já atenderam pessoas que tentaram ou têm tentativas de suicídio; alguns profissionais já tiveram casos de usuários com suicídio consumado. Porém, ao responderem a questão referente à existência de intervenção na prevenção do ato suicida na Atenção Básica, alguns profissionais demonstraram não terem conhecimento de práticas específicas para a prevenção nesta situação. “Não tenho conhecimento, aqui no município não” (S3). Porém, os relatos mostram que quando uma pessoa chega ao serviço com ocorrência de tentativa de suicídio associado a transtorno mental, é acolhido no serviço e tem prioridade no atendimento. Outros ficam na dúvida da existência de ações voltadas para a prevenção deste fenômeno: “Eu digo para você que não. Não é até assim, deixa eu te explicar, não e sim, talvez (S4). Este último relato justifica-se pela amplitude do conceito prevenção, mas reconhece que nas atividades que são oferecidas no serviço, há a preocupação com a prevenção de suicídios entre a população de seu território, uma vez que recebem pessoas que tentaram contra a própria vida, encaminhadas pela Unidade de Pronto Atendimento e isso, leva a priorizarem estes casos para o atendimento.

Os casos são discutidos nas reuniões da equipe da URS e CAPS assim como, levadas para a discussão nas reuniões da rede de Atenção Básica, através das equipes da Estratégia da Saúde da Família “como a gente trabalha com a Estratégia, então com os Agentes de Saúde, com os médicos e todos os profissionais da Estratégia, a gente sempre está conversando a respeito disso” (S4).

O trabalho realizado com os profissionais da ESF possibilita a efetivação das atividades que previnem o ato do sujeito tentar dar fim à própria vida, para isso há a necessidade de implantar a ESF nas UBSs que ainda não são cobertas pela Estratégia, é o que expressa um dos participantes: “Nesta Regional existe sim um trabalho pode-se dizer de prevenção, por que tem Estratégia, por que facilita muito mais. É que a gente procura mostrar ao Prefeito, ao secretário da importância de se ampliar a Estratégia. Principalmente um município tão grande como Serra” S4.

Vale lembrar que a ESF no município de Serra cobre apenas 33,47% dos quase 485.376 habitantes que compõe sua população. Ficando mais da metade sem acesso aos serviços ofertados pela Estratégia.

Tanto os psicólogos que atuam na URS como no CAPS saúde mental, relatam que as ações de prevenção e de promoção ligadas ao fenômeno suicídio acontecem, porém ainda muito incipientes, necessitando ampliar não só as discussões como a maneira de atuar, pois este tema suicídio está presente no dia a dia do serviço.

[...] é um tema que está presente no cotidiano do serviço. [...] como estratégia, é estudado nas reuniões de equipe. Lido documentos, manual do Ministério da Saúde. A gente tem uma pessoa que participa do GT de suicídio e propõe discutir esta temática numa rede mais ampla. [...] porque a gente acredita que todas as ações contribuem... todas as ações terapêuticas do serviço, contribuem pra minimiza e atuar sobre este tipo de pensamento, ideação (S3).

Para a ampliação das discussões, existe no município um Grupo de Trabalho ligado ao suicídio formado por psicólogos que se reúnem uma vez ao mês para partilhar os casos de suicídios atendidos por eles em seus espaços de serviço, também realizam leituras de formação. Como percebemos nos relatos não existem ações específicas para a prevenção de suicídio no município, os profissionais consideram que tudo o que realizam no serviço poderá prevenir ou minimizar sofrimentos que contribuem para que o sujeito tenha estes tipos de pensamentos, ideações suicidas.

Este é o nosso estudo. Porque, por exemplo, quando a gente consegue perceber a depressão, vamos separar este caso, é... tem aquelas pessoas que tem o processo de depressão e que nos procuram e que a gente consegue fazer este atendimento, tem às vezes, pensamento suicida. Ai a

gente consegue fazer o processo de prevenção sim, muitos nem vão a esta questão de tentativas. Não tentam. Alguns que vêm pra nós, já fizeram a tentativa. Então assim, isso assim... Quando fala, prevenção eu penso numa coisa muito ampla, por isso que eu digo não (S4).

Este relato demonstra a complexidade e amplitude da temática. Portanto, inicialmente qualquer pessoa que esteja passando por um sofrimento psíquico pode também estar escondendo ou até mostrando por diferentes modos de linguagem a ideação. Por isso, como retrata a narrativa anterior, deve-se ter esse cuidado ao atender usuário com nível de depressão grande.

O conceito de prevenção em si fica pequeno e restrito frente a amplitude de ações que cabem à equipe multidisciplinar que lida com o sofrimento psíquico e transtornos mentais, os quais podem estar associados a ideação suicida, ou mesmo já estarem relacionados a tentativas contra a própria vida.

As ações são estendidas para as pessoas da família e/ ou pessoas de contato do usuário que apresenta características de comportamento suicida. Uma forma de providência que segundo Botega (2015) pode contribuir no atendimento de pessoas com risco agudo de suicídio, que são aquelas que já tentaram o suicídio e estas estão associadas à depressão e outros transtornos, que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, têm um plano definido de se matar e já tomou providências para o ato suicida; é o apoio aos familiares, às pessoas com as quais o usuário tem vínculos, como continuidade dos serviços que são oferecidos na rede. Pela importância expressa nas entrevistas a este tipo de ação, destacaremos o relato dos participantes,

Geralmente a gente intervém junto à família, porque, fora do local, do espaço do trabalho é a família que vai poder dar algum suporte, então a gente sempre faz alguma intervenção, ou orientação, de suporte a família e a única coisa que pode dificultar a intervenção é quando a família se recusa, não quer e ignora a intervenção ou o próprio usuário. A família ajuda muito também no processo de adesão do usuário ao tratamento (S1)

Outro participante relata que, “o tipo de intervenção é no contato com os familiares, conhecer mais os familiares. Não expor o paciente, mas ver até que ponto eles estão a par desta questão e orientá-los de alguma forma (S2).

Inclusive recentemente num dos territórios do município, um usuário que tinha tentado suicídio com medicamentos e eles já teve outros no histórico dele, já teve outras tentativas, inclusive de ter ficado dez dias internado no Hospital, por que aconteceu esta questão e que a gente fez uma visita domiciliar pra conversar com ele e com a mãe. Ai a gente criou algumas estratégias em conjunto ali, pra família dar conta dessa situação. Basicamente é ele freqüentar o CAPS todos os dias, fazer uso da medicação com a supervisão da mãe, e a mãe tirar os venenos que

estavam a vista, que estavam em cima da mesa da cozinha. Então tudo o que pudesse contribuir com o ato, a gente tipo pediu pra ela esconder (S3).

Olha a gente já chamou a família, com a autorização do paciente. Algumas vezes, eles não aceitam, não querem, mas é uma responsabilidade. A gente procura ter o cuidado. A gente diz: “não vou falar de sua vida pra eles, do seu sofrimento, mas eu preciso falar dos seus pensamentos”. Então a gente chama para que o paciente também possa ouvir o que na prática, do que estou falando, pra não achar que estou expondo-o. Mas assim olha, fulano está assim, está com certos pensamentos e deixo que ele fale também. Mas procuro mostrar principalmente da necessidade que eles têm de atenção; que a família passe a cuidar. Isto depende do caso. Por que tem pessoas que fazem tentativas com medicação e aí a gente fala do cuidado que se tem que ter com a medicação. Tem gente que faz tentativa com a questão de faca e aí a gente precisa perceber isso, falar do cuidado. Às vezes tentam com cordas. O pessoal gosta de uma corda. O processo de enforcamento é independente da idade. E depois que a gente fala, os familiares dizem: nossa eu vi isso, eu vi chumbinho... e dizem nossa eu não sabia e como ele disse que era pro rato aí eu deixei, mas estava guardado na gaveta de roupa. Aí vão ver e dizem realmente, tinha uma caixinha. Aí a família começa a perceber que aquilo permeava, que aquilo já existia, mas sempre tinha uma desculpa. Aí eles ficam mais atentos nesta relação de cuidado. E por vezes, quando o paciente se sente mais acolhido é o que dá apoio a ele. Não é só um processo de vigilância. Mas também de cuidado, de carinho e isto ajuda muito (S4).

Os relatos mostram com riqueza a importância do apoio familiar no tratamento e na prevenção da ideação e ato suicida. Percebe-se também que a invisibilidade do problema é grande. A família não percebe; e na maioria das vezes não é percebido pelos profissionais que estão acompanhando o usuário. Por isso a prevenção passa por intervenções que atingem ações que não se definem ainda muito bem.

A atitude em manter o respeito a que é solicitado pelo usuário é importante no momento da conversa com a família. A confiança, o vínculo, a transferência não podem ser abalados, pois isto pode colocar tudo a perder e precipitar um ato suicida ao invés de prevenir.

Através dos relatos dos psicólogos participantes da pesquisa, destacamos algumas ações de prevenção que poderiam ser elencadas nas seguintes categorias: Prioridade no Atendimento de casos encaminhados pela UPA, Acolhimento, Cuidado, Discussões de Casos nas reuniões das equipes com a ESF, Grupo de Trabalho dos psicólogos com reunião mensal para a discussão destes casos, da presença do psicólogo com os Agentes Comunitários de Saúde, intervenções com os familiares ou pessoa de contato do usuário.

Eles (Agentes Comunitários de Saúde) chegam primeiro naquela Unidade, então que eles já tenham esse olhar crítico, este olhar cuidadoso; e isto ajuda. E se agente colocar isso como um processo de cuidado. E esse cuidado da prevenção a gente procura fazer e isso existe. E agora, quando

fala prevenção a gente fala assim, não, mas é de uma forma bem diluída, mas acontece um cuidado (S4).

Os ACS após contatarem pessoas de seu território que apresentam relatos que levam a ideação de suicídio ou após escutarem a angústia dos familiares que têm pessoas que estão em sofrimentos e pensam em tirar a própria vida, realizam a primeira intervenção que se dá através do contato e escuta inicial, encaminhando em seguida para o atendimento psicológico. Este processo é conhecido de interconsulta, que segundo Chiaverini “é o principal instrumento do apoio matricial na atenção primária sendo, por definição, uma prática interdisciplinar para a construção do modelo integral do cuidado” (2011, p.25). Ao tratar da questão de vínculos, a autora descreve pilares da ação terapêutica do vínculo, são eles:

O acolhimento – estabelece o vínculo e permite o cuidado.

A escuta – permite o desabafo (denominado catarse em termos psicológicos) e cria espaços para o paciente refletir sobre seu sofrimento e suas causas.

O suporte – representa continente para os sentimentos envolvidos, reforçando a segurança daquele que sofre, empoderando-o na busca de soluções para seus problemas (CHIAVERINI, 2011, p.63).

Em muitos relatos dos participantes da pesquisa, foi evidenciada a palavra acolhimento, o que possibilitou o desenvolvimento deste conceito como uma das categorias de análise neste estudo.

4.4 ACOLHIMENTO E CUIDADO

Como visto acima, é sabido que o acolhimento permite o estabelecimento de vínculos, permitindo desta forma que o usuário receba os cuidados e permita ser cuidado pelos profissionais da equipe de saúde, um dos participantes destacou o acolhimento como uma das ações mais importantes para que o cuidado aconteça, e com isso a prevenção de comportamentos lesivos à vida.

Acho que o mais importante é o acolhimento da pessoa que pensa em se matar, que planeja isso ou que já tentou isso, tentou se matar, ela precisa de uma escuta inicialmente. [...] a principal postura neste momento, minha postura é de acolher, de escutar, de conversar sobre esta questão que é um tabu na sociedade, que as pessoas têm dificuldades de encontrar espaço pra poder falar sobre isso (S3).

Ainda nos dias de hoje, há dificuldades das pessoas falarem sobre o suicídio, mesmo aquelas que já tiveram casos de ocorrências na família. Evitam falar de suicídio e foi visto isso também no decorrer da pesquisa, pois ao entrevistar os profissionais, percebemos o incômodo ao responder de início às perguntas

relacionadas ao tema suicídio, mas aos poucos iam se sentindo mais a vontade e partilhavam suas experiências com mais fluência, como vemos no relato do participante S4:

Isso já está dentro de uma possibilidade real. Mas assim, sempre com muito cuidado, a gente também procura proteger esta pessoa. [...] a gente procura trabalhar a questão de quais os vínculos que existem dela com a realidade, mas assim, é uma coisa que não é fácil, por que a cada encontro a gente acaba imaginando, vai ser mais um dia..., então vamos marcar mais uma vez... a gente procura sempre reafirmar esta possibilidade, quer dizer, esta necessidade de rever esta pessoa. Não só pra ele mais pra nós também. Procuramos vínculos para apoiar, por que nós estamos aqui, uma vez na semana se possível, a gente precisa entrar em contato com a família, ou com os vínculos existentes pra que eles possam ter um olhar diferenciado ao menos por um tempo (S4).

Um dos entrevistados faz questionamento se enquanto profissional de psicologia estão conseguindo realizar ações que de fato, previnam a incidência de suicídio.

Nós psicólogos estamos conseguindo fazer isso? Do primeiro instante, nossa... se você pegar estatisticamente, o índice de suicídio é altíssimo, então eu vou dizer não; mas como na verdade score não dá pra gente fechar tudo e se a gente parar para pensar no trabalho que existe, que é este trabalho de estar junto com os agentes de saúde, como os profissionais da Estratégia, ampliando o olhar deles; que isso eles conseguem nos encaminhar, os depressivos, as pessoas que têm este pensamento, que até eles conseguem ter este acesso, e esse cuidado da prevenção a gente procura fazer e isso existe sim. Agora não pensem vocês que a gente não tem casos de suicidas dentro da área (território), sem que nem eles mesmos soubessem (S4).

Evidencia-se neste relato a importância do trabalho em equipe quanto ao cuidado que estes dispensam aos usuários do serviço. Por falar de cuidado, este está presente na Política de Humanização do SUS, cujo conceito de cuidado está interligado com o conceito de integralidade, atender o sujeito de forma integral, ou seja, um atendimento voltado para as necessidades que este sujeito apresenta de saúde e isto se dá de forma relacional. Segundo Cruz (2009, p.97), o “cuidado em saúde enquanto relação intersubjetiva se desenvolve num tempo contínuo que vai além do saber profissional e das tecnologias necessárias” precisa abrir espaços para que aconteça a negociação de afetos, desejos, das necessidades do outro, o que ainda segundo a autora, o cuidado em saúde conduz “à busca de transformações estruturais na organização social, objetivando reduzir a desigualdade social e o exercício da democracia” (CRUZ, 2009, p. 97). Outro aspecto no relato do S4 é a dimensão do cuidado, que está em consonância com o que postula Cruz (2009).

O cuidado que tem por base o acolhimento do Sujeito em sua demanda singular pressupõe a transferência ou vínculo para que haja a possibilidade de continuidade; e estende-se para além dos muros do serviço de saúde. A família como suporte

social primeiro e a busca, pelo profissional de referência na identificação de outros vínculos sociais que possam agir como suporte para esse sujeito em sofrimento.

O relato de S3 que enfatiza que “[...] todas estas atividades estão delimitadas pelos objetivos deste espaço (SUS), que é justamente conduzir a autonomia dos usuários, inserir eles na sociedade, ter os seus direitos de cidadãos reconhecidos” (S3), reforça o conceito do exercício da autonomia, visando minimizar desigualdades sociais.

Quanto às práticas que orientam o fazer do psicólogo frente ao fenômeno do suicídio, um dos participantes enfatizou a importância de buscar junto às pessoas outras possibilidades de resolução dos problemas em relação ao sofrimento.

Em linhas gerais, eu faço a pessoa falar dessa ideiação, por que ao contrário né, do que às vezes, as pessoas leigas dizem, ah não pode falar nisso, se não instiga, eu acho que é importante que ele fale, que ele possa falar da ideiação suicida, de porque, que ele pensou nisso. [...] junto com ele, vamos buscar outras possibilidades, pra ele dá conta, enfim dessa angústia, do sofrimento, enfim das razões que ele estaria trazendo para tentar o suicídio, quer dizer, que outras possibilidades além da morte (S1).

A escuta traz a possibilidade de vislumbrar outros caminhos, outras saídas. É nesse tempo com o usuário que ele constrói outras possibilidades, segundo mostra o relato de S1, que nos permite a reflexão do quão é amplo o conceito e a intervenção na prevenção quando nos deparamos com a problemática do suicídio.

Em outro relato, percebeu-se certo desconforto ao responder sobre quais práticas orientam o trabalho enquanto psicólogo, pois a reação foi imediata em dizer que não se tinha uma receita de bolo, pois em seu trabalho procura exercer o que é específico do psicólogo. “Meu trabalho enquanto psicóloga é de estar ouvindo, esta pessoa, tentando dar um apoio pra esta pessoa, [...] Eu tenho o meu saber, eu tenho orientações, [...], porque cada um vem com uma demanda aqui” (S2).

O relato mostra aquilo que frequentemente ouvimos na formação em psicologia, “não existe receita”, uma vez que cada ser humano é único. Entretanto, o fazer de cada psicólogo precisa estar ancorado em direcionamentos teóricos que sustentam as intervenções, inclusive do ato suicida. Portanto, o que se tem a refletir neste ponto é o quanto a formação tem fornecido suporte para tais intervenções, ou ainda o quanto o profissional que se depara com tal problemática tem buscado suporte teórico para suas intervenções.

Outro participante, porém expressou com segurança o que o orienta enquanto prática profissional.

Existe uma prática teórica que tem haver com minha formação, com minha experiência enquanto profissional, enquanto ser humano, e, é esta prática que me constitui enquanto profissional psicólogo, enquanto cidadão. Quando aparece a questão do suicídio eu procuro interpretar sempre como um sintoma. Existem algumas causas que estão por trás daquilo. Então eu procuro trabalhar estas causas. Acolher e fazer perguntas que vão dando pistas do que pode estar produzindo este sofrimento que a pessoa já não quer mais viver. E a partir disso que ela vai apresentando, buscamos desenvolver o trabalho para fortalecer, todos os fatores de proteção que ela apresenta no decorrer da conversa e tentar construir uma rede. E aí com a equipe, por que isso é levado para a reunião da equipe, formar uma rede para justamente intervir nestes fatores de riscos. Que o psicólogo não dá conta sozinho, inclusive a política de saúde mental não dá conta sozinho, ela precisa estar relacionada com outras redes, com outras políticas (S3).

A narrativa de S3 mostra a importância da construção e formação teórica do psicólogo, e como isto o norteia na forma de intervenção. A receita de fato não existe, mas a importância do norte teórico é indispensável.

Vemos ainda neste relato a necessidade novamente de ampliar o serviço de saúde com outras redes como, por exemplo, a escola, a família, os Centros de Referências de Assistência Social, entre outros dispositivos públicos, para a efetivação de práticas conjuntas que visem à prevenção de agravos a saúde, como postula os preceitos do SUS, buscando promover a saúde e a participação da sociedade é o que mostra seguinte relato: “a gente procura ver, o que o município tem pra oferecer, por exemplo, (por que estamos falando da saúde pública), o que o município tem pra oferecer enquanto apoio pra este cidadão, pra esta pessoa...” (S4).

4.5 DIFICULDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS NO ATENDIMENTO DE PESSOAS COM RISCO SUICIDA

Na entrevista percebemos que os profissionais sentem-se realizados com a escolha feita, sendo esta, trabalho na saúde pública em seus diversos programas. Um apresentou o conceito de clínica no modelo tradicional, no que diz respeito ao atendimento individual do sujeito, eis o relato: “Gosto de trabalhar na área clínica. Por que [...] dá uma amplitude de visão do ser humano muito grande [...] é um trabalho muito gratificante. Nunca quis fazer mestrado por que não gosto de dar aula, mas de clínica eu sempre gostei” (S2); quanto ao tipo de sentimento em relação ao atendimento de casos relacionados com o suicídio, percebe-se que isto

os angustia, os abate, os deixam tristes, dizendo que não foi uma escolha fácil de fazer, e que mesmo diante da precariedade que o setor público, por vezes, oferece para o desenvolvimento do trabalho, sentem-se dispostos a continuar ampliando o olhar sobre o sujeito que necessita de cuidado, bem como, a reinvenção de novas práticas que contribuam com a promoção da saúde não só nos espaços da Atenção Básica, como nos demais setores da sociedade.

Eu me sinto... mais realizada de... estar trabalhando todos estes anos na saúde mental. Agora é desgastante, assim não é fácil, é um trabalho eu acho árduo, é muito desgastante, nós somos mal remunerados, pouco valorizados profissionalmente, monetariamente, o nosso trabalho não é valorizado, pela gestão pública, então isso nos desgasta muito (S1).

Outro participante relata que, “é muito triste pra gente, é uma coisa que nos abate muito. [...] eu pelo menos tenho a total segurança de que eu não vou dar conta de tudo” (S2).

Já o S3 diz sentir-se realizado, porém, foi uma escolha difícil, e enfatiza as condições precárias de trabalho que encontra no serviço público.

Eu me sinto muito realizado, foi uma escolha difícil, não foi uma escolha fácil pra mim. A única questão que eu coloco é a precariedade das condições de trabalhos nas políticas públicas, precariedade das próprias políticas públicas para isso; por que eu não encontro condições ideais de trabalho, condições adequadas; mas é um trabalho que me permite ter autonomia, criação de dispositivos de prevenção e traz um reconhecimento social muito grande (S3).

“Eu gosto muito. Aqui a realidade nos convida a ter outro olhar em termos de serviço público, de atender independente de onde me encontro, numa visão de clínica ampliada” (S4).

Portanto, alguns profissionais sentem-se abatidos, mas implicados com a temática do suicídio e sua prevenção, encarando isto como seu trabalho e buscando intervir de forma mais resolutiva que se pode chegar, entretanto compreendendo que não é possível dar conta de forma total do fenômeno em si.

O aspecto frustrante no trabalho está relacionado ao problema de gestão, da falta de recursos, do reconhecimento e dos baixos salários.

Nos relatos dos participantes da pesquisa, foram evidenciadas algumas dificuldades e os desafios que os profissionais enfrentam no cotidiano de seu trabalho relacionadas com o fenômeno suicídio, assim como, com dificuldades e desafios com a gestão pública. As que mais apareceram foram: quando o usuário em atendimento diz que vai tentar o suicídio até conseguir.

Por que angustia a todos nós, porque a morte na verdade, ela está presente é... que o desafio maior, é... quando você recebe aquela tentativa de suicídio, aquele sujeito que tenta o suicídio, e... e ele... é... diz que vai tentar de novo, até conseguir. E não..., não se abre para essas outras possibilidades, eu acho que este é o desafio maior, eu acho que é o que mais difícil de trabalhar, é o que mais nos angustia, porque você vai tentando entrar de várias maneiras e ele se fecha naquela ideiação, eu vou (S1).

Por que é um tema que choca muito a gente. Mesmo a gente enquanto profissional. É um tema pesado. É uma questão preocupante, porque eu acho que por mais que você trabalhe você nunca tem certeza do que aquilo ali, de como a pessoa, sai daqui (S2,).

Outras dificuldades e desafios que surgiram no decorrer das entrevistas estão ligados as más condições de trabalho, a não valorização enquanto profissional, as disparidades entre número de profissionais frente às inúmeras demandas dos usuários no serviço, falta de preparação dos profissionais que estão nas UBSs para atender usuários que tentaram ou tentam pôr fim à própria vida, realizar ações de prevenção de suicídio num dos municípios considerado o 10º mais violento do País, a defasagem nas formas de notificação por parte dos profissionais que atendem pessoas com risco de suicídio.

Eu acho que o primeiro desafio é uma rede mal estruturada. Você tem um serviço com números de profissionais insuficientes de acordo com o que preconiza a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Há Regionais de saúde que atendem por território, são seis com equipes de saúde mental, todas elas estão muito defasadas em relação aos recursos humanos e nas unidades de saúde, você não tem trabalho sobre a temática (suicídio). Ai se aparece alguém, “a eu tenho vontade de me matar”, o pessoal já diz, ah aqui não tem psicólogo. Ai até mesmo por que não tem formação, não tem preparação de uma política de educação permanente, que é muito pobre, também neste aspecto (S3).

Serra estatisticamente pelas pesquisas feitas é o município mais violento do Estado, décimo primeiro do Brasil, então isso é um dado, e ai gente vê violência, violência doméstica contra a criança e o adolescente, fora a violência de tráfico e outros tipos de violência. mostrar pros governantes que a gente precisa mudar este conceito de vida, quer dizer, reduzir a violência, e ai eu não sei se é só com o processo de punição, mas acho que com o processo de educação, de respeito. [...] questão de dificuldade de vínculos das pessoas, assim familiar mesmo. [...] Então este é um grande desafio, como fazer para que ele consiga perceber uma outra realidade, mas também saber que a gente não vai dar conta de tudo (S4, grifo nosso).

A narrativa de S3 enfoca a precariedade da rede, mas também a falta de formação do psicólogo para lidar com a ideiação e o ato suicida. Este aspecto comentado anteriormente, neste relato, ganha o contorno da própria ação da educação permanente que é inexistente e não atualiza os profissionais para lidar com as demandas que os usuários do município apresentam.

Percebe-se por parte dos profissionais que há uma preocupação no levantamento de dados estatísticos de casos que os mesmos atendem no serviço, para se pensar nas possibilidades de criar novas estratégias de ações no serviço,

A gente tem pouco investimento, [...] já fizemos um trabalho de levantamento de estatística para mandar aqui pro secretário, então a saúde pública, eu acho que as diretrizes do SUS eu comungo com elas, mas a aplicação delas é precária. Na prática fica a desejar (S4).

Porém falta investimento por parte dos gestores públicos, o que faz com que alguns profissionais desistam do trabalho, como vemos na fala deste participante: “Eu acabei de sair da área, eu deixei este grupo que estava fazendo este trabalho a nível maior de gestão, eu deixei” (S4), pela falta de incentivo e condições os profissionais deixam um trabalho importante, como são os de estudos e levantamentos de dados de um município, isto poderia facilitar a implantação de novas estratégias que ajudem a melhorar a saúde da população.

O participante continua o relato apontando o que necessitam para melhorar o serviço.

Então eu preciso que a prefeitura me dê condições de fazer, a gente precisa sentar e organizar e dizer quais são os dados, eu preciso passar a notificar mais. E aí quando eu falo, falo o município como um todo, entendeu. Eu acho que a gente não está dando muita importância realmente para notificação. Aí estou falando não somente nesta Regional, como também nas outras, por que isto daria um reforçamento para nossos dados, por isso eu disse que precisaria reforçar isso (S4).

Estas realidades de dificuldades e desafios no serviço da saúde pública, já apareceram em estudo feito por Andrade (2007) que criticam as más condições de trabalho e os excessos de trabalhos, as baixas remunerações.

Mas o que eu sinto dificuldade é, nas discussões de caso com a equipe, como são profissionais com formação diferente, há uma dificuldade da gente conseguir como psicólogo de apontar certa subjetividade, a questão mais clínica no seu âmago da clínica, na equipe multidisciplinar (S1)

O problema da subnotificação, citado na narrativa de S4, é recorrente no SUS em vários aspectos da saúde pública, abrangendo as três instâncias governamentais, porém, sendo maior na instância municipal. No caso do suicídio a subnotificação parece ocorrer em grande escala, fazendo com que não se tenha dados que apontem para uma realidade objetiva. Sabe-se que ocorre, e ocorre muito, mas não se sabe quantos e quais maneiras mais frequentes de ocorrência, ou mesmo podem existir meios de se suicidar que sequer foram relatados.

Enfatiza-se desta forma a importância das discussões em equipe multiprofissional uma vez que a temática do suicídio é atravessada por diferentes campos do saber.

É importante que um profissional atue como profissional de referência para o usuário que se apresenta no serviço. O profissional de referência deve se preocupar em conhecer a vida do usuário para além das paredes das salas de atendimentos das URS e CAPS Saúde Mental; precisa conhecer a família e os espaços em que o usuário se insere, por exemplo, a escola a fim de estabelecer vínculos que potencialize um acompanhamento efetivo. Assim a identificação das necessidades de encaminhar e acompanhar o usuário para outros dispositivos existentes no território e para além do território, o que garante o fluxo de referência e contra-referência aos diversos serviços existentes no município, podendo possibilitar ações mais eficientes no que diz respeito a promoção e prevenção

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As possíveis intervenções de prevenção do ato suicida, temática central deste estudo, foram analisadas a partir da contribuição de quatro psicólogos, cujo tempo de formação varia de 10 a 29 anos e a inserção no serviço público de saúde se deu através de concurso público, no município de Serra. Todos os participantes disseram ter especialização em alguma área da saúde ou na área social, o que não desvincula do Sistema de Saúde vigente no Brasil; as especializações foram necessárias por estarem inseridos no serviço de saúde. Além das possíveis intervenções, buscamos compreender como os usuários acessam o serviço de saúde, quais contribuições são realizadas pelos psicólogos, bem como, analisamos a importância do trabalho em equipe multiprofissional.

O estudo foi delineado de maneira a contemplar os objetivos aqui propostos, percorrendo o caminho desde as mudanças do sistema de saúde no Brasil às práticas que estão sendo realizadas em vista da prevenção de atos suicida e as resoluções éticas que norteiam o agir do psicólogo frente a tal problemática.

Os objetivos propostos neste estudo foram alcançados, pois obtivemos respostas das possíveis intervenções existentes na prevenção do ato suicida, mesmo que estas estejam diluídas por outras demandas que os usuários apresentam ao psicólogo. Outros questionamentos surgiram no decorrer do estudo, como as condições precárias de trabalho em que se encontram os psicólogos, em números abaixo do que preconiza a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como acontecem e se acontece a formação permanente para os profissionais de saúde do município.

Os profissionais, de forma geral, descreveram que a atuação do psicólogo na Atenção Básica no município de Serra, se dá através de matriciamento das equipes de profissionais das Unidades Básicas de Saúde que tem ou não implantação da Estratégia da Saúde da Família e que para melhor servir a população, se faz necessário a ampliação da Estratégia nas demais UBS, o que possibilitaria intervenções resolutivas na prevenção de suicídio; os quatro participantes disseram ter contato com pessoas que tentaram suicídio uma ou mais vezes, e ao relatarem quais dificuldades ou desafios que enfrentam no atendimento de pessoas com ideação suicida, disseram ser as condições precárias do serviço, as subnotificações

de casos atendidos dificultando intervenção de forma ampla, os poucos investimentos e a valorização do servidor público.

Vale ressaltar aqui que o grupo de psicólogos do município de Serra se encontra uma vez ao mês para a discussão de casos de suicídios que são por eles atendidos nos diferentes territórios. Porém, este estudo é feito somente por psicólogos o que por um lado, pode melhorar as maneiras de intervir do psicólogo, mas pode dificultar a atuação com os demais profissionais, necessitando ampliar a discussão também com as equipes de profissionais dos locais onde os psicólogos estão inseridos, no caso deste estudo em URS e CAPS Saúde Mental.

Em relação à existência de ações voltadas para a prevenção de suicídio, as respostas encontradas mostraram que não existe algo específico, porém as atividades realizadas na saúde pública, quando o profissional está implicado de fato, acontecem com a colaboração da equipe da ESF e o apoio dos familiares, enfatizando a importância dos vínculos nas possibilidades de encontrar outras formas de resolução do problema que gera sofrimento na pessoa; assim como, a importância do profissional ser um profissional de referência para o usuário acompanhando-o em sua trajetória de cuidado na Rede de Saúde, pois muitas são as necessidades de saúde apresentadas pelas pessoas que buscam o SUS, realizar o trabalho em conjunto com outros profissionais, compartilhando saberes.

Vale lembrar que a escuta traz possibilidades de vislumbrar outros caminhos, outras saídas. É nesse tempo de contato do usuário com o profissional que ele (o usuário) encontra outras possibilidades para minimizar o sofrimento que por vezes, o faz pensar que a morte é a solução. Importante se faz ressaltar que não se trata de uma escuta qualquer e muito menos passiva, mas que esta precisa estar ancorada em abordagens científicas do saber psicológico, sendo ativa em relação às formas como vai buscar as intervenções que são necessárias, podendo ser na própria Rede de Saúde ou na Rede que compõe o território, haja vista que o cuidado em saúde está também para além da própria Rede de Saúde.

Outro aspecto que foi detectado neste estudo, foi a importância da formação do psicólogo nos preceitos da clínica ampliada, o que foge dos padrões ainda concebidos pela sociedade. Este padrão leva à ideia de que o psicólogo está esperando sentado no consultório a chegada da pessoa em sofrimento para escutá-la, pois o atendimento se dá para além das paredes do consultório e dos muros das

estruturas do SUS, e mesmo diante dos furos da Rede de Saúde, é preciso desenvolver estratégias que ajudem a por em prática o que preconiza as diretrizes e princípios do SUS, que todos tenham acesso aos cuidados de saúde.

Percebe-se pelos dados apontados na tabela 1(pág. 54), que o número de suicídio vem aumentando nos últimos anos na Grande Vitória, ressaltando que Serra (município onde aconteceu a pesquisa), faz parte da Grande Vitória. Sendo que este estudo ligado à problemática do suicídio, é um trabalho de conclusão de curso, cujo tempo é curto para a realização de uma pesquisa mais ampla, no que diz respeito aos dados reais de casos de suicídio no município, porém, este estudo sugere que novas pesquisas necessitam ser realizadas de forma a abranger mais setores da Saúde e a discussão da temática com a população de forma geral.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Pesquisadores comentam a questão do suicídio no Brasil a partir dos dados da OMS**. Disponível em:

<http://www.agencia.fiocruz.br/pesquisadores-comentam-quest%C3%A3o-do-suic%C3%ADdio-no-brasil-partir-de-relat%C3%B3rio-da-oms>. Acesso em 21 de fev. de 2015.

ANDRADE, A. N. (2007). **Práticas psicológicas, epistemicídio e unidades básicas de saúde**. Psicologia Política, São Paulo, v. 13, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/rpp/seer/ojs/viewarticle.php?id=18&layout=html>>. Acesso em: 21 de fev. de 2015.

ANGERAMI-CAMON, V. A. Solidão e suicídio. In: _____. **Solidão: a ausência do outro**. São Paulo: Pioneira, 1999. p. 47-62.

BERNARDINO, A. **A beleza de Narciso**. 3 ed. São Paulo: FTD, 1999. 21 p.

BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Ática, 2003.

BERTOLETE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo, SP: Ed. Unesp. 2012, 137 p.

BERTUSSI, DC; OLIVEIRA, MSS; LIMA, JVC. A unidade básica no contexto do sistema de saúde. In: ANDRADE, S., SOARES, D. e CORDONI JÚNIOR, L. (org). **Bases da saúde coletiva**. Londrina/Rio de Janeiro: Ed.UEL/ABRASCO, p. 133-144, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 14 de set de 2015.

_____. Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 21 de set. de 2015.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 26 set. 2015.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de articulação Interfederativa. **Principais marcos normativos da gestão interfederativa do SUS**. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p.12-15.

_____. Portal da Saúde. MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB. Teto, **credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Unidade Geográfica: Município – Serra/ES. Competência janeiro de 2015 a agosto de 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 22 de out 2015.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 05 de set. 2015.

_____. _____. **Diretrizes brasileiras para um Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio**. Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html>. Acesso em: 07 de agosto de 2015.

_____. _____. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasil: [s.n.], 2006b. 76p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em: 15 de março de 2015.

_____. _____. Saúde Mental no SUS: **Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 15 de junho de 2015.

_____. _____. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html>. Acesso em: 25 de março de 2015.

_____. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012 [citado 2014 Mar 11]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em 10 dez. 2015.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do Nasf**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, DF: 2009b. 157 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 22 de set. de 2015.

_____. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas/Ministério da Saúde**, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em: 08 de abril de 2015.

_____. **Prevenção do suicídio: manual dirigido profissionais da saúde da atenção básica**. Brasil, 2009a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_prevencao240111.pdf>. Acesso em: 22/02/2015.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS : documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006c. 52 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde) Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf> Acesso em: 04 de out. de 2015.

_____. Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 15 de out de 2015.

BORGES, VR; WERLANG, BSG; e COPATTI, M. **Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos**. Barbarói, Santa Cruz do Sul, n. 28, jan./jun. 2008, p. 110-123).

BOTEGA, NJ; WERLANG, BSG; CAIS, CFS; e MACEDO, MMK. **Prevenção do comportamento suicida**. PSICO, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, p. 213-220, set./dez. 2006.

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

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**. v. 17, n. 1, p.77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 15 set. 2015.

BUSS, P.M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da Saúde**. Rio de Janeiro Fiocruz, 2003. P. 15-38.

CARVALHO, B G.; PETRIS, A J.; TURINI, B. Controle social em saúde. In: ANDRADE, S M.; SOARES, Darli A.; CORDONI JUNIOR, Luiz. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p. 93-109.

CARVALHO, A. I. de. **Políticas de saúde : fundamentos e diretrizes do SUS** / Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2010. 82p.

CASSORLA, R. M. S. **Do suicídio: estudos brasileiros**. Campinas: Papirus, 1998

CECÍLIO, L. C. As Necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO, 2001. p.113-126.

CHIAVERINI, D. H. (organizadora)... [et al.]. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Brasília, DF, 2011.p 236

CRUZ, M. C. C. **O Conceito de Cuidado à Saúde**. 2009.150 f. Dissertação (Mestrado)-Instituto de saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: CFP, 2005. Disponível em: http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/legislacao/codigo_etica>. Acesso em: 8 de abril de 2015.

_____. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia** / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013, 152p.

_____. **Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas a atenção básica à saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2011/02/Praticas_ABS.pdf. Acesso em: 26 de Set. 2015.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DAPIEVE, A. Morreu na contramão: **o suicídio como notícia**/Arthur Dapieve. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

DIMENSTEIN, M. D. B. (1998). **O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais**. Estudos de Psicologia, 3(1), p.53-81. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a04v03n1.pdf>>. Acesso em: 15 de maio de 2015.

_____. **O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a08.pdf>>. Acesso em: 07 maio. 2015.

_____. **Micropolítica dos afetos: reinventando a participação e o controle social em saúde**. In: ROSA, E. M. et al. (Org.). Psicologia e saúde: desafios as políticas públicas no Brasil. Vitória: Edufes, 2007. p. 35-44.

DURKHEIM, E. **O suicídio: estudo sociológico**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

DUTRA, E. M. do S. **Compreensão de tentativas de suicídio de jovens sob o enfoque da abordagem centrada na pessoa**. São Paulo, 2000. 195p. (Doutorado Psicologia Clínica). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

FONSECA, M. A. da. **Michel Foucault e a Constituição do Sujeito**. São Paulo. Educ, 2003.

FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicopatologia**. 6 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.

FOUCAULT, M. Os Intelectuais e o poder. In: _____. **Microfísica do poder**. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992. p. 69- 78.

_____. 1984. **Microfísica do Poder**. 4ª edição. Edições Graal. Rio de Janeiro.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2009.

FREUD, S. (1996) **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago. "Rascunho E: como se origina a angústia", v. I, p. 235-241.1894.

FUKUMITSU, K. O. **O psicoterapeuta diante do comportamento suicida**. Psicologia USP, Brasil, v. 25, n. 3, p. 270-275, dez. 2014. ISSN 1678-5177. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/89789>>. Acesso em: 22 Fev. 2015. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140001>.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. – 3. reimp. – São Paulo: Atlas, 2010.

GUTIERREZ, B. A. O. **Assistência hospitalar na tentativa de suicídio**. Psicol. USP, São Paulo, v. 25, n. 3, dez. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300262&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 fev. 2015.

IGLESIAS, A.; GUERRA, B. C.; SOARES, J.; ARAUJO, M. D. Análise das ações de promoção à saúde realizadas por psicólogos em Vitória (ES). **Psicologia: Teoria e Prática**. v. 11. n. 1. p. 110-127. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE cidades. Espírito Santo. Serra. 2015. Disponível em:<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=320500&search=espirito-santo|serra>>. Acesso em 22 de out. 2015.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992, 243 p.

MATTOS, R. A. de. Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Editora Hucitec, 9ª. ed. revista e aprimorada, 2006.

NETTO, B.N. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In _____. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia** / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013, 152p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS], (2000). **Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais**. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

_____, (2001). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

_____. **Ação de saúde pública para a prevenção de suicídio: uma estrutura**. 2012.

ORNANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2012). **Salud Mental: prevencion del suicídio**. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/es/> Acesso em 21/02/2015.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**/ Jairnilson Silva Paim. – Salvador: EDUFBA, 2006.158p.

_____. **O que é o SUS**./ Jairnilson Silva Paim.- Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2011. 148p.

PAPARELLI, R. B. e NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. **Psicólogos em formação: vivências e demandas em plantão psicológico**. *Psicol. cienc.rof.* [online]. 2007, vol.27, n.1, pp. 64-79. ISSN 1414-9893.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção de integralidade. In: Pinheiro, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2001, p. 65-112

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**: Uma pequena revisão, Minas Gerais, [s.d]. Disponível em: www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo-23p.pdf. Acesso em: 08 de abril de 2015.

PORTUGAL. M. S. **Direcção Geral da Saúde**. Plano Nacional para a Saúde Mental (2013) - Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017 [Em linha]. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>. Acesso em 08 de abril de 2015.

SERRA (ES). Secretaria da Saúde (2013). : Um roteiro dos serviços da Prefeitura da Serra, em Saúde. Disponível em:< http://www.serra.es.gov.br/sesa/guia_da_saude> Acesso em 14 de abril de 2015.

SILVA, VF; Oliveira, HB, Botega, NJ; Marín-León, L; Barros, MBA; e Dalgallarrondo, P. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (9):1835-1843, set, 2006.

SPINK, M.J.P. (2006). **Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis (RJ): Editora Vozes.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais (Edição virtual), 2013.

STRATHERN, P. 1940- **Foucault (1926-1984) em 90 minutos/Paul Strathern**: tradução, Cassio Boechat: consultoria, Danilo Marcondes. – Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

TRIGUEIRO, A. **Viver é a melhor opção**: a prevenção do suicídio no Brasil e no mundo. 1ed. São Bernardo do Campo, SP: Correio Fraternal, 2015.

WERLANG, B. G., Macedo, M. M. e Kruger, L. L. (2004). Perspectiva psicológica. In N. Botega e B. S. G. Werlang (Org.). **Comportamento suicida**. (pp. 45-58). Porto Alegre: Artmed.

WERLANG, B. G., Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In_____. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia / Conselho Federal de Psicologia**. - Brasília: CFP, 2013, 152p.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: A atenção básica em saúde e suas possíveis intervenções na prevenção do ato suicida: a contribuição do psicólogo.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA: Esta pesquisa visa discorrer sobre a atuação do psicólogo no contexto da Saúde coletiva, mas propriamente em Unidades Regionais de Saúde e Centro de Atenção Psicossocial, verificando como as intervenções para a prevenção do ato suicida têm acontecido na Atenção Básica da Saúde no município de Serra, e que tipo de acesso as pessoas têm a estas atividades. Assim como, analisar a atuação do psicólogo em equipes multidisciplinares na Atenção Básica, na prática da promoção da saúde, segundo os preceitos da clínica ampliada

A partir desses objetivos, serão feitas entrevistas semiestruturadas com 6 profissionais que atuam de forma efetiva em duas Regionais de Saúde e no Centro de Atenção Psicossocial do município de Serra/ES.

DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA: Considerando a natureza da pesquisa e o método aplicado, prevê-se que a pesquisa não promoverá riscos e desconfortos.

BENEFÍCIOS DA PESQUISA: Os benefícios da pesquisa são de fins acadêmicos e Científicos. Temos a intenção de, ao fim da realização da pesquisa, buscar novas possibilidades de intervenção no cotidiano desta instituição.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Quando necessário, o voluntário receberá toda a assistência médica e/ou social aos agravos decorrentes das atividades da pesquisa. Basta procurar o pesquisador: Margareth Marchesi Reis pelo telefone: (27) 3331-8500 e no endereço: Av. Vitória, 950, Forte São João, Vitória-ES. CEP 29017- 950.

ESCLARECIMENTOS E DIREITOS: Em qualquer momento, o voluntário poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Tem também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo do atendimento usual fornecido pelos pesquisadores.

CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS: As identidades dos voluntários serão mantidas em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo executor, como pela instituição onde será realizado e pelo patrocinador. Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, portador da Carteira de identidade nº _____ expedida pelo Órgão _____, por me considerar devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvido, livremente expressei meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa. Fui informado que meu número de registro na pesquisa é _____ e recebi via de igual teor deste documento por mim assinado.

Assinatura do Participante Voluntário

Data

Assinatura do Responsável pelo Estudo

Data

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista

Nome:

Idade:

Sexo:

Formação:

Tempo de Formação:

- 1) Como foi sua inserção na saúde pública? E seu ingresso na Unidade Básica de Saúde/ no Centro de Atenção Psicossocial II?
- 2) Você tem especialização na área? Se tem, por que sentiu a necessidade de fazê-la?
- 3) Descreva a atuação de psicólogos em UBS/CAPS II?
- 4) Essa atuação atende às necessidades dos usuários? Se não o que deveria mudar?
- 5) Na atenção básica existe uma atuação voltada para à prevenção de tentativas de suicídio? E aqui nesta UBS/CAPS II? Por quê?
- 6) Você já atendeu algum usuário que manifestou ideário suicida, ou que já tenha tentado o suicídio?
- 7) Na prevenção do suicídio quais práticas orientaram seu trabalho?
- 8) Quais são os desafios que você enfrenta para o desenvolvimento do trabalho com o fenômeno do suicídio?
- 9) De que forma os usuários que pensam em cometer suicídio ou que cometeram tentativas chegam ao serviço?
- 10) Existe uma forma de encaminhamento para o atendimento psicológico? Qual o fluxo?
- 11) Você já realizou alguma intervenção junto à família de algum paciente que apresentava característica de comportamento suicida? Se sim, quais? Se não, o que dificulta a intervenção?
- 12) Como é sua relação com outros profissionais da saúde na UBS/CAPS II?
- 13) Como você percebe a inserção da Psicologia em equipe multidisciplinar na UBS/CAPS II?
- 14) Você sente-se realizado com a escolha nessa área de atuação, saúde pública/coletiva?

APÊNDICE C - Mapa de Associação de Ideias

MAPA DE ASSOCIAÇÃO DE IDEIAS				
A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO E AS AÇÕES COMUNS NA ATENÇÃO BÁSICA	SERVIÇOS OFERECIDOS X DEMANDAS DOS USUÁRIOS	AÇÕES NA PREVENÇÃO DO ATO SUICIDA	ACOLHIMENTO E CUIDADO	DIFICULDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS NO ATENDIMENTO DE PESSOAS COM RISCO SUICIDA

ANEXO 1- CARTA DE ANUÊNCIA


PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
 SECRETARIA DE SAÚDE
 SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS
 GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Folha Nº 53
Processo Nº 47463/2015
Rubrica:

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE
DE PESQUISA

Título do projeto: A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E SUAS POSSÍVEIS INTERVENÇÕES NA PREVENÇÃO DO ATO SUÍCIDA: a contribuição do psicólogo.

Trabalho de: (x) graduação/TCC () graduação/iniciação científica
 () Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós-Doutorado

Instituição proponente: Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo.

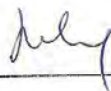
Pesquisador Responsável: Marlene Francisca da Silva

Orientadores: Profª Ms. Margareth Marchesi Reis

Eu, Luiz Carlos Reblin, Secretário Municipal de Saúde da Serra-ES, declaro ter lido e concordar que o projeto de pesquisa, acima especificado, seja desenvolvido junto a Secretaria Municipal de Saúde da Serra-ES.

Ressalto que o início da coleta de dados somente poderá ocorrer com a apresentação, aos Gerentes das Unidades de Saúde aqui relacionadas, do documento oficial de "Apresentação de Pesquisador ao Campo", emitido, pela Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos - GDRIH/SRH/SESA, após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012.

Serra (ES), 16 de setembro de 2015.



LUIZ CARLOS REBLIN

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DA SERRA-ES