



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



Dayane Rodrigues Silva

**A percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados às pessoas que
tentam suicídio**

Uberlândia

2022



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Dayane Rodrigues Silva

A percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados às pessoas que tentam suicídio

Dissertação apresentada para a Defesa de Dissertação junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Psicologia

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Renata Fabiana Pegoraro.

Uberlândia

2022

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

S586
2022

Silva, Dayane Rodrigues, 1997-
A percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados às pessoas que tentam suicídio [recurso eletrônico] / Dayane Rodrigues Silva. - 2022.

Orientadora: Renata Fabiana Pegoraro.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Psicologia.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2022.335>
Inclui bibliografia.

1. Psicologia. I. Pegoraro, Renata Fabiana, 1974-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia
 Av. Pará, 1720, Bloco 2C, Sala 54 - Bairro Umarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: +55 (34) 3225 8512 - www.pgpsi.ip.ufu.br - pgpsi@ipsi.ufu.br



ATA

| | | | | | |
|------------------------------------|---|-----------------|-------|-----------------------|-------|
| Programa de Pós-Graduação em: | Psicologia | | | | |
| Defesa de: | Dissertação de Mestrado Acadêmico/ número 400, PGPSI | | | | |
| Data: | Vinte e cinco de julho de dois mil e vinte e dois | Hora de início: | 14:00 | Hora de encerramento: | 16:00 |
| Matrícula do Discente: | 12012PSI011 | | | | |
| Nome do Discente: | Dayane Rodrigues Silva | | | | |
| Título do Trabalho: | A percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados às pessoas que tentam suicídio | | | | |
| Área de concentração: | Psicologia | | | | |
| Linha de pesquisa: | Processos Psicossociais em Saúde e Educação | | | | |
| Projeto de Pesquisa de vinculação: | Autolesão com e sem intenção suicida | | | | |

Reuniu-se de forma remota, via web conferência, junto a Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, assim composta: Professores Doutores: Vilma Valéria Dias Couto - UFTM; Moisés Fernandes Lemos - UFCAT; Renata Fabiana Pegoraro, orientadora da candidata. Ressalta-se que todos membros da banca participaram por web conferência, sendo que a Prof.^ª Dr.^ª Vilma Valéria Dias Couto, o Prof. Dr. Moisés Fernandes Lemos, a orientadora Prof.^ª Dr.^ª Renata Fabiana Pegoraro e a discente Dayane Rodrigues Silva participaram da cidade de Uberlândia - MG, em conformidade com a Portaria nº 36, de 19 de março de 2020.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dr.^ª Renata Fabiana Pegoraro apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu à Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Renata Fabiana Pegoraro, Professor(a) do Magistério Superior**, em 25/07/2022, às 16:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Moisés Fernandes Lemos, Usuário Externo**, em 25/07/2022, às 16:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vilma Valéria Dias Couto, Usuário Externo**, em 25/07/2022, às 16:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3716816** e o código CRC **676AC5EA**.

Agradecimentos

À Professora Dr^a. Renata Fabiana Pegoraro, minha orientadora, sem a qual a realização deste trabalho não teria sido possível. Agradeço por todos os aprendizados, as orientações e as reflexões provocadas ao longo do caminho. Agradeço pelo cuidado comigo durante os anos em que trabalhamos juntas, postura essa que se estende para todos os alunos e orientandos e que me causa profunda admiração.

Ao Prof. Dr. Emerson Raseira pelas aulas ministradas e por todas as reflexões provocadas que fizeram pensar e repensar caminhos, posturas e posicionamentos frente ao ser pesquisador.

Aos professores, Dr^a. Vilma Valéria Dias Couto e Dr. Tiago Rocha Pinto, que compuseram a banca de qualificação, fizeram apontamentos e sugeriram novos direcionamentos para a pesquisa.

Ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (IPUFU), pela oportunidade concedida para a realização do mestrado em Processos Psicossociais da Saúde e Educação.

À CNPq pela concessão de bolsa durante o primeiro ano de mestrado e que permitiu a dedicação a esta pesquisa.

Aos meus pais, João Antônio e Sônia Rodrigues, por sempre me incentivarem e me permitirem sonhar. Aos meus irmãos, Lidiane, Cintia, Géssica, Bruna e Rafael por todo amor e apoio nos momentos difíceis. Aos meus sobrinhos amados que tem o incrível poder de sempre deixar meus dias melhores.

Ao meu noivo, Paulo Junior, com quem tenho dividido as alegrias e os desafios da vida, por todo apoio, auxílio e, principalmente, por todas as vezes que me acalmou e me incentivou a prosseguir a pesquisa.

Ao meu querido amigo Jefferson que me auxiliou na construção de instrumentos importantes para o desenvolvimento dessa pesquisa e as minhas queridas amigas Cláudia Márcia, Ludimila, Maria Fernanda, Natane e Rayanne, cujo companheirismo e apoio incondicional ajudaram a aliviar os momentos de tensão e estresse durante os anos de mestrado.

À Deus, que continua me proporcionando vivências, pessoas e oportunidades incríveis e cuja fé tornou possível atravessar os últimos anos.

Em memória da minha avó Ana Rodrigues que perdi enquanto trilhava os caminhos de ser pesquisadora. Uma mulher forte e cujas histórias contadas demonstravam a vida difícil que precisou enfrentar. Lembrarei sempre do sorriso, das gargalhadas, das histórias e músicas “de seu tempo” que cantava com tanta alegria.

Lista de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Características sociodemográficas dos profissionais de saúde que atuam na UISM (N=8) | 74 |
| Tabela 2: Conhecimentos adquiridos na graduação sobre o suicídio (N=8) | 75 |
| Tabela 3: Levantamento do perfil profissional dos participantes que atuam na UISM(N=8) | 77 |
| Tabela 4: Atuação em serviços de saúde que recebem pessoas que tentam suicídio | 78 |

Lista de Siglas

AME – Ambulatório Estudantil

CAPS – Atenção Psicossocial Estratégica

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CVV – Centro de Valorização da Vida

HCU – Hospital de Clínicas de Uberlândia

MTSM – Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NU – Nações Unidas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

REUE – Rede de Urgência e Emergência

SUS – Sistema Único de Saúde

UAI – Unidade de Atendimento Integrado

UISM – Unidade de Internação em Saúde Mental

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

| | |
|--|------------|
| 1. Introdução..... | 13 |
| 1.1. O problema de pesquisa e os objetivos do estudo | 17 |
| 1.2. Fundamentação Teórica..... | 20 |
| 1. Percurso Metodológico | 56 |
| 2.1. Tipo de estudo..... | 56 |
| 2.2. Caracterização do Local de Estudo..... | 57 |
| 2.3. Participantes do Estudo..... | 59 |
| 2.4. Instrumentos..... | 60 |
| 2.5. Contextualização da Pesquisa: das alterações no projeto inicial à entrada em campo..... | 61 |
| 2.6. Cuidados éticos | 69 |
| 2.7. A análise dos dados..... | 70 |
| 2. Resultados e Discussão..... | 73 |
| 3.1. Perfil e Trajetória dos Participantes da Pesquisa | 73 |
| 3.2. Tratamento Idealizado X Tratamento Real..... | 78 |
| 3.3. O lugar da família no processo de cuidado da pessoa que tenta suicídio | 103 |
| 3.4. Suicídio: o que é e como me afeta? | 109 |
| 3.5. Recomendações ao serviço | 126 |
| 4. Considerações Finais..... | 130 |
| Referências | 135 |
| Apêndices..... | 151 |
| Anexo | 166 |

Resumo

As tentativas de suicídio caracterizam-se como atitudes intencionais de autoagressão em que houve a intenção de morte, porém que não levaram ao óbito. A forma como se dá o cuidado à pessoa que tentou suicídio durante a hospitalização é um importante recurso que pode influenciar o indivíduo a dar continuidade ao tratamento após receber alta do serviço de saúde. Esta pesquisa teve como objetivo investigar como é realizado o cuidado prestado por equipe de saúde mental em um hospital geral a pessoas que tentaram suicídio. Para isso, foi realizada uma pesquisa qualitativa de cunho descritivo desenvolvida na Unidade de Internação em Saúde Mental do Hospital de Clínicas de Uberlândia (UISM - HCU). Participaram do estudo oito profissionais de saúde, que responderam a um formulário online, e deste total, cinco participaram de uma segunda etapa que consistiu na realização de uma entrevista com roteiro semiestruturado. Para condução e análise do material produzido pela pesquisa, optou-se pela Epistemologia Qualitativa proposta por González Rey. Foram identificadas diferentes fragilidades que atravessam o serviço oferecido a pessoas que tentam suicídio, tais como ações centradas nos aspectos biomédicos, ausência de cuidado específico, presença de estigmas e um fenômeno caracterizado enquanto “porta-giratória”. Observou-se também que os profissionais são afetados de diferentes formas no contexto do trabalho desenvolvido. Os resultados sinalizaram a necessidade da criação de espaços de diálogo, oferecimento de Educação Permanente e oferta de cuidado psicossocial para profissionais que trabalham com situações relacionadas as tentativas de suicídio, que possam ser oferecidas pela instituição na qual atuam.

Palavras-chaves: Tentativas de suicídio; Profissionais de saúde; Hospital geral; Internação psiquiátrica; Equipe.

Abstract

Suicide attempts are characterized as intentional attitudes of self-harm in which there was an intention to kill, but which did not lead to death. The way the person who has attempted suicide is assisted for during hospitalization is an important resource that influences treatment continuity after being discharged from health service. This research aimed to investigate how individuals who have attempted suicide are assisted by the mental health team in a general hospital. For this, a qualitative descriptive research was developed at Mental Health Inpatient Unit of the Hospital de Clínicas de Uberlândia (UISM - HCU). Eight health professionals participated this research responding to an online form, and of this total, five participated in a second stage that consisted of conducting an interview with a semi-structured script. The qualitative Epistemology proposed by González Rey was chosen to conduct and analyze the data collected from the questionnaire and interview. Different weaknesses were identified in the service offered to individuals who attempt suicide, including actions focused on biomedical aspects, lack of specific care, presence of stigmas and a phenomenon called “revolving door”. It was also observed that professionals are affected in different ways in the context of their work. The results signaled the needing of offer dialogue spaces, Permanent Education and psychosocial care for professionals who work with suicide attempts situations, which must be provided by the institution they work.

Keywords: Suicide attempts; Health care professionals; General Hospital; Psychiatric hospitalization; Team.

1. Introdução

O Caminho Não Trilhado

*Dois caminhos bipartiam-se num bosque amarelo,
E sentido por não poder seguir por ambos
Sendo um viajante a sós, por longo tempo, detive-me
E um deles contemplei tão longe quanto pude
Até onde se perdia entre os arbustos.*

*Então, tomei o outro, igualmente acessível,
E a encerrar talvez melhor atrativo,
Pois era relvado e requeria uso;
Ainda que os que por ele trilharam
Tenham-no desgastado do mesmo modo,*

*E naquela manhã, ambos jaziam
Sob folhas ainda não enegrecidas pelos passos.
Oh, deixei o primeiro para outro dia!
E sabendo que um caminho leva a outro,
Duvidei se alguma vez lá retornaria.*

*Isto hei de externar com um suspiro,
Daqui até a eternidade:
Dois caminhos bipartiam-se num bosque, e eu –
Eu segui pelo menos trilhado,
E isso fez toda a diferença.*

Robert Frost

Como eu cheguei ao Mestrado? O que, em toda a minha história de vida, fez com que eu chegasse aqui? Pensei em começar esta dissertação respondendo a essas perguntas, mas essas são questões que suscitam reflexões até o dia de hoje. Escolhi o poema inicial por entender que a vida é marcada pela necessidade de tomar decisões, e essas decisões vão construindo todo o nosso percurso. Contarei sobre minha trajetória, marcada por possibilidades e escolhas que me trouxeram até aqui e que resulta dos vários caminhos que segui. Entendo também que, apesar de ser necessário escolher uma dentre várias

possibilidades, os caminhos que não percorri, de alguma forma, encontram-se também marcados em mim.

Nascida em uma cidade com número inferior a 30 mil habitantes e vivendo até os meus 16 anos em uma fazenda, o lugar onde eu nasci e cresci está muito marcado em minha pessoa. Esse lugar de onde falo propiciou que vários sonhos crescessem dentro de mim: um contexto que me permitia estar próxima à natureza, subir em árvores e imaginar estar tocando céu, ficar fora de casa brincando até o céu escurecer. De família grande, a brincadeira era compartilhada com três dos meus cinco irmãos. Apesar de, às vezes, faltarem muitas coisas, o lugar de onde eu vim me permitia querer voar. Meus pais, participantes importantíssimos da minha trama, sempre me incentivaram a ser e a fazer o que eu quisesse e, talvez, por isso, eu tenha me permitido tanto imaginar.

Em 2014, passei no vestibular e me mudei para “cidade grande”. De onde eu vim, Uberlândia parecia ainda maior e mesmo que ela estivesse somente a 78 km da minha terra natal, eu sentia estar mudando de país. Ainda assim me animava a ideia de sair de casa e começar a conhecer o mundo. A Psicologia sempre representou muitas coisas para mim, dentre elas, o início daquilo que um dia eu planejei.

Foi no último ano do Ensino Médio que a história que vivo hoje começou, quando um professor de português provocou a turma para prestar o vestibular da UFU (na minha cidade, não era tão comum os alunos de escolas públicas irem para a faculdade, ainda mais uma federal). Gostei da ideia, pensando que poderia treinar para o Enem e foi aí que precisei tomar a primeira grande decisão: Qual curso escolher? Já havia passado pelas ideias de Medicina, Letras, História e Antropologia, sem muito apego por nenhum destes. Fiquei entre Direito e Psicologia, sendo que, naquele momento, eu que sempre tive tantas certezas, deixei a sorte escolher: Psicologia foi o curso escolhido em um jogo de dados e, como não acreditava que seria aprovada, deixei assim. Durante todo o processo do

vestibular, fui lendo e pesquisando mais sobre a Psicologia e quanto mais lia, mais me sentia atraída para aquele lugar.

Durante a graduação, vivi muitas incertezas, mas nenhuma delas me levava “de volta” ao campo do Direito, então, decidi que ficaria. Em um dos períodos que eu sentia não me encaixar na Psicologia, surgiu - de modo inesperado e abrupto - a possibilidade de participar de uma iniciação científica no campo das Ciências Sociais, mais especificamente, na Antropologia. Eu fiz a minha primeira pesquisa e algo acendeu dentro de mim, gostei muito daquilo que eu fazia, sem nem mesmo compreender bem. Ao mesmo tempo, ia conhecendo coisas na Psicologia que me encantavam e outras que me implicavam, de um modo a ecoar na minha mente: “Por que?”.

A pesquisa me interessava cada vez mais e eu fui buscar na Psicologia um tema de estudo, me inquietava saber mais sobre os jovens em conflito com a lei, pesquisei, me encantei e pensei que dali eu iria direto para o mestrado. Mas, então, vieram os estágios, a área da saúde pública, que mesmo de forma bem tímida me tocasse ao longo do que vi até aquele momento, fez com que eu quisesse parar e conhecer mais sobre aquele campo. Primeiro, na atenção primária e, depois, em Hospital Geral, eu gostei do que vi, fui chamada de várias formas a estar ali e dúvidas se despertaram em mim, mesmo que naquele momento eu não tenha me permitido aprofundar nelas.

Segui meu curso na graduação, fiz meu Trabalho de Conclusão de Curso sobre o tema da iniciação científica (e via várias pessoas contando como o TCC levou ao Mestrado, pensei nisso).

Me formei... e aí? Eu tinha planos, dois especificamente, mesmo que eles me levassem a caminhos completamente diferentes. Um lado de mim queria fazer o Mestrado, continuar pesquisando sobre os jovens em conflito com a Lei (mesmo que naquele momento o tema não me despertasse tanto); independente de tudo, eu queria

pesquisar, trilhar o caminho que lá na frente me levaria a ser docente... E a outra parte de mim? Bom, essa queria ir para a Residência Multiprofissional, explorar mais desse universo que eu só comecei a ver. Estudei para ambos os processos seletivos durante quatro meses e, quanto mais estudava, mais indecisa eu ficava. Estudar sobre o SUS, Saúde Pública e Psicologia da Saúde me enchia de prazer. Eu acordava animada e lia todos os livros com muita emoção e era assim com o mestrado também, apesar de os livros de metodologia científica não serem tão atraentes. Fiz os processos, passei no mestrado e fiquei em terceiro lugar em um programa de residência que tinha duas vagas. Então, vamos ao mestrado! Quando o iniciei, descobri que muito tempo depois houve segunda chamada para Psicologia na Residência, eu fui chamada e, por algum motivo, o e-mail enviado a mim nunca chegou.

Conversei com minha orientadora meses antes de iniciar o semestre e ela, que sabia de partes da minha história até ali, perguntou o que eu de fato queria pesquisar. Eu contei que realmente não sabia, muitas coisas haviam acontecido no meu tempo de preparação para os processos seletivos que prestei, fiquei muito tempo em um hospital, primeiramente acompanhando minha mãe que teve um AVC e, logo após, o meu pai que sofreu um acidente de trabalho. Aquilo me inquietava, talvez porque parte de mim queria estar ali compondo aquela equipe de saúde. Contei para minha orientadora que já não sabia o quanto o meu projeto inicial me implicava e ela me contou da possibilidade de mudar o meu projeto, se eu assim quisesse. Ela me questionou sobre o que eu gostaria de estudar e eu disse não saber, mas querer de alguma forma estar na área da saúde. Ela, então, me provocou a pensar no que me incomodou enquanto eu estive no estágio e de modo ligeiro lembrei que me questionava sobre o cuidado às pessoas que estavam internadas, em especial em um dos campos que estagiei no Hospital: uma unidade de internação em saúde mental. Nesse mesmo encontro, a minha orientadora me contou um

pouco sobre o que ela estudava na área da saúde, dentre os diferentes temas, surgiu o suicídio. Ela me disse para ir para casa refletindo sobre tudo o que tínhamos conversado. No caminho, ainda no ônibus, fui me lembrando de como as tentativas de suicídio estavam próximas de mim, pessoas que haviam passado por essa experiência me contavam de situações absurdas que passaram aos serem atendidas nos serviços de urgência, me falavam sobre os julgamentos, sobre os cuidados distantes e sobre casos de encaminhamento em que as suas vozes não eram ouvidas. Pensei nisso por uma semana, entrei em contato com a minha orientadora e disse que eu tinha um tema de pesquisa. Dessa maneira, a partir do momento em que enviei a mensagem, aquela vontade de pesquisar que eu senti na primeira vez em que conheci a pesquisa pareceu ter reacendido em mim, eu contava para todo mundo, mesmo que não perguntassem o que eu iria pesquisar.

Assim como na minha vida toda, percebo que os caminhos que me trouxeram até o Mestrado foram cheios de curvas, indecisões e incertezas. Isso já me incomodou mais, hoje, percebo que faz parte de mim e da minha história. Eu sempre quis fazer o mundo entender que eu tinha certeza exata do lugar que queria chegar, mas quando tudo o que parecia certo começava a se desfazer, foi que eu entendi que a certeza não existe e que o futuro merece ser descoberto. Preciso ressaltar que ainda não desisti da ideia de fazer a residência ou qualquer outra especialização na área da saúde, sinto que é algo que me moveu e agora também faz parte de mim.

1.1. O problema de pesquisa e os objetivos do estudo

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2006), o suicídio – enquanto ato de tirar a própria vida – não é apenas uma tragédia de ordem individual, representando,

então, um grave problema de saúde pública (Silva, Prates, Cardoso & Rosas, 2018; Botega, Werlang & Macedo, 2006). Situações associadas ao fenômeno recebem a denominação de “comportamentos suicidas” e referem-se a ações como: ideação suicida, planejamento suicida, comportamentos autoagressivos com ou sem intenção de morrer, automutilação não intencional e a tentativa de suicídio (Vidal & Gontijo, 2013).

As tentativas de suicídio são caracterizadas como atos intencionais de autoagressão, em que há a intenção de morte (Sá et al., 2010), e é estimado que a sua frequência pode ser, pelo menos, dez vezes maior que o suicídio consumado (Botega, Werlang, Cais, & Macedo, 2006). Vidal e Gontijo (2013) compreendem que a repetição de tentativas é considerada indicador de risco para o suicídio, uma vez que o risco aumenta depois de uma tentativa deliberada de autoagressão. Sá et al. (2010) observaram o aumento do número de internações de pessoas que chegam aos serviços de saúde após tentarem suicídio, sinalizando a importância do manejo adequado frente a situações em que houveram tentativas de suicídio.

De acordo com a literatura, a forma como se dá o cuidado à pessoa nos momentos subsequentes à tentativa de suicídio é um importante recurso, podendo, inclusive, influenciar o indivíduo a dar continuidade ao tratamento após alta do serviço de saúde, assim como pode contribuir para a prevenção de novas tentativas de suicídio (Freitas & Borges, 2017). A atuação dos profissionais de saúde é, então, um importante indicador de como o cuidado a esses pacientes está sendo realizado. Frente a essas considerações, surge como problema de pesquisa: *Quais aspectos subsidiam a atuação dos profissionais de saúde frente a pacientes que tentaram suicídio? Quais aspectos permeiam a atuação dos profissionais de saúde com pessoas que são encaminhadas à unidade de internação em saúde mental após uma tentativa de suicídio ou com histórico de tentativas de suicídio?*

Definido o tema da pesquisa e o problema a ser investigado, efetuamos uma ampla revisão de literatura, que será apresentada no item 1.2. Esse contato com a literatura sobre o suicídio, as tentativas de suicídio e os cuidados prestados pelas equipes, inicialmente, levaram à delimitação de um projeto voltado para entender como profissionais de serviços de urgência vinculados ao município de Uberlândia realizavam as ações de atenção às pessoas que tentavam suicídio. No entanto, com a pandemia da Covid-19 e a suspensão do recebimento de solicitações de coparticipação por parte da Secretaria Municipal de Saúde em pesquisas, frente a muitas incertezas e aos prazos nem sempre previsíveis de avaliação de projetos por comitês de ética em pesquisas com seres humanos, foi preciso redirecionar o projeto. Busquei, como campo para a pesquisa, a unidade de internação em saúde mental do Hospital de Clínicas de Uberlândia. O problema de pesquisa foi mantido, mas os objetivos reformulados, apresentando-se da seguinte forma:

- **Objetivo Geral**

Investigar como é realizado o cuidado prestado por equipe de saúde mental em um hospital geral a pessoas que tentaram suicídio.

- **Objetivos secundários**

(1) Analisar como se desenvolve a abordagem da equipe com pessoas encaminhadas ao serviço de internação breve após situação de tentativa de suicídio;

(2) Conhecer a concepção de cuidado para pessoas encaminhadas ao serviço de internação breve após situação de tentativa de suicídio;

(3) Verificar como são realizados o acolhimento, o atendimento e os encaminhamentos feitos pelos profissionais em relação a esses casos;

(4) Compreender como esses profissionais se sentem frente aos casos de tentativas de suicídio que atendem;

(5) Verificar se esses profissionais recebem algum tipo de cuidado para lidarem com os casos que atendem.

1.2. Fundamentação Teórica

1.2.1. O campo da Reforma Psiquiátrica e as questões relativas à internação

Os leitos de internação psiquiátrica em hospital geral surgem em meio a discussões sobre a desinstitucionalização das pessoas em sofrimento mental dos hospitais psiquiátricos e manicômios, a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Prado, Sá & Miranda, 2015). Dentre vários perfis de pessoas cuja internação de curta permanência pode ser uma indicação de tratamento, encontram-se aquelas que tentaram suicídio ou que apresentam intenso risco de efetuarem uma tentativa, como será abordado mais à frente. Para compreender a forma como estão previstos, atualmente, o cuidado a pessoas em sofrimento psíquico e a existência de leitos em hospitais gerais, é necessário conhecer como se organizou o campo da saúde mental no Brasil e no mundo.

Na atualidade, tem-se a concepção de uma rede de atenção constituída por diferentes serviços que trabalham conjuntamente na construção do cuidado, objetivando evitar internações longas e o tratamento com características asilares. Entretanto, em um passado não tão distante – menos de um século atrás – o “tratamento” a pessoas em sofrimento mental era caracterizado por internações prolongadas em manicômios ou hospitais psiquiátricos, bem como com a segregação desses pacientes do espaço familiar e social. Nessas instituições, a atenção não tinha como foco a pessoa, tratava-se a doença sem que houvesse qualquer autonomia ou participação do indivíduo no seu processo terapêutico (Guimarães, Borba, Larocca, & Maftum, 2013).

Os hospitais psiquiátricos tinham como responsabilidade eliminar os sintomas de uma chamada “desordem” psíquica e devolver à sociedade apenas os sujeitos curados de sua “doença” (Guimarães et. al, 2013). No tratamento, eram utilizados recursos desumanos, como internações que podiam se estender até vários anos, técnicas de hidroterapia, administração excessiva de medicamentos e aplicação de estímulos elétricos (Figueredo, Delevati & Tavares, 2014).

Os movimentos de Reforma Psiquiátrica tiveram como primeiros cenários de desenvolvimento países da Europa e os Estados Unidos, após a Segunda Guerra Mundial, quando a classe dos trabalhadores da saúde mental iniciou movimentos contrários à então tradicional forma de tratamento da loucura (Figueredo, Delevati & Tavares, 2014). Segundo Cézár e Coelho (2017), existiram diferentes linhas de pensamentos nessas Reformas, as quais podem ser separadas em três grupos: a psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas (reformas restritas ao âmbito dos hospitais psiquiátricos); a psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva (reformas que buscavam acoplar serviços extra-hospitalares ao hospital); a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática (reformas que instauraram uma ruptura com as anteriores, questionando o conjunto de saberes e de práticas da psiquiatria vigente, além da existência do próprio hospital psiquiátrico).

Vidal, Bandeira e Gontijo (2008) defendem que o processo de reformas psiquiátricas, em nível global, não seguiu um padrão homogêneo. Sendo assim, os modelos assistenciais apresentavam variações locais, relacionadas às características regionais (extensão territorial, tamanho da população, cultura, estrutura política e econômica, entre outras). Ainda assim, os autores defendem que, apesar das diferenças, todos os movimentos apresentavam princípios básicos comuns, como a necessidade de desinstitucionalização, a diminuição de leitos hospitalares, a integração com serviços comunitários, entre outros.

No Brasil, os primeiros movimentos no sentido de uma reforma psiquiátrica começaram a ser organizados somente no final da década de 1970, movidos por profissionais recém-formados que encontraram um cenário de descaso e violência ao realizarem suas atuações nos hospitais psiquiátricos (Amarante & Nunes, 2018). Enfrentava-se o isolamento, o abandono, os maus-tratos, as péssimas condições de alimentação e de hospedagem, que se agravavam cada vez mais (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006). Além disso, houve denúncias que expuseram para grande parte da população as violências e as péssimas condições de trabalho dentro das instituições psiquiátricas (Figueredo, Delevati & Tavares, 2014).

As péssimas condições de funcionamento vivenciadas nos hospitais psiquiátricos brasileiros já estavam sendo questionadas em outros países, tais como a adoção de modelos terapêuticos precários, o uso abusivo de psicofármacos e o isolamento e a exclusão dos pacientes do convívio social (Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006). Como consequências, essas instituições lidavam com a superlotação, erros médicos, altos índices de mortalidade e a segregação dos usuários (Figueiredo, Delevati & Tavares, 2014).

Tais situações a que os pacientes eram expostos nos hospitais psiquiátricos fizeram surgir movimentos que buscavam por reformas sociais e sanitárias nos setores da saúde mental e, também, movimentos pelos direitos civis e humanos, que buscavam pela redefinição dos modelos de assistência à saúde. A sociedade se organizou e passou a exigir novas formas de tratamento para aqueles que estavam internados nos hospitais psiquiátricos (Vidal, Bandeira & Gontijo, 2008).

No contexto brasileiro, a sociedade civil e a imprensa se organizaram contra o modelo de base social, política e econômica que mantinha a ditadura militar, ocasionando greves nos setores públicos. Nesse período, lutava-se contra o sistema de saúde

prioritariamente privado e que funcionava a partir de convênios com financiamento de dinheiro público (Cézar & Coelho, 2017).

A organização de diversos segmentos sociais ao longo do processo de redemocratização do país propiciou grandes conquistas para o Brasil, podendo destacar o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que reuniu trabalhadores da área da saúde mental, profissionais envolvidos com o movimento da reforma sanitária, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (Brasil, 2005). Tais movimentos ocorreram por meio da interlocução com outros países e houve a organização dos diversos setores da sociedade e a mobilização de toda a população em congressos, reuniões e seminários abertos ao público (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006).

Sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira, o movimento sofreu fortes influências da Psiquiatria Democrática italiana, idealizada por Franco Basaglia, no início da década de 1960, que tinha a proposta de reduzir as internações a partir de um modelo centrado em comunidades que substituíssem o modelo especializado, com a finalidade de promover saúde mental ao invés de ações nos processos em que a doença já estava instaurada. Além disso, os hospitais psiquiátricos naquele país foram fechados e pontos de cuidado em território emergiram, como apartamentos-residência, centros de saúde mental, cooperativas de cuidado que deveriam funcionar em articulação para a “produção de vida”, isto é, para a invenção de novas formas de existência (Amarante & Nunes, 2018).

De acordo com Silva e Rosa (2014, p. 54), é possível observar três eixos da Reforma Psiquiátrica brasileira, sendo eles:

- a) processo de desinstitucionalização como desconstrução dos aparatos manicomiais;
- b) a descentralização da atenção na internação hospitalar em manicômios para o cuidado comunitário;
- c) rede diversificada de Atenção à Saúde

Mental, implicando a reconstituição da complexidade das necessidades sociais subjacentes à enfermidade e à intersectorialidade (Silva & Rosa, 2014, p. 54).

A partir do ano de 1992, esses movimentos sociais conseguiram a aprovação das primeiras leis estaduais que determinavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos pelo cuidado a partir de uma rede integrada de saúde mental. Foi nesse período que se iniciaram as primeiras organizações do Ministério da Saúde em relação à criação de uma política voltada para a saúde mental, a partir das diretrizes da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2005).

Em dezembro de 2001, aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que teve como objetivo principal discutir a reorientação dos modelos de assistência no Brasil. Nesse evento, discutiu-se que, para atender às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, seria necessário reorientar o modelo de assistência por meio de ações e serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que tornassem possível superar o modelo de assistência centrado nesse serviço (Minas Gerais, 2006). No mesmo ano, foi aprovada a Lei 10.216, que prevê que a internação seja o último recurso de tratamento, esgotadas as possibilidades de cuidado em território.

Bezerra Júnior (2007) aponta que, mesmo com as dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde pública, já era possível notar mudanças efetivas no Brasil na primeira década do século XXI, como o aumento de Centros de Atenção Psicossocial e a diminuição progressiva dos leitos psiquiátricos. No ano de 2005, por exemplo, os investimentos em serviços hospitalares foram, pela primeira vez, inferiores àqueles voltados para serviços comunitários, como os CAPS (Brasil, 2015). Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica construiu importantes ações e intervenções para consolidação de uma clínica ampliada em saúde mental, com destaque para a criação de uma rede de atenção psicossocial (Bezerra Júnior, 2007).

A Portaria de Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e teve como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Após a sua regulamentação, surgiu um novo arranjo organizativo para a atenção em saúde mental, que propõe ações intersetoriais e a construção de vínculos horizontais entre os serviços e profissionais responsáveis pelo cuidado em saúde mental.

A RAPS representa uma mudança de paradigma no cuidado para pessoas em sofrimento mental, a qual depende de diversos fatores, sendo um deles a capacidade dos profissionais em trabalharem de modo articulado e integrado com a rede e cuja finalidade é “ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental” (Rio de Janeiro, 2016, p. 68).

Os serviços que compõem a RAPS são: Atenção Primária (Unidades de Atenção Primária à Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Consultórios na Rua), Atenção Psicossocial Estratégica (CAPS), Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Hospitalar, entre outros a depender da região em que se localiza (Rio de Janeiro, 2016). Os equipamentos e dispositivos que compõem essa rede foram criados com o objetivo de diminuir as internações e fortalecerem o contato entre a comunidade e as pessoas em sofrimento psíquico (Silva & Rosa, 2014).

De acordo com Macedo et al. (2017), os avanços nas leis e a estruturação de serviços psicossociais tiveram um importante papel na melhoria de acesso às práticas assistenciais e direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Além disso, verificam-se avanços no que diz respeito ao protagonismo dessa população, com a participação de usuários e familiares na organização da política e a ampliação das redes sociais e comunidade solidária que marcam o movimento de Lutas Antimanicômias.

Ainda assim, mesmo com notáveis conquistas nas últimas décadas, em 2019, assistiu-se um retrocesso relacionado à assistência psicossocial no país, que contraria os ideais da Reforma Psiquiátrica. A nota técnica N° 11/2019, intitulada “Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas”, apresentou uma série de questões que desconstroem a política de saúde mental, dentre elas destacam-se a integração dos hospitais psiquiátricos – que passam a compor a RAPS –, o incentivo à ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. Ainda, o financiamento da compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia.

De acordo com trecho do próprio documento, “todos os Serviços que compõem a RAPS são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza” (Brasil, 2019, p. 3). Para Lima (2019), o documento parece ignorar todo o histórico de lutas da Reforma Psiquiátrica, uma vez que foi a ênfase nos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos que tornou possível a criação de uma rede de atenção psicossocial descentralizado, garantindo o cuidado e o acesso ao tratamento em liberdade e próximo ao local de moradia dos usuários.

Apesar da forte ameaça aos avanços conquistados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, a implementação de leitos para internação breve em hospitais gerais (Oliveira, 2013) foi apresentada como dispositivo de atenção às pessoas em sofrimento psíquico. Nessas unidades, as internações devem se configurar em um espaço que facilite o contato com a família e a comunidade de origem (Machado & Colvero, 2003). Ademais, ao ser integrado aos hospitais gerais, tem-se a finalidade de permitir o contato mais

próximo com outras clínicas e diminuir a estigmatização provocada pela internação em saúde mental.

As enfermarias e/ou unidades de atenção à saúde mental dentro dos hospitais gerais devem atuar de modo complementar a outros dispositivos da rede de saúde e realizam “o atendimento da crise, quando casos graves esgotam as demais alternativas, quando há risco ao próprio paciente ou a terceiros” (Oliveira, 2013, p. 193), tendo capacidade para, no máximo, 30 leitos (Portaria MS 148/2012). Assim, a internação hospitalar é indicada apenas em situações em que não há recursos extra-hospitalares ou quando estes se mostram insuficientes (São Paulo, 2013), como explicitado pela Lei 10.216, aprovada em 2001 – conhecida como Lei da Saúde Mental. As internações, portanto, como já apontado, ocorrem quando os recursos para cuidado em serviço comunitário esgotam-se.

De acordo com dados retirados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) pelo Conselho Federal de Psicologia, em 2018, havia cerca de 5.617 leitos de psiquiatria em hospitais gerais, sendo 4.482 destinados ao SUS (CFP, 2019). Em relação ao perfil das pessoas internadas, Carvalho et. al (2019), ao estudar leitos em saúde mental de hospitais gerais no Rio Grande do Sul, observaram que grande parte das internações correspondia a pacientes do sexo masculino (68%), com idade média de 40,7 anos (DP=17,6). Os diagnósticos mais recorrentes foram: transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool com síndrome de dependência (25%), transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas (20%) e esquizofrenia (10%). Silva et. al (2014) apresentaram dados semelhantes a esses em sua pesquisa sobre o perfil dos pacientes internados em leitos de saúde mental em hospital geral em um município do estado do Paraná, sendo a maioria dos pacientes do sexo

masculino, com idade média de 41,5 anos e a maior parte das pessoas internadas apresentava o uso abusivo de substâncias lícitas.

De acordo com Barros, Tung e Mari (2010), os principais motivos que levam os indivíduos à procura do serviço de emergências psiquiátricas em hospitais gerais são agitação psicomotora ou comportamento agressivo (23,9%) e tentativa ou ideação suicida (15,7%). Em um estudo que analisou as internações hospitalares e óbitos por suicídio, verificou-se que, no Brasil, entre 1998 e 2007, houve um total de 102.031 hospitalizações por suicídio, que geraram um gasto acima de 35 milhões para o sistema de saúde pública (Silveira, Santos, Ferreira, 2012). Em relação ao perfil dessas internações, Costa, Chavaglia, Scarelli e Silveira (2015) identificaram em estudo na cidade de Uberaba/MG, relativo ao período de 1998 e 2012, que, dentre aqueles que atentaram contra a própria vida, houve a predominância de pessoas adultas (76%) e do sexo masculino (55,6%), cujo meio mais frequente foi a ingestão de substâncias (72,9%). Observou-se também nesse estudo a existência de uma evolução temporal do número de internações por suicídio, com maior taxa de mortalidade entre as mulheres e aumento nos valores nas internações de pessoas idosas.

Frente a dados tão expressivos de comportamentos associados ao suicídio e tentativas de suicídio, faz-se necessário o aprofundamento no estudo sobre aspectos relacionados a esse tema, com a finalidade de apresentar conceitos, visão histórica e informações importantes para a compreensão desse fenômeno para, posteriormente, apresentar as estratégias elaboradas frente a essa situação.

1.2.2. Breve história sobre o suicídio

Originado do latim, *suicidium*, o termo suicídio tem sido usado ao longo dos anos para caracterizar o ato de tirar a própria vida. O suicídio assumiu diferentes significados ao longo da história e da cultura (Botega, 2015), sendo visto em determinados momentos como direito pessoal, costumes característicos de um povo ou ainda enquanto ato que deveria ser condenado. Para Santana et al. (2015), o ato de tirar a própria vida sempre esteve presente nas relações sociais e, desde a antiguidade, era visto “como uma forma de romper com as angústias do cotidiano ou ainda de fugir das opressões de um determinado grupo social” (Santana et al., 2015, p. 44). De acordo com Botega (2015), em certas culturas – sociedades nômades, tribais e/ou guerreiras da Antiguidade e Idade Média – o ato de tirar a própria vida assumia diferentes motivações, como evitação da desonra, fuga da escravidão, reação a perdas afetivas, a idade avançada ou vingança. O autor discute que, nessas sociedades, foi elaborada uma série de tabus sobre o suicídio, pois temia-se que os mortos, em especial aqueles que tirassem a própria vida, retornariam para causar mal aos vivos.

Na Grécia Antiga, o fenômeno era considerado enquanto morte voluntária e não era caracterizado como ato condenável, caso existissem boas razões para executá-lo. Nos casos em que o ato do suicídio era considerado um desrespeito gratuito aos deuses, as pessoas que tiravam a própria vida não tinham direito a uma sepultura regular e suas mãos eram enterradas separadamente como forma de punição. O suicídio foi também condenado na Roma Antiga, pelo Estado Romano Totalitário, em que se acreditava que a vida dos colonos e dos escravos pertenciam aos seus senhores. Assim, aquele que cometia suicídio era culpabilizado e confiscavam-se os bens dos seus familiares. Muitos séculos depois, na Europa predominantemente cristã no século XVII, o ato era

considerado um crime e aqueles que tiravam as próprias vidas tinham seus corpos expostos de maneiras vexatórias, como a exposição do cadáver nu, as mãos eram amputadas, os corpos eram arrastados por cavalos, entre outras ações que tinham como função coibir a onda de suicídios e castigar o indivíduo que cometera tal ato (Botega, 2015).

Segundo Bertolote (2012), até meados do século XVII, o suicídio permaneceu como um tema de interesse teológico, religioso e filosófico, sendo que, em determinados casos, atraindo também o interesse médico. O termo foi criado somente em 1643, pelo médico inglês Thomas Browne – primeiramente em grego, como *autófonos* e, posteriormente traduzido, para o inglês como “*suicide*” – que publicou um livro em que havia a distinção de duas formas de suicídio: uma delas heroica e outra patológica. Ao final do século XX, o suicídio passou a ser estudado no campo da saúde pública, com foco na prevenção (Bertolote, 2012), e ainda que ao longo dos anos foram criadas diferentes perspectivas sobre o fenômeno, parecem permanecer todos os medos, os estigmas e julgamentos que o acompanham no imaginário da população.

Sobre isso, Berenchtein Netto (2014) considera que a morte assume duas características expressivas no contexto de uma sociedade capitalista: primeiro, sendo considerada um tabu sobre o qual se deve evitar a falar e, em segundo, a criação da noção de que deve-se preservar a vida a todo custo. Para o autor, em uma sociedade em que se tem uma forte valorização da vida, seguida por uma atitude de temer a morte, o suicídio passa a ser considerado um comportamento desviante, irracional e bárbaro, e aqueles que se suicidam passam a ser estigmatizados e quase sempre taxados a partir do conceito de loucura.

Cabe ressaltar que, dentro dos estudos sobre suicídio, existe uma série de termos e comportamentos que precisam ser levados em consideração, tais como: comportamento

suicida, tentativas de suicídio, ideação suicida, fatores de risco e proteção, dentre outros que são utilizados para caracterizar sobre o que está sendo abordado. Para efeitos dessa pesquisa, foi organizado um tópico com os principais termos utilizados, assim como a sua descrição.

1.2.3. Definições dos termos relacionados ao suicídio

O **comportamento suicida** abrange um conjunto de atitudes que envolve o ato suicida, que vão desde a presença de ideação suicida, com pensamentos sobre a morte e morrer, ameaças de suicídio e elaboração de plano suicida, podendo resultar em tentativas de suicídio ou óbito por suicídio (Barrero, 1999; Bertolote, 2012; WHO, 2014). Moreira e Bastos (2015, p. 446) consideram como comportamentos suicidas “todo e qualquer ato por meio do qual uma pessoa causa lesão a si própria, independente do grau de letalidade.”

A **ideação suicida** se refere a pensamentos ou ideias sobre morrer, estar morto ou se suicidar, que podem se apresentar de diferentes maneiras (Barrero, 1999) e engloba desejos, atitudes ou planos que o indivíduo tenha de se matar (Borges & Werlang, 2006). É considerada como um dos principais preditores de risco suicida, podendo ser o primeiro passo para um eventual suicídio (Borges & Werlang, 2006).

De acordo com Pesce, Assis, Santos e Oliveira (2004), **os fatores de risco** são características ou situações que podem tornar o problema mais provável, sendo considerados obstáculos individuais ou ambientais, que aumentariam a vulnerabilidade das pessoas a eventos adversos. De acordo com Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010), o risco de comportamentos suicidas é observado por indicadores de natureza sociodemográfica e clínica, mas pode ainda contemplar fatores genéticos e a história familiar da vida do sujeito. Grande parte das estratégias de prevenção do suicídio baseia-se na identificação de fatores de risco, uma vez que há a escassez de dados relacionados

aos fatores de proteção (Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010). Os **fatores de proteção**, por sua vez, intensificam o desenvolvimento de recursos para lidar com os eventos estressores, refletem na ação e reação das pessoas diante os problemas da vida (Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004).

O **suicídio** foi definido por Durkheim (2000) como toda morte que resulta, direta ou indiretamente, de um ato executado pela própria vítima, nos casos em que ela sabia que deveria produzir esse resultado. Assim, considera-se suicídio como o ato intencional de matar a si mesmo (Barbosa et al., 2011; WHO, 2014). Compreendido como um fenômeno multidimensional, o suicídio resulta de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos. Dessa forma, é impossível atribuir uma única causa a esse fenômeno (WHO, 2014; Cescon, Capozzolo & Lima, 2018). Ainda assim, o suicídio é tratado como tabu, tendo sido silenciado ao longo dos anos pela sociedade, família e profissionais da área da saúde (Barbosa et. al., 2011).

Já **as tentativas de suicídio** caracterizam-se como atos suicidas em que houve a intenção de morte com atitudes intencionais de autoagressão, porém que não levaram ao óbito (Sá et al., 2010). Nesse trabalho, optou-se pela utilização do termo “tentativas de suicídio” para referir-se às situações em que a pessoa foi encaminhada e atendida na unidade de internação em saúde mental após tentar tirar a própria vida, sendo este o motivo da internação. Em alguns pontos do trabalho, utilizou-se também o termo comportamentos suicidas para se referir ao fenômeno como um todo, abrangendo todas as situações que envolvem os estudos sobre essa temática.

Frente a isso, faz-se necessária a caracterização dos casos de tentativas de suicídio no Brasil.

1.2.4. Tentativas de suicídio e a importância da prevenção e do cuidado

Em uma perspectiva social dos fenômenos, as tentativas de suicídio têm sido associadas à possibilidade de resolução de problemas pessoais do indivíduo em sofrimento – que buscam na morte uma forma de pôr fim em suas angústias (Heck et al., 2017). Segundo Abreu et al. (2010), o comportamento suicida vai confrontar-se com o instinto de sobrevivência do ser humano, tornando difícil a compreensão desse fenômeno por parte da sociedade. Para Barbosa et al. (2011), é necessário que a sociedade se sensibilize frente ao fenômeno e adote posturas mais acolhedoras e menos críticas, possibilitando, assim, que intervenções possam ser feitas e que a ajuda possa ser buscada por indivíduos que possuem ideações suicidas.

Isso porque situações em que há comportamentos associados ao fenômeno acarreta traumas ao meio social, afetando as pessoas próximas e todas aquelas que tiveram contato e/ou conhecimento da situação. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2014), é preciso considerar o impacto psicológico e social das tentativas de suicídio para o indivíduo e as pessoas com as quais ele convive. Em especial, nos casos em que a tentativa provocou a morte por suicídio, pode impactar profundamente pelo menos outras seis pessoas e, caso o suicídio ocorra em uma escola ou em local de trabalho, centenas de pessoas são afetadas (OMS, 2000).

De acordo com a Organização Panamericana da Saúde (2018), a cada ano, cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio no mundo e, para cada óbito por esse motivo, há mais pessoas que tentam tirar a própria vida, sendo a tentativa prévia o fator de risco mais importante na população em geral. Estudos demonstram que as taxas de tentativas de suicídio são, pelo menos, dez vezes maiores que os suicídios concluídos e estes são

precedidos por pelo menos duas tentativas anteriores (Botega et al., 2006; WHO, 2014; Taron, Nunes & Maia, 2020).

Gutierrez (2014, p.262) explica que o risco de suicídio “aumenta de acordo com o número de tentativas e também está associado a intervalos de tempo menores entre essas tentativas”. A estimativa é que, para cada suicídio concluído, existem mais pessoas que dão entrada nos serviços de emergência após uma situação de tentativa, sendo estes dados que demonstram a necessidade de estratégias de prevenção ao suicídio, bem como o manejo adequado dos pacientes que dão entrada nos serviços de saúde por esse motivo (Gonçalves, Silva & Ferreira, 2015).

É possível observar impactos de ordem social e econômica frente a comportamentos suicidas, principalmente pelo aumento das internações, limitações e sequelas diante do aumento crescente de tentativas de suicídio que chegam cada vez mais aos serviços de saúde (Sá et al., 2010; Tavares, 2013). Frente a isso, ressalta-se que esse fenômeno se configura enquanto um sério problema de saúde pública no Brasil e, ainda assim, são poucos os estudos que indicam formas eficientes de lidar com essa problemática (Muller, Pereira & Zanon, 2018).

Para Muller, Pereira e Zanon (2018), a situação exposta pede urgência no desenvolvimento de estudos e práticas que possam ser efetivos na redução de taxas de suicídio. Segundo os autores, o aumento das taxas de suicídio tem levado a um maior engajamento das políticas públicas com o objetivo de buscar maior qualificação para as equipes de saúde e a conscientização da população sobre as estratégias de prevenção e posvenção.

Para compreender a complexidade da problemática trabalhada ao longo do presente trabalho, faz-se necessário conhecer os números associados aos comportamentos suicidas no Brasil, tais como o suicídio e as tentativas de suicídio. Isso faz-se importante,

pois os estudos sobre a epidemiologia sobre o fenômeno auxiliam na elaboração de políticas públicas e estratégias de enfrentamento e prevenção (Brasil, 2021).

1.2.5. Caracterização do suicídio e tentativas de suicídio no Brasil

O Brasil encontra-se entre os dez países com maiores taxas de suicídio, ficando atrás apenas da Índia, da China, dos Estados Unidos, da Rússia, do Japão, da Coreia do Sul e do Paquistão. O país apresenta um crescimento de 62,5% desde a década de 1980, sendo maior do que o aumento das taxas de acidentes de trânsito e homicídios no país (Botega, 2014; Silva, Prates, Cardoso & Rosas, 2018).

Segundo dados do Boletim Epidemiológico (Brasil, 2017b), que reúne informações sobre os números de óbitos por suicídio, lesões autoprovocadas e tentativas de suicídio extraídas do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), foram registrados, entre os anos de 2011 a 2015, o número de 55.649 óbitos por suicídio no Brasil, com uma taxa geral de 5,5 mortes por suicídio a cada 100 mil habitantes. O boletim epidemiológico liberado pelo Ministério da Saúde mostrou ainda que as maiores taxas de óbito por suicídio foram registradas nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul. Em relação às tentativas de suicídio, foram registradas 48.204 notificações no período de 2011 a 2016 e verificou-se que os métodos mais prevalentes na tentativa de suicídio são o enforcamento (60%) e a intoxicação (18%).

Em relação ao perfil das pessoas que se suicidam no Brasil, os homens são os mais afetados, sendo de duas a quatro vezes mais frequentes do que entre mulheres. O risco aumenta a partir dos 70 anos de idade, fase em que a possibilidade do homem se suicidar é seis vezes maior do que no sexo feminino. Entretanto, as tentativas de suicídio entre

mulheres são 2,2 vezes mais frequentes do que quando comparadas aos homens (Brasil, 2017b).

Em relação à idade, aproximadamente 76% das mulheres que foram a óbito por suicídio eram menores de 40 anos, já no sexo masculino, a proporção para a mesma faixa etária é de 74%. As notificações de tentativas de suicídio estão concentradas na faixa etária de 15 a 59 anos, em ambos os sexos. Entretanto, observa-se que as mulheres iniciam mais cedo as tentativas de suicídio por intoxicação exógena, principalmente adolescentes com idade entre 11 e 18 anos (Brasil, 2017b).

Das lesões autoprovocadas – que compreendem a ideação suicida, automutilações, as tentativas de suicídio e os suicídios – em pessoas do sexo feminino, constatou-se que 49,6% das mulheres eram brancas e 35,7%, negras (pardos + pretos); 30,5% apresentavam ensino fundamental incompleto ou completo e 23,5% ensino médio incompleto ou completo. Foi observada a presença de deficiência/transtorno em 19,6% dessas mulheres. Os casos se concentraram nas regiões Sudeste (51,2%) e Sul (25,0%), e 89,4% residiam na zona urbana. Cerca de 33% das lesões tinham caráter repetitivo. Apenas 0,8% dos casos apresentavam alguma relação com o trabalho desenvolvido pela mulher (Brasil, 2017b).

Já em relação às lesões autoprovocadas nos homens, 49,0% eram brancos e 37,2% negros (pardos + pretos); 32,3% apresentavam ensino fundamental incompleto ou completo e 19,6% ensino médio incompleto ou completo. A presença de deficiência/transtorno foi identificada em 20,0% desses homens. Igualmente, no caso das mulheres, os casos se concentraram nas regiões Sudeste (49,6%) e Sul (26,2%), e a grande maioria residia na zona urbana (86,2%). Cerca de 25,3% das lesões autoprovocadas tiveram caráter repetitivo em 25,3% no sexo masculino. Somente 1,1% dos casos apresentavam alguma relação com o trabalho desenvolvido por eles (Brasil, 2017b).

Segundo os dados do Ministério da Saúde, consoante à situação de outros países que possuem populações indígenas, no Brasil, esse público “apresenta maiores taxas de suicídio, tendo apresentado, em 2014, uma taxa de 21,8 por 100 mil indígenas, essa incidência é quatro vezes maior do que da população brasileira em geral” (Brasil, 2017a, p. 9). Tal situação expressa a necessidade de estudos sobre a temática e a criação de políticas de saúde específicas voltadas para a população indígena, com foco na prevenção do suicídio.

Para Souza e Ferreira (2014), ao se tratar do suicídio nas populações indígenas, não devem ser estabelecidas generalizações dos determinantes do suicídio e a simples transposição desse conceito para os contextos indígenas resulta em limitações no enfrentamento da problemática. Assim, é necessário observar e respeitar as especificidades de cada população nos estudos referentes ao suicídio, a fim de serem pensadas estratégias de prevenção que se adequem à população em foco.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, ainda que as taxas de suicídio e tentativas de suicídio sejam altas no mundo todo, uma parte dos casos pode ser evitada por meio de estratégias de prevenção que envolvam diferentes setores da sociedade. Tais estratégias são voltadas para combater os fatores de risco associados ao suicídio e devem envolver diferentes níveis dos setores de saúde, educação, assistência social e comunidade (WHO, 2014). O tópico seguinte pretendeu explicar o conceito de “prevenção do suicídio” e abordar as principais estratégias de prevenção elaboradas no Brasil nas últimas décadas.

1.2.6. Prevenção do Suicídio

Em saúde, o conceito de prevenção é compreendido como “qualquer medida que vise interceptar a causa de uma doença antes que ela atinja o indivíduo, dessa forma, prevenindo a sua ocorrência” (Bertolote, 2012, p.81). Assim, medidas de prevenção têm como foco diminuir os riscos de aparecimento de problemas e, para isso, se dão por meio de três níveis de ação: (a) Prevenção Universal – destinada a toda a população, mesmo que não apresente nenhum risco de desenvolver o problema e caminha na direção de evitar o estabelecimento do problema; (b) Prevenção Seletiva – indicada para grupos ou indivíduos expostos a fatores de risco (Brasil, 2017); (c) Prevenção Indicada – voltada para os indivíduos e grupos que já apresentam um risco considerável e/ou já mostram sinais do comportamento-alvo (Bertolote, 2012).

Para Gutierrez (2014), existem cinco áreas principais na prevenção do suicídio, sendo elas: a educação e conscientização para o público em geral e os profissionais; métodos de rastreamento para indivíduos de alto risco; tratamento para transtornos psiquiátricos; dificuldade de acesso a métodos letais e o papel da mídia na veiculação de informações sobre o suicídio.

As estratégias de prevenção precisam ser implementadas por meio de ações, tanto no nível individual quanto coletivo, que busquem o fortalecimento dos fatores de proteção e a diminuição dos fatores de risco. Entre os fatores de proteção, pode-se destacar a presença de bons vínculos afetivos, a sensação de estar integrado a um grupo ou comunidade, religiosidade, estar casado ou com companheiro fixo e ter filhos pequenos (Botega, 2006).

Bertolote, Melo-Santos e Botega (2010) afirmam que há uma escassez de dados referentes aos fatores de proteção, sendo que as informações levantadas derivam de

conhecimentos obtidos em outras áreas da saúde, em específico, a saúde mental. Pressupõe-se que fatores como alojamento seguro, segurança, boa alimentação e boa qualidade de sono possam contribuir com a redução do impacto de fatores adversos, como situações de estresse e o sofrimento mental. Porém, há poucos estudos que versam sobre o papel específico desses fatores em relação ao suicídio.

Frente a isso, uma das ações mais eficazes é a identificação de sinais comportamentais que indicariam o risco de uma atitude suicida (Brasil, 2006). Os principais fatores de risco incluem tentativas prévias de suicídio, uso abusivo do álcool, a presença de transtornos mentais, a morte de algum familiar ou pessoa querida, dores crônicas, histórico familiar de suicídio, dificuldade de acesso ao sistema de saúde e facilidade de acesso a meios letais (Botega, 2006; WHO, 2014).

Bertolote (2012) discute que foi apenas no fim do século XX e início do século XXI que houve uma consolidação da abordagem do suicídio pela saúde pública, com foco na prevenção. Isso ocorreu frente a uma preocupação crescente em diversos países, na década de 90, sobre a taxa de mortalidade por suicídio e o aumento das tentativas de suicídio. Além disso, havia movimentos efetivos no controle de outras causas de morte e, cada vez mais, visava-se expectativas de vida ampliada.

Nesse período, alguns países se organizaram e procuraram as Nações Unidas (NU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), em busca de ajuda no projeto de planos nacionais abrangentes para cuidar da questão em torno do suicídio com eficácia de custo. Assim, após consultar especialistas e com o apoio da OMS, foi publicado pelas Nações Unidas o documento intitulado “Prevenção de Suicídio: Diretrizes para a formulação e implementação de estratégias nacionais”. Esse documento enfatizava, dentre outros aspectos, a necessidade da intersetorialidade, abordagens multidisciplinares e a avaliação e revisão permanentes (OMS, 2012).

As iniciativas de prevenção do suicídio no Brasil ocorreram de modo tardio, uma vez que o suicídio não era visto como um problema de saúde pública, já que a maior atenção era dada aos índices elevados de homicídios e de acidentes. Foi apenas no ano de 2005 que o Ministério da Saúde se mobilizou para a elaboração de um Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio, por meio de grupos de trabalhos que contavam com representantes do governo, da sociedade civil e das universidades (Botega et. al, 2006). No ano seguinte, no dia 14 de agosto de 2006, foi publicada a Portaria Nº 1.876, que instituiu as diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, com objetivos para serem alcançados no cenário nacional (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2009).

Dentre os principais objetivos dessa portaria, destacavam-se: 1) Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos; 2) Informar e sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; 3) Fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; 4) Promover a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, inclusive, do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Ainda no ano de 2006, como parte da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, o Ministério da Saúde lançou o manual de Prevenção do Suicídio, dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental, que reúne uma série de informações e recomendações acerca de estratégias para a prevenção e redução das taxas de suicídio e tentativas e danos associados aos comportamentos suicidas, como o impacto traumático na família e sociedade.

Em 2014, foi publicada a Portaria nº 1271, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. A partir dessa portaria, as tentativas de suicídio e o suicídio passaram a compor a lista de agravos de notificação compulsória imediata em todo o território nacional, o que significa a necessidade de acionamento imediato das autoridades frente a esses casos que chegam às unidades de saúde (Brasil, 2017b).

No Brasil, existe o trabalho desenvolvido no Centro de Valorização da Vida (CVV), uma organização não governamental que, desde sua criação, em 1962, exerce um trabalho de Prevenção do Suicídio, totalmente composto por voluntários e com o objetivo de prestar apoio emocional a qualquer pessoa que necessite, por meio de telefonemas, cartas, e-mail ou até mesmo em encontros presenciais. O serviço do CVV é gratuito e funciona todos os dias da semana (Dockhorn & Werlang, 2009).

Segundo informações retiradas do site do Centro de Valorização da Vida (<https://www.cvv.org.br/o-cvv/>, recuperado em 20 de maio de 2020), a partir de 2015, o Ministério da Saúde passou a ter uma parceria com o CVV, com o objetivo de implantar uma linha gratuita nacional de prevenção do suicídio. Em 2017, houve a ampliação dessa parceria com a assinatura do novo Acordo de Cooperação Técnica, que, dentre outras coisas, prevê a gratuidade das ligações ao CVV em todo o território nacional.

Em 2017, o Ministério da Saúde lançou o Boletim Epidemiológico, documento que reúne dados descritivos com perfil epidemiológico de indivíduos que tentaram suicídio ou foram a óbito por essa causa no Brasil, com os números de óbitos por suicídio no período de 2007 a 2016, o qual deveria ser atualizado a cada ano (Brasil, 2017b) e, junto a isso, lançou também a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017-2020, que teve como objetivo

fortalecer as ações de promoção, vigilância e prevenção relacionadas ao suicídio, para reduzir os números de tentativas de mortes por suicídio até o ano de 2020, por meio de um conjunto de ações estratégicas para a promoção da saúde, vigilância, prevenção do suicídio e atenção, estruturadas a partir das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. (Brasil, 2017a).

Em 2019, foi aprovada a Lei Nº 13.819, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, visando o desenvolvimento de estratégias para a prevenção e para o tratamento dos condicionantes associados a esses eventos. A partir da sua assinatura, o suicídio e as lesões autoprovocadas passam a ser considerados como problemas de saúde pública, passíveis de prevenção, bem como torna-se obrigatória a notificação compulsória de autolesões pelos estabelecimentos de saúde públicos e privados às autoridades sanitárias e pelas instituições de ensino públicas e privadas ao conselho tutelar.

Mesmo com as várias iniciativas e o desenvolvimento cada vez maior de estudos sobre o tema e coleta de informações epidemiológicas sobre a importância do evento e do mapeamento dos sinais comportamentais do risco de suicídio, as estratégias de prevenção enfrentam várias dificuldades, tais como a viabilização, treinamento dos profissionais e os mitos e tabus que fazem parte do imaginário social a respeito do tema (Marquetti, Kawauchi & Pleffken, 2015).

Além da prevenção do suicídio, é fundamental que haja também estratégias de posvenção do suicídio – termo que se refere às ações realizadas após o suicídio de uma pessoa, com o objetivo de oferecer cuidado e diminuir os impactos deixados nos “sobreviventes”, como são chamadas as pessoas enlutadas pelo suicídio de algum familiar ou amigo (Muller, Pereira & Zanon, 2018). O impacto causado nessas pessoas é tão

intenso que elas podem apresentar risco futuro de suicídio, por esse motivo, pode-se considerar a posvenção como uma forma de “prevenção futura” (Gonçalves et. al, 2015).

As estratégias de prevenção do suicídio devem ser elaboradas, estruturadas e colocadas em prática pelos diferentes serviços que compõem a rede de atenção à saúde, com a finalidade de produzir ações efetivas. Diferentes serviços são responsáveis pelo cuidado a pessoas que apresentam comportamento suicida. Dessa forma, a abordagem do risco do suicídio e sua prevenção são consideradas responsabilidades de todos os profissionais de saúde, independentemente do nível de atenção na qual trabalham (Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, 2016). A partir do trabalho em rede, tem-se a possibilidade de criar estratégias eficazes para a prevenção e a posvenção do suicídio, a partir de uma rede de vigilância e controle com profissionais atuando de modo conjunto e compartilhando informações referentes ao manejo das pessoas em situação de risco (Rio Grande do Sul, 2011).

Nesse sentido, o trabalho em rede faz-se fundamental para o alcance de resultados positivos junto a pessoas que possuem histórico de tentativas de suicídio (Müller, Pereira & Zanon, 2017), sendo necessário conhecer o trabalho desenvolvido pelos diferentes dispositivos da rede que realizam esse acompanhamento.

1.2.7. A Rede de saúde no cuidado das pessoas que tentam suicídio

Como dito anteriormente, o cuidado de pessoas após uma tentativa de suicídio perpassa por vários serviços da rede que compõe a RAPS (Müller, Pereira & Zanon, 2017), pois diferentes serviços serão responsáveis pelo cuidado e acompanhamento, que não se esgotam após alta hospitalar ou atendimento em serviço de urgência. De acordo com Freitas e Borges (2017), o atendimento recebido por pessoas que procuram ou são

levadas aos serviços de saúde após tentativa de suicídio desempenha um importante papel e, ao ser realizado de forma adequada, pode ser determinante para a recuperação do indivíduo e para prevenção de que novas tentativas aconteçam (Freitas & Borges, 2017).

Em parte dos casos, após uma situação em que houve a tentativa de suicídio, o paciente é atendido pelos profissionais de saúde que atuam nas urgências e emergências hospitalares (Freitas & Borges, 2014). Jardim (2017) considera que, ao prestar o primeiro atendimento a esses usuários e, muitas vezes, realizar os encaminhamentos para os demais serviços, as urgências e emergências compõem *locus* privilegiado para a assistência de pacientes que tentaram suicídio e desempenham um importante papel na intervenção e prevenção do suicídio. Sendo assim, é importante que a equipe consiga estabelecer vínculos com esse paciente, aumentando as chances de continuidade do tratamento após a alta da urgência e encaminhamento para outros serviços (Gonçalves, Silva & Ferreira, 2015).

Entretanto, essa oportunidade “nem sempre é aproveitada pela equipe, seja pelas características do serviço de emergência ou por despreparo e dificuldade para lidar com pacientes suicidas” (Vidal & Gontijo, 2013, p. 109). Aspectos como raiva, irritação, descaso, negação ou avaliação de que a demanda não é legítima para os serviços de emergência hospitalares são aspectos que impactam negativamente o cuidado ofertado aos pacientes que tentaram suicídio (Freitas & Borges, 2017).

A Rede de Urgência e Emergência (REUE) dos hospitais tem como finalidade ser resolutiva, restaurando a saúde física dos indivíduos e livrando-os de suas enfermidades, sendo, ainda, uma das redes mais medicalizadas de todo o serviço de saúde. Isso demonstra que os serviços de urgência e emergência têm um funcionamento próprio e se constituem como ambientes de muita tensão e estresse, uma vez que lidam constantemente com situações de risco (Jardim, 2017). Ademais, o atendimento nesses

serviços é comumente organizado por meio de plantões que são divididos em diferentes equipes, sendo que o turno de cada equipe corresponde a um plantão diurno e outro noturno, em diferentes dias. Assim, o serviço se depara com a dificuldade de criar vínculos, tendo como característica a descontinuidade no contato entre profissional e paciente (Avanci, Furegato, Scatena & Pedrão, 2009).

De acordo com Vidal e Gontijo (2013), as características e as dificuldades de atendimento nos setores de urgência e emergência levam os profissionais a adotarem posturas impessoais e distantes em sua atuação profissional:

A alta demanda de atendimento, o lidar com pacientes em situações críticas, a baixa capacitação das equipes de atendimento e as deficiências estruturais do serviço e do sistema de saúde como um todo induzem os profissionais desses serviços a se posicionarem de maneira impessoal e com dificuldade de atuação de forma humanizada (Vidal & Gontijo, 2013, p.112).

Nesses serviços, o momento de alta frente a essas situações demanda uma avaliação criteriosa e imprescindível atenção e preparação da equipe responsável (Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010; Gutierrez, 2014). Para Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010), é necessário evitar altas precoces frente a uma aparente melhora do indivíduo e realizar um encaminhamento adequado para serviços de saúde que possam fornecer atendimento rápido e seguimento terapêutico ao paciente. Gutierrez (2014) ressalta que a alta do paciente que tentou suicídio deve ser pensada como um momento privilegiado para dar continuidade ao tratamento em outros serviços.

Vidal e Gontijo (2013) concordam que, após a alta, seja necessário um encaminhamento para acompanhamento psiquiátrico, psicológico, bem como de suporte familiar e social. Entretanto, os autores observaram que, em grande parte dos casos em que houve tentativa de suicídio, ocorrem apenas encaminhamentos burocráticos para

serviços de saúde mental, sem que haja a garantia de acolhimento ou a continuidade do serviço. Freitas e Borges, por sua vez, denunciam casos em que os pacientes receberam alta dos serviços de urgência e emergência, sem nem mesmo a avaliação de um profissional da área da saúde mental (Freitas & Borges, 2017). Isso se contrapõe ao que consta prescrito nos manuais que versam sobre a prevenção do suicídio, uma vez que estes documentos alertam para a necessidade de avaliação das equipes de saúde mental antes da alta (Rio de Janeiro, 2017; OMS, 2014; Brasil, 2006), buscando garantir acompanhamento profissional necessário e o envolvimento da família no processo. Na ausência de equipes de saúde mental no serviço, o profissional de saúde deve entrar em contato com o CAPS da região ou com os serviços de saúde mental disponíveis no território (Rio Grande do Sul, 2011).

Nesse sentido, o encaminhamento é uma das estratégias mais importantes a ser realizada com pessoas que tentam suicídio e são assistidas por serviços de saúde, tendo em vista a importância de continuidade do tratamento para a prevenção de novas situações de autoagressão, já que os primeiros meses após o ocorrido se apresentam como o período de maior risco para novas tentativas de suicídio. É estimado que cerca de 60% dos indivíduos que tentaram suicídio não frequentam mais de uma semana de tratamento após a alta do serviço de emergência (Vidal & Gontijo, 2013).

Frente aos casos que, devido ao grau de emergência, não apresentam melhoras durante a internação na urgência e emergência, é realizado o encaminhamento para internação breve em leito de hospital geral (Heck et al, 2017). Durante o período de internação, algumas precauções precisam ser seguidas, dentre elas, a remoção de objetos perigosos que possam facilitar a autoagressão e a adoção de medidas que favoreçam o monitoramento do paciente pela equipe de enfermagem (Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010). Além disso, há momentos em que esse monitoramento precisa ser

redobrado, como durante as trocas de turnos das equipes e passeios no pátio hospitalar. Essas medidas são de extrema importância, pois há o risco de novas tentativas de suicídio, em especial na primeira semana de internação (Botega, 2015).

O encaminhamento para a internação hospitalar precisa ser realizado a partir de uma avaliação criteriosa do risco de suicídio do paciente, já que a internação nos casos em que há baixo risco de suicídio pode ser prejudicial, pois leva à interrupção das atividades profissionais ou acadêmicas, prejuízo financeiro, estresse psicossocial e estigma social. Dessa forma, a internação deve ser indicada de acordo com o grau de risco potencial de suicídio e presença ou ausência de suporte familiar (Mello-Santos & Meleiro, 2013).

Além disso, a abordagem utilizada durante o período de internação deve ser acolhedora e promover um ambiente saudável e não hostil, caso contrário, pode deixar traumas nos pacientes. O terapeuta Will Hall, ex usuário do sistema psiquiátrico dos Estados Unidos, compartilha os traumas advindos de uma internação psiquiátrica contra a sua vontade, ao buscar ajuda após ter uma crise de estresse e tentar o suicídio. A abordagem foi repressiva e lhe diziam constantemente que ele não se recuperaria e não conseguiria mais trabalhar, devido a um diagnóstico de esquizofrenia que recebeu. Ele conta que, após receber alta, passou a ter diversos pesadelos com o período da internação, pois sentia que havia sido sequestrado e mantido preso contra a sua vontade (Hall, 2019).

Dessa forma, Gutierrez (2014) defende que o período de internação necessita ser aproveitado para que o paciente possa conquistar maior autonomia, com a equipe de saúde apoiando-o no processo de reconstrução e ressignificação dos seus projetos de vida, pontuando que posturas hostis, estigmatizantes e com teor de julgamento atrapalham no processo de recuperação do indivíduo.

Além desses serviços, as unidades básicas de saúde são essenciais para que sejam realizadas ações de prevenção e redução dos índices de tentativas de suicídio e, ainda, possibilitam o acompanhamento próximo das pessoas que tentaram suicídio e tiveram alta do hospital (Kohlrausch, Lima, Abreu & Soares, 2008). Os profissionais das equipes da atenção primária, em especial as equipes de Saúde da Família, desempenham um importante papel, uma vez que asseguram a continuidade dos cuidados e a adesão ao tratamento, além de buscarem a integração com a saúde mental sobre os avanços e os problemas que o paciente possa enfrentar ao longo do tratamento (Rio Grande do Sul, 2011).

Diante de situações mais graves, alguns casos precisam de um acompanhamento direto por parte de profissionais dos CAPS. Dessa forma, vai se formando uma rede de proteção a partir da atuação dos diferentes atores, necessária à condução de cada caso (Rio Grande do Sul, 2011). É fundamental, portanto, que cada ponto de atenção da rede conheça a sua função e alcance, para a realização de um trabalho eficaz e o correto encaminhamento quando necessário (Müller, Pereira, & Zanon, 2017).

Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial visam substituir a lógica de atendimento hospitalocêntrico, permitindo aos seus usuários os cuidados necessários sem afastá-los da vida cotidiana: a família, o trabalho, os demais círculos sociais, o lazer e o exercício de seus direitos civis (Rio de Janeiro, 2016). Assim, as equipes dos CAPS encontram posição privilegiada no atendimento a pessoas que tentaram suicídio, pois evitam a internação prolongada e permitem o contato próximo e duradouro com os usuários, o que torna possível identificar e acionar uma rede de proteção social para os indivíduos, assim como a criação de estratégias para o fortalecimento dessa rede (Brasil, 2006).

Kohlrausch, Lima, Abreu e Soares (2008) observaram, em seu estudo, que, na atenção primária, apesar da realização de estratégias de referência – realização de encaminhamento de pacientes com ideação suicida para outros serviços da rede – ainda se encontra dificuldades no serviço de contrarreferência. Os autores observaram que os profissionais da rede desvalorizam a contrarreferência e não compartilham as informações necessárias para a continuidade do tratamento do paciente, sendo necessários que as agentes comunitárias de saúde realizem a busca ativa desses indivíduos. A garantia da contrarreferência é importante para a construção do cuidado, sendo necessário que os serviços busquem informações sobre a vinculação do paciente nas unidades básicas de saúde e mantendo contato com os outros profissionais da rede, para que haja a garantia de que o tratamento desse paciente está evoluindo (Rio Grande do Sul, 2011).

O Ministério da Saúde (2005) adotou o conceito de encaminhamento implicado para se referir ao processo de corresponsabilização entre os serviços da rede que serão responsáveis pelo cuidado integral da pessoa atendida. Nesse sentido, os profissionais que realizam o encaminhamento devem promover o acompanhamento do caso até a inclusão e o atendimento da pessoa em outro serviço. Desse modo, busca superar os procedimentos administrativos e burocráticos que resultam em um papel de encaminhamento. Além disso, o encaminhamento implicado prevê também a necessidade de um trabalho conjunto entre os serviços, para responder às necessidades e demandas dos usuários (Ministério da Saúde, 2005).

Cabe pontuar que a realização desse trabalho depende da concepção de rede a ser desenvolvida pelas equipes de saúde do território. Tal ideia reflete “um conjunto de serviços interligados, para situar-se no plano de uma forma de conceder e agir o cuidado” (Ministério da Saúde, 2005, p. 13). Assim, faz referência a todos os serviços do território, que podem contribuir para o cuidado em saúde. Nesse ponto, é necessário ressaltar a

importância da atuação em rede e a articulação dos diferentes serviços para a prevenção e promoção de saúde para os usuários dos serviços de atenção ofertados, especialmente nos casos nos quais houve tentativa de suicídio por entender a gravidade do problema e a necessidade de intervenção. É essencial que haja a comunicação efetiva entre os setores e a notificação dos casos de suicídio para que se realize o correto manejo, encaminhamentos e a investigação dessas situações, além de realizar o acompanhamento e cuidado de pessoas próximas aos casos de suicídio e tentativas de suicídio, como os familiares e amigos próximos (Müller, Pereira, & Zanon, 2017). Frente a isso, é indispensável que as equipes de saúde mental conheçam a rede de vigilância, prevenção e controle na comunidade em que atuam.

Em relação aos profissionais dos diferentes níveis de atenção à saúde, Azevedo (2002) observou diferenças nas percepções dos profissionais de saúde a respeito do comportamento suicida. Na atenção primária, a autora constatou que a percepção dos profissionais é a de que se trata de um usuário de sua responsabilidade, compreendendo ser esta uma área necessária de intervenção da saúde, já que se reconhece a presença do sofrimento humano nessas situações. Enquanto isso, na atenção secundária e terciária, observa-se a incompreensão dos profissionais de saúde frente às pessoas que tentam o suicídio.

1.2.8. As equipes que realizam o cuidado às pessoas que tentam suicídio

As equipes de saúde mental são referência nas situações em que existe a presença de sofrimento psíquico, devendo estar atentas à presença do risco de suicídio nas diferentes situações (Rio Grande do Sul, 2011). Tais equipes devem incorporar algumas ações básicas da dimensão cuidadora que são essenciais para a promoção de saúde e

precisam estar inseridas em ações concretas desenvolvidas pelos profissionais – tais como acolhimento, criação de vínculos, responsabilização do cuidado e atuação em equipe –, a fim de se alinharem com os princípios da Reforma Psiquiátrica (Minas Gerais, 2006).

Na atenção à saúde mental, as equipes podem ser compostas por psiquiatras, residentes, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros. Em relação às ações a serem desempenhadas frente a comportamentos suicidas, Bertolote, Melo-Santos e Botega (2010) apontam que, no geral, são três as funções que precisam desempenhar: identificar o risco, proteger o paciente e remover ou tratar os fatores de risco. Assim, o papel dos profissionais consiste em determinar procedimentos de curto e longo prazo, que busquem diminuir o risco do suicídio. Além dessas, na literatura, são encontradas outras ações importantes na realização do cuidado de pessoas que apresentam comportamentos relacionados ao fenômeno do suicídio, sendo o acolhimento uma das principais ferramentas no cuidado desses casos, uma vez que favorece o sentimento de empatia e cuidado integral aos pacientes, articulando as possibilidades oferecidas na rede de serviços do sistema de saúde e social para futuros encaminhamentos (Gutierrez, 2014). Freitas e Borges (2017) assinala que a qualidade do acolhimento realizado nos serviços de saúde pode ser determinante para que o paciente dê prosseguimento ao tratamento.

Botega (2015) pontua também a disponibilidade e a capacitação da equipe responsável como aspectos importantes do cuidado. Avanci et al. (2009) defendem que resultados positivos podem ser alcançados quando há o desenvolvimento de uma relação profissional empática. Segundo os autores, é preciso que os profissionais ouçam e busquem compreender seus pacientes, aceitando-os e tolerando aquilo que não concordam, a fim de estimularem atitudes positivas. Dessa forma, os profissionais

precisam estar atentos aos seus gestos, expressões e feições, pois podem ser interpretados pelo paciente como ameaçadores.

De acordo com Oliveira et. al (2016), os profissionais que integram equipes de saúde mental estão sujeitos a ter, pelo menos, uma experiência com pacientes que apresentam comportamentos suicidas durante seu tempo de exercício profissional. Apesar disso, muitos profissionais responsáveis pelo cuidado demonstram incompreensão frente a pessoas que tentaram suicídio, observada por meio do desconforto emocional em tratar pessoas com esse histórico (Silva, Alves & Couto, 2016). Assim, ao lidarem com o fenômeno, algumas reações podem ser despertadas nos profissionais de saúde, destacando-se: a ansiedade, agressividade, preconceito, desprezo, raiva, incompreensão e distanciamento.

Para Rigo (2013), situações de tentativas de suicídio são como uma subversão ao trabalho do profissional de saúde, em especial, os médicos. Isso porque, historicamente, a profissão médica baseia sua prática, seus conhecimentos, técnicas e métodos no sentido de preservar a vida, então, ao tentar tirar a própria vida, o indivíduo, de certa maneira, subverteria a prática médica. De acordo com a autora, “é como se, com seu ato, ele competisse com o saber e, conseqüentemente, com o poder médico, tornando-se, por esta razão, uma *persona non grata*, muitas vezes indesejado e “maltratado” pela equipe médica.” (Rigo, 2003, p. 35).

Ferreira e Gabarra (2013) discutem que tais dificuldades ao trabalharem nesses casos podem surgir frente a um histórico de formação voltado para a utilização de técnicas e procedimentos que visam a promoção e a proteção da vida – e a forte concepção de que médicos devem salvar vidas – e ao se depararem com pacientes tentando interromper as suas vidas, precisam lidar com os seus próprios medos, inseguranças e limites. Gonçalves, Silva e Ferreira (2015) sinalizam o despreparo dos profissionais de saúde para lidarem

com situações nas quais pessoas tentaram suicídio. Isso porque, segundo os autores, existem lacunas na compreensão dos profissionais acerca do comportamento suicida, que são expressas durante a realização do cuidado, em que observa-se a presença de estigmas em relação às pessoas que tentam suicídio e que se expressa na forma como o acolhimento desse paciente é realizado na instituição de saúde. Consonante a isso, Moura et. al. (2011) e Oliveira et. al (2016) observaram em seus estudos que os profissionais frequentemente se sentem incapacitados ou insuficientemente preparados para realizarem esse cuidado, sendo necessárias ações de capacitação e educação continuada.

Oliveira et. al (2016) apontam que os déficits na formação em relação a comportamentos suicidas contribuem para a sensação de desconforto emocional dos profissionais da saúde mental ao relatarem casos em que realizaram o cuidado de pessoas que tentaram suicídio. Esses sentimentos podem surgir frente à insegurança pessoal e à falta de conhecimentos técnicos para lidar com essas situações. Kohlrausch, Lima, Abreu e Soares (2008) observaram em seu estudo que a falta de capacitação de enfermeiros prejudica a identificação e as abordagens com pacientes que apresentam ideação suicida. Enquanto isso, Muller, Peireira e Zanon (2018) chamam a atenção para a escassez de programas governamentais de qualificação para os profissionais da saúde que atendem pessoas que tentaram suicídio. Por outro lado, para Gulfi et. al (2010), ao realizarem o cuidado de pessoas que tentaram suicídio, alguns profissionais podem se sentir desafiados e mudarem sua conduta profissional, buscando meios para melhorarem e revisarem suas práticas profissionais (Gulfi et. al., 2010).

Vabo et al. (2016) apontam dificuldades na atenção voltada para comportamentos suicidas que não reconhecem a saúde enquanto fenômeno social, pois reproduzem ações pautadas no modelo biomédico e medicalizante, que não conseguem responder à complexidade demandada pelo fenômeno do suicídio. Segundo Barros (2002), o modelo

biomédico faz com que os profissionais de saúde não consigam compreender o indivíduo, ou mesmo o processo saúde-doença, em sua integralidade. Na área da saúde mental, o profissional médico teria como função, então, “decodificar as falas dos pacientes em sinais médicos” (Guedes, Nogueira & Camargo Jr, 2006, p. 1097), descartando o contexto, a singularidade e as diferenças entre os casos. Assim, tem-se a divisão do sujeito em partes em que o sintoma deve ser analisado, tratado e compreendido de forma individual e objetiva – impedindo a busca por outras estratégias de cuidado para lidar com a situação apresentada.

A literatura aborda o predomínio da prática biomédica nos diferentes serviços de saúde. (Barros, 2002; Guedes, Nogueira & Camargo Jr, 2006; Gonzalez Rey, 2011). Guedes, Nogueira e Camargo Jr (2006) explicam que, por terem nascido e se desenvolvido no interior das ciências naturais, as dimensões subjetivas do adoecimento e a singularidade do sofrimento humano nunca se tornaram objeto das ciências biomédicas. Assim, a prática médica passa a ser marcada pela objetividade da doença e dos procedimentos voltados para a “cura” dos sintomas objetivos. Essa situação oferece destaque ao profissional médico nos serviços de saúde e o cuidado passa a ser pautado em uma relação individual entre médico e doente, na qual busca-se, por meio da observação de sinais, eliminar tudo aquilo que contraria a “natureza sadia” do paciente (Focault, 2007). Por sua vez, as relações entre cuidador e pessoa cuidada são caracterizadas pelo papel ativo do médico e da cura por medicamentos, em contraposição ao papel passivo que deverá ser assumido pela pessoa assistida (Gonzalez Rey, 2011).

Ao discutir o trabalho em saúde, Merhy (2004) estabelece que, nesse campo, ao contrário do que se imagina, o objeto não é a cura, a promoção ou a proteção em saúde, pois estes seriam os objetivos ou finalidades que se pretende atingir. O autor denomina que o objeto seria a produção do cuidado, formado por um conjunto de ações ou atos que

produzem uma forma particular de cuidar que podem incluir: atos de ações individuais e coletivas, abordagens clínicas e sanitárias, bem como o conjunto de saberes e práticas dos profissionais de saúde. Mesmo produzindo uma forma particular na produção de cuidado, Merhy (2004) defende que existem inúmeras maneiras ou modelos de ação e, em todas elas, são vivenciadas “tensões básicas e próprias dos atos produtivos em saúde e que estão presentes no interior de qualquer modelo predominante” (p. 2).

Assim, é necessário reconhecer a centralidade do trabalho vivo – “trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado” (Merhy, 2006, p. 282) – no processo produtivo do cuidado, no qual os trabalhadores atuam sob linhas de forças pautadas na ética do cuidado e expressas por meio do manejo das tecnologias de trabalho e subjetividades que operam também na produção do mundo do cuidado na saúde.

2. Percurso Metodológico

2.1. Tipo de estudo

A pesquisa científica é uma ferramenta utilizada para o desenvolvimento do conhecimento e, a partir de sua realização, torna-se possível a busca pela compreensão da realidade e dos fenômenos que nos cercam. Zanella (2013) defende que o fazer em pesquisa deve estar comprometido com a produção de novos conhecimentos e suas implicações econômicas, sociais e políticas.

A escolha da metodologia é um passo importante na construção do trabalho científico, pois influencia na qualidade dos achados da pesquisa. Assim, foi realizada uma pesquisa descritiva, na qual o estudo de um fenômeno é mais eficaz se analisado e compreendido dentro do contexto em que está inserido (Godoy, 1995), desenvolvida a partir de perspectiva qualitativa, em busca de compreensão de significados e sentidos que se encontram presentes na dinâmica do trabalho em saúde (Santos, Mishima & Merhy, 2018).

Tendo como foco os processos subjetivos dos profissionais que estão presentes na dinâmica do trabalho junto a pessoas que tentaram suicídio e necessitaram de hospitalização, essa pesquisa foi orientada pela teoria da subjetividade de González Rey (2005). O autor discute sobre a Epistemologia Qualitativa em pesquisa – na qual a teoria da subjetividade se desenvolve – como um modo novo de se pensar a partir de uma perspectiva qualitativa apropriada ao estudo dos processos psicológicos, atribuindo-lhe um caráter construtivo-interpretativo (González Rey, 2005). De acordo com essa metodologia, o modelo teórico construído ao longo do processo de pesquisa não se caracteriza enquanto a simples soma de informações e dados observados, mas representa

uma construção complexa e dinâmica que conta com a participação ativa do pesquisador (González Rey, 2011).

Nesse sentido, o autor defende que o conhecimento não se caracteriza por categorias universais, mas sim enquanto construção e produção humana em constante desenvolvimento (González Rey, 2005). Gonzalez Rey (2011) define a subjetividade como proposta ontológica na definição da Epistemologia Qualitativa, cujo estudo se dá pelas construções do pesquisador. Assim, o saber é representado como “um saber de inteligibilidade parcial e em desenvolvimento constante, que se organiza em termos subjetivos, culturais e históricos” (Gonzalez Rey, 2011, p. 50).

2.2. Caracterização do Local de Estudo

A presente pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Internação em Saúde Mental do Hospital de Clínicas de Uberlândia (UISM - HCU). Em relação ao espaço físico, o setor é amplo e, na entrada, existe um grande portão para impedir a “fuga” das pessoas internadas e uma rampa que dá acesso à unidade. A parte interna é composta pelos quartos – com cerca de dois ou três leitos em cada –, as salas de atendimentos, a sala da equipe de enfermagem, onde ficam também os prontuários e, em frente a ela, tem-se um saguão central com mesas e televisão – lugar em que as pessoas internadas passam grande parte do dia, fazem suas refeições, atividades grupais etc. Além disso, a unidade conta com uma extensa parte externa, com jardim gramado e várias árvores que oferecem sombra.

Apesar de ser um setor que integra os serviços disponibilizados pelo hospital, a UISM se localiza em um prédio anexo ao prédio principal do hospital – estando afastada das demais enfermarias. Essa situação oferece acesso a um pátio/jardim amplo e aconchegante, mas repete o isolamento das pessoas internadas nesse setor do convívio geral, repetindo, portanto, a estrutura de instituições psiquiátricas tradicionais. Por um

lado, tem-se a tentativa de atender às propostas de afastar o tratamento das pessoas em sofrimento mental dos grandes hospitais psiquiátricos e manicômios em direção ao hospital geral, mas, por outro lado, reproduz essa lógica ao deixar os pacientes isolados em um prédio, contendo um portão – sempre trancado e vigiado – na entrada para a unidade.

O serviço conta com 25 leitos para internação de pessoas (com 12 anos de idade ou mais) que apresentam sofrimento psíquico. Nessa unidade, a equipe é composta por diferentes profissionais da área da saúde, sendo eles médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, psicólogo e profissional de educação física. Além desses, outros profissionais podem compor a equipe da UISM, como aqueles vinculados à Residência Médica em Psiquiatria e Residentes Multiprofissionais, nutricionista, médicos especialistas que atuam respondendo parecer (profissionais que são chamados para avaliarem um paciente e responder a uma questão específica), plantonistas e ainda profissionais administrativos e serviços gerais. Essa equipe está envolvida na atenção às pessoas ali hospitalizadas por diferentes motivos, dentre os quais, situações em que houve tentativa de suicídio que, após atendimento em unidade de urgência, são encaminhadas para um período breve de internação. Além dos encaminhamentos por serviços de urgência do município de Uberlândia, hospitais de municípios do entorno também realizam a solicitação de internação na UISM.

Antes da pandemia da Covid-19, a UISM contava com três reuniões semanais denominadas “gestão de caso”, nas quais profissionais que representavam a rede municipal de saúde e atuavam em Centros de Atenção Psicossocial se reuniam com as equipes da UISM para discussão dos casos das pessoas ali internadas, configurando, portanto, um espaço de construção compartilhada de cuidado, o qual deveria ter continuidade em um CAPS, após a alta hospitalar. No momento em que a pesquisa foi

realizada, as reuniões referentes à gestão de casos estavam acontecendo de modo online, sendo que os profissionais discutiam os casos por meio de redes sociais ou por ligações, sem necessariamente um horário fixo para essa reunião, adaptação necessária em função do início da pandemia da Covid-19.

2.3. Participantes do Estudo

Foram convidados para participarem da presente pesquisa os profissionais de saúde que atuavam na unidade de internação em saúde mental do Hospital de Clínicas (UISM - HCU) e os coordenadores, a saber: (a) o coordenador da Unidade de Internação em Saúde Mental; (b) o coordenador da Linha de Cuidados em Saúde Mental no Hospital de Clínicas de Uberlândia; (c) profissionais de saúde que atuavam diretamente na Unidade de Internação em Saúde Mental no cuidado às pessoas internadas (médicos, enfermeiros, residentes médicos, residentes multiprofissionais, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, professor de educação física e outros profissionais que compuserem a equipe assistencial no momento da coleta).

Aceitaram contribuir para esse estudo um coordenador; três psicólogos, sendo que dois atuaram na unidade a partir da residência multiprofissional; três médicos psiquiatras, dos quais uma médica da unidade; uma médica que atuava como plantonista e uma médica residente; um técnico de enfermagem e um enfermeiro, totalizando nove participantes do estudo.

Mediante à possibilidade de identificação e à impossibilidade de deslocamento até o serviço, a entrevista com um dos coordenadores foi utilizada para compor a caracterização do serviço, o funcionamento da unidade e as equipes de saúde atuantes, que serão abordadas ao longo do trabalho. Além disso, o citado coordenador contribuiu

com a divulgação da pesquisa e o oferecimento de uma lista de profissionais do setor. O segundo coordenador optou por não participar da pesquisa.

2.4. Instrumentos

Com base nos objetivos propostos, foram construídos os seguintes instrumentos de pesquisa: (a) um roteiro de entrevista para os gestores (Apêndice 1); (b) um questionário online para profissionais da área da saúde (Apêndice 2); (c) um roteiro de entrevista semiestruturada para os profissionais que responderam ao questionário e se dispuseram a participar de uma segunda etapa da pesquisa (Apêndice 3).

O roteiro de entrevista para os gestores foi desenvolvido para investigar aspectos da dinâmica de trabalho na unidade de internação em saúde mental, as ações e a equipe responsável pelo tratamento no setor, além de perguntas que visavam compreender o fluxo de atendimento frente aos casos de pessoas que tentaram suicídio.

O questionário online para profissionais de saúde foi desenvolvido por meio da plataforma *Google Forms* e contou com uma série de perguntas fechadas e abertas. Esse instrumento foi composto por 35 questões (sendo 24 perguntas fechadas e 11 abertas), que buscaram mapear os principais aspectos envolvidos no atendimento a pacientes que deram entrada após tentativa de suicídio, tais como: perguntas de caracterização geral, números e frequência aproximados de pessoas que são atendidas por tentativas de suicídio, caracterização das ações realizadas nesse atendimento, percepções dos profissionais e conhecimentos dos profissionais sobre o tema.

Inicialmente, estava proposta uma fase de observação participante para a coleta de dados, essa etapa da pesquisa precisou ser cancelada devido à situação de pandemia enfrentada pelo país. Manteve-se, no entanto, a construção de um diário de pesquisa construído para o registro de informações sobre as etapas do estudo, registrando não

somente dados objetivos, mas contendo também expressões subjetivas, como reflexões, sensações, medos e inquietações que surgiram no processo de se fazer pesquisa. Apesar da impossibilidade de aproximação física da instituição pesquisada, entendemos que a escrita de um diário propiciaria a análise das implicações de uma pesquisa desenvolvida em um cenário diferente do inicialmente pensado. Esse diário de pesquisa pode ser compreendido como um quarto instrumento.

Enquanto isso, o roteiro semiestruturado de entrevista para profissionais teve como finalidade o aprofundamento das questões exploradas no formulário online. Assim, foi desenvolvido para a compreensão da rotina e dinâmica do trabalho realizado pelos profissionais de saúde, as ações de cuidado realizadas com pessoas que tentaram suicídio, a organização da equipe frente aos casos de suicídio que atendem, as influências da pandemia na produção do cuidado – que foi utilizado para escrita de artigo científico acerca do cuidado durante a Covid-19 – e os sentimentos e sensações dos profissionais ao atenderem pessoas com histórico de tentativas de suicídio.

2.5. Contextualização da Pesquisa: das alterações no projeto inicial à entrada em campo

Ao descrevermos o processo de “fazer pesquisa” nos anos de 2020 e 2021, em especial nos serviços de saúde, torna-se necessário contextualizar o cenário mundial de pandemia que provocou impactos para diferentes setores da sociedade e trouxe atravessamentos para este estudo, mesmo que o tema pesquisado não tenha uma relação direta com a Covid-19. O cenário vivenciado ao longo desse período influenciou os diferentes setores da vida cotidiana e as formas de se fazer pesquisa precisaram ser adaptadas para tornar possível a sua realização. A presente pesquisa sofreu influências da

pandemia desde o seu planejamento até o momento da construção das informações, que precisou de adaptações para poder ser desenvolvida.

Inicialmente, pensada para ser uma pesquisa sobre o cuidado a pessoas que tentaram suicídio no campo dos serviços de urgência, foi escrito um projeto cujos objetivos visavam compreender como era realizado esse cuidado nas Unidades de Atendimento Integrado - serviços de urgência que recebem as pessoas logo após a tentativa de suicídio - da cidade de Uberlândia. Ao encaminharmos o projeto para a Secretaria de Saúde do município, recebemos a informação de que, por conta da pandemia, não estavam aceitando a coparticipação em pesquisa. Diante da situação, existiam duas possibilidades: manter os objetivos e o campo com a incerteza de quando poderíamos submeter o projeto ao comitê de ética ou mudar o campo de coleta de dados e repensar nossa proposta.

Assim sendo, entramos em contato com a Gestão Acadêmica do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU), a fim de verificarmos se estavam aceitando receber projetos de pesquisa para avaliação, o que foi respondido afirmativamente. Frente às incertezas quanto à pandemia e à situação da rede municipal de saúde, decidimos desenvolver este estudo na Unidade de Internação em Saúde Mental (UISM) do HCU. Essa mudança súbita de contexto após finalizarmos a escrita do projeto de pesquisa foi desestimulante em um primeiro momento, uma vez que já havia sido criada uma série de expectativas em relação ao trabalho que se desenvolveria. Além disso, muitas reformulações foram necessárias: desde leituras, passando pela alteração de objetivos, até a metodologia. Isso porque é notável a diferença de ambos os serviços, as características da rede de urgências e de um setor de internação em saúde mental fazem com que o atendimento às pessoas que tentaram suicídio seja diferente.

Foram necessários alguns dias até que a escrita do novo projeto fosse concluída, mas as leituras e as possibilidades que se desenharam para esse novo contexto de pesquisa fizeram com que esse processo fosse estimulante. E pensando no momento em que este foi escrito, no qual estávamos diante de uma crescente nos casos da Covid-19 no Brasil (e no restante do mundo), tivemos a possibilidade de reescrever o projeto pensando nesse cenário de pandemia e as formas como a pesquisa poderia ser desenvolvida. Foi necessário pensar alternativas para a produção das informações junto aos participantes e formas para contato com os profissionais da UISM, visto que a entrada em serviços de saúde para fins de pesquisa, naquele momento, parecia improvável e a situação não parecia caminhar para um desfecho rápido (o que se provou após mais de dois anos de pandemia). Assim, o projeto reescrito, repensado e com uma nova instituição coparticipante, foi submetido ao comitê de ética em meados de abril de 2020.

Meses após a submissão, o projeto de pesquisa foi aprovado (CAAE: 30978720.9.0000.5152 – Anexo 1) e enviamos uma emenda para que todas as etapas pudessem ocorrer remotamente, seguindo a normativa da pós-graduação na universidade publicada naquele momento (Resolução No 6/2020, do Conselho de Pesquisa e Pós-Graduação da UFU). Ao recebermos a aprovação das alterações, foi enviado um novo e-mail para a gestão acadêmica da instituição, para informar sobre a situação do projeto junto ao CEP e a possibilidade de início da pesquisa. Além disso, foram solicitadas informações a respeito dos nomes dos profissionais que ocupavam as funções de coordenadores responsáveis pela gestão da unidade de internação em saúde mental (UISM), para que fosse possível convidá-los para participar na 1ª etapa da pesquisa, cedendo entrevistas. Apesar disso, um dos nomes fornecidos pela Gestão Acadêmica em relação a um dos coordenadores não correspondia à pessoa que ocupava o cargo, informado depois pelo coordenador da UISM.

Como dito anteriormente, o cenário de pandemia tornou impossível o deslocamento da mestranda até o serviço de saúde pesquisado. Uma das etapas pensadas inicialmente – a observação de campo – não pôde ser desenvolvida e o trabalho sofreu perdas no sentido de impedir que, enquanto pesquisadora, pudesse aprofundar no campo, estando próxima aos participantes, buscando compreender, observar, captar a forma que o serviço se organizava, nos seus aspectos objetivos e subjetivos.

Ainda assim, foram buscados métodos que pudessem facilitar essa aproximação, permitindo que mesmo sem adentrar a unidade, fosse possível apreender os aspectos que estavam presentes no funcionamento da unidade, que poderiam influenciar a forma de cuidado à pessoa que tentara suicídio. E, para tal, foi feita a tentativa de entrevistar os coordenadores que desenvolvem ações no serviço, com a finalidade de obter mais informações sobre o trabalho desenvolvido no setor e os meios que poderiam ser utilizados para convidar os profissionais de saúde para participação na pesquisa.

Entendemos que um dos coordenadores optou por não participar da etapa da pesquisa que consistiria em uma entrevista. Foram realizadas três tentativas de contato por e-mail, sem nenhuma resposta, sobre a aceitação ou não de participar da pesquisa, além do envio de uma mensagem por telefone, perguntando se a pessoa havia recebido o e-mail, o que foi respondido positivamente. Foi a primeira vez que o silêncio apareceu na construção desta pesquisa. Não houve resposta, não houve retorno. O curioso nessa situação é que, meses depois, ao ter ciência sobre o questionário online (aquele referente aos profissionais que realizam o cuidado), esse coordenador enviou um e-mail perguntando se poderia respondê-lo mesmo atuando indiretamente na unidade, e foi explicado que a sua participação na pesquisa não seria nessa etapa, reforçando novamente o convite para a entrevista enquanto coordenador, e mais uma vez não obtivemos nenhuma resposta.

A entrevista com o coordenador da UISM ocorreu após a insistência no contato. Foi feita por meio de ligação de vídeo pelo *Whatsapp* e durou cerca de 30 minutos. Durante o contato, o coordenador contou um pouco sobre a sua trajetória dentro do serviço, atuando lá desde 2004. Além disso, o profissional informou sobre a composição da equipe da unidade de internação em saúde mental, sendo: dois médicos psiquiatras para assistência diária e um plantonista para intercorrências e outras demandas do hospital; a presença de, pelo menos, um enfermeiro por turno; técnicos de enfermagem cujo número variava; uma psicóloga; uma assistente social; além de profissionais da administração e serviços gerais. Segundo ele, o número de profissionais da psicologia no serviço estava abaixo do esperado e havia uma variação muito grande no número de técnicos de enfermagem, tendo períodos em que o número era adequado e períodos em que não.

Ao final da conversa, o coordenador foi solicitado a nos ajudar a pensar quais as formas que poderiam ser utilizadas para contatar os profissionais de saúde. Ele falou sobre algumas opções possíveis e informou sobre a existência de uma lista no serviço com o nome e o contato dos profissionais que atuam na unidade, afirmando que poderia me enviar essa lista para que eu pudesse entrar em contato com cada profissional para realizar o convite de participação na pesquisa. Além disso, o coordenador se comprometeu a também compartilhar esse convite.

Após algumas semanas, foi recebida a tal lista por meio de uma profissional da administração do serviço. Porém, o documento recebido continha apenas uma relação dos profissionais médicos. Nesse momento, questionamos se seria enviada uma lista com os demais profissionais e recebemos como resposta que não, pois tal lista não existia. Resolvemos iniciar a pesquisa entrando em contato com os profissionais médicos e, como tentativa de alcançar mais profissionais, no convite enviado - com link para o questionário

online – era pedido para que esses profissionais compartilhassem a mensagem com os colegas que atuassem também na UISM. Foi possível perceber que nem todos os nomes da lista atuavam no serviço, sendo informada por alguns que já atuaram, mas que atualmente não atuavam mais, além de contatos que não correspondiam aos profissionais de saúde. Encaramos também muitos silêncios, pessoas que não responderam à mensagem com o convite e uma taxa baixa de respostas.

Esse momento da pesquisa foi delicado, pois esse contato online fazia com que não conseguíssemos sentir o que de fato implicava a falta de respostas: os convites não estavam chegando? Os profissionais não estavam interessados na pesquisa? Seria esse silêncio influenciado pelo serviço atravessado pela pandemia? O que influenciava a falta de resposta? Tais perguntas, por um longo período, ecoaram na mente da pesquisadora e, sem estar próxima do serviço, não se conseguia, naquele momento, compreendê-las, significá-las.

E como forma de nos organizarmos naquele momento e responder aos nossos anseios provocados pelas expectativas que criamos em relação à pesquisa, fizemos várias tentativas de conseguir que nosso convite chegasse a mais pessoas: conversamos com o coordenador da residência multiprofissional, que enviou os contatos dos residentes que passavam pela UISM naquele momento; aos profissionais que respondiam o questionário e mostravam interesse em participarem da entrevista, era reforçado o pedido para que compartilhassem com o colegas de profissão; como última tentativa, ligamos para o coordenador da equipe de enfermagem do serviço para verificar a possibilidade de imprimirem e colocarem um convite personalizado com Qr code no mural da unidade, sendo que este pedido foi prontamente atendido, como nos informou o enfermeiro coordenador horas depois.

Após as novas tentativas de chegarmos a um número maior de profissionais de saúde da UISM, houve mais respostas ao questionário, ainda que de forma lenta e mesmo chegando ao número final de oito respostas, um número que consideramos baixo. Seis profissionais que responderam ao formulário online sinalizaram a vontade de participarem da fase de entrevista da pesquisa, sendo que cinco entrevistas foram efetivamente realizadas. Um dos participantes que sinalizaram interesse em participar estava com problemas para conseguir uma data para marcar o encontro [online] e, após muitas trocas de conversas com tentativas de agendamento, o participante parou de responder às mensagens.

As entrevistas, como anteriormente citado, ocorreram de modo online, por meio de aplicativos de ligação de vídeo, como o *Whatsapp* ou reuniões no *Google Meet*. Em duas situações, houve instabilidade da internet e a ligação por vídeo tornou-se inviável, sendo realizada a entrevista por ligação telefônica. O registro das entrevistas foi feito a partir de um segundo aparelho celular – utilizado apenas com a finalidade de gravar o áudio das entrevistas – também optou-se por gravá-las no computador da pesquisadora (como forma de garantir que, caso houvesse falhas no aparelho celular, ainda assim seria realizado o registro).

Essa etapa da pesquisa configurou-se em outro desafio, uma vez que a pandemia não permitiu o encontro “face a face” com os participantes e fez surgir sensações de medo quanto à condução das entrevistas, devido ao caráter mais “impessoal” das entrevistas por vídeo. Entretanto, faz-se necessário pontuar que todas as entrevistas ocorreram fora do local de trabalho dos profissionais e que tal fato pode ter auxiliado os participantes a falarem sobre suas percepções, sem a insegurança de serem ouvidos pelos colegas de trabalho.

Outro ponto diz respeito às limitações oferecidas por instabilidades da internet, que fez com que na gravação de algumas entrevistas houvesse a presença de trechos ou expressões incompreensíveis. Ainda assim, as entrevistas online propiciaram trocas profundas sobre o tema pesquisado e, devido a esse modelo, tornou-se possível uma maior flexibilidade dos horários disponíveis para a realização das conversas com os participantes.

Ao final de cada uma das entrevistas, foi acordado com os participantes que, após a realização da transcrição dos áudios gravados, seria realizado o envio do arquivo para que o participante pudesse ler e fazer alterações no texto lido – excluir ou acrescentar trechos para maiores explicações. Apenas dois participantes não realizaram o envio das entrevistas com alterações. Tal estratégia foi feita com a finalidade de dar maior autonomia para os participantes durante o processo de produção de dados, permitindo a construção conjunta do material que compôs a pesquisa.

Cabe ressaltar, por fim, que a pesquisadora teve uma experiência anterior com a unidade de internação em saúde mental, ao atuar enquanto estagiária no Hospital de Clínicas de Uberlândia no segundo semestre de 2018, sendo o mencionado setor o campo de atuação durante alguns meses. É preciso refletir e considerar sobre as implicações na pesquisa que são atravessadas por essa experiência prévia na UISM, uma vez que as falas dos participantes a respeito de suas ações e práticas ecoam vivências que foram experienciadas ainda na época do estágio e, por mais que sejam objetos de análise apenas os dados produzidos na presente pesquisa, não há como ignorar as vivências e percepções já criadas. Assim, surgem diversas questões, dentre as quais destaco: Se eu não conhecesse o campo de estudo, os dados seriam analisados da mesma forma?

2.6. Cuidados éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 30978720.9.0000.5152), conforme apresentado no Anexo 1. A participação na pesquisa ocorreu mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (sendo utilizado na Etapa 1 o TCLE para gestores e nas Etapas 2 e 3 o TCLE para profissionais de saúde, encontrados nos Apêndices 4 e 5, respectivamente) pelos entrevistados, que tem como função assegurar os direitos do sujeito, assim como oferecer a garantia de que a pesquisa poderá ser interrompida a qualquer momento. Aguirre (2008) explica que o TCLE precisa ser autoexplicativo e adequado à linguagem utilizada pelos participantes, para que não haja confusões ou dúvidas sobre o significado dos termos utilizados no documento.

Foram reforçadas, ao início de cada encontro, a informação de que as entrevistas seriam gravadas para facilitar o processo de transcrição, bem como a posterior exclusão dos áudios. Além disso, buscamos informar ainda aos participantes que poderiam optar por responder ou não às perguntas realizadas. Durante as entrevistas, foi adotada uma postura respeitosa em relação às falas dos participantes. Outro cuidado ético envolveu a atenção para não identificação dos participantes da pesquisa, omitindo não somente os nomes dos profissionais que participaram do estudo, mas também as funções desempenhadas pelos coordenadores convidados. Como não seria possível omitir o serviço de saúde pesquisado, já que a cidade na qual o estudo é realizado possui apenas um serviço com tais características, buscou-se analisar as falas dos participantes sem indicar as categorias profissionais às quais pertenciam, dificultando, assim, a identificação destes.

2.7. A análise dos dados

A análise dos dados produzidos nesta pesquisa foi desenvolvida a partir das respostas ao formulário, instrumento respondido por oito profissionais da saúde, dentro de um período de três meses (Agosto, 2020 – Novembro, 2020 - Mês ano final) e com o material transcrito das entrevistas realizadas com cinco profissionais, dentro de um período de quatro meses (Agosto, 2020 – Dezembro – 2020).

Alguns dados – aqueles passíveis de quantificação – obtidos a partir do formulário online foram apresentados por meio de tabelas contendo a síntese das respostas. Os demais dados desse instrumento – proveniente de respostas a questões abertas – foram analisados juntamente com o material das entrevistas. Assim, as análises foram realizadas a partir dos materiais obtidos nas duas fases da pesquisa – questionário online e entrevista aberta.

Para identificação dos dados produzidos em cada etapa, optou-se pela utilização das letras -Q (dados de questionário) e -E (dados de entrevistas), juntamente à apresentação de nomes fictícios. Dessa forma, é possível identificar os oito participantes que responderam ao questionário online e, dentre estes, cinco profissionais de saúde que aceitaram participar também da etapa das entrevistas. A escolha dos nomes fictícios foi realizada de forma aleatória.

Para análise do material da pesquisa, optou-se pela Epistemologia Qualitativa proposta por González Rey (2005; 2011) – na qual o processo de construção da informação se caracteriza por um processo mental e reflexivo do pesquisador ao longo da pesquisa. Para o autor, os instrumentos de pesquisa estimulam e provocam a expressão dos participantes na pesquisa e permitem o desenvolvimento de hipóteses apoiadas nos indicadores que surgem no processo de pesquisa – “indicador é o conceito que usamos para definir aqueles significados gerados pelo pesquisador perante certos elementos e

relações entre elementos que aparecem nos diversos instrumentos e situações de pesquisa” (González Rey, 2011, p. 51). Os indicadores, portanto, referem-se aos elementos extraídos dos dados narrativos que adquirem significado a partir da interpretação do pesquisador. (González Rey, 2005).

Durante o contato com as informações obtidas a partir da pesquisa, o pesquisador procura acessar elementos de sentido que extrapolam o material lido e se configuram enquanto indicadores de **sentidos subjetivos** – “unidade processual do simbólico e o emocional que emerge em toda experiência humana” (González Rey, 2011, p. 31).

Para o autor, a construção da informação é um processo hipotético que percorre um caminho que passa pela identificação de indicadores e é finalizado a partir da construção de categorias. Ao longo do processo de análise do material, são inicialmente levantadas hipóteses frente à identificação dos indicadores e reflexões que surgem ao longo das leituras. Continuamente, os indicadores vão sendo organizados de acordo com os aspectos comuns que apresentam, em um processo de “vai-e-vem” que permite organizar e fortalecer as ideias iniciais do autor e consolidar as hipóteses. A partir disso, são capturados os elementos constituintes de determinados sentidos, ou seja, confirmam-se as hipóteses de que os elementos significam algo relacionado ao tema pesquisado. Na medida em que os elementos de sentido e significados surgem, vão se formando os núcleos de significação teórica que, posteriormente, serão organizados e agrupados em categorias que tratam de temas semelhantes e oferecem uma compreensão global do tema (Gonzalez Rey, 2005). Gonzalez Rey (2005) defende a importância da construção de categorias para a organização do processo construtivo-interpretativo, uma vez que indicam núcleos de significação teórica que possuem certa estabilidade dentro do tema estudado.

Na prática, o material proveniente das duas etapas da pesquisa foi trabalhado em conjunto, lido e relido diversas vezes com a sinalização dos indicadores subjetivos que se destacavam a partir da leitura, buscando identificar aquilo que emergia acerca do trabalho realizado pelos profissionais ao falarem sobre o cuidado de pessoas atendidas por situação de tentativa de suicídio – configurando um sistema de informações e o desenvolvimento dos eixos de conhecimento que levaram à representação teórica daquilo trabalhado junto aos participantes da pesquisa que caracteriza o momento na qual foi realizada (Gonzalez Rey, 2005). Esse material foi compartilhado com a orientadora, que fazia observações, apontamentos e questionamentos sobre possibilidade de reorganização dos indicadores de sentidos. Esse processo levou à aproximação dos temas semelhantes e à posterior construção das categorias de análise (Quadro 1).

Quadro 1: Temas e Subtemas de Pesquisa

| Temas ou Categorias | Subtemas |
|---|--|
| O cuidado ideal x O cuidado real | (1) Admissão, tratamento e alta (2) Centralização do Cuidado Biomédico (3) Ausência de ações de cuidado específicas (4) Estigmas e Pré-conceitos no cuidado de pessoas que tentam suicídio (5) "Porta Giratória" para pessoas que tentam suicídio |
| O lugar da família no processo de cuidado da pessoa que tenta suicídio | (1) A família como recurso para o cuidado (2) A família como alvo do cuidado |
| Suicídio: o que é e como me afeta? | (1) Compreensões sobre o suicídio: O que é e o que leva as pessoas a tentarem suicídio? (2) Como me sinto realizando o cuidado de pessoas que tentam suicídio? (3) Impactos do trabalho desenvolvido: Quais as repercussões de trabalhar na UISM com esse público? |

Fonte: Autor

A seguir, foram apresentados os resultados provenientes da análise dos dados e a discussão elaborada a partir das leituras teóricas que orientaram a pesquisa.

3. Resultados e Discussão

Nesta seção foram abordados os resultados que emergiram após a análise dos dados. Inicialmente serão apresentados o perfil e a trajetória profissional dos participantes (3.1) e em seguida as categorias temáticas (3.2 a 3.4) que abordam a forma como é realizado o cuidado a pessoas que tentam suicídio na Unidade de Internação em Saúde Mental, as fragilidades e limites das ações, os sentimentos mobilizados nos profissionais frente ao trabalho realizado e o papel da família nesse processo. Os resultados foram discutidos a partir da literatura sobre suicídio e levantaram-se reflexões sobre o trabalho em saúde.

3.1. Perfil e Trajetória dos Participantes da Pesquisa

O primeiro bloco de resultados buscou caracterizar os profissionais de saúde que participaram da presente pesquisa e são responsáveis por realizar os atendimentos e acompanhar pessoas que tentam suicídio durante o período de internação, identificando: quem são esses profissionais, conhecimentos prévios sobre o tema da pesquisa, formação e suas trajetórias profissionais.

Em relação ao perfil dos participantes da pesquisa, os dados sintetizados na tabela 1 demonstraram que a maioria era do sexo feminino, declarou-se branca, com idade inferior a 39 anos, possuía crenças religiosas e tinha companheiro. Ademais, todos afirmaram possuir ensino superior completo e sete profissionais informaram possuir Pós Graduação. A maior presença de mulheres na pesquisa está de acordo com a feminilização da força de trabalho em saúde, o que implica em pensar em acúmulo de jornadas de trabalho e na associação do trabalho em saúde ser historicamente ligado a mulheres a partir da ideia de cuidado e assistência (Hirata, 2005; Teixeira *et al.*, 2020). Os dados encontrados sobre o perfil sociodemográfico dos participantes estão de acordo com outras

pesquisas que identificaram o predomínio de mulheres e idade média de até 40 anos dentre os profissionais de saúde no Brasil (Lima et al., 2016; Garbin et al., 2019). Em relação à predominância de pessoas que se autodeclararam brancas, pode-se refletir sobre a desigualdade no acesso ao ensino superior dependendo das características de raça/cor. Um levantamento realizado em 2015 verificou que o total de jovens adultos de cor preta ou parda etária que cursavam o ensino superior era de apenas 12,8% (Ministério da Saúde, 2017).

Tabela 1: Características sociodemográficas dos profissionais de saúde que atuam na UISM (N=8)

| Características Sociodemográficas | F | % |
|--|----------|----------|
| Sexo | | |
| Masculino | 3 | 37,5 |
| Feminino | 5 | 62,5 |
| Raça/cor | | |
| Branca | 5 | 62,5 |
| Parda | 2 | 25,0 |
| Prefiro não informar | 1 | 12,5 |
| Idade | | |
| 20 – 29 | 2 | 25,0 |
| 30 – 39 | 3 | 37,5 |
| 40 ou acima | 3 | 37,5 |
| Religião | | |
| Cristianismo | 1 | 12,5 |
| Catolicismo | 3 | 37,5 |
| Espiritismo | 2 | 25,0 |
| Nenhuma | 2 | 25,0 |
| Companheiro (a) | | |
| Com | 4 | 50,0 |
| Sem | 3 | 37,5 |
| Não informado | 1 | 12,5 |
| Filhos | | |
| 0 | 4 | 50,0 |
| 1 | 1 | 12,5 |
| 2 | 2 | 25,0 |
| 3 | 1 | 12,5 |
| Escolaridade | | |

| | | |
|-----------------|---|------|
| Ensino Superior | 1 | 12,5 |
| Pós Graduação | 7 | 87,5 |

Fonte: Autor

Em relação à formação em cursos da área da saúde, os dados sintetizados na tabela 2 demonstraram que a maior parte dos profissionais afirmaram que a graduação cursada abordou temas relativos ao suicídio (Tabela 2).

Tabela 2: Conhecimentos adquiridos na graduação sobre o suicídio (N=8)

| Graduação | N | % |
|--|----------|----------|
| Na graduação foram abordados temas relativos ao suicídio? | | |
| Sim | 7 | 87,5 |
| Não | 1 | 12,5 |

Fonte: Autor

Ainda assim, constatou-se a não existência de disciplinas específicas que abordassem temas relativos ao suicídio e os participantes sinalizaram que o estudo sobre o tema foi realizado de forma pontual em trabalhos ou em determinadas aulas, como evidenciado pela fala de Luiza-E:

E eu fico pensando, porque, nisso de ter discussões sobre suicídio, [palavra incompreensível] não me lembro de ter esse tema especificamente, sabe? [...] eu consigo lembrar duas aulas que a gente falou especificamente disso, em duas disciplinas em períodos diferentes. (Luiza-E)

Segundo os participantes, os temas abordados sobre o suicídio contribuíram para a atuação voltada a esse fenômeno, mas Miguel-Q indicou que a graduação poderia ter permitido maior aprofundamento nesses temas – situação semelhante observada por Andrade, Santos e Oliveira (2019). De modo complementar, a participante Rafaela-E entendeu que os conhecimentos teóricos devem ser complementados pela prática, pontuando que os estágios que realizou durante a graduação tiveram maior impacto na

sua formação: “[...] *Mas eu acho que, nesse período, o que foi que mais me ajudou assim foi o estágio, mais do que as disciplinas teóricas*” (Rafaela-E).

As informações apresentadas pelos profissionais levantaram reflexões sobre a formação superior no campo da saúde no que se refere ao tema suicídio. Alguns estudos apresentam que nos diferentes cursos da área da saúde não é feita a inclusão e/ou aprofundamento da temática sobre o suicídio como objeto de estudo para a formação (Ramos & Falcão, 2011; Andrade, Santos e Oliveira, 2019), sendo este considerado um tema apenas para especialistas em saúde mental (Ramos & Falcão, 2011).

Referente às trajetórias profissionais, a tabela 3 mostrou que participaram do estudo um técnico de enfermagem, um enfermeiro, três psicólogos (sendo dois residentes multiprofissionais) e três médicos (dois se definiram como psiquiatras) e a maior parte dos profissionais exercia a profissão há menos de dez anos. Já o tempo de atuação em serviços de saúde variou de alguns meses até mais de 30 anos. Especificamente sobre a atuação na unidade de internação em saúde mental, cinco profissionais estavam alocados no setor por quatro anos ou menos e sete profissionais trabalhavam no hospital por mais de 30 horas semanais. As informações apresentadas demonstraram que a maior parte dos participantes possuem um tempo menor de experiência profissional, o que está de acordo com outros estudos que evidenciam a contratação de jovens profissionais na área da saúde (Santos et al., 2019) e pode ser implicado pelo aumento do acesso a cursos de graduação em instituições principalmente particulares nos últimos anos (Franco & Dal Poz, 2018).

Tabela 3: Levantamento do perfil profissional dos participantes que atuam na UISM(N=8)

| Perfil Profissional | F | % |
|--|----------|----------|
| Profissão | | |
| Técnico de enfermagem | 1 | 12,5 |
| Enfermeiro | 1 | 12,5 |
| Psicólogo | 3 | 37,5 |
| Médico | 3 | 37,5 |
| Carga horária semanal na UISM (em horas) | | |
| 20 a 29 | 1 | 12,5 |
| 30 a 39 | 4 | 50,0 |
| 40 ou mais | 3 | 37,5 |
| Tempo de exercício profissional (em anos) | | |
| 0 a 4 | 3 | 37,5 |
| 5 a 9 | 2 | 25,0 |
| 10 a 14 | 0 | 0 |
| 15 a 19 | 0 | 0 |
| 20 ou mais | 3 | 37,5 |
| Tempo de exercício na UISM (em anos) | | |
| 0 a 4 | 5 | 62,5 |
| 5 a 9 | 1 | 12,5 |
| 10 a 14 | 0 | 0 |
| 15 a 19 | 2 | 25,0 |
| Tempo de atuação em serviços de saúde | | |
| 0 a 4 | 3 | 37,5 |
| 5 a 9 | 1 | 12,5 |
| 10 a 14 | 1 | 12,5 |
| 15 a 19 | 0 | 0 |
| 20 ou mais | 3 | 37,5 |

Fonte: Autor

A trajetória profissional também revela que os participantes trabalharam em outros serviços de saúde que recebiam pessoas que tentaram suicídio (Tabela 4), tais como: Centro de Atenção Psicossocial - CAPS (N=4); Unidade de Atendimento Integrado - UAI (N=3); Hospital (N=1); Ambulatório de Atendimento Integrado (N=1); Ambulatório de Atendimento Estudantil (N=1); Programa de Saúde da Família (N=1); Hospital Psiquiátrico (N=1). Por um lado, os dados apontam para a rotatividade nos serviços de saúde, em que profissionais da área passam por diferentes trabalhos em pouco

tempo de atuação profissional (Santos et al., 2019). Em outra perspectiva, os mesmos dados informam sobre os diferentes serviços de saúde que recebem pessoas com histórico de tentativas suicídio, apontando para a possibilidade do trabalho integrado da rede de saúde frente a esses casos (Zanardo et al., 2017).

Tabela 4: Atuação em serviços de saúde que recebem pessoas que tentam suicídio

| Já atuou em outros serviços de saúde que recebiam pessoas que tentaram suicídio? | | |
|---|---|------|
| Sim | 8 | 100 |
| Não | 0 | 0 |
| Outros serviços de saúde em que trabalhou | | |
| Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) | 4 | 25,0 |
| Unidade de Atendimento Integrado (UAI) | 3 | 12,5 |
| Hospital | 1 | 12,5 |
| Ambulatório de Atendimento Estudantil | 1 | 12,5 |
| Programa Saúde da Família (PSF) | 1 | 12,5 |
| Hospital Psiquiátrico | 1 | 12,5 |

Fonte: Autor

Após a caracterização dos participantes da pesquisa, foram levantados e debatidos os temas que abordaram o trabalho realizado na UISM com pessoas internadas após tentativa de suicídio, conforme apresentado nas próximas categorias.

3.2. Tratamento Idealizado X Tratamento Real

O processo de análise dos dados demonstrou que os profissionais que participaram da pesquisa inicialmente trouxeram uma visão prática e objetiva das ações realizadas no contexto da UISM, pontuando aquilo que seria idealizado em sua prática cotidiana e evitando destacar aspectos que poderiam ser considerados enquanto problemas ou desafios a serem superados. Nesse ponto, os participantes abordaram o caminho percorrido pelo indivíduo até chegar à instituição e as ações realizadas, o que caracterizamos enquanto tratamento idealizado.

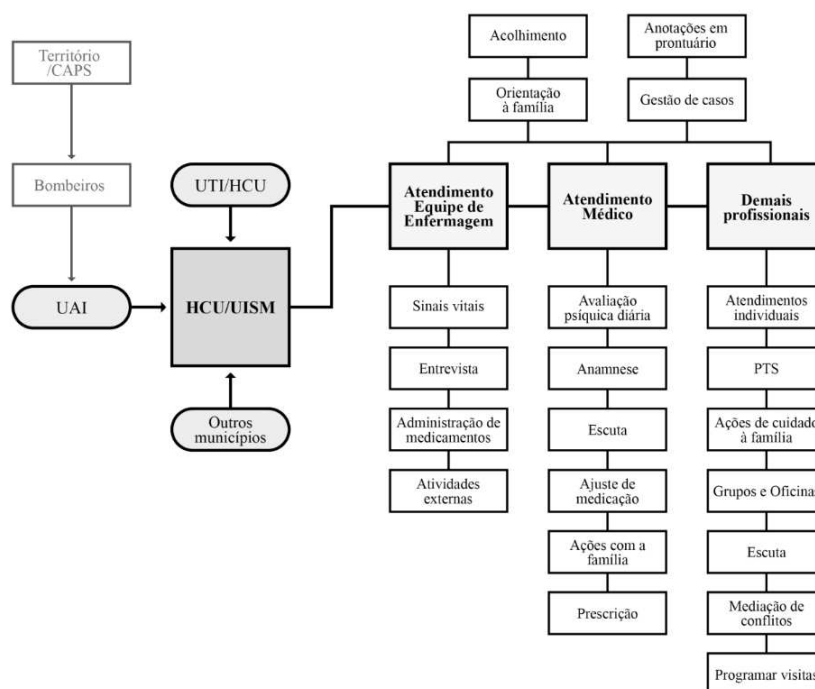
Entretanto, através dos conteúdos trazidos pelos profissionais foram identificadas características do “tratamento real” desenvolvido na UISM e as fragilidades que

atravessam a instituição em relação as ações realizadas com a pessoa que tentou de suicídio. Assim, surgiram dois aspectos que caracterizaram as ações desenvolvidas no setor: o tratamento idealizado e as ações efetivamente realizadas. Os subtemas presentes nessa categoria foram organizados da seguinte forma: (a) Admissão, tratamento e alta; (b) Centralização do cuidado biomédico; (c) Ausência de ações específicas; (d) Estigmas e Pré-conceitos no cuidado de pessoas que tentam suicídio; (e) "Porta Giratória" para pessoas que tentam suicídio.

Admissão, tratamento e alta

Os profissionais apresentaram as ações realizadas na UISM junto as pessoas que tentaram suicídio e o percurso pelos diferentes serviços que compõem a rede de atenção à saúde do município, conforme apresentado no fluxograma de atenção em saúde (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma de atenção em saúde junto a pessoas que tentam suicídio



Fonte: Autor

De acordo com os participantes da pesquisa, ao tentar suicídio as pessoas são levadas inicialmente – através do acionamento do corpo de bombeiros – para atendimento nas unidades de atendimento integrado (UAI) no município de Uberlândia – portas de entrada – e a transferência para a UISM é realizada através do *SUS fácil*. A participante Rafaela-E detalhou a forma como esse processo acontece:

No geral quando têm essas tentativas, elas são mapeadas preferencialmente no território. Então é acionado o corpo de bombeiros que vão até essas pessoas que tentam suicídio e são encaminhadas para alguma UAI [...]. Lá é avaliada a situação, a princípio tem a recomendação de uma observação de pelo menos 12 horas, para entender se é um caso que ali mesmo dá para se estabilizar e continuar sendo cuidado no território ou se vai para a internação. (Rafaela-E)

A UISM também recebe pessoas que tentaram suicídio e estão internadas em outros setores do hospital e pessoas residentes de municípios próximos à cidade de Uberlândia – por meio da Secretaria Municipal de Saúde. Os processos foram explicitados por Rafaela-E e Alice-E: “*Alguns municípios tem pactuação com o Hospital de Clínicas de Uberlândia, alguns municípios menores.*” (Rafaela-E).

As vezes tem casos que estão dentro da UFU [hospital de clínicas] também, pacientes que às vezes vão e ficam na sala de emergências, às vezes chegam a ficar na UTI no HC. Ai o médico de dentro do HC vai e indica que ele precisa de internação e também interna por aí. (Alice-E)

A transferência para a UISM é realizada após avaliação dos profissionais dos serviços da rede (Miguel-Q), nas unidades de saúde procuradas (Luiza-Q) e leva em consideração a condição de saúde, a persistência da ideação suicida e o acesso aos meios para o ato (Miguel-Q). Após esse processo avaliativo, os profissionais desses serviços solicitam uma vaga na UISM (Luiza-Q), e a situação é avaliada pelo médico psiquiatra

da unidade (Alice-Q; Luiza-Q; Rafaela-Q; Ana-Q; Edson-Q), pela equipe de enfermagem (Alice-Q; Rafaela-Q) e residentes de psiquiatria (Ana-Q) que aceitam ou não receberem aquela pessoa para internação e acompanhamento do caso clínico considerando-se a gravidade do caso e a quantidade de leitos disponíveis (Luiza-Q). Nesse momento, é fundamental realizar a correta avaliação da necessidade de internação, uma vez que se compreende que em algumas situações a internação não é indicada e pode intensificar as questões apresentadas pela pessoa (Rio de Janeiro, 2016).

Ao chegarem no serviço, é realizado o acompanhamento por equipe multiprofissional durante o período de internação. A equipe é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogo e assistente social (Alice-Q; Luiza-Q; Rafaela-Q; Edson-Q; Ana-Q; Miguel-Q; Renata-Q; Marcos-Q). Ainda foram citados profissionais da área da nutrição (Rafaela-Q), terapeuta ocupacional, segurança e educador físico (Renata-Q), auxiliar de enfermagem e residentes médicos e multiprofissionais (Marcos-Q). São solicitadas também a realização de interconsultas para outras especialidades quando necessário (Edson-Q). E, por fim, foram mencionados projetos desenvolvimento por alunos na instituição: *“Sem contar com os alunos que passaram a estar também todos os dias.”* (Ana-E).

O tratamento é inicialmente desenvolvido através do acolhimento pela equipe de enfermagem e, posteriormente, pelos médicos: *“É, na verdade colhe né, conversa, pergunta o que aconteceu, nome, essas coisas assim né?! É um acolhimento mesmo inicial.”* (Edson-E); *“[...] pega os dados, informações, verifica se tem alguma doença clínica e depois vai para a entrevista com o médico.”* (Alice-E); *“[...] depois entrevista com o psiquiatra, onde colhem um pouco da história, avaliam o laudo dado pela unidade anterior.”* (Rafaela-E). A entrevista com o psiquiatra engloba questões que buscam avaliar o estado emocional da pessoa que tentou suicídio, como:

[...] pergunta como está o estado emocional nas últimas semanas, como o paciente vem se sentindo, é... pergunta especificamente se está tendo ideação suicida no momento, se já teve outras tentativas, o planejamento, pergunta os sintomas psicóticos, se ouve vozes, se acha que tem algum poder especial para gente ver se tem algum delírio [...] pergunta também alguma coisa pregressa, anterior da vida do paciente. (Alice-E).

Oliveira, Colares, Noal e Dias (2016) observaram que os profissionais de saúde de um setor de psiquiatria de Hospital Universitário realizavam condutas semelhantes a essas na atuação com pessoas que tentaram suicídio, com destaque para avaliação do funcionamento psicossocial e acolhimento. De acordo com Heck et al. (2017), o acolhimento é uma ferramenta potencializadora que fornece espaços abertos para usuários e familiares e que pode ressignificar as práticas de trabalho junto a esse público.

Após as intervenções iniciais, são planejadas as ações que serão realizadas durante o período de internação e desenvolvidas por equipe multiprofissional (Ana-Q; Renata-Q; Marcos-Q), sendo citadas o atendimento familiar e mediação de conflitos entre a família e a pessoa internada (Luiza-Q; Rafaela-Q; Miguel-Q; Renata-Q), atendimento ou acompanhamento individual (Luiza-Q; Miguel-Q), atendimento em grupo e oficinas terapêuticas (Rafaela-Q; Miguel-Q), orientações ao paciente e a família (Rafaela-Q; Miguel-Q; Renata-Q), psicoeducação (Alice-Q; Renata-Q), encaminhamento para outros serviços (Luiza-Q; Rafaela-Q), acolhimento (Rafaela-Q; Renata-Q), escuta terapêutica (Renata-Q; Marcos-Q), discussão de casos (Rafaela-Q), saída da unidade para atividades externas (Miguel-Q), prescrição de psicofármacos (Renata-Q), avaliação clínica e psíquica diária (Ana-Q), admissão de pacientes (Marcos-Q), compreensão dos motivadores das ideias de autoextermínio, a partir da identificação de angustias, delírios, alucinações e verificação do nível de motivação e existência de planejamento (Edson-Q).

De modo semelhante, Oliveira, Colares, Noal e Dias (2016) identificaram estratégias de cuidado que envolviam reuniões de equipe; avaliação do funcionamento psicossocial do paciente; acolhimento; contato com a família; orientação e espaço de escuta para o indivíduo e seus familiares.

Além dessas ações, os entrevistados citaram a construção de projetos terapêuticos singulares (PTS – realizada por residentes multiprofissionais em conjunto com outros profissionais da equipe) e a realização de gestão de casos (reuniões entre a equipe da UISM e os profissionais da rede municipal que ocorrem pelo menos uma vez por semana). De acordo com Buriola *et al.* (2021), o PTS é construído pela equipe multiprofissional e pauta-se na avaliação ampliada dos casos, em que se estabelecem os objetivos terapêuticos e as propostas de intervenção pensadas para cada pessoa (Buriola *et al.*, 2021).

Referente ao primeiro, o PTS utilizado na unidade é composto por questões que abordam a história de vida das pessoas, devendo ser preenchido durante a primeira semana de internação para o compartilhamento de informações durante reuniões com a rede, delineando o cuidado a partir de uma perspectiva longitudinal. As participantes Luiza-E e Ana-E explicitaram a forma como o processo acontece:

Bom, a gente vai preenchendo os dados desse prontuário lá dentro e aí na gestão dos casos a gente vai compartilhando o que a gente tem... Até quando a pessoa vai receber alta, a gente entrega esse PTS para o CAPS de referência, para ter essas informações que a gente foi coletando ali dentro. (Luiza-E)

Enquanto isso, as reuniões da gestão de casos possuem a finalidade de discutir os casos que estão sendo acompanhados na unidade de internação com as equipes das instituições para as quais as pessoas internadas serão encaminhadas após alta hospitalar – conforme os participantes explicitaram:

A gente discutia esses casos que estavam com a gente e eram de referência dessas regiões, porque possivelmente essas pessoas seriam encaminhadas para esses CAPS depois e algumas já tinham até frequência no CAPS e os representantes, coordenadores, já conheciam e sabiam falar um pouco do caso também, como uma forma de ampliar mesmo o cuidado e o conhecimento sobre esses pacientes para que se eles precisassem contar com algum outro ponto de apoio no território eles estavam sabendo quem são eles, para mapear um cuidado também, estender.
(Rafaela-E)

A indicação da alta começa a ser planejada após observação do processo de evolução da pessoa internada (Edson-Q), caracterizado pelo desaparecimento da ideação suicida (Alice-Q; Edson-Q; Miguel-Q; Renata-Q), presença de suporte familiar e social (Miguel-Q; Renata-Q), a garantia de continuidade do cuidado (Luiza-Q; Miguel-Q) e a melhora nos sintomas psiquiátricos, como transtornos de humor e de ansiedade (Renata-Q). A participante Luiza-E ressaltou a necessidade de levar em consideração o período aconselhável para a duração da internação: “[...] Mas aí tinha isso também do tempo, porque se dá os 30 dias lá tem que ver sabe?! Porque não pode ficar passando muito do tempo, tem limite né, da data.” (Luiza-E).

Os profissionais explicaram que a alta das pessoas que tentaram suicídio é um processo construído por equipe multiprofissional e em conjunto com a rede, que busca preparar o indivíduo e sua família para identificar sinais de risco e estratégias de como lidar com possíveis situações futuras, objetivando ainda construir uma rede de apoio:

A alta do paciente da internação é programada [...] e tem todo um contexto interno e externo também, porque a gente tem que programar dias anteriores e avisar a rede externa para acolher esse indivíduo lá no seu CAPS. [...] O momento da alta já é um momento que a gente pode também estar com todos os familiares

e pacientes, resgatar essa rede dele de cuidados e preparar os familiares para algum sinal de risco, o paciente da possibilidade de lhe pedir ajuda. (Ana-E)

Em relação à continuidade do tratamento após alta hospitalar, os profissionais destacaram o Centro Atenção de Psicossocial (CAPS) como o serviço de referência para a realização de encaminhamentos. Segundo o Ministério da Saúde (2006), devido ao contato próximo com os usuários, família e comunidade, o CAPS assume posição privilegiada para avaliação e estratégias de fortalecimento da rede de proteção social de pessoas em risco de suicídio – devendo ser utilizado em sua potencialidade nessas situações. Nesse sentido, todos as pessoas a receberem alta da UISM são encaminhados para esse serviço e cabe ao indivíduo a decisão de continuar o tratamento no CAPS:

Sim, é pactuado com o município que todo caso na UISM é encaminhado para o CAPS de referência depois. Para fazer pelo menos um acolhimento, o CAPS conhecer essa pessoa, para saber que existe e que pode ser acionado em algum momento ali também como um cuidado. É, mas aí isso fica a cargo da pessoa depois decidir se vai continuar o cuidado ali naquele lugar ou não, se vai procurar outro lugar ou particular. (Rafaela-E)

Quando a internação se refere aos servidores do hospital ou alunos da instituição de ensino superior, há a possibilidade de encaminhamento para serviços internos, que são voltados a esse público, conforme explica a participante Ana-E:

[...] quando é servidor a gente tem a possibilidade de encaminhar para o “NAASS”, então a gente faz uma coisa mais próxima também, mas a gente tem um lugar bem próximo ali para encaminhamentos né. Quando é aluno, quando estava funcionando o ambulatório de outro colega específico para alunos também tinham um encaminhamento, um acompanhamento posterior bem próximo também. (Ana-E).

De acordo com a Portaria N° 2.436, o encaminhamento é ferramenta de gestão e cuidado, que orienta as decisões dos profissionais e se constitui como referência. Alves et al. (2015) explicam que o processo desde a admissão até o encaminhamento segue a organização do sistema de Referência e Contrarreferência, na qual o usuário do SUS é referenciado (encaminhado) para unidade de maior complexidade para receber o atendimento necessário. Contudo, de acordo com Ministério da Saúde (2005), é fundamental superar o encaminhamento burocrático e garantir a corresponsabilização entre os serviços responsáveis pelo cuidado da pessoa atendida. Nesse sentido, deve-se promover o acompanhamento do caso e o trabalho conjunto. Assim, ao final do atendimento no serviço especializado, espera-se que seja realizado o encaminhamento implicado para os demais serviços da rede.

Ademais, observou-se que as ações de tratamento na UISM junto a pessoas que tentam suicídio são similares aquelas previstas na literatura (Bertolote, 2012; Heck et al., 2012; Oliveira et al., 2016) e por instituições e órgãos governamentais (OMS, 2000; Brasil, 2006). É importante ressaltar que “o trabalho de atenção em saúde mental, assim como todo o trabalho em saúde, não pode ser totalmente normatizado” (Cescon, Capazzolo & Lima, 2018, p. 197) e, assim, a atenção ao suicídio, às tentativas e a ideação suicida não devem apenas seguir aspectos estabelecidos em protocolos (Cescon, Capazzolo & Lima, 2018). Isso porque é necessário levar em consideração a complexidade de tal e, na ausência de espaços de reflexão, educação permanente em saúde e construção de trabalho multiprofissional, o tratamento desenvolvido expõe diversas fragilidades do serviço.

Centralização de Aspectos Biomédicos

A centralização de aspectos biomédicos na atenção à saúde mental é uma realidade em diferentes serviços de saúde (Cescon, Cappazolo & Lima, 2018). Na UISM, os profissionais expuseram uma lógica de tratamento voltada para aspectos biológicos e trazendo o papel central do médico e enfermeiro, como pode ser visto na fala da participante Ana-E:

[...] talvez o próximo desafio para a UISM é a equipe se apropriar desse espaço de estar com o usuário em uma outra forma de assistência que não seja só aferir pressão, ver o banho, ver o lanche, a comida e se está bem, e o médico fazer as avaliações... (P5-E)

Para Gonzalez Rey (2011) pouco se discute sobre a importância dos aspectos subjetivos na atenção à saúde e, assim, as práticas em diferentes serviços continuam marcadas pelo lugar de destaque do modelo biomédico. Nas instituições de saúde, a prática médica, muitas vezes, é marcada pelo papel ativo do médico e da cura por medicamentos, em contraposição a passividade da pessoa assistida. Ainda segundo o autor, é necessário a atenção à subjetividade, no sentido de estimular posicionamentos ativos das pessoas sobre o tratamento.

Ao discutir o “tratamento real” realizado na UISM, cabe pontuar aquilo que Merhy (2006) caracterizou enquanto “trabalho vivo em ato” presente nas ações de saúde. Segundo o autor, a produção do cuidado é determinada pelas ações humanas no momento em que acontecem e sofre influências de instrumentos, normas, máquinas que formam o processo de trabalho e demarca as tecnologias envolvidas nesse processo. Assim é necessário problematizar as tecnologias que permeiam e caracterizam o trabalho desenvolvido na unidade de internação e que trazem a configuração de trabalhos que se

apoiam em ações padronizadas para as pessoas internadas naquele contexto. Nesse sentido, percebe-se na UISM resistência para superar as práticas cristalizadas de cuidado.

Na unidade, as ações pareceram estar centradas no papel ocupado pelo profissional médico. Tal situação é explorada pelos profissionais ao exporem a comunicação entre os profissionais e a organização das estratégias de tratamento, como nas situações de alta hospitalar, em que ainda que seja realizado um trabalho em equipe, a decisão final prevalece sendo a do médico psiquiatra: *“Olha, a decisão final de alta é do psiquiatra” (Luiza-E)*; *“A gente percebe a melhora do quadro geral, mas eu reitero que alta é médica...” (Edson-E)*; *“A decisão da alta geralmente ainda predomina pelo médico, porque nas avaliações diárias geralmente é só o médico e a enfermagem que está fazendo essa avaliação diária do paciente” (Ana-E)*.

O paradigma biomédico, de acordo com Costa-Rosa (2000), pauta-se em um modelo “médico-centrado”, cujas ações mesmo contando com recursos multiprofissionais, não conseguem ultrapassar a fragmentação do cuidado por categorias profissionais e a supervalorização do profissional médico na administração de medicamentos. Assim, mesmo no caso de equipes multiprofissionais predomina-se o foco nos aspectos biológicos e a ausência de comunicação entre a equipe.

Sobre isso, a comunicação entre os profissionais que compunham a equipe da UISM também denotou a presença de “relações de poder” existentes na unidade de internação em saúde mental: *“Aí [o técnico de enfermagem] passa para o enfermeiro que passa para o médico”*. (Edson-E);

[...] eu estava sem acompanhamento, mais sozinha lá dentro, e eu tinha feito alguma pergunta para o médico, pra algum deles lá, nossa, e ele foi muito sem educação, como se eu estivesse fazendo uma pergunta muito idiota sobre o paciente. Porque assim, eu estava tentando conversar já tinha alguns dias e ele

estava, sei lá, muito dopado e eu fui questionar ele sobre isso, sabe, “Ah, por que fulano está precisando tomar tanta medicação?”, alguma coisa assim, aí ele não me respondeu e só saiu andando assim. (P2-E)

Diante dessa configuração, os profissionais não se organizavam enquanto equipe para a realização do cuidado no serviço, conseqüentemente o trabalho se configurou a partir de uma perspectiva individual e marcada pela lógica uniprofissional e centrados na especificidade de cada profissão: *“Então era muito trabalho individual e eu estava completamente sozinha fazendo isso lá, enquanto [profissional de saúde] e enquanto equipe também...” (Luiza-E);*

[...] geralmente reveza entre os psiquiatras e eles dividem lá: “qual psiquiatra vai ficar com qual paciente?”, entre os psicólogos vai dividir lá: “quem vai ficar com qual paciente?”, entre os técnicos de enfermagem também... não existe algo organizado, assim nesse sentido, é pelas profissões mesmo. (Luiza-E)

A ausência de reuniões ou espaços de encontro entre a própria equipe da UISM reforça a lógica uniprofissional do serviço: *“Acho que até por questão da gente não ter uma reunião de equipe, acho que de alguma forma isso se perde...” (Rafaela-E).* Na UISM, as discussões em grupos ocorrem apenas no contexto da gestão de casos – com profissionais da rede e alguns profissionais da equipe – e conversas informais para a troca de informações, como pontuado nas falas abaixo:

Mas lá não tem um momento de reunião de equipe, por exemplo, então acaba que é feito um pouco na informalidade essa discussão, um pouco nas urgências, e na minha percepção eu acho que poderia ter uma equipe, uma reunião de equipe, uma discussão mais organizada sobre as urgências, sobre os protocolos que cada um está tomando. (Rafaela-E).

Segundo Oliveira, Colares, Noal e Dias (2016), o comportamento suicida demanda uma rede interdisciplinar para lidar com a situação, formada pela equipe responsável. Assim, espaços dialógicos ou reuniões de equipe para discutir a prática em saúde traria benefícios para a construção de ações conjuntas frente a esses casos. No mesmo sentido, práticas descontextualizadas e conflitos no ambiente de trabalho podem ser repensadas a partir de ações criativas em saúde e na criação de espaços para encontros coletivos entre equipes (Cescon, Capazzolo & Lima, 2018; Almeida & Merhy, 2020).

Tratamento ofertado na UISM e a necessidade de olhar diferenciado para situações que envolvem tentativas de suicídio

Sobre a realidade do trabalho que é desenvolvido junto a pessoas que tentam suicídio, os participantes da pesquisa relataram o desenvolvimento de intervenções semelhantes as demais realizadas no contexto das situações atendidas no serviço: “*Então o paciente suicida entrava nesse contexto como qualquer outro.*” (Ana-E). Assim, é pontuado a realização de um tratamento padrão para todas as pessoas internadas no contexto da unidade de internação em saúde mental, independente do quadro clínico, como exposto nas falas de Edson-E e Luiza-E:

[...] mas assim, é mais ou menos padrão mesmo, a gente todo dia faz um serviço padrão de cuidados e interação ali para tentar coletar algumas informações mesmo do paciente para saber como estão as ideias deles, os pensamentos, as emoções, essas coisas (Edson-E).

Nossa, não sei se tinha algo que diferenciasse assim sabe, porque “ah, Fulano tentou suicídio, vamos fazer uma intervenção diferente”, acho que geralmente eram as mesmas coisas que a gente ia fazendo com eles... (Luiza-E)

Nesse sentido, as intervenções realizadas são comuns as todas as pessoas internadas, e foram citadas como mais frequentes a escuta, prescrição e avaliação do estado mental: *“Seria mais escuta mesmo, escuta e prescrição. [...] É, geralmente com os atendimentos, com a avaliação do estado mental mesmo.”* (Alice-E). Frente aos aspectos observados durante os contatos com a pessoa, são solicitados pareceres e exames com outros profissionais do hospital: *“Se tiver outras necessidades clínicas a gente vai solicitando pareceres, solicitando exames, fazendo diagnóstico diferencial e de outros problemas de saúde física [...].”* (Ana-E).

Ainda que não sejam planejadas ações específicas para cada indivíduo, os participantes ressaltaram a existência de um “olhar diferenciado” nas situações que envolvem o suicídio, caracterizado por procedimentos específicos, tais como a observação mais rigorosa e constante (Alice-Q; Rafaela-Q; Ana-Q; Renata-Q), não deixar a pessoa que tentou suicídio sozinha (Rafaela-Q; Renata-Q), a restrição a alguns materiais/retirada de objetos que podem representar risco (Luiza-Q; Miguel-Q), continência emocional, contenção Física (Miguel-Q), acolhimento (Luiza-Q), solicitação de acompanhante, medicação, mudança de leito para ficar próximo à sala da enfermagem (Luiza-Q), comunicação entre a equipe sobre a gravidade do caso, atendimentos sistemáticos da psicologia (Rafaela-Q), avaliação rigorosa da tomada de medicamentos (Renata-Q), a otimização de recursos (Ana-Q).

Dessa forma, demonstraram sentir a necessidade de estarem mais próximos das pessoas nas situações que envolveram tentativas de suicídio:

“Ah eu quero morrer, aconteceu isso e isso, está tudo ruim, isso aqui não está me servindo, ontem eu tentei enforcar com lençol” e aí eu percebi a necessidade de estar mais perto e oferecer uma outra escuta, mas acontece né [...] eu tento ficar um pouco mais próxima da pessoa, tentar ouvir um pouco mais. (Rafaela-E)

É a gente fica sempre mais atento com esses casos, com as pessoas que tenham risco iminente. [...] Olha geralmente a gente fica mais à disposição, conversa com mais frequência para tentar compreender como que aquela pessoa está passando, a gente observa até mesmo se algum paciente relata que o paciente falou alguma coisa assim... (Edson-E).

Observa-se que os procedimentos citados pelos profissionais se relacionaram com a possibilidade de a pessoa tentar tirar a própria vida durante o período de internação, sendo feito um trabalho que se assemelha a vigilância e uma maior proximidade junto a essas pessoas. A literatura pontua a necessidade de monitoramento e aumento da vigilância de pessoas que tentaram suicídio, principalmente na primeira semana de internação – quando a pessoa ainda se encontra vulnerável e pode repetir a tentativa de suicídio (Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010; Oliveira, Colares, Noal & Dias, 2016).

O não planejamento de intervenções específicas para pessoas que tentam suicídio não se caracteriza necessariamente enquanto fragilidade do trabalho desenvolvido no serviço pesquisado. O que os autores tem pontuado como potencializador de estratégias junto a esse público se relaciona a postura assumida pelos profissionais e a realização de um acolhimento pautado nas necessidades apresentadas pela pessoa internada (Cescon, Capazzolo & Lima, 2018; Freitas & Borges; Gutierrez, 2014; Avanci et al., 2009).

Entretanto, cabe questionar se a assistência prestada no setor oferece realmente um espaço de cuidado voltado para pessoas que tentam suicídio, partindo do princípio que em saúde mental tratar não é sinônimo de cuidar. A realização de um tratamento padrão a ser realizado independentemente da situação apresentada pela pessoa internada (tentativa de suicídio, uso prejudicial de substâncias, quadros psicóticos, por exemplo que são recebidos para internação) conseguiria produzir ações de cuidado frente à complexidade apresentada por comportamentos suicidas? Ao realizar ações

padronizadas, a história da pessoa após internação por tentativa de suicídio possui espaço dentro da unidade de internação? Como isso é trabalhado diante da multiplicidade de casos e histórias de vidas apresentadas na instituição? Faz-se necessário o desenvolvimento e o planejamento de ações de cuidado específicas voltadas para pessoas que tentam suicídio?

Tais questões têm sido pouco problematizadas nos trabalhos que abordam as ações realizadas com pessoas internadas em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, uma vez que são pontuados sempre aspectos gerais a serem realizados e sem de fato se mergulhar nas demandas específicas frente a essa situação. Isso significaria que as práticas estão corretas ao reproduzirem modelos de tratamento gerais a todas as formas de sofrimento mental ou uma provocação para novos estudos e pesquisas sobre quais ações poderiam ser diferentes e específicas para pessoas que apresentam comportamentos suicidas?

Por fim, os aspectos apontados levam à reflexão sobre as ações produzidas pelas unidades de saúde e as fragilidades que surgem diante de práticas que não são questionadas e/ou problematizadas. No próximo tópico foram abordadas a existência de estigmas e pré-conceitos que atravessam a prática profissional com pessoas que tentaram suicídio.

Estigmas e Pré-conceitos no cuidado de pessoas que tentam suicídio

Uma das ocorrências que expõe a fragilidade da instituição no tratamento voltado ao suicídio diz respeito à existência de estigmas e pré-conceitos por parte dos profissionais em relação a pessoa que tentou suicídio e que influencia negativamente esse trabalho realizado. Gonçalves, Silva e Ferreira (2015) discutem a existência de estigmas nos serviços de saúde em relação a pessoa que tentou suicídio, o que implica na realização

de práticas que não buscam compreender o fenômeno a partir de um olhar integral e traz repercussões no acolhimento e cuidado desse usuário.

O primeiro indicador dessa problemática aponta para a existência de um julgamento dos profissionais da unidade de internação em saúde mental em relação a tentativa de suicídio como uma forma de chamar a atenção para si. Assim, a tentativa de suicídio parece ser descredibilizada em nome de uma situação que não apresenta tanto risco:

Ah, já escutei comentários sim: de falar que foi drama, de falar que, sei lá, “ah, esse aí não quer morrer não, tá só querendo atenção”, sabe?! [...] Tinha uma paciente que eles falavam isso direto isso dela, de “ah, tá só chamando atenção mesmo, pode ficar despreocupado que ela não vai se matar não” [...] às vezes as pessoas [se referindo aos profissionais de saúde] vão tendo, essa fala preconceituosa, de “porque aí, essa pessoa está querendo chamar atenção”, “porque, sei lá, isso aí é porque brigou com o namorado”, sabe?! (Luiza-E)

É, não é nenhuma questão de dificuldade, mas talvez alguma fala, vamos colocar aqui algum colega fala assim “não aquele fulano [pessoa que tentou suicídio] quer aparecer”, alguém solta uma dessa. (Edson-E)

Estudos apontam que os profissionais de saúde geralmente entendem as tentativas de suicídio como uma forma de chamar a atenção (Silva & Boemer, 2004; Freitas & Borges, 2014; Silva, Alves & Couto, 2016; Ferreira & Gabarra, 2018). A participante Luiza-E ressaltou que mesmo diante dessa possibilidade, os profissionais de saúde devem olhar para o ato e buscar compreender qual o significado que ele assume: “[...] se a pessoa está chamando atenção ok, tem um motivo disso, então vamos oferecer o cuidado. Ela está chamando atenção para o que? Vamos olhar isso.” (Luiza-E). Silva, Alves e Couto

(2016) destacam que aquilo que é considerado como algo para “chamar a atenção” deve ser visto como o pedido de ajuda de uma pessoa que está em sofrimento.

Os participantes da pesquisa apontaram ainda a existência posturas assumidas por profissionais de saúde ligadas à raiva, à preguiça ou à falta de tolerância junto a alguma pessoa internada após uma situação de tentativa de suicídio, demonstrando que geralmente não é realizado um trabalho cuidadoso frente a essas situações: “*tanto que no início ninguém tinha muita tolerância com essa menina e depois todo mundo passou a ter tolerância porque eu falava muito dessas questões delas.*” (Ana-E);

umas coisas que a gente escuta ainda, acho que até mesmo dentro da unidade de internação, de quase ver uma preguiça ou uma raiva dos profissionais para aquele paciente [...] pensar outras formas de estar ali com a pessoa que vá ajudar ela e não que vá causar briga ou ficar de birra com a pessoa, porque ela não está bem, né?! Se ela está ali procurando quem tem que conseguir ser o são da história ali é os profissionais que tem que lidar com isso de um jeito mais..., ser um pouco mais cuidadoso, assim.. (Luiza-E)

A atenção voltada às pessoas que tentam suicídio pode despertar nos profissionais de saúde reações de agressividade, preconceito, desprezo, raiva e incompreensão (Silva & Boemer, 2004; Vidal & Gontijo, 2013; Oliveira et al., 2016). Isso ocorre porque o suicídio subverte o trabalho médico pautado na visão de salvar vidas – assim a pessoa que tenta suicídio se torna *persona non grata* para equipe de saúde (Rigo, 2013). De acordo com Silva e Boemer (2004), tal mobilização não pode impedir o profissional de realizar um trabalho cuidadoso junto a pessoa que tenta suicídio, sem menosprezar as necessidades do paciente e devendo manter-se atento aquilo que a pessoa apresenta.

Por fim, Alice-E mencionou a existência de julgamentos em relação as pessoas que realizam uma tentativa de suicídio que podem estar relacionados as crenças religiosas

dos profissionais: *“Eu acho que às vezes acontece de a pessoa vir com vieses críticos, religiosos, né?! [...] com esse Julgamento esse pré-julgamento...”* (Alice-E). Na literatura, Ferreira e Gabarra (2013) observaram que o suicídio suscita diferentes opiniões e muitas delas permeadas de valores religiosos e pré-conceitos socialmente difundidos.

Segundo Almeida e Merhy (2020), as situações imperativas, a sobrecarga e a ausência de espaços dinâmicos impostas pelo trabalho em saúde mental possibilitam práticas que reproduzem a lógica manicomial que se pretende romper, tais como intolerância, julgamento moral e demais práticas citadas acima, voltadas tanto para os usuários como para outros trabalhadores da equipe. Os autores pontuam a existência de contradições entre o cuidado que se pretende para o usuário e a postura assumida no agir, que levam em consideração os modos de viver e se relacionar.

Diante disso, o participante Edson-E informou acreditar que exista uma relação entre o nível de formação/instrução dos profissionais de saúde relacionado a existência de estigmas e pré-conceitos: *“[...] igual eu coloquei para você, eu tenho curso superior e tem várias pessoas que têm também, mas nem todos têm e quanto menos instruída mais preconceitos.”* (Edson-E).

Frente a essas situações expostas, os participantes pontuaram necessidade de não julgar as pessoas que tentam suicídio durante os atendimentos na UISM (Alice-Q; Luiza-Q; Edson-Q) e a preocupação com os discursos que são falados para a pessoa internada, compreendendo que a forma como é conduzida o atendimento pode impactar o tratamento dessa pessoa o período de internação.

Não sei, acho que é um jeito que eu consigo entender um pouco o lado deles, de não ficar com esse discurso de “A vida é boa, para com essa frescura”, porque com certeza se eu tivesse um pensamento assim isso impactaria também no atendimento. (Luiza-E)

Eu sempre falo “Eu não estou aqui para te julgar! Eu entendo isso desta maneira e a gente pode melhorar isso com o tratamento mais adequado” [...] Não deixo nenhum viés religioso atrapalhar a ética e essas coisas... Eu olho para ele e penso: “A doença dele está desencadeando isso”. Então não é a pessoa, a pessoa não é um suicida, ele está suicida por conta da doença... (Ana-E)

Assim, a participante Luiza-E levanta a importância de existirem espaços para discussão sobre o suicídio entre os profissionais de saúde, como forma de diminuir os estigmas, julgamentos e pré-conceitos relacionados a esse fenômeno: *“Eu fico pensando, assim, que é importante de ter essa reflexão de “o que é o suicídio” também de outras formas para tirar um pouco desse estereótipo” (Luiza-E).*

Cabe ressaltar que o estigma e tabus existentes em torno de comportamentos suicidas levam as pessoas a sentirem vergonha, culpa e dificuldade em buscar ajuda (WHO, 2014), tornando importante para o tratamento o modo como são cuidados durante o período de internação. González Rey (2011) compreende que a forma como os profissionais de saúde age durante os atendimentos pode gerar sentidos subjetivos no paciente sobre a condição que está sendo tratada. Assim, uma postura acolhedora poderia levar a pessoa a vivenciar melhor o período de internação, ao contrário de posturas hostis que afetariam o processo daquela pessoa que já se encontra fragilizada (Botega, 2015). Para Avanci et al. (2009), é necessário se desenvolver uma relação profissional empática com aceitação e tolerância, já que seus gestos, expressões e feições podem ser interpretados pelo paciente como ameaçadores. Por fim, Cescon, Capazzolo e Lima (2019) concluíram que produzir cuidado a pessoas com risco de suicídio exige dos profissionais de saúde atividades de questionamentos acerca dos próprios medos, preconceitos e tabus existentes em relação ao tema.

"Porta Giratória" para pessoas que tentam suicídio

Outro ponto que indica fragilidades no funcionamento da instituição de saúde são as frequentes reinternações de pessoas com histórico de tentativas de suicídio, ocasionando um fenômeno que recebe o nome de “porta giratória” na unidade de internação: *“Então existe até o fenômeno da porta giratória lá: Entra e sai, entra e sai.”* (Edson-E). Autores tem utilizado o termo “porta giratória” para se referir ao fenômeno caracterizado por reinternações psiquiátricas repetidas e frequentes, que ocorrem pouco tempo após a internação em saúde mental/unidades psiquiátricas de hospitais gerais (Ramos & Guimarães, 2012; Silveira et al., 2016; Zanardo et al., 2017). Cabe ressaltar que existem diferentes “critérios de frequência - número de internações e intervalo entre elas -, não existindo consenso entre os autores” (Zanardo et al., 2017, p.462). Esse trabalho não se debruçou em compreender as características das reinternações de pessoas que tentaram suicídio, assim o termo “porta giratória” está sendo utilizado por ter sido mencionado por um dos participantes da pesquisa. Em pesquisa realizada na mesma unidade de internação (Pegoraro, 2020), a partir da análise de prontuários de 147 adolescentes e jovens (12 a 24 anos) que estiveram hospitalizados entre 2016 e 2018 identificou-se que 55 jovens já haviam tentado suicídio em algum momento de sua vida e, destes, 14 tinham duas ou três internações na mesma enfermaria (por tentativa de suicídio ou outro motivo).

Na unidade pesquisada foi possível perceber, pelas entrevistas, que a re-internação de pessoas com histórico de tentativas de suicídio se configuravam enquanto um fenômeno frequente na unidade de internação em saúde mental: *“E aí eu me lembro também desse, do sistema prisional, que também tentou e passou um tempo a gente teve notícia que ele tentou novamente.”* (Rafaela-E); *foram tantas re-internações, mas tinha, acho que tinha sim, algumas das vezes acho que já teve a tentativa de suicídio [...] porque*

fica que sim, que era comum que a pessoa voltava por [nova tentativa de suicídio].” (Luiza-E); “[...] internam muitos pacientes com histórico de tentativa de autoexterminio, de mutilação, essas coisas, certo? [...] que é uma paciente que está lá conosco agora, ela interna várias vezes [...] ela interna com certa frequência.” (Edson-E).

A literatura aponta que a repetição de tentativas de suicídio é relativamente comum e apresenta elevado risco efetividade do ato (Kapur et al. 2006; Vidal & Gontijo, 2013), sendo que a possibilidade de suicídio aumenta consideravelmente após uma tentativa deliberada de autoagressão (Vidal & Gontijo, 2013).

Para o participante Edson-E, a frequência de re-internações denunciam fragilidades tanto na rede de apoio tanto pessoal quanto institucional:

isso é muito frequente [reinternações de pessoas que tentam suicidio] quando não tem um apoio familiar razoável, quando talvez o paciente não adere muito bem ao tratamento, essas coisas, ou talvez alguma falha do serviço extra-hospitalar mesmo, pode acontecer sim. (Edson-E).

Por outro lado, a participante Ana-E identificou aspectos positivos na re-internação, nas situações em que os indivíduos buscaram o serviço estudado ao apresentarem ideações suicidas, considerando que a pessoa conseguiu pedir ajuda antes de realizar a tentativa de suicídio:

E já teve muitas re-internações que o indivíduo está lá né, fazendo os barulhos dele, mas está pedindo ajuda do jeito que ele dá conta [...] Mas eu lembro dessa menina né, que ela já nas últimas internações dela, isso eu achava interessante que ela já estava assim dando conta de não cometer o ato, e pedir por internação, para ser internada. Então ela pedia e conseguia já pela fala dizer "Eu não estou bem, preciso ficar uns dias" [...] teve até uma situação de uma tentativa dela, ela ligou para o residente e falou "olha acabei de tomar esses medicamentos. Eu não

sei, eu quero morrer" mas ela pediu ajuda né, na hora a gente conseguiu, tentamos entrar em contato com familiar, conseguimos de uma certa maneira ela ir para uai, ser cuidada e depois ir para nossa enfermaria. (Ana-E).

Ainda que a Ana-E apontou este como um aspecto positivo – e de certa forma ao evitar uma nova tentativa de suicídio tornou-se positivo – é necessário ressaltar que a internação é preferencialmente indicada nas situações em que a pessoa apresente ideação suicida, planejamento e acesso aos planos (Rio de Janeiro, 2016). Ademais, as ligações telefônicas entre o serviço e a pessoa que recebeu alta após internação por tentativa de suicídio possuem o potencial de reduzir o risco de novas tentativas, através de um processo sistematizado (Zorzetto & Fioravanti, 2009). Entretanto, as ligações deveriam partir do serviço para realizar o acompanhamento da pessoa que recebeu alta e não tem a finalidade de criar uma relação em que a internação passa a ser a única saída.

Na situação citada deve-se problematizar o papel assumido pelo serviço de saúde e refletir sobre a ausência da rede de apoio informal – visto que, ao invés de acionar a sua rede de apoio, a pessoa ligou para profissional do serviço estudado. Questiona-se o papel exercido pelos demais serviços da rede que deveriam estar realizando o acompanhamento e sendo ferramenta nessas situações e aponta a necessidade de fortalecimento das redes de apoio que essa pessoa poderia contatar.

Toda a situação exposta até aqui, expõe falhas no acompanhamento de pessoas com tentativas de suicídio não apenas da unidade de internação, mas também da rede de saúde responsável por realizar o tratamento e acompanhamento. Durante a pesquisa, os participantes demonstraram que há dificuldades para a realização do trabalho em rede após a alta hospitalar, sendo que novas informações são obtidas somente quando a pessoa retorna à unidade de internação (reinterna): *“Mas a gente vai descobrir mesmo quando a pessoa volta para a internação, que aí a gente fala ‘vixe, o que aconteceu...?’” (Luiza-*

E); “[...] então assim sempre interna, recebe alta, melhora, beleza, não demora muito e volta.” (Edson-E); “Ela ficou uns dois meses mais ou menos parecendo mais estável, frequentando o CAPS e depois ela retornou à UISM com nova tentativa”. (Rafela-E).

Deste modo, verificou-se que a rede de cuidados em saúde possui dificuldades em manter diálogos e construir um efetivo trabalho conjunto frente a esses casos:

[pausa de alguns segundos para começar a responder] *Acho que é comum se repetirem, a gente percebe que alguns que se internam por tentativa de suicídio, e em algum momento depois a gente tem notícia que tentou de novo, aparece ali na internação com nova tentativa.* (Rafaela-E).

Cescon, Capozzolo e Lima (2018) identificaram em seu trabalho o alto número de pessoas com histórico de tentativas de suicídio que buscam tratamento em um CAPS e, em contrapartida, a não realização de atenção diferenciada frente a essas situações. Tais informações, somadas à reinternação frequente, sinalizam que a atenção à pessoa que tenta suicídio não tem reunido estratégias eficazes, apresentando diversos desafios e fragilidades que precisam ser superados para o cuidado integral.

Muller, Pereira e Zanon (2018) destacam a importância do trabalho em rede naquilo que se refere aos diferentes comportamentos suicidas, a fim de se oferecer um cuidado integral e longitudinal – evitando assim, não somente as reinternações, como também a repetição da tentativa de suicídio. A Rede de Atenção Psicossocial tem como objetivo ampliar e articular ponto de atenção a saúde, através de um trabalho articulado – assim, a pessoa que passou por situação de tentativa de suicídio deveria poder contar com a disponibilidade de um cuidado integral e realizado pelos diferentes serviços da rede, além de participar de atividades na comunidade (Rio de Janeiro, 2016). Gonçalves, Silva e Ferreira (2015) chamam atenção para o trabalho em rede com base territorial, na qual

são buscados espaços que promovem saúde mental e a integração destes com ações específicas de programas assistenciais de saúde, organização e movimentos comunitários.

O trabalho em rede permite a criação de ferramentas para um trabalho continuado pautado na não interrupção do tratamento e ainda no fortalecimento das redes de apoio social (Zanardo et al., 2017). Contudo, o que se observa na prática, é que existe a dificuldade da rede de atenção psicossocial em se organizar e responder as necessidades da população, sendo necessário ampliar e fortalecer tais serviços (Bezerra et al., 2014).

Os profissionais entrevistados apontaram que a rede tem buscado se organizar frente aos casos que apresentam maior risco e gravidade, para os quais são buscados o acionamento de outros serviços para discussão e construção conjunta do cuidado. Foram mencionadas trocas mais frequentes com profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial e a realização de mini fórum – reuniões para discutir casos, geralmente graves, com envolvimento de diferentes setores (CAPS, UBS, conselho tutelar, CRAS, hospital, entre outros) para pactuar ações e a corresponsabilidade pelo cuidado – diante dos casos mais graves:

A rede foi se organizando de uma maneira bem bacana também, a rede foi fazendo trabalho junto com a enfermagem, no sentido de gestão dos casos mais graves, que se reinternam com frequência, então a gente passou a fazer uma discussão com vários profissionais envolvidos, vários dispositivos dessa rede saúde mental da cidade de Uberlândia envolvidos naquele caso, casos de mini fórum específico sobre aquele paciente. (Alice-E)

Diante das fragilidades existentes no serviço de saúde estudado, os participantes apontaram estratégias junto às famílias como aspecto que pode auxiliar no tratamento desenvolvido junto a pessoas atendidas pela instituição no que se refere a situações em

que houve tentativas de suicídio. A seguir foi apresentado a forma como o serviço compreende o papel da família junto aos casos atendidos.

3.3.O lugar da família no processo de cuidado da pessoa que tenta suicídio

O terceiro bloco decorrente das análises apontou que a família possui um papel de importância no cuidado das pessoas que tentam suicídio e a partir das entrevistas com profissionais de saúde foi possível observar diferentes configurações e papéis assumidos pela família durante o período em que a pessoa está na unidade de internação em saúde mental. Os indicadores levantados apontaram para a família enquanto recurso para o cuidado da pessoa que tentou suicídio e como parte do cuidado – em que se faz necessário observar as fragilidades da família nesse processo.

A família como recurso para o cuidado

A família foi apresentada pelos profissionais enquanto recurso no cuidado da pessoa internada após uma situação de tentativa de suicídio. Assim, os profissionais citaram a participação da família ao fornecer informações e detalhes sobre a situação vivenciada e oferecer apoio para o familiar internado como meios de auxiliar as ações de cuidados durante o período de internação hospitalar e as recomendações após alta.

Conforme apresentado pelos profissionais, os primeiros contatos com os familiares são um meio do qual eles se utilizam para obter informações sobre os sujeitos que chegam à unidade de internação: *“porque é o momento de colher também a história, ver a situação familiar, essa dinâmica né.”* (Ana-E). Para Buriola et al. (2011), nos serviços de saúde o contato inicial com a família é breve e não tem como finalidade oferecer cuidado, mas sim coletar informações sobre a tentativa de suicídio feita pelo familiar. Além disso, a família pode contribuir com informações relacionadas à própria tentativa de suicídio, uma vez que dependendo da situação a pessoa internada não se

encontra em condições de falar sobre isso em um primeiro momento: *“Fazia atendimento com a família quando a família ia lá né e dependendo da necessidade de cada caso também para poder pensar como que foi esse momento da pessoa.”* (Luiza-E). Na perspectiva psicossocial, o papel ocupado pela família durante o período de internação não deve se caracterizar apenas com base no oferecimento de informações acerca do familiar internado. Duarte, Carvalho e Brentano (2018) pontuam que a família possa assumir diferentes papéis nesse contexto, o que implica uma assistência voltada para as necessidades de cada família e levando em consideração sua realidade vivenciada.

Apesar do sofrimento apresentado pelo familiar, autores apontam a importância desse contato inicial para obter informações, uma vez que os familiares conseguem identificar alterações no comportamento da pessoa, falar sobre situações e problemas vivenciados que antecederam a tentativa de suicídio – contribuindo assim para serem pensadas e construídas estratégias mais adequadas desde os primeiros momentos da atenção (Buriola et al., 2021; Muller, Pereira & Zanon, 2017).

O reconhecimento da família enquanto rede de apoio da pessoa que tentou suicídio é uma recomendação de diferentes manuais que versam sobre a prevenção do suicídio (Rio Grande do Sul, 2011; Rio de Janeiro, 2016). É fundamental ainda reconhecer a família enquanto recurso e elo na rede de proteção ao usuário com risco de suicídio (ABP, 2014; Muller, Pereira & Zanon, 2017; Buriola et al., 2021). Frente a isso, a participante Ana-E destaca a necessidade de identificar os recursos da família para auxiliar no cuidado da pessoa que tenta suicídio, pensando no momento pós-alta quando esse indivíduo voltará a conviver no seio familiar e precisará contar com uma rede de apoio:

Então eu já tenho uma história dele, resgato a família para ouvir essa família né, se essa família é permissiva, se essa família é continente, se não é continente, se a família tem recursos econômicos e emocionais para cuidar desse indivíduo,

para amparar esse indivíduo no pós-internação né... Então eu vou fazendo essa avaliação com os familiares. (Ana-E)

Dentre as intervenções que consideram a família como apoio/auxílio para o tratamento da pessoa que tentou suicídio, a literatura destacou: processo de escuta e orientações quanto ao manejo de prevenção de novas tentativas, formas de lidar com o indivíduo que se autoagrediu, esclarecimento de dúvidas (Buriola et al., 2011; Oliveira, Colares, Noal & Dias, 2016). Oliveira, Colares, Noal e Dias (2016) compreendem ainda, a família enquanto potencial fonte de suporte para a prevenção do suicídio após a alta hospitalar, sendo necessário orientá-los nos cuidados necessários a serem seguidos.

Por outro lado, a participante Rafaela-E fala da importância das visitas dos familiares durante o período de internação, sendo esse um momento do qual a pessoa internada consegue retirar forças para continuar o tratamento:

Teve um momento que ela começou a sentir mais saudade do filho e isso começou a deixar ela um pouco mais deprimida ali na internação, e aí a gente organizou uma visita também do filho lá para ela. Então a gente conduziu essa visita da criança e até a gente tentou conversar com ela sobre a importância desse momento, foi uma visita que deixou ela depois bem emocionada, ela falou que ia tentar focar nisso para tirar força. (Rafaela-E).

Buriola (2021) destaca a importância da família durante a internação em saúde mental, já que com a presença de pessoas com as quais convive, a pessoa internada pode se sentir melhor acolhida e amparada, podendo ainda auxiliar na adaptação do familiar a situação de internação e a rotina da instituição – que rompe com aquilo que a pessoa estava acostumada. Por fim, Buriola *et al.* (2021) pontuam a imprescindibilidade da família para o tratamento durante a internação, sendo fundamental reconhecê-la enquanto

aliada da equipe de saúde e recurso na promoção de conforto e confiança ao paciente (Duarte, Carvalho & Brentano, 2018).

Além disso, Zanardo et al. (2017) apontaram em seu estudo a importância do apoio familiar/social como forma de diminuir a frequência de reinternações. Os autores observaram que pessoas com menor vínculo familiar e com a comunidade geram maiores riscos de reinternações – e conseqüentemente repetidas quebras de vínculos, maior afastamento e perda do apoio. Tal situação demonstra a importância da família no cuidado de pessoas que estão internadas em unidades de internação de saúde mental (Duarte, Carvalho & Brentano, 2018; Buriola, 2021).

A família como alvo de cuidados

Além da possibilidade de oferecer auxílio para o cuidado das pessoas com tentativa de suicídio, os participantes pontuaram situações em que observam a necessidade de realizar o cuidado desses familiares, que por vezes mostram-se fragilizados diante dos acontecimentos. Como explicam Muller, Pereira e Zanon (2017), os familiares da pessoa que tentou suicídio são fortemente impactados pela carga de violência e desgaste emocional mobilizado por questões ligadas ao suicídio. Assim, faz-se necessário cuidar e promover a saúde mental dessa família. Para Oliveira et al. (2016), situações decorrentes de tentativas que não obtiveram êxito podem causar prejuízos ocupacionais, econômicos e psicológicos para a família.

Assim, segundo a participante Rafaela-E quando se trata de tentativa de suicídio o cuidado se estende também aos familiares: *“Até porque pelos atendimentos, pelo que eu falei aqui né, raramente quando a gente pega um caso de tentativa de suicídio o nosso cuidado fica só limitado a essa pessoa, acaba se estendendo ao familiar, algumas pessoas de vínculo.”* (Rafaela-E). Isso ocorre porque os familiares que chegam à unidade de

internação mostram-se fragilizados e angustiados frente à situação na qual o membro de sua família tentou suicídio e apresentando diversos questionamentos sobre a situação vivenciada pelo familiar:

[...] E já aconteceu de familiares, acho que principalmente mães, com pacientes com tentativas de suicídio, que vão se mostrando bem fragilizados, bem assustados. É, algumas bem assustadas tentando falar "Ah, mas não pode deixar sozinho", "mas lá em casa eu tirei um monte de objeto, eu tirei faca lá de casa, tirei não sei o quê..." (Rafaela-E)

Assim, na verdade isso é feito o tempo todo de internação com os familiares, desde o primeiro momento que a gente acolhe os familiares em relação a esse paciente suicida, a essa tentativa grave que justificou a internação... (Ana-E)

Segundo Buriola et al. (2011), as intervenções podem e devem incluir um processo de escuta dos familiares, visto que a situação enfrentada gera diferentes preocupações. Além disso, é notável o sofrimento gerado nos familiares após uma tentativa de suicídio de um familiar próximo, mobilizando sensações de culpa, impotência e fracasso por não ter percebido possíveis sinais de risco e autopunição (Tavares, 2013; Oliveira, Colares, Noal & Dias, 2016).

A necessidade de um olhar voltado à família é observada ainda quando há dificuldade por parte dos familiares em lidar com a tentativa de suicídio realizada por alguém próximo que expõe problemas até então desconhecidos ou ignorados da dinâmica familiar:

A família dele, tanto a mãe quanto a esposa, era uma preocupação muito grande de "Nossa ele é bom, ele é muito feliz", "A gente está todo mundo bem. Meu filho acabou de [palavra em compreensível]", sabe umas coisas assim que parece que não tinha contato com o porquê, o que está acontecendo agora que levou a isso...

[...] Porque tinha um negócio assim da esposa dele de não querer que a gente conversasse com ele... De querer que a gente conversasse com ele, mas assim não falar sobre suicídio, falar que a vida é boa e que tem isso e que tem aquilo. Então iam tentando esconder as coisas e aí sei lá (Luiza-E).

Gonçalves, Silva e Ferreira (2015) pontuaram que a família, muitas vezes, é surpreendida pela tentativa de suicídio do familiar e essa confrontação com o ato leva à vivência de uma situação dolorosa e pode gerar sentimentos de raiva, culpa, impotência e fracasso por não terem percebido ou compreendido o risco. Dessa forma, os profissionais da UISM entrevistados demonstraram que diante dessas situações percebem a necessidade de realizar um cuidado aos familiares, buscando oferecer aquilo que eles estão precisando no momento, no sentido de cuidar dos sentimentos que são mobilizados frente a situação vivenciada, assim como a necessidade de se pensar os vínculos familiares:

E aí a gente percebe que às vezes, às vezes não, né, muitas vezes, a maioria das vezes esses atendimentos a quem tenta suicídio envolvem muito também o cuidado as pessoas dos vínculos familiares deles.” [...] o cuidado passa também pelo cuidado com essa família ou para alguma outra situação traumática que precisa ser elaborada mas que também precisa de uma oportunidade social para essa família ter uma outra dinâmica... (Rafaela-E)

desde o primeiro momento que a gente acolhe os familiares em relação a esse paciente suicida, a essa tentativa grave que justificou a internação... (Ana-E)

Diante do exposto, é necessário reconhecer a família tanto como rede de apoio da pessoa que tentou suicídio ou com ideação suicida, quanto como grupo que necessita de atenção na promoção de saúde mental, visto que é fortemente impactado pelo fenômeno do suicídio (Muller, Pereira & Zanon, 2017).

Por fim, após a análise dos dados compreendeu-se que o cuidado relacionado ao suicídio mobiliza sentimentos e sensações nos profissionais de saúde. Essas questões foram abordadas no tópico a seguir.

3.4. Suicídio: o que é e como me afeta?

A última categoria foi formada a partir de indicadores que captaram a forma como os profissionais de saúde expressaram se relacionar com o trabalho desenvolvido na UISM com o público de pessoas que tentaram suicídio, respondendo a uma pergunta que serviu como norteador para a análise das informações nesse primeiro bloco: “Como é trabalhar na UISM com esse público?”. Os subtemas agrupados nesta categoria de análise abordaram as compreensões dos profissionais sobre o suicídio; a forma como eles se sentiam realizando o cuidado dessas pessoas; e por fim, os impactos do trabalho desenvolvido.

Compreensões sobre o suicídio: O que é e o que leva as pessoas a tentarem suicídio?

Esse subtema surgiu a partir da identificação da visão dos participantes sobre o suicídio e tornou possível compreender a partir de uma lista de indicadores quais os sentidos subjetivos os profissionais dão a esse fenômeno. Assim, foram identificadas perspectivas sobre o tema que associam o suicídio a: (a) sintoma de um transtorno mental; (b) sofrimento social; (c) fetiche; (d) escolha; (e) ato consciente egoísta.

Sobre o primeiro ponto, os profissionais compreenderam o suicídio enquanto sintoma que faz parte da evolução de uma doença – podendo ser identificado como um transtorno mental ligado a fatores psíquicos, como angústias, psicoses, alucinações, depressão e euforia (Ana-Q, Renata-Q e Marcos-Q): ou ao uso abusivo de substâncias psicoativas (Ana-Q): [o suicídio é] *um adoecimento psíquico extremo...* (Marcos-Q); [o

suicídio] *normalmente está ligado a angustias, delírios ou alucinações (Edson-Q); [o suicídio ocorre] por excesso de sofrimento, por angústia, por depressão, por euforia, por psicose, por abuso de substâncias... (Renata-Q).*

Eu acredito que é um desfecho grave de uma coisa que poderia ser prevenida em muitos casos, pelo menos os casos que eu acompanho, dá para perceber nitidamente um transtorno mental. (Alice-E)

Recorrendo à literatura psiquiátrica, é possível encontrar diferentes estudos que observaram a relação entre suicídio e a presença de transtornos mentais (Botega, 2015; Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010; Botega, Werlang, Cais & Macedo, 2006; OMS, 2006). Segundo Botega (2015, p.231), nas situações em que ocorrem o suicídio é possível observar que “a existência de um transtorno mental encontra-se presente na maioria dos casos”.

Lopes (2010) considera que os avanços da medicina no século XIX levaram a uma associação do suicídio com a loucura e/ou a presença de transtornos mentais. Assim, aqueles que tiravam as suas vidas eram vistos como pessoas doentes que “apresentavam algum tipo de alteração em suas faculdades mentais” (Lopes, 2010, p.27) e a atenção foi direcionada para as dimensões patológicas do fenômeno e à preservação da saúde. Para Berenchtein Netto (2014), a associação do suicídio com transtornos psicológicos leva à restrição da compreensão do fenômeno a um único elemento determinante, o biológico – perdendo de vista o caráter social, cultural e histórico.

Observa-se que aqui o suicídio assume o sentido de “doença/transtorno mental”, e o fenômeno torna-se uma questão de nível individual – cujo foco encontra-se na pessoa responsável por cometer o ato. Dessa forma, a prevenção do suicídio estaria relacionada à identificação, observação e tratamento dos sintomas. Essa visão remete ao modelo biomédico muito difundida entre os profissionais de saúde, em que se exclui a

importância de aspectos subjetivos, culturais e sociais da análise (González Rey, 2011) e atribui caráter patológico a situações que expressam outros significados tanto sociais quanto individuais (González Rey & Bizerril, 2015).

A partir de outra perspectiva presente nas entrevistas dos trabalhadores da UISM, para alguns profissionais o suicídio é um sintoma social, no qual deve-se levar em consideração o contexto histórico e social da pessoa que tentou suicídio, que perpassa por vários setores como a educação, trabalho, família e também aspectos pessoais (Luiza-E; Rafaela-E; Ana-E). Assim, essas questões podem influenciar a trajetória de vida das pessoas e provocar uma série de sofrimentos, como a falta de recursos, condições financeiras, histórico de abuso sexual ou abandono (Luiza-Q), cobranças por produtividade, o ambiente de trabalho, a falta de suporte social e familiar (Rafaela-Q). Berenchtein Netto (2014) concorda com essa perspectiva ao abordar a forma como as taxas de suicídio se relacionam com características do modelo social em que vivemos e que influencia nos modos de vida das pessoas e na produção de sofrimentos e vulnerabilidades.

Ainda de acordo com essa visão, o suicídio seria marcado pela existência de um sofrimento intenso, com forte desesperança e desamparo, o que faz com que as pessoas não consigam ver outras formas de enfrentamento da situação e recorrem a tentativa de suicídio para lidar com a situação (Alice-Q, Ana-Q). Essa situação foi observada na fala de Alice-E que descreve o suicídio enquanto o desfecho de um sofrimento mental intenso que poderia ser prevenido com algumas ações de cuidado:

...é o desfecho de um sofrimento mental muito grande, muito intenso. Em que a pessoa não vê alternativa e que provavelmente falhou os dispositivos de prevenção, promoção de saúde mental, de tratamento mesmo, de psicoeducação.
(Alice-E)

Frente a isso, segundo a participante Rafaela-E é necessário considerar o suicídio como uma questão para as políticas públicas, com a criação de projetos de prevenção que ofereçam acesso a direitos básicos como saúde, educação e lazer que venham a melhorar a qualidade de vida, a partir da criação de espaços públicos de recreação, inserção no trabalho, educação e saúde:

E acho que, principalmente recentemente, vai aumentando, né, o número de suicídios em pessoas cada vez mais jovens. Acho que vai denunciando um pouco o funcionamento social que não está muito legal, que as pessoas não têm conseguido cumprir ou lidar com várias demandas. (Rafaela-Q)

De acordo com esses profissionais de saúde, as tentativas de suicídio podem ocorrer frente à falta de suporte econômico e social pelo setor público. Assim, Alice-Q, Luiza-Q, Rafaela-Q, Edson-Q e Miguel-Q pontuaram falhas nos setores da saúde e a inexistência de redes de apoio que deveriam acolher e oferecer recursos e qualidade de vida às pessoas. Para a participante Alice-Q, há uma visível falha na promoção, prevenção e no tratamento em saúde mental. Em complemento a isso, Luiza-Q acredita também que a falta de uma rede social de apoio, condições de vida material e afetiva também influenciam para a ocorrência desse fenômeno. De modo semelhante, Rafaela-Q afirma que além do sofrimento individual da história de cada indivíduo, é preciso compreender que o capitalismo impacta diretamente a vida das pessoas, em que é preciso lidar com a desigualdade social, a exploração, o preconceito e outros desafios que surgem.

Berenchtein Netto (2014) discute que os modos de vida em uma sociedade capitalista produzem como impacto o aumento de mortes voluntárias. Para Rosa e Malfitano (2019), a presença de relações desiguais de poder nas sociedades contemporâneas justifica o sofrimento enquanto fenômeno coletivo e social resultante de questões macrossociais, tais como as dinâmicas sociais e interesses políticos e

econômicos. Ainda segundo esses autores, reconhecer esse aspecto não significa reduzir todo sofrimento psíquico apenas à ordem social, mas sim, reconhecer a existência de situações na sociedade que excluem e marginalizam determinados grupos de pessoas e provocam sofrimento. As desigualdades e contradições levam ao surgimento de fragilidades individuais nascidas de exigências sociais – que impõe várias demandas aos indivíduos sem oferecer condições para tal – e criando cenário no qual os indivíduos devem se localizar e viver (Werlang & Mendes, 2013). O suicídio pode surgir então como uma manifestação extrema do sofrimento social diante de um contexto de vulnerabilidades – uma vez que a presente configuração da sociedade promete liberdade e oferece autonomia, ao mesmo tempo em que “retira as sustentações sociais e dispositivos de formação desse mesmo indivíduo” (Werlang & Mendes, 2013, p. 753)

Berenchtein Netto (2014) pontua que os atuais programas de prevenção ao suicídio, apesar de definir o suicídio como um fenômeno multidimensional (WHO, 2014) preservam a tendência de utilizar estratégias voltadas para aspectos biológicos e com caráter protetivo ligados à observação e/ou controle medicamentoso, sem que sejam focalizadas as motivações reais e as problemáticas que levam a pessoa a desejar ou buscar a própria morte. Nesse ponto, Rosa e Malfitano (2019) falam sobre a existência de políticas sociais que gravitam entre a assistência e o controle, mas sem conseguir produzir efeitos satisfatórios, já que ao focar somente na saúde, não alcançam todas as demandas da população.

Trazendo uma visão não compartilhada por outros participantes da pesquisa, um participante mencionou compreender o suicídio enquanto fetiche. De acordo com Edson-E, em determinadas situações tentativas de suicídio se relacionam com a existência de um fascínio pela morte e pelo morrer, podendo ser considerado como um fetiche na morte, como pode ser observado pela sua fala: “...*E assim, surpreendendo ou não, tem gente que*

tem tipo assim, um... sei lá como eu chamaria... um fetiche, quase um fetiche em morrer, um fascínio com a própria morte, imagina a morte.” (Edson-E). Apesar de considerar aspectos da subjetividade humana, observa-se uma tendência de culpabilização individual (Leão, Ianni & Goto, 2019) ao responsabilizar o sujeito e seu “fascínio pela morte” nas situações ligadas ao suicídio.

Por fim, foi sinalizado pelas participantes Ana-E, Miguel-Q e Renata-Q a necessidade de compreender o suicídio também enquanto uma escolha, marcado pelo direito pessoal de cada indivíduo, entretanto Miguel-Q reforça que escolha possa ser feita desde que haja outras opções e Renata-Q considera esse um ato como um ato egoísta que impacta a vida das pessoas que ficam. Enquanto isso, Ana-E aborda uma visão mais filosófica da questão pontuando que em determinadas situações o sujeito não consegue mais lidar com todos os sofrimentos, com a impotência frente a própria vida e, frente a isso, ele poderia escolher não querer mais viver:

Mas você vê que para aquele momento ali, para aquela situação e para aquele ser, ele realmente está podendo fazer uma escolha né, porque o jeito que está ali, às vezes por questão ali de outra doença, às vezes ele também não dá conta de lidar, às vezes por outras questões de falta de horizontes mesmo assim né, desse declínio do corpo, como foi desse idoso né?! Fiquei pensando nisso também para hoje, pensando nesse senhor de 95 anos né: O quê ou quanto nós poderíamos tê-lo ajudado né? A gente poderia ter ajudado sim, mas também uma pessoa que foi potente a vida inteira de repente... Então lida muito com essa coisa da potência do ser. É necessário viver as impotências, é necessário aprender sempre a conviver com o sofrimento né... É possível, mas tem pessoas que podem ser diferentes né?! (Ana-E).

Corroborando com isso, Silva, Alves e Couto (2016) abordam o suicídio a partir da perspectiva de uma escolha existencial frente às problemáticas e frustrações diante da realidade vivida, diante disso, a “alternativa da morte revela a vida que se vive” (p.188). Nesse sentido, é construída a ideia de que as pessoas possuem o direito de decidir interromper ou não a própria vida, mas que tais escolhas estão relacionadas a diferentes questões da vivência humana, como a frustração e o sofrimento. E assim, o suicídio seria resultado de configurações subjetivas das vivências de cada pessoa – em que cada indivíduo poderia responder de modos diferentes de acordo com sua vivência. Nesse aspecto, as discussões sobre o suicídio se esbarram em aspectos éticos em relação a autonomia frente ao direito de decisão das pessoas (Kovács, 2013). A participante Luiza-E sinalizou tais reflexões que surgem durante o cuidado:

Ficava muito isso ‘então a gente tem que convencer todas as pessoas a ficarem vivos?’, qual que é esse limite também? De quando, até onde vai, sabe?! Porque se a pessoa quiser se matar ela não pode e aí a gente tem que fazer ficar aqui até, sei lá. (Luiza-E).

Kovács (2013) pontua controvérsias presentes na bioética e nos diferentes códigos de ética de profissionais da área da saúde ao abordarem o tema do suicídio, visto que ora destaca-se a autonomia das pessoas em suas ações e decisões e, em outros momentos coloca a promoção da vida como princípio absoluto. Tal dualidade representa o conflito exposto por Rafaela-E ao levantar a questão de até onde os profissionais de saúde devem impedir as pessoas de cometerem suicídio. Na maior parte dos casos, pessoas que tentam o suicídio estão em sofrimento por diferentes fatores – que podem ou não cessar a partir das ações de cuidado realizadas – e os códigos de ética profissional não se aprofundam em tais questões.

Após a exposição dos principais pontos levantados pelos profissionais foi possível observar a presença de visões diversas sobre o tema, que ora focalizam aspectos individuais e ora dão ênfase a aspectos sociais. Assim, pôde-se observar a presença de diversos sentidos subjetivos gerados a partir do fenômeno suicídio - cabendo ressaltar os processos individuais, histórico-cultural e sociais que estão envolvidos na forma como esses profissionais se relacionam com a temática. Ainda assim, se faz necessário pontuar a necessidade de compreender o suicídio como um fenômeno que envolve diferentes fatores, não sendo possível atribuir causas únicas, sendo eles, fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos (WHO, 2014; Cescon, Capozzolo & Lima, 2018). Cumpre reconhecer que não basta olhar o suicídio a partir de lógica pautada pelo “modelo biopsicossocial” e reproduzir discursos mecanicistas. Na prática diária é necessário se debruçar sobre o fenômeno para compreender as dinâmicas de funcionamento que envolvem tal temática, levando em consideração o tempo histórico, social, econômico que vivenciamos.

Como me sinto realizando o cuidado de pessoas que tentam suicídio?

Além das compreensões sobre o suicídio, foi possível observar a forma como o atendimento de pessoas que tentaram suicídio mobiliza e suscita diferentes sensações e sentimentos nos profissionais responsáveis por realizar esse cuidado. Foram identificados indicadores que demonstraram tristeza, cansaço, insegurança, responsabilidade, alívio, culpa, desconforto, dentre outros que atravessam o trabalho dos participantes dessa pesquisa.

Os participantes mencionaram sentimentos e sensações que tornam difícil a realização desse cuidado, como tristeza (Alice-Q), preocupação (Pedro-Q), cansaço (Rafaela-Q) e impotência (Ana-Q). Através dos relatos da participante Ana-E,

compreende-se que esses sentimentos aparecem vinculados a não compreensão ou não aceitação dos motivos que levam uma pessoa a tentar tirar a própria vida: “(...) *falei com uma forma de me sentir... de uma tristeza mesmo de ver uma jovem de 18 anos [tirar a própria vida]*” (Ana-E).

Enquanto isso, Alice demonstra se sentir triste ao se encontrar diante do sofrimento da pessoa – compreendendo assim, que deve ser intenso para chegar ao ponto de tentar suicídio: “*Acaba que eu me sinto confortável de falar com paciente, eu me sinto triste por ele porque eu sei que o sofrimento está grande.*” (Alice-Q).

O participante Miguel-Q citou ainda sensações de insegurança, instabilidade e imprevisibilidade, frente ao fato de não ser possível prever o que ocorrerá com a pessoa após receber alta da instituição e quando acontecerá uma nova tentativa de suicídio. Assim, os profissionais demonstraram durante o estudo a insegurança que apreço associada a essa responsabilidade caso a pessoa venha a óbito por suicídio, demarcando como principal aspecto a possibilidade existente de que essa pessoa possa vir a óbito por suicídio em outro momento.

Na literatura é possível encontrar estudos que também identificaram sensações de impotência, tristeza, angústia, medo e preocupação nos profissionais diante da atuação com pessoas que apresentam comportamento suicida (Oliveira, Collares, Noal & Dias, 2016; Gutierrez, 2014; Silva & Boemer, 2005). Oliveira, Collares, Noal e Dias (2016) e Silva e Boemer (2005) constataram que tais sentimentos externalizam a insegurança em relação ao papel profissional desempenhado, os limites de até onde poderão impedir o paciente de cometer suicídio e as repercussões do cuidado realizado posterior a alta.

Diante disso, foi possível compreender que profissionais associaram o cuidado a pessoas que tentam suicídio como de difícil realização e que demanda muito deles próprios. Entretanto, nota-se que a dificuldade em realizar esse cuidado não se relaciona

com o atendimento específico de pessoas que tentam suicídio, estando assim, mais vinculado a imprevisibilidade diante do suicídio – em que a pessoa atendida poderá realizar novas tentativas de suicídio, podendo em uma delas obter êxito em a própria vida.

Para Gonzalez Rey (2011), existe com frequência na naturalização da própria subjetividade uma sensação de que a vivência permanente cuja temporalidade é infinita, tal situação nos leva a um estado de permanência, de segurança frente a vida e essa produção subjetiva é rompida com a existência de uma doença – para profissionais de saúde, pode-se considerar que essa configuração é colocada em dúvida nos casos em que uma pessoa tenta tirar a própria vida. Isso porque é compartilhado entre profissionais de saúde – devido ao histórico de formação e ideias compartilhadas socialmente – de que sua missão é “salvar vidas” (Merhy, 2004), assim ao se depararem com pessoas que fogem a esse aspecto e tentam tirar suas próprias vidas, tal estado de segurança é posto em dúvida e os profissionais precisam lidar com os seus próprios medos, inseguranças e limites – o que torna mais difícil a realização desse cuidado (Ferreira & Gabarra, 2013; Rigo, 2013).

Além desses, foi possível observar ainda a forte presença da sensação de dever/responsabilização/obrigatoriedade no cuidado da pessoa que tenta suicídio, expressa pela necessidade de se responsabilizar e cumprir o dever de ajudar as pessoas que tentam suicídio, a partir do oferecimento de “segurança, auxílio e se responsabilizando por sua integridade até que tais sensações passem” (Alice-Q). Silva e Boemer (2004) pontuaram algo semelhante em seu trabalho, ao observar que os profissionais de saúde entendiam a necessidade de “proteger” as pessoas que apresentam comportamentos suicidas. Assim, a pessoa que tenta suicido parece assumir o lugar de “alguém que precisa ser protegido/salvo de si mesmo” – missão essa que fica a cargo dos profissionais de saúde que irão realizar o cuidado.

Tal senso de responsabilização parece surgir vinculado à necessidade de realizar um trabalho efetivo para que a pessoa não apresente tentativas de suicídio posteriormente à saída da unidade, como pode ser visto na fala de Alice-Q: *“Me sinto na obrigação de “reverter” o quadro. De tratá-lo de forma que volte a crescer uma vida dentro da pessoa novamente.” (Alice-Q)*. Outros participantes também ressaltaram a necessidade que sentem de fazer algo efetivo diante desses casos atendidos na unidade: *“Acho que [breve pausa] tem isso da gente, acho que mobiliza de certa forma a gente, né, de parecer que a gente tem que fazer algo pela pessoa.” (Rafaela-E)*.

...naquele momento que o indivíduo esteja realmente muito adoecido e daí ele precisa de um atendimento e ele precisa de ajuda e ele precisa sair dessa condição... Sim, com certeza! A gente fica desse lado enquanto pessoa que cuida da saúde do outro né, a gente fica sempre desse lado de que sempre é possível fazer, refazer, fazer sempre algo para tirar esse indivíduo desse lugar, para que um indivíduo não execute né nada de mal (Ana-E).

A participante Ana-E narra uma situação na qual que exemplifica a forma como a equipe se coloca como responsável pelas pessoas com histórico de tentativa que passam pela UISM, demonstrando em diversos níveis os complexos sentimentos envolvidos na realização desse cuidado:

[ligaram para a profissional informando que uma pessoa que a unidade acompanhava tinha se suicidado] *Eu, primeira semana de férias, entrei em desespero quando eu ouvi aquilo, eu recapitulei todo o meu atendimento anterior e eu falei "Não, essas minhas férias não foi uma ausência assim nesse sentido de que eu deixei alguma coisa errada", veio um grau de responsabilidade, nem é tanto isso, mas pelo envolvimento que nós estávamos passou tudo isso pela minha cabeça: "Como na minha primeira semana de férias? Como assim o que que*

aconteceu? Onde erramos? Onde a gente não viu o risco?" [...] E aí nisso da gente ir, alguém liga e fala assim "Dra. a fulana não é a que tem 13 anos, ela tem 22 anos, quer dizer é jovem também né e tem o mesmo nome, mas não é a sua paciente", e todo mundo na enfermaria comemorando de alegria por não ser a minha paciente. (Ana-E).

Diante dessa responsabilização os profissionais precisam lidar com dois sentimentos extremos que surgem diante dos casos que atendem: a alívio frente às situações em que obtiveram resultados positivos – a não ocorrência de suicídio, diminuição de ideação suicida e ausência de planos para novas tentativas – e a consequente culpabilização quando pessoas que passaram pela unidade vem a óbito após nova tentativa de suicídio. Sobre o primeiro ponto, os participantes relataram como se sentem quando os casos mostram resultados satisfatórios:

Assim quando a gente interfere, a gente se sente até bem de ver que não teve nada demais e a gente fica bem, realizado inclusive com a intervenção satisfatória né, sem ter ocorrido um problema maior... (Edson-E)

Então você vai da alegria de ter conseguido atravessar esse tempo junto com esse indivíduo, atravessar essa dor junto com essa pessoa, atravessar essa desesperança junto ali sabendo que pode contar com você, você sendo recurso para ele em muitos momentos que ele não dá conta de ter recurso nenhum, de ver luz nenhuma... (Ana-E)

Por outro lado, a sensação de culpa – também pontuada no estudo de Silva e Boemer (2005) – surge como uma cobrança em relação ao trabalho realizado junto à pessoa que tentou suicídio, em que se assume certa responsabilização e o suicídio passa a refletir as falhas do trabalho daquele profissional:

casos como esse último que eu te contei em que você, exatamente naquele momento, se cobra de não estar ali, de não ter sido esse recurso, se foi em outros momentos, mas naquele momento aquela pessoa não conseguiu pensar naquela equipe, pensar no dispositivo, pensar no CVV, pensar em algo que possa tirá-lo daquele lugar. (Ana-E)

Outro indicador localizado faz referência à sensação de desconforto que surge durante os atendimentos (Silva, Alves & Couto, 2016), diante tentativas de suicídio que são descritas como mais “agressivas” e expõe feridas/machucados que resultaram do ato cometido. Tal situação foi exemplificada por Luiza no trecho abaixo:

Era um incômodo disso né, do visual que estava ali escancarado, da forma que ele tinha tentado porque é uma forma bem agressiva. Que nossa, imagina você pegar uma faca e passar no pescoço? [...] Enorme assim, e era muito desconfortável atender ele por causa de ver isso o tempo inteiro ali, era um “calombão”, tinha várias suturas [falha no áudio, palavra incompreensível]. E isso dele ficar o tempo todo passando a mão, por que incomodava. E de conversar com ele parece que não teve, parece assim que não tinha uma auto consciência do que tinha acontecido ou o que que gerou angústia nele que ele fez isso (Luiza-E)

Frente aos aspectos apresentados, compreende-se que o cuidado da pessoa que tenta suicídio assume para os profissionais diferentes configurações subjetivas que se relacionam também com a forma como o suicídio é visto em nossa sociedade e daquilo que se espera dos profissionais médicos – salvar vidas e evitar a morte (Lopes, 2010; Rigo, 2003). É possível assim, observar diferentes questões que atravessam o cuidado da pessoa que tentou suicídio, tornando complexa a realização do trabalho e sinalizando o modo como esses atendimentos impactam e repercutem na vida desses profissionais.

Impactos do trabalho desenvolvido: Quais as repercussões de trabalhar na UISM com esse público?

Frente à exposição do tópico anterior, é possível compreender que o trabalho realizado junto a pessoas que tentam suicídio impacta e provoca dores e sofrimentos nos profissionais de saúde, demandando atenção e cuidado por parte da instituição na qual trabalham. Ainda assim, mesmo com a maior parte dos profissionais apontando os sentimentos e as sensações mobilizado, apenas duas profissionais falaram mais profundamente sobre as dificuldades de se trabalhar na UISM com esse público. Seguindo a noção de trabalho vivo proposta por Merhy (2006) e compreendendo que os trabalhadores vão responder de diferentes formas frente a uma mesma situação (Nespolo & Merhy, 2018), a escrita do presente tópico foi mantida ao se pensar nas configurações presentes na dinâmica do trabalho que levam alguns profissionais a expor as dificuldades e outros não.

Frente a isso, as participantes Luiza-E e Ana-E expuseram os impactos e as dificuldades da atuação em casos que envolvem o tema do suicídio, principalmente ligadas ao fato de estarem constantemente frente ao sofrimento do outro:

Assim, de pensar casos de atendimento de pacientes com suicídio, geralmente eu fico meio mal depois por causa da temática mesmo. [...] Ainda mais os atendimentos de pessoas que já tentaram suicídio, eu que tenho isso no escopo, né?! Acho que isso afeta a gente, não tem como a gente não ser afetado pelas pessoas que a gente vai atendendo... (Luiza-E)

É... São vários sentimentos que às vezes podem surgir no decorrer de estar lidando com sofrimento psíquico né daquela pessoa, de qualquer pessoa né... Às vezes você sai com muitas reflexões né, acho que daquele sofrimento né. [...]

Então é doloroso isso, eu tenho que te dizer que às vezes é doloroso viver isso, não dá para dizer que a gente consegue se distanciar disso. (Ana-E).

Uma das falas mais emblemáticas desse trabalho retrata com sensibilidade as questões enfrentadas por esses profissionais no cotidiano de trabalho e expõe as dificuldades de se estar no serviço: “*ali [na UISM] a gente morre todo dia! A gente morre todo dia [ênfase] porque a gente engole dores e dores e dores.*” (Ana-E). Em complemento, Luiza-E fala sobre a difícil missão de lidar com situações e casos que chegam na instituição:

Eu não estava bem no final, de estar lá dentro (...) não só por causa dos casos de suicídio, era de tudo, porque ia chegando num momento que eu ficava “nossa, eu não sei o que é verdade e o quê que não é”, porque esses pacientes tudo delirando na minha cabeça, essas coisas e eu não estava conseguindo, tipo, sustentar sabe!?(Luiza-E).

Werlang e Mendes (2013) discutem as possíveis repercussões para a saúde física e psíquica dos trabalhadores a partir do sofrimento gerado pelo trabalho. Segundo as autoras, uma das repercussões vivenciadas é o processo de cristalização que pode tornar os trabalhadores insensíveis à situação geradora de sofrimento e levar à adoção de posturas de negação e silêncio. Na unidade pesquisada, foi possível observar um movimento semelhante dos profissionais de saúde ao adotarem posturas de distanciamento durante os atendimentos como forma de não se envolverem e precisarem lidar com o sofrimento suscitado pelo atendimento de casos que envolvem o suicídio: “*mas vai fazendo sentido também, quem passa muito tempo ali se distanciar disso que nos afeta. É um jeito conseguir lidar também, para conseguir lidar com a rotina. (Luiza-E); “Uma forma de não sofrer é se distanciar, principalmente a equipe de enfermagem faz isso, está ali 24 horas e é difícil dar conta né então ela se distancia.” (Ana-E).*

Compartilhando o mesmo pensamento, Oliveira, Nascimento, Lima e Aoyama (2020) consideram que com a equipe de enfermagem encontram-se elevadas cargas emocionais, por acúmulo de alta carga de trabalho somada a desgaste emocional ao presenciarem os sofrimentos vivenciados pelas pessoas internadas. Para além da equipe de enfermagem, o contato com a realidade do trabalho em uma unidade de internação em saúde mental leva toda a equipe a uma situação de sofrimento e distanciamento:

e não é todo mundo que quer saber, inclusive o próprio serviço, o próprio serviço não quer parar e pensar na dor que é estar neste lugar de pensar na dor, não é nem de sentir, é de pensar, de discutir, de refletir... (Ana-E)

Em suas falas, os profissionais destacaram experienciar dores e sofrimentos no contexto do trabalho desenvolvido na UISM que sinalizam a necessidade da oferta de cuidado psicossocial para esses profissionais por parte da instituição na qual atuam. A participante Ana-E relembra situações em que três profissionais de saúde do próprio hospital tentaram suicídio, sendo que um dos profissionais veio a óbito e uma das tentativas ocorreu no próprio hospital:

[...]Três médicas, três médicas, uma acertou, uma morreu mesmo se suicidou, deu conta, morreu a mais nova delas. A mais velha fez isso lá dentro do hospital, lá no alojamento médico e foi muito difícil, muito grave, muitíssimo grave. A segunda que não era, era jovem, mas não era tão jovem quanto a que deu conta, ela ficou grave também... (Ana-E)

Outros trabalhos abordaram a questão do risco de suicídio entre profissionais de saúde (Freitas et al., 2020; Oliveira, Nascimento, Lima & Aoyama, 2020; Silva et al., 2015), demonstrando assim, que a situação descrita não configura fato isolado e devem ser pensadas estratégias frente a essa situação nas diferentes instituições e setores da saúde e sociedade (Muller, Pereira & Zanon, 2017; Freitas et al., 2020). A participante Luiza-E

fala sobre a não existência de espaços de cuidado voltados para os profissionais da unidade de internação em saúde mental:

[...] e é que falta isso, de um cuidado com alguns profissionais ali também, porque é pesado ficar ali, o tempo que a gente passa [...] imagina passar o tempo todo com aqueles pacientes, com aquele tanto de sofrimento, com aquele tanto de questão difícil, acho que faz muita falta ter esse momento de cuidado com os profissionais. (Luiza-E)

Quando os profissionais são perguntados sobre a oferta de cuidado para os profissionais oferecidos pela instituição, são citados alguns setores ou projetos como o Naass (atualmente é chamado de Ambulatório de Saúde do Servidor - Asser), a DIRQS (Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor) e o Projeto Proteger-se (que tem oferecido atendimento psicológico online para a comunidade UFU, que inclui professores, técnicos, alunos, profissionais de saúde). Apesar de citarem, os profissionais entrevistados não faziam uso desses serviços existentes na instituição e demonstraram desconhecimento sobre o funcionamento atual e as ações ofertadas por eles. Nespolo e Merhy (2018) apontam que os programas e as ações voltadas para a saúde do trabalhador desenvolvem papéis pouco interessantes nas instituições de saúde e não se configuram enquanto possibilidade para os mesmos. Tal situação pode ser corroborada pelos dados da presente pesquisa, ao se pensar em um serviço com frentes de atuação voltadas para saúde do trabalhador na instituição, mas que não é utilizado – e muitas vezes, é desconhecido – pelos profissionais do hospital. Em adição, Muller, Pereira e Zanon (2017) identificaram a falta de assistência psicológica por parte do setor público voltada para profissionais que atuam em saúde mental.

Oliveira et al. (2016) sinalizam as dificuldades, os sofrimentos e o adoecimento de profissionais de saúde que atuam em unidades de internação em saúde mental.

Portanto, é preciso reconhecer os sofrimentos e as dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde no cotidiano do seu trabalho (Freitas et al., 2020) e a necessidade de se pensar estratégias eficazes e compromissadas frente a esse cenário (Werlang & Mendes, 2013).

Tais processos subjetivos vivenciados pelos profissionais no ambiente de trabalho, em especial naquilo que envolve o fenômeno do suicídio, trazem consequências que podem envolver dentre outros, a adoção de posturas hostis e agressivas do profissional de saúde diante da pessoa que tenta suicídio (Jardim, 2017; Freitas & Borges, 2017).

3.5. Recomendações ao serviço

O presente trabalho expôs fragilidades, dificuldades e sentimentos mobilizados nos profissionais de saúde que sinalizaram a necessidade de serem pensadas estratégias diante dos aspectos levantados. A literatura pontua que, com frequência, profissionais de saúde que atuam com o fenômeno do suicídio, se sentem incapacitados ou insuficientemente preparados para realizar esse cuidado e, apontam a necessidade de ações de capacitação e educação permanente (Moura et. al., 2011; Oliveira, Colares, Noal & Dias, 2016). Conforme apontado por Cencon, Capazzolo e Lima (2018) a atenção ao suicídio demanda a criação de espaços de educação permanente no cotidiano do trabalho, uma vez que os trabalhadores em saúde demonstram as dificuldades em lidar com tal temática. Assim, segundo as autoras, espaços em que os profissionais possam compartilhar coletivamente reflexões, dúvidas, incertezas e trocas de saberes podem potencializar as práticas de cuidado.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) estabelece a concepção de aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos no contexto do SUS e

reconhece o cotidiano do trabalho como lugar de invenções, acolhimentos e práticas criativas cooperativas (Brasília, 2014). A estratégia da Educação Permanente em saúde estabelece mudanças na perspectiva das estratégias de formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, ao propor processos de qualificação dos trabalhadores da saúde comprometidos com as necessidades de saúde das pessoas e das populações. Frente a isso, a atualização técnico-científica torna-se apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central, devendo as ações de formação e o desenvolvimento englobar aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS (Brasil, 2004). Conforme apontado por Macêdo, Albuquerque e Medeiros (2014), as práticas de educação na saúde devem considerar várias dimensões, como a aquisição de conhecimento formal (teórico), a prática profissional e a dimensão voltada para as relações, trocas de experiências, conhecimentos técnicos da equipe, dentre outros.

Uma das possibilidades da Educação Permanente em Saúde, segundo Cescon, Capazzolo e Lima (2018, p. 196), é a possibilidade de construção de “espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano”. No contexto da UISM é importante se pensar na criação de espaços de diálogos entre a própria equipe da unidade, cujos encontros possuam configurações e objetivos diferenciados da Gestão de casos – que no momento da pesquisa eram os únicos espaços no qual a equipe de fato se organizava e se reunia. Pensando nisso, Cecon, Capazzolo e Lima (2018) citam rodas de conversa como estratégia criativa que permitiram que os trabalhadores da saúde:

[...] colocassem em análise a motivação, a compreensão e implicação com o próprio trabalho. O compartilhamento de fragilidades, medos, dificuldades, mas também de experiências, de conhecimentos e soluções criativas, fizeram com que

as rodas de conversa mobilizassem potencialidades e impulsionassem movimentos de mudanças nas práticas. (p. 196).

A perspectiva da Educação Permanente em Saúde possibilita que processos criativos como o citado acima sejam desenvolvidos no contexto do trabalho em saúde, sendo necessário que a equipe se mobilize para refletir e organizar estratégias que se adaptem as características dos serviços e da unidade. É importante que os profissionais de saúde reconheçam a importância de compreenderem o trabalho em saúde mental a partir da ética do agir e para além do cuidado biomédico, focalizando em suas práticas aspectos como: a escuta da diferença, o acolhimento, o vínculo, dentre outros (Almeida & Merhy, 2020). Ainda segundo Almeida e Merhy (2020), o cuidado, a ser desenvolvido em uma perspectiva verdadeiramente antimanicomial, deve ser direcionado para além do cuidado com o outro, focalizando também o cuidado de si e o cuidado com o encontro, ou seja, deve ser direcionado também aos trabalhadores em saúde.

Sobre isso, os participantes da presente pesquisa relataram a existência de sofrimentos mobilizados pelo contexto do trabalho desenvolvido. Frente ao exposto ao longo do trabalho, acentua-se a necessidade não só de serem oferecidas formas de cuidado a esses profissionais, como a necessidade de serem ofertados espaços para se discutir suicídio na instituição, uma vez que é possível observar os diferentes impactos que esses atendimentos provocam nos profissionais.

Faz-se necessário a oferta de cuidado psicossocial para profissionais que trabalham com situações relacionadas ao suicídio, que possam ser oferecidas e divulgadas de modo eficaz pela instituição na qual atuam, ao contrário, de serviços oferecidos pelo hospital que são desconhecidos pelos profissionais, ou não se configuram enquanto serviços que respondem as reais necessidades dos mesmos. Nespolo e Merhy (2018) ressaltaram que os Programas e Serviços de Saúde do Trabalhador não tem conseguido

realizar ações efetivas nas instituições de saúde e, propostas como a Educação Permanente que apontariam caminhos criativos não tem se configurado enquanto possibilidades. Assim, ações voltadas para cuidados com a saúde dos trabalhadores têm sido focadas na biomedicalização e pautadas na medicina ocupacional, produzindo pouco efeito – situação que pode ser vista no contexto da pesquisa.

O sofrimento tem se configurado enquanto característica do trabalho real, vivenciado pelos profissionais (Dejours, 2004). Diante disso, Merhy (2013) discute as dificuldades de se produzir saúde através de cuidados inovadores e “gerar vida” com trabalhadores exauridos e esgotados com o trabalho. Para o autor, a equipe pode funcionar enquanto apoio e possibilidades de produção de alegria e alívio, produzindo novos sentidos para as práticas desenvolvidas pela equipe que consegue promover alívios para as pessoas internadas e para si. Assim, além de encontros para supervisões institucionais e clínicas, as equipes precisam criar arranjos que permitam refletir sobre as tristezas e sofrimentos e proporcionando espaços de cuidado para si enquanto cuidadores.

4. Considerações Finais

As mãos tremem, a barriga sente cócegas, a respiração torna-se descompassada e você se encontra diante da incerteza e da possibilidade de se deparar com algo novo... Fazer pesquisa no mestrado provocou tais sensações em mim e essas sensações se repetiram no decorrer de todo processo: a cada aprendizado, a cada nova entrevista, a cada novo desafio, a cada novo texto descoberto.

O processo de planejamento da pesquisa mobiliza diferentes sentimentos e reflexões acerca do desconhecido e cria-se um processo de idealização que se junta a ansiedade para iniciar. Tal idealização é posta em jogo quando você se depara com o real e as necessárias modificações que tornarão possível a realização da pesquisa. Diferentes acontecimentos atravessaram o meu trabalho, em uma das passagens do diário de campo continha a seguinte anotação:

É desanimador admitir que a minha pesquisa não vai sair como planejei. Hoje fiquei horas deitada e olhando para o teto me questionando se fiz a escolha certa: Será a pandemia ou será que o problema sou eu? Não há nada o que eu possa fazer? (Diário de Campo, Outubro, 2020).

Os questionamentos sobre o pesquisador neutro em pesquisa não se sustentam quando estamos expostos ao campo da pesquisa e somos afetados pela instituição, pelo contexto pelas e condições históricas e sociais. As páginas estampadas no diário de pesquisa demonstram o quanto a pesquisa aqui desenvolvida provocou dúvidas, animação, questionamentos, anseios e preocupações ao longo do processo. Por outro lado, as mesmas páginas desenham os atravessamentos e as implicações que precisam ser apontadas sobre o serviço e o contexto vivenciado – que de forma cíclica foi responsável por vários dos anseios.

Adentrar no campo de pesquisa, sem de fato entrar no serviço de saúde pesquisado em virtude da pandemia da Covi-19 me fez questionar se seria possível uma análise aprofundada sobre o funcionamento da instituição. Os “caminhos tortuosos” de contato com a equipe de saúde pareciam reafirmar tal constatação e os questionamentos sobre o que estaria errado permaneceram por bastante tempo, até compreender que a instituição (e todo o cenário envolvido nessa trama) estava provocando tais sentimentos em mim devido a sua organização e funcionamento. Sensações parecidas que eu havia sentido ao estagiar na unidade anos atrás.

Despertei para tal possibilidade após uma supervisão em que a minha orientadora me disse: “esse silêncio é também um dado”. Observei aos poucos a forma como esse dado – o silêncio – conversava com aquilo que os participantes trouxeram durante as entrevistas em relação aos diferentes desafios que eles vivenciavam, mas também referente a própria (ausência de) comunicação entre a equipe, as dificuldades em falar sobre o trabalho realizado, entre outros. Naquele momento percebi que a instituição parece possuir funcionamento, normas e regras cristalizadas que promovem o silêncio e que não se alteram com mudanças na equipe de saúde.

Refletindo inicialmente sobre o contexto, os desafios impostos, muitas vezes, se sobrepuseram aos aspectos investigados. Pesquisar sobre tentativa de suicídio e a forma como um serviço de internação se organiza para ofertar tratamento em um momento histórico tão específico (pandemia da Covid-19) se configurou enquanto desafio, pois debruçar-se sobre um tema complexo e que mobiliza afetos atravessado pela vivência em um cenário caótico movimentava outras preocupações naquele momento: refletir sobre o suicídio enquanto a continuidade da vida era uma incerteza era um verdadeiro desafio para as pesquisadoras e, mais acentuado ainda para os profissionais de saúde da instituição que pretendemos investigar.

Mesmo com a situação vivenciada, houve aqueles que resolveram participar da pesquisa. As respostas ao questionário – longo e com várias perguntas abertas – já indicava a mobilização daqueles que se disponibilizaram a participar da pesquisa. Ao final do questionário havia um campo destinado para observações e sugestões e foi comum respostas que falavam sobre a importância do tema de pesquisa. Assim, observei que mesmo diante dos silêncios e questionamentos que configuraram a fase de convites para a pesquisa, aqueles que resolveram participar o fizeram por possuírem interesse e/ou envolvimento sobre o tema suicídio.

Nas entrevistas, tal situação ficou mais acentuada: os profissionais possuíam certo interesse no tema e ressaltaram dificuldades relacionadas a temática, já abordadas ao longo deste trabalho. Entretanto, um possível analisador da instituição pesquisada foi constatar que a maior parte dos profissionais entrevistados não apontaram lacunas no serviço e nem mesmo a existência de dificuldades enfrentadas no cotidiano do serviço. Se por um lado, a maioria dos profissionais não abordaram os desafios e dificuldades do trabalho, dois participantes pareciam engajados (e se um parêntese me permitir falar, pareciam sentir forte necessidade) em apontar aquilo que não estava funcionando na unidade. Coincidentemente, ambas as entrevistas foram as que tiveram maior duração e ao reler as entrevistas na íntegra após um tempo de afastamento, compreendi que tais passagens expunham situações que foram sendo vivenciadas sem espaços para trabalhar tais questões.

Refleti sobre a disparidade entre os aspectos pontuados e, ao retornar ao material e as demais entrevistas, verifiquei que o apontamento de problemas e reflexões foram feitos por profissionais que, no momento da entrevista e por diferentes motivos, não estavam atuando na unidade de internação em saúde mental. Essa observação leva a reflexão de dois aspectos: as dificuldades dos profissionais em apontarem problemas

vivenciados no cotidiano do serviço e a possibilidade de fazer reflexões aprofundadas ao se afastar do campo de trabalho. De certo modo, o silêncio que já caracteriza a instituição se faz presente também ao falar sobre o serviço. Além dessas, algumas dúvidas são levantadas: O que o silêncio promove nessa instituição e o que facilita a sua manutenção? Como superar as forças instituintes dessa instituição?

O próximo passo foi refletir sobre os impactos de tais compreensões para o serviço estudado e assim questionar quais as contribuições da pesquisa, especialmente para o serviço que tornou possível a realização da mesma. Assim, ao longo do trabalho descobri que ser pesquisadora é não perder a capacidade de questionar, é se deixar mover pelas dúvidas e inquietações provocadas, é se afetar pelos temas que pesquisa. Tudo isso é importante para sair da terra firme e ir ao encontro daquilo que está ali para ser descoberto, refletido e problematizado.

Apesar dos desafios e dos caminhos percorridos ao longo do trabalho, a pesquisa qualitativa empreendida possibilitou compreender a forma como é realizado o cuidado de pessoas que tentaram suicídio na unidade e buscou-se capturar os sentidos e significados produzidos pelos profissionais frente ao trabalho realizado, os sentimentos produzidos e as compreensões que subsidiam a prática profissional.

A partir da pesquisa foram identificadas que muitas ações ainda se encontram centralizadas nos aspectos biomédicos, algo visto também na literatura produzida sobre suicídio e tentativas de suicídio. Ao longo do trabalho foi necessário parar e refletir sobre a concepção de cuidado e o trabalho realizado na unidade de internação em saúde mental ao reproduzir ações de tratamento a partir do paradigma biomédico e ações comuns independente das questões apresentadas pelas pessoas internadas. O próximo passo para avançar nos estudos sobre a temática é problematizar e refletir sobre novas maneiras de

se produzir cuidado em saúde mental, sobretudo ao tratar-se de um fenômeno tão complexo.

Observou-se também que os profissionais são afetados de diferentes formas diante no contexto do trabalho desenvolvido. Tal situação sinalizou a necessidade da oferta de cuidado psicossocial para esses profissionais por parte da instituição na qual atuam. Voltar a atenção para as questões mobilizadas nos profissionais de saúde mostrou-se importante, uma vez que, pela fala dos participantes, não foram identificados espaços em que a saúde do profissional seja discutida e colocada em destaque no ambiente de trabalho do hospital. Além disso, a ausência de espaços de conversa e troca entre os profissionais também apareceu ao longo do trabalho.

Diante dos resultados obtidos na presente pesquisa, considera-se que os objetivos propostos foram alcançados e permitiram caracterizar o trabalho realizado com pessoas que tentam suicídio na unidade de internação em saúde mental. Uma contribuição do estudo foi a compreensão do trabalho em saúde enquanto um processo particular e dinâmico que se alimenta na própria dinâmica do trabalho, com pouco espaço para questionar a prática desenvolvida. Assim, ao expor a forma como se desenvolve o trabalho com pessoas que tentam suicídio, torna possível o processo de reflexão e discussão sobre aspectos do cuidar em saúde mental.

Um limite deste estudo foi a impossibilidade de estar no serviço de saúde e acompanhar o cotidiano vivenciado pelos profissionais de saúde na unidade pesquisada. Assim, as compreensões e significados construídos ao longo da pesquisa não puderam ser complementados com a riqueza de informações e detalhes conseguidos ao adentrar os campos de estudos.

Referências

- Alves, M. L. F.; Guedes, H. M.; Martins, J. C. A.; Chianca, T. C. M. (2015). Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil. *Revista Médica de Minas Gerais*, 25(1). <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150110>
- Amarante, P.; Nunes, M. de O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 2067-2074. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
- Associação Brasileira de Psiquiatria. (2009). Comportamento suicida: conhecer para prevenir [manual dirigido para profissionais de imprensa]. São Paulo: ABP.
- Azevedo, E. G. (2012). A abordagem ao suicídio no SUS. *Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialista em Saúde Pública)*. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em <https://spb.ufsc.br/files/2012/09/MONOGRAFIA-ELIZA-AZEVEDO.pdf>
- Barros, J. A. C. (2022). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. *Saúde e Sociedade*, 11(1), pp. 67-84. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>
- Barros, R. M. E.; Tung, T. C.; Mari, J. J. (2010). Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(2), 145-151. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600003>
- Berenchtein Netto, N. (2014). Suicidio, trabajo y sociedad: la “muerte voluntaria” en el modo de producción capitalista. *Salud de los Trabajadores*, 22(1), 29-37.

Disponível em http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382014000100004&lng=es&tlng=es.

Bertolote, J. M., Mello-Santos, C. de, & Botega, N. J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 32(2), 87-95. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600005>

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

Bezerra, I. C. et al. (2014). “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, 18(48), pp. 61-74. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0650>

Borges, V. R.; Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, 11 (3), pp. 345-351. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000300012>.

Botega, N. J., Werlang, B. S. G., Cais, C. F. S., & Macedo, M. M. K. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *PSICO*, 37(3), 213-20. Disponível em <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1442/1130>

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

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e

desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 68p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas*. OPAS: Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. UNICAMP. (2006). *Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. São Paulo: OMS.

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. (2015). *Saúde Mental em Dados*. Ano X, número 12. Brasília. Disponível em

https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2017a). *Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017-2020*.

Disponível em

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/17-0522-cartilha---Agenda-Estrategica-publicada.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2017b). *Boletim Epidemiológico*, 30. Disponível em

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-aten--ao-a-sa--de.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. (2019). *NOTA TÉCNICA N° 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS*. Recuperado em 08 de agosto de 2020, de *NOTA TÉCNICA N° 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS*

Buriola, A. A. *et al.* (2021). A percepção dos familiares sobre a unidade de internação psiquiátrica em um hospital geral. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 20, e53197. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v20i0.53197>

Carvalho, L. K. *et. al.* (2019). Características de internações em saúde mental de hospitais gerais do rio grande do sul. *REME – Revista Mineira Enfermagem*, 23, pp. 1-8. 10.5935/1415-2762.20190051

Cescon, L. F., Capozzolo, A. A., & Lima, L. C. (2018). Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial. *Saúde e Sociedade [online]*, 27(1), pp.185-200. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170376>.

- Cézar, M. A., & Coelho, M. P. (2017). As experiências de reforma psiquiátrica e a consolidação do movimento brasileiro: uma revisão de literatura. *Mental, 11*(20), 134-151. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100008&lng=pt&tlng=pt
- Conselho Federal de Psicologia [CFP]. Conselhos Regionais de Psicologia. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. (2019). *Relatório de inspeções: 2018*. Brasília : CFP, 2019.
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: P. Amarante (Org.). *Ensaio - Subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp.141-168). Rio de Janeiro: Fiocruz
- Costa, S. P., Chavaglia, S. R. R., Scarelli, A., & Silveira, R. E. Internações e Gastos Relacionados ao Suicídio em um Hospital Público de Ensino. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, 4*(2),15-27. <https://doi.org/10.18554/>
- Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Dejours C. (2004). Subjevidade, trabalho e ação. *Revista de Produção, 14*(3), 27-34.
- Dockhorn, C. N. B. F., & Werlang, B. S. G. (2009). Voluntários do CVV: características sociodemográficas e psicológicas. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 61*(1), 162-175. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000100016&lng=pt&tlng=pt.

- Duarte, M. L. C., Carvalho, J., & Brentano, V. (2018). Percepção dos familiares acerca do grupo de apoio realizado em uma unidade de internação psiquiátrica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e2017-0115. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0115>
- Franco, T. de A. V., & Dal Poz, M. R. (2018). A participação de instituições de ensino superior privadas na formação em saúde no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde* 16(3), pp. 1017-1037. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00163>
- Estellita-Lins, C., Miranda de Oliveira, V., & Cruz Coutinho, M. F. (2006). Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. *Psychê*, 10(18), 151-166. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000200015
- Ferreira, C. L. B., & Gabarra, L.M. (2013). Pacientes com risco de suicídio: A Comunicação entre equipe, pacientes e familiares na unidade de emergência. *IV Congresso de Humanização Comunicação em Saúde, PUC-PR*. Disponível em <http://congressodehumanizacao.pucpr.br/files/2013/08/102013.pdf>
- Figueredo, M. L. de R., Delevati, D. M., & Tavares, M. G. (2014). Entre Loucos e Manicômios: história da Loucura e a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cadernos de Graduação*, 2(2), pp. 121-136. Disponível em <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/download/1797/1067>
- Freitas, A. P. A. de, & Borges, L.M. (2017). Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. *Estudos de Psicologia*, 22(1), 50-60. <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170006>

- Freitas, A. P. B., Abreu, A. C. O., Côelho, M. B., Peres, T. C., & Alves, I. D. O. L. (2017). O fenômeno do suicídio entre profissionais de saúde: uma revisão bibliográfica. *Revista Científica Semana Acadêmica*, 1(104), 1-10. Disponível em https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/suicidio_em_colaboradoes_d_a_saude.pdf
- Garbin, K.i et al. (2019). A Idade como Diferencial no Engagement dos Profissionais de Enfermagem. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, e35516. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35516>
- Gonçalves, P. I. E., Silva, R. A., & Ferreira, L. A. (2015). Comportamento suicida: percepções e práticas de cuidado. *Psicologia Hospitalar*, 13(2), 64-87. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092015000200005&lng=pt&tlng=pt
- González Rey, F. (2005). *Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Cortez.
- González Rey, F. (2011). *Subjetividade e Saúde: superando a clínica da patologia*. São Paulo: Cengage Learning.
- González Rey, F., & Bizerril, J. (Orgs.). (2015). *Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar*. Brasília, UniCEUB.
- Guimarães, A. N., Borba, L. O., Larocca, L. M., & Maftum, M. A. (2013). Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(2), pp. 361-369. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200012>

- Guedes, C. R.; Nogueira, M. I., & Camargo Jr., K. R. (2006). A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 1093-1103. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400030>
- Gulfi, A., Dransart, D. A. C., Heeb, J. L., & Gutjahr, E. (2010). The impact of patient suicide on the professional reactions and practices of mental health caregivers and social workers. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 31(4), 202-210. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20801750/>
- Heck, R. M., Kantorski, L. P., Borges, A. M., Lopes, C. V., Santos, M. C. dos, & Pinho, L. B. de. (2012). Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(1), 26-33. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000100003>
- Kapur N. et al. (2006). The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. *J Clin Psychiatry*, 67(10), 1599-609. <https://doi.org/10.4088/JCP.v67n1016>
- Leão, T. M., Ianni, A. M. Z., & Goto, C. S. (2019). Individualização e sofrimento psíquico na universidade: entre a clínica e a empresa de si. *Revista Humanidades e Inovação* 6(9), 131-143. Disponível em <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1250>
- LEI nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Recuperado em 19 de agosto de 2020, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- LEI Nº 13.819, DE 26 DE ABRIL DE 2019. Recuperado em 20 de junho de 2020, de https://www.abeps.org.br/wp-content/uploads/2019/05/LEI_N13819_DE_26_DE_ABRIL_DE_2019.pdf

- Lima, R. C. (2019). O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(1). <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290101>
- Lima, E. F. A. et al. (2016). Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. *Revista de enfermagem*, 24(1), e9405. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.9405>
- Lopes, F. H. (2010). *Suicídio & Saber Médico estratégias históricas de domínio, controle e intervenção no Brasil no século XIX*. Apicuri, Rio de Janeiro. [Edição Digital]
- Macedo, J. P., Abreu, M. M. de, Fontenele, M. G., & Dimenstein, M. (2017). A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 155-170. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017165827>
- Machado, A. L., & Colvero, L. A. (2003). Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(5), 672-677. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000500016>
- Marquetti, F. C., Kawauchi, K. T., & Pleffken, C. (2015). O suicídio, interditos, tabus e consequências nas estratégias de prevenção. *Revista Brasileira de Psicologia*, 2, 30-40. Disponível em <https://portalseer.ufba.br/index.php/revbraspsicol/issue/download/1839/441#:~:text=Numa%20morte%20por%20suic%C3%ADdio%20as,visibilidade%20da%20morte%20%C3%A9%20intensa.>
- Merhy, E. (2004). O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento

de Gestão da Educação na Saúde. *SUS Brasil: cadernos de textos* (pp. 108 – 137).
Brasília: Ministério da Saúde.

Merhy, E. E. & Franco, T. (2006). “Trabalho em Saúde”. In: *Dicionário da educação profissional em saúde*. (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, org.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Mehry, E. E. (2013). Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In E. E. Mehry & T. B. Franco (Orgs.), *Trabalho, produção de cuidado e subjetividade: textos reunidos* (pp. 213-225). São Paulo: Hucitec

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. (2006). *Atenção em Saúde Mental*. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 238 p.

Moreira, L. C. de O., & Bastos, P. R. H. de O. (2015). Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Psicologia Escolar e Educacional*, 19(3), pp. 445-453. <https://doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193857>

Moura, A. T. S., Almeida, E. C., Rodrigues, P. H. A. & Nogueira, R. C. (Orgs). (2011). *Prevenção no suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram*. Porto Alegre: CORAG.

Müller, S. A., Pereira, G., & Zanon, R. B. (2017). Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista de Psicologia da IMED*, 9(2), 6-23. <https://dx.doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i2.1686>

- Nebhinani, M. Nebhinani, N., Tamphasana, L., & Gaikwad, A. D. (2013). Nursing students' attitude towards suicide attempters: A study from rural part of Northern India. *Journal Neurosciences In Rural Practice*, 4(4): 400–407. 10.4103/0976-3147.120240
- Oliveira, M. S. N., Pinto, F. J. M., Aguiar, J. B., Sampaio, R. M. M., & Medeiros, C. R. B. (2011). Perfil Sociodemográfico e clínico de pacientes em internações psiquiátricas voluntárias e involuntárias. *Revista Brasileira de Promoção a Saúde*, 24(4), 361-366. <https://doi.org/10.5020/2094>
- Oliveira, C. T. de, Collares, L. A., Noal, M. H. O., & Dias, A. C. G. (2016). Percepções de uma equipe de saúde mental sobre o comportamento suicida. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 9(1), 78-89. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202016000100007
- Oliveira, V. O., Nascimento, E. B. N., Lima, R. N., & Aoyama, E. A. (2020). Suicídio entre os profissionais de saúde. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*, 2(4), pp. 6-11. Disponível em <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/117/109>
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2006). *Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros*. Genebra, 2006. 18p.
- Organização Mundial da Saúde. [OMS] (2012). *Ação de saúde pública para a prevenção de suicídio: uma estrutura*. Disponível em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suic%C3%ADdio-traduzido.pdf>

- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ptp/a/6KqsqJFSQrd59ZkL8Y3GJ3B/?lang=pt&format=pdf>
- Pereira, A. S. et al. (2018). Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), 3767-3777. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>.
- Poletto, M, & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(3), 405-416. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300009>
- PORTARIA Nº 1.876, DE 14 DE AGOSTO DE 2006. Recuperado em 10 de junho de 2020, de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html
- PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014. Recuperado em 10 de junho de 2020, de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html
- Ramos, D. K. R., & Guimarães, J. (2012). Novos serviços de saúde mental e o fenômeno da porta giratória no Rio Grande do Norte. *Revista Mineira de Enfermagem* 17(2). <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130033>
- Ramos, I. N. B., & Falcão, E. B. M. (2011). Suicídio: um tema pouco conhecido na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(4), 507-516. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400010>

- Reisdorfer, N., Araújo, G. M., Hildebrandt, L. M., Gewehr, T. R., Nardino, J., & Leite, M. T. (2015) Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. *Revista de Enfermagem UFSM*, 5(2), 295-304. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769216790>
- Rigo, S. C. (2013). Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. Em Conselho Federal de Psicologia. *Suicídio e os desafios para a psicologia*. Brasília: CFP. Disponível em <http://site.cfp.org.br/publicação/suicidio-e-os-desafios-para-a-psicologia/>>
- Rio de Janeiro. Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro. Secretária Municipal de Saúde. (2016). *Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção*. Disponível em https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf
- Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. (2011). *Prevenção do Suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram*. Disponível em <https://www.polbr.med.br/ano11/034704do1ao64.pdf>
- Rosa, S. D., & Malfitano, A. P. S. (2019). No meio do caminho tinha uma pedra: a história de violência e sofrimento social de jovens adultos com trajetórias de internação em hospital psiquiátrico. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 26(2), 501-518. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000200008>
- Santana, C. B., Correa, J. A., Guimarães, L. da Silva, Canal, F. D., & Balbino, M. A. L. (2015). A história da morte no ocidente e o contexto social como fator de risco para o suicídio. *Revista Ambiente Acadêmico*, 1(2), 42-58. Disponível em

<https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2018/04/revista-ambiente-academico-edicao-2-artigo-3.pdf>

Santos, D. S., Mishima, S. M., & Merhy, E. E. (2018) Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(3), 861-870.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>

Santos, L. S. et al. (2019). Perfil social-profissional de enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde de uma microrregião geográfica. *Enfermagem Brasileira*, 18(4), pp. 52-60. <https://doi.org/10.33233/eb.v18i4.2756>

Silva, V. P., & Boemer, M. R. (2004). O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(02). Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

Silva, E. K. B da, & Rosa, L. C. dos S. (2014). Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado?. *Revista Katálysis*, 17(2), 252-260. <https://doi.org/10.1590/%x>

Silva, D. S. D. et al. (2015). Depression and suicide risk among nursing professionals: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]*, 49(6), 1023-1031. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600020>

Silva, T. L., Mariluci, A. M., Kalinke, L. P., Mathias, T. A. F., Ferreira, A. C. Z., & Capistrano, F. C. (2015). Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes em tratamento na unidade psiquiátrica de um hospital geral. *Cogitare Enfermagem*, 20(1), 112-120. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i1.36414>

- Silva, K., Alves, M., & Couto, D. (2016). Suicídio: Uma escolha existencial frente ao desespero humano. *Pretextos – Revista de graduação em Psicologia da PUC Minas* 2(1), 2016, 184-203. Disponível em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/13618>
- Silva, B. F. A. da, Prates, A. A. P., Cardoso A. A., & Rosas, N. (2018). O suicídio no Brasil contemporâneo. *Sociedade e Estado*, 33(2), 565-579. <https://doi.org/10.1590/s0102-699220183302014>
- Silveira, R. E., Santos, A. S., & Ferreira, L. A. (2012). Impact of morbi-mortality and expenses with suicide in Brazil from 1998 to 2007. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 4(30), 33-42. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2012.v4i4.3033-3042>
- Silveira, L. H. C. et al. (2016). O outro lado da porta giratória: apoio comunitário e saúde mental. *Psicologia em Estudo*, 21(2), 325-335. Disponível em https://www.redalyc.org/journal/2871/287147424014/html/#redalyc_287147424014_ref29
- Souza, M. L. P. de, & Ferreira, L. O. (2014). Jurupari se suicidou? notas para investigação do suicídio no contexto indígena. *Saúde e Sociedade*, 23(3), 1064-1076. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300026>
- Teixeira, C. F. de S. et al. (2020a). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9). <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
- Vabo, A. S. R., Conrad, D., Baptista, C., Aguiar, B. G. C., Freitas, V. L., Pereira, G. L. (2016). Comportamento suicida: um olhar para além do modelo biomédico. *Revista*

ACRED., 6(12), 66-83, 2016. Disponível em <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5767126>

Vidal, C. E. L., Bandeira, M., & Gontijo, E. D. (2008). Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(1), 70-79. <https://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852008000100013>

Vidal, C. E. L., & Gontijo, E. D. (2013). Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21(2), 108-114. <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2013000200002>

Hall, W. (2019). “O diagnóstico é uma forma de não escutar”. Entrevista concedida a Elisa Batalha. *Radis*, 203, 11-12.

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: WHO. Disponível em https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf?ua=1

Zanardo, G. L. de P. et al. (2020). Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Revista Brasileira de Epidemiologia [online]*20(3), 460-474. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700030009>

Zanella, A. V. (2013) Sobre começos e recomeços. In: *Perguntar, registrar, escrever. Inquietações metodológicas*. (pp.51-81). Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS.

Apêndice 1: Roteiro para Entrevista com os Gestores

1. Quais as categorias profissionais que compõe a equipe da UISM? Quais casos chegam com mais frequência à UISM?
2. É recorrente a entrada de pacientes por tentativas de suicídio no serviço?
3. Por ano, qual a estimativa de pacientes que dão entrada no serviço por tentativas de suicídio?
4. Quais são as principais recomendações para o atendimento de pacientes que tentaram suicídio?
5. Há diretrizes e protocolos adotados para o atendimento de pacientes que tentaram suicídio? Se sim, quais?
6. Há alguma diferença nos cuidados às pessoas que tentaram suicídio e as pessoas internadas por outros motivos?
7. Como ocorre a notificação de casos de tentativa de suicídio?
8. Os profissionais recebem alguma forma de cuidado e/ou assistência relativos aos casos que atendem?
9. Como é a relação entre a UISM e os serviços municipais de urgência e os Centros de Atenção Psicossociais?
10. A pandemia da Covid-19 provocou mudanças na forma de atenção em saúde mental dentro do hospital? Fale sobre isso.

Apêndice 2: Forma impressa do Questionário para resposta on-line (Profissionais da área da saúde)

O formulário na plataforma Google Forms poderá ser acessado através do link: <https://forms.gle/d7xVzAkTZpL4VsQv5>

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “A percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados às pessoas que tentam suicídio”, coordenada pela pesquisadora Profa. Dra. Renata Fabiana Pegoraro e desenvolvida pela pesquisadora Dayane Rodrigues Silva do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.

Essa pesquisa tem como objetivo investigar como é realizado o cuidado aos usuários dos serviços de saúde atendidos após tentativa de suicídio por equipe de saúde em um hospital geral.

Poderão participar os profissionais e residentes da área da saúde (médica e multiprofissional) que atuarem na Unidade de Internação em Saúde Mental do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

A sua contribuição é muito importante para o desenvolvimento dessa pesquisa. Agradecemos desde já pela sua participação!

Você é:

profissional da Saúde que atua na Unidade de Internação em Saúde Mental do Hospital de Clínicas de Uberlândia;

Residente da área médica que atua na Unidade de Internação em Saúde Mental do Hospital de Clínicas de Uberlândia;

Residente multiprofissional (R 1 ou R 2) que atua/atuou em 2019 ou 2020 Unidade de Internação em Saúde Mental do Hospital de Clínicas de Uberlândia;

Nenhuma das opções acima. (obs: item inserido para assegurar que apenas profissionais e residentes da UISM tenham respondido o questionário. Caso alguém assinale este item, as respostas não serão usadas para análise)

Primeiramente queremos saber um pouco sobre você:

1. Sexo: Feminino Masculino
2. Raça/Cor: _____
3. Religião: _____
4. Idade: _____
5. Tem Filhos? Se sim, quantos? (Exemplo: Sim, 2 filhos) _____
6. Estado Civil: _____
7. Profissão: _____
8. Escolaridade (Responda a escolaridade que você já tenha concluído): _____

Agora as perguntas abordarão a sua atuação profissional:

9. Tempo de Exercício da Profissão: (Exemplo: 3 anos) _____
10. Tempo de atuação na Unidade de Internação em Saúde Mental: ((Exemplo: 1 ano)

11. Carga horaria semanal: (Exemplo: 30 horas) _____
12. Tempo de atuação em serviços de saúde: (Exemplo: 10 anos)

13. Com que frequência a Unidade de Internação em Saúde Mental do hospital em que você atua recebe pessoas que tentaram suicídio?

 Diariamente
 Semanalmente
 Quinzenalmente
 Mensalmente
 A cada dois meses ou mais
14. Com que frequência você atende diretamente, na Unidade de Internação em Saúde Mental do hospital, pessoas que tentaram suicídio?

- Diariamente
- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- A cada dois meses ou mais
- Nunca

15. Quantas pessoas, aproximadamente, que tentaram suicídio você já atendeu na UISM? (Caso não tenha atendido, favor responder "0")

16. Nos últimos 6 meses, quantas pessoas, aproximadamente, deram entrada na Unidade de Internação em Saúde Mental após tentativa de suicídio (faça uma estimativa. Não é necessário o número exato)? _____

17. Na Unidade de Internação em Saúde Mental do hospital em que você atua quais são os casos mais frequentes:

- Pacientes que tentaram suicídio pela primeira vez.
- Pacientes que possuem um histórico de tentativas de suicídio.

18. Como é realizada a avaliação da necessidade de internação dos pacientes que são encaminhados para a UISM após tentativa de suicídio? Quais profissionais participam dessa avaliação?

19. Como é realizado o acolhimento das pessoas que dão entrada na UISM em que você atua após a tentativa de suicídio?

20. Quais profissionais participam do cuidado a esse paciente?

21. Quais ações você realiza/já realizou no atendimento a pessoas que tentaram suicídio?

22. São frequentes os casos em que o paciente que tentou suicídio realize novas tentativas durante o período de internação hospitalar?

Sim

Não

23. Quais são os procedimentos adotados pela equipe frente a esses casos de pessoas que tentaram o suicídio durante o período de hospitalização?

24. Como ocorre o processo de decisão de alta do paciente que tentou suicídio e quais os profissionais envolvidos nessa avaliação?

25. Ao receberem alta da UISM em que você atua as pessoas que tentaram suicídio devem ser encaminhadas para acompanhamento em algum serviço ou profissional de saúde?

Sim

Não

26. Se a resposta anterior foi "Sim", para qual/quais serviço(s) a pessoa costuma ser encaminhada?

27. Você já atuou em outro serviço de saúde que recebia pessoas que tentaram suicídio?

Sim. Informe que tipo de serviço (ex: UBS, CAPS, hospital)

Não

28. Você se sente preparado para atender pessoas que tentaram suicídio?

Sim

Não

29. Justifique sua resposta à pergunta anterior.

30. Durante o seu período de formação (graduação) foram abordados temas relativos ao suicídio?

Sim.

Não

31. Se a resposta anterior foi "Sim", você acredita que os temas abordados auxiliaram para sua atuação junto a pessoas que tentaram suicídio? Justifique sua resposta.

32. Você já recebeu capacitação ou treinamento para atender pessoas que tentaram suicídio?

Sim.

Não

33. Se a resposta anterior foi "Sim", em qual ano isso ocorreu? Qual a carga horária da capacitação ou curso? (Ex. 2009 - 15 horas)

34. Se você fez capacitação ou treinamento para atender pessoas que tentaram suicídio, responda:

a capacitação/ treinamento foi oferecido(a) pela instituição em que trabalho/atuo

busquei por conta própria a capacitação ou treinamento

35. O que uma capacitação ou treinamento precisaria oferecer para auxiliar você a atender/cuidar de pessoas que já tentaram suicídio?

36. Como você se sente ao atender casos de pessoas que tentaram suicídio?

37. A partir da sua experiência profissional, por que você acha que as pessoas tentam suicídio?

38. Na sua percepção, quais são as estratégias mais eficazes para prevenção do suicídio?

39. O que você pensa a respeito do suicídio?

40. Estamos chegando ao final do questionário online, você gostaria de deixar alguma observação ou comentário?

Obrigado pela participação!

Final do questionário online, Muito Obrigado pela sua participação!

Tem interesse em participar da segunda etapa desta pesquisa?

Se você tiver interesse em participar de uma entrevista aberta, por favor, informe abaixo o número de seu celular com DDD. Entraremos em contato para agendar no horário que for melhor para você. A entrevista deve ter a duração de 20 a 30 minutos apenas e pode ajudar muito com relação ao objetivo desta pesquisa.

Telefone (Exemplo: (34) 999999999): _____

Apêndice 3: Roteiro Semiestruturado para entrevista com os Profissionais da área da saúde

1. De que modo as pessoas que tentaram suicídio dão entrada no serviço? (todas são encaminhadas por UAI? Há casos de pessoas que são transferidas de outra unidade ou município?)
2. A pandemia da Covid-19 provocou alterações na sua atuação na Unidade de Saúde Mental? Se sim, quais foram essas mudanças? Isso tem provocado mudanças na dinâmica da UISM?
3. Qual o primeiro procedimento adotado por sua equipe quando um paciente dá entrada no serviço por tentativa de suicídio?
4. Como a equipe se organiza nos casos onde houve a tentativa de suicídio? Há alguma mudança na dinâmica da equipe (forma de trabalho) frente a esses casos?
5. Como é realizado o primeiro atendimento desse paciente?
6. Como você se sente em relação aos casos de tentativas de suicídio que atende?
7. Relate um caso onde você realizou o atendimento de um paciente após tentativa de suicídio e a forma como você se sentiu ao realizar o atendimento, focando nos aspectos que forem mais importantes para você.
8. Quais as intervenções realizadas com o paciente durante o período no serviço? São utilizados roteiros de avaliação para verificar o estado psicológico do paciente? Se sim, quais fatores são contemplados na avaliação? Dê exemplos de perguntas que são utilizadas.
9. Como ocorre o processo de alta do paciente internado após tentativa de suicídio? Quais aspectos são avaliados? Quais profissionais participam dessa avaliação?
10. Há a realização de encaminhamentos do paciente após a saída do serviço? Como isso ocorre?

11. Para quais os dispositivos da rede os pacientes são encaminhados? Como é feita essa escolha?
12. Qual a sua concepção sobre o suicídio? Você sente que isso influencia na sua atuação prática junto aos pacientes que tentam suicídio?
13. Há a oferta de cursos de capacitação sobre a temática por parte da instituição em que trabalha?
14. Você recebe algum tipo de cuidado profissional voltado aos atendimentos que realiza? Se sim, como é esse cuidado? Ele é oferecido pela instituição em que trabalha?
15. Por fim, gostaria de acrescentar mais algum comentário sobre o tema? Há algo mais que gostaria de falar sobre o cuidado e atendimento aos pacientes que tentaram suicídio?

Apêndice 4: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(GESTORES)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “**A percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados às pessoas que tentam suicídio**”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Dayane Rodrigues Silva e Renata Fabiana Pegoraro (Orientadora).

Essa pesquisa tem como objetivo investigar como é realizado o cuidado aos usuários dos serviços de saúde atendidos após tentativa de suicídio por equipe de saúde em um hospital geral. Além disso, estamos buscando compreender como se desenvolve a abordagem da equipe frente às tentativas de suicídio, conhecer a concepção da equipe sobre o cuidado a pacientes que tentaram o suicídio, verificar como é realizado o acolhimento, o atendimento e os encaminhamentos feitos pelos profissionais em relação a esses casos, investigar como esses profissionais se sentem frente aos casos de tentativas de suicídio que atendem e verificar se esses profissionais recebem algum tipo de cuidado para lidar com os casos que atendem.

Na sua participação, você responderá a uma entrevista semiestruturada, com perguntas que nos ajudem a compreender o funcionamento do fluxo de atendimento aos casos de tentativa de suicídio, as equipes envolvidas nestas ações e a relação com os serviços da rede municipal de Uberlândia. As entrevistas serão gravadas em áudio, com registro apenas da sua fala, para fins de transcrição (passar para o papel) e serão excluídas (apagadas) assim que o presente trabalho for concluído. Essa entrevista ocorrerá em dia e horário combinados previamente com o pesquisador, e poderá ser realizada no local de trabalho, em sua residência ou outro espaço, conforme sua escolha. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa. Caso exista necessidade de seu deslocamento unicamente para coleta de dados, os gastos com transporte serão ressarcidos pela equipe de pesquisa.

Os riscos consistem na possibilidade de causar constrangimento ao relembrar situações difíceis já vividas. Caso se sinta desconfortável com alguma pergunta feita, você pode escolher não responder à pergunta ou mesmo interromper a entrevista, se assim o desejar. Outro risco pertinente à pesquisa qualitativa, diz respeito à identificação dos participantes. Para evitar que isso aconteça, não serão divulgados os nomes dos participantes da pesquisa e nem o nome das unidades de saúde em que trabalham. Serão dados nomes fictícios aos participantes no momento de transcrição das entrevistas, com posterior exclusão dos áudios gravados. Esclarecemos que em caso de comprovação de dano médico ou psicológico em função da pesquisa, os custos serão cobertos ou ressarcidos pelos pesquisadores. Os benefícios da participação no estudo consistem na ampliação do estudo do fenômeno e avanço da produção científica, possibilitando

futuramente o uso desta pesquisa em programas sociais, bem como nortear futuras ações de educação permanente.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

Será enviado para o seu e-mail uma cópia deste documento para que possa salvá-la.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Renata Fabiana Pegoraro na Av. Pará, 1720 - Bloco 2C, Sala 47, Bairro Umuarama, Instituto de Psicologia, no Campus Umuarama da Universidade Federal de Uberlândia, em Uberlândia - MG, CEP 38405-320, Telefone: (34) 3225- 8534. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, de de 20.....

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

Apêndice 5: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Profissionais de saúde)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “**A percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados às pessoas que tentam suicídio**”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Dayane Rodrigues Silva e Renata Fabiana Pegoraro (Orientadora).

Essa pesquisa tem como objetivo investigar como é realizado o cuidado aos usuários dos serviços de saúde atendidos após tentativa de suicídio por equipe de saúde em um hospital geral. Além disso, estamos buscando compreender como se desenvolve a abordagem da equipe frente às tentativas de suicídio, conhecer a concepção da equipe sobre o cuidado a pacientes que tentaram o suicídio, verificar como é realizado o acolhimento, o atendimento e os encaminhamentos feitos pelos profissionais em relação a esses casos, investigar como esses profissionais se sentem frente aos casos de tentativas de suicídio que atendem e verificar se esses profissionais recebem algum tipo de cuidado para lidar com os casos que atendem.

Na sua participação, você responderá a um questionário on-line que tem como finalidade realizar um levantamento sobre os principais aspectos envolvidos no atendimento a pacientes que foram encaminhados para a Unidade de Internação em Saúde Mental do hospital em que você trabalha após tentativa de suicídio, serão feitas perguntas de caracterização geral, números e frequência aproximados de pacientes que são atendidos por tentativas de suicídio na unidade e perguntas relacionadas ao serviço prestado.

Ao final do preenchimento do questionário, você receberá o convite para participar de uma entrevista aberta com perguntas mais específicas sobre a sua atuação na Unidade de Internação em Saúde Mental. Caso tenha disponibilidade em participar desta próxima etapa, por favor, informe seu número de celular com DDD no espaço reservado ao final deste instrumento. As entrevistas serão gravadas em áudio, com registro apenas da sua fala, para fins de transcrição (passar para o papel) e serão excluídas (apagadas) assim que o presente trabalho for concluído. Essa entrevista ocorrerá em dia e horário combinados previamente com o pesquisador, e poderá ser realizada no local de trabalho, em sua residência ou outro espaço, conforme sua escolha. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa. Caso exista necessidade de seu deslocamento unicamente para coleta de dados, os gastos com transporte serão ressarcidos pela equipe de pesquisa.

Os riscos consistem na possibilidade de causar constrangimento ao relembrar situações difíceis já vividas. Caso se sinta desconfortável com alguma pergunta feita, você pode escolher não responder à pergunta ou mesmo interromper a entrevista, se assim o desejar. Outro risco pertinente à pesquisa qualitativa, diz respeito à identificação dos participantes. Para evitar que isso aconteça, não serão divulgados os nomes dos

participantes da pesquisa e nem o nome das unidades de saúde em que trabalham. Serão dados nomes fictícios aos participantes no momento de transcrição das entrevistas, com posterior exclusão dos áudios gravados. Esclarecemos que em caso de comprovação de dano médico ou psicológico em função da pesquisa, os custos serão cobertos ou ressarcidos pelos pesquisadores. Os benefícios da participação no estudo consistem na ampliação do estudo do fenômeno e avanço da produção científica, possibilitando futuramente o uso desta pesquisa em programas sociais, bem como nortear futuras ações de educação permanente.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa.

Será enviado para o seu e-mail uma cópia deste documento para que possa salvá-la.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Renata Fabiana Pegoraro na Av. Pará, 1720 - Bloco 2C, Sala 47, Bairro Umuarama, Instituto de Psicologia, no Campus Umuarama da Universidade Federal de Uberlândia, em Uberlândia - MG, CEP 38405-320, Telefone: (34) 3225- 8534. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

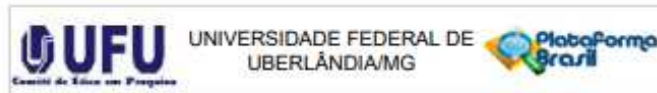
Uberlândia, de de 20.....

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

Anexo 1: Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados às pessoas que tentam suicídio

Pesquisador: Renata Fabiana Pegoraro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30978720.9.0000.5152

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFU

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.175.792

Apresentação do Projeto:

Pesquisa quanti-qualitativa com o objetivo de investigar como é realizado o cuidado às pessoas que tentam suicídio pela equipe de um hospital geral universitário de um município mineiro e será desenvolvida em três etapas:

(1) Etapa exploratória: entrevistas com coordenadores da unidade de internação em saúde mental e das linhas de cuidados em saúde mental para compreender o fluxo de atendimento local;

(2) Etapa quanti-qualitativa junto a profissionais de saúde e residentes (residentes médicos e multiprofissionais) mediante respostas à questionário online sobre dados sociodemográficos, tempo de trabalho em saúde, experiência no atendimento a pessoas que tentaram suicídio;

(3) Etapa qualitativa com entrevistas com roteiro semiestruturado para aprofundar a compreensão sobre as ações desenvolvidas pelos profissionais que se disponibilizarem a isso após conclusão da etapa 2. Dados da etapa 1 serão apresentados mediante figura que expõe o fluxograma de atendimento; da etapa 2 serão apresentados após estatística descritiva e etapa 3 após análise de conteúdo temática.

Critério de Inclusão

Endereço: Av. João Naves de Avila 2121 - Bloco "1A", sala 224 - Campus São Mônica
Bairro: São Mônica **CEP:** 38.405-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3233-4131 **Fax:** (34)3233-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Os participantes da pesquisa serão profissionais que atuam na UISM sendo critérios de inclusão para participação no estudo serão:

- (1) ser profissionais da área da saúde concursados/contratados e prestando atendimento na UISM;
- (2) ser profissional residente (residência médica ou multiprofissional) que preste atendimento na UISM;
- (3) a experiência no atendimento às tentativas de suicídio em sua prática profissional durante a sua atuação no setor;
- (4) ter disponibilidade para participar da pesquisa.

Critério de Exclusão:

Não participarão da pesquisa profissionais em férias ou licença, profissionais que não atuaram diretamente com pessoas que chegaram ao hospital geral por tentativa de suicídio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar como é realizado o cuidado aos usuários dos serviços de saúde atendidos após tentativa de suicídio por equipe de saúde em um hospital geral.

Objetivo Secundário:

- (1) Analisar como se desenvolve a abordagem da equipe frente às tentativas de suicídio; (2) Conhecer a concepção da equipe sobre o cuidado a pacientes que tentaram o suicídio;
- (3) Verificar como é realizado o acolhimento, o atendimento e os encaminhamentos feitos pelos profissionais em relação a esses casos;
- (4) Investigar como esses profissionais se sentem frente aos casos de tentativas de suicídio que atendem;
- (5) Verificar se esses profissionais recebem algum tipo de cuidado para lidar com os casos que atendem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Riscos:

Os riscos oferecidos pela pesquisa são mínimos, podendo causar constrangimento ao relembrear situações difíceis já vividas. Os participantes podem não responder um ou mais perguntas caso

Endereço: Av. João Neves de Avila 2121- Bloco "IA", sala 234 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.409-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@cepp.ufu.br

Continuação do Formulário A-176/162

assim desejem e também podem interromper sua participação a qualquer momento. O estudo será suspenso imediatamente caso apareça alguma ocorrência de risco ou dano ao sujeito, sendo comunicado ao Sistema CEP/CONEP, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Será disponibilizado o acesso ao nome dos pesquisadores, ao telefone, endereço da instituição e também os dados do Comitê de Ética para que o participante possa entrar em contato se tiver quaisquer dúvidas, reclamação ou devolutiva. Esclarecemos que, em caso de comprovação de dano médico ou psicológico em função da pesquisa, os custos serão cobertos ou ressarcidos pelos pesquisadores. Outro risco pertinente à pesquisa, diz respeito à identificação dos participantes da pesquisa. Para que isso não aconteça, não serão divulgados os nomes dos participantes da pesquisa e nem o nome da unidade de saúde em que trabalham. Serão dados nomes fictícios aos participantes no momento de transcrição das entrevistas, com posterior exclusão dos áudios gravados.

Benefícios:

Os benefícios da participação no estudo consistem em uma ampliação no avanço do estudo do fenômeno e da produção científica, possibilitando futuramente o uso desta pesquisa em programas sociais, bem como nortear futuras ações de educação permanente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de emenda ao projeto de pesquisa.

Justificativa para emenda, segundo a equipe de pesquisa:

"Ao iniciarmos nossa preparação para entrada em campo, detectamos a necessidade de ajustar os instrumentos da pesquisa e, em decorrência da RESOLUÇÃO Nº 6/2020, DO CONSELHO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO da UFU, em seu Art. 2, que define que durante o Período Letivo Suplementar Excepcional, os Programas de Pós-graduação da UFU ficam autorizados a realizar, de forma remota, dentre outras atividades, pesquisas."

" Avaliamos a necessidade de alterar a forma de entrevista com os coordenadores do serviço da forma presencial para on-line."

Em função disto foram encaminhados:

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.405-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br

- (a) Alteração em projeto de pesquisa;
- (b) Alteração em roteiros de entrevista para coordenadores;
- (c) Criação de um questionário e TCLE online para coordenadores;
- (d) Alteração em questionário para profissionais de saúde e residentes;
- (e) Alteração em roteiro de entrevista com profissionais e residentes;
- (f) Criação de um convite para participação na pesquisa.

3. Metodologia proposta

(a) Tipo de estudo:

Será realizada uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa, na qual, o estudo de um fenômeno é mais eficaz se analisado e compreendido dentro do contexto em que está inserido (Godoy, 1995). A pesquisa exploratória é utilizada quando a finalidade do estudo é obter dados sobre a natureza de um problema, a partir de um volume de dados que exploram o fenômeno em profundidade (Tonetto, Brust-Ranck & Stein, 2014).

Para Gil (2007), a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema pesquisado e as pesquisas geralmente envolvem o levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão.

Essa pesquisa também contará com um levantamento quantitativo para a apresentação dos dados relacionados às características sociodemográficas dos profissionais de saúde, o fluxo de atendimento no hospital geral e a caracterização desses casos. Paranhos et al. (2016) explicam que a utilização de métodos mistos como um procedimento de coleta e análise que combinam técnicas quantitativas e qualitativas em um mesmo desenho de pesquisa é justificável quando a interação entre eles fornece melhores possibilidades analíticas.

(b) Cenário de estudo e participantes:

O cenário da pesquisa será a Unidade de Internação em Saúde Mental do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

Serão convidados para participar da pesquisa:

- Gestores: coordenador da Unidade de Internação em Saúde Mental e coordenador da Linha de Cuidados em Saúde Mental no Hospital de Clínicas de Uberlândia;
- Profissionais de nível superior ou médio que atuem diretamente na Unidade de Internação em

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.400-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Saúde Mental no cuidado às pessoas internadas (ex: como médicos, enfermeiros, residentes médicos, residentes multiprofissionais, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, professor de educação física e outros profissionais que compuserem a equipe assistencial no momento da coleta). A pesquisa será dividida em três etapas que serão exploradas no próximo tópico, a expectativa para o número de participantes em cada uma das etapas é a seguinte: Na etapa 1 espera-se a participação de dois entrevistados; Na etapa 2 estima-se que o total de profissionais de saúde (incluindo residentes) seja de até 50 pessoas. O formulário ficará disponível para respostas por 60 dias e serão analisadas todas as respostas. Por fim, na etapa 3 o número de participantes será baseado no critério de saturação, que ocorre quando se observa no decorrer do processo das entrevistas que os elementos temáticos passam a se repetir e há poucos acréscimos aos já existentes. Minayo (2017) propõe que os pesquisadores devem considerar a abrangência necessária para a compreensão do objeto de estudo, compreendendo o momento certo de parar ou continuar a pesquisa.

(c) Instrumentos e procedimentos de coleta:

Com base nos objetivos propostos serão adotados como instrumentos e procedimentos de coleta de dados a observação participante dos serviços de saúde, entrevistas com os gestores, questionário online a ser respondido por profissionais da área da saúde, e, por fim, a entrevista semiestruturada com os profissionais que responderam o questionário e se dispuserem a participar dessa etapa da pesquisa.

O passo inicial será o encaminhamento do projeto para análise da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital de Clínicas – UFU para solicitação de coparticipação. Em caso positivo, o projeto será submetido na Plataforma Brasil, para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Uberlândia. Em caso de aprovação, uma cópia do parecer será encaminhada à Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital de Clínicas – UFU para solicitar autorização para o início de pesquisa (contato com equipe da unidade). Após esses trâmites legais e necessários, a pesquisa terá início com as seguintes etapas:

Etapa 1: Fase exploratória. Após aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP, será aplicado um questionário (Anexo) online e serão agendadas e realizadas entrevistas audiogravadas com:

- (a) Coordenador da Unidade de Internação de Saúde Mental: será utilizado o Roteiro de Entrevista 1 para compreender o funcionamento do fluxo de atendimento aos casos de tentativa de suicídio (Anexo);
- (b) Coordenador da Linha de Cuidados em Saúde Mental: será utilizado o Roteiro de Entrevista 2 para compreender o funcionamento do fluxo de atendimento aos casos de tentativa de suicídio, as

Endereço: Av. João Neves de Ávila 2121 - Bloco "1A" sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@mpu.ufu.br

equipes envolvidas nestas ações e a relação com os serviços da rede municipal de Uberlândia (Anexo).
Frente à situação instaurada no país diante da pandemia da COVID-19, e considerando as recomendações de isolamento social dos principais órgãos de saúde, as entrevistas com os coordenadores serão agendadas e realizadas através de aplicativos e softwares que tornem possíveis a sua realização sem o contato próximo entre entrevistador e entrevistado, como mensagens de texto e áudio e chamadas de vídeo, como o Skype ou whatsapp. Para isso, a pesquisadora estará em local que proporcione confidencialidade (ex: sala do grupo de pesquisa de orientadora na universidade ou em sua própria residência sem outras pessoas no entorno), sendo a entrevista realizada em aplicativo colocado no viva voz (Skype, whatsapp) e gravação por meio do gravador digital de áudio.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será disponibilizado junto ao questionário on-line para a leitura e assinatura dos participantes dessa etapa, através do link: <https://forms.gle/yepikS963QGapuQu7> (ver anexo Questionário para Coordenadores). Inicialmente será feito um telefonema para os coordenadores para o convite para pesquisa e obtenção de informações sobre endereço eletrônico para o qual o TCLE e questionários serão enviados. Após a assinatura do TCLE online e respostas aos questionários, a pesquisadora fará novo contato para agendar a entrevista.

Etapa 2: Etapa quanti-qualitativa. Nesta etapa serão convidados para participar da pesquisa os profissionais da saúde que atuam na Unidade de Internação de Saúde Mental. O instrumento construído para essa etapa é um questionário elaborado por meio do Google Forms, um aplicativo gratuito que possibilita a criação de formulários, com a finalidade de realizar um levantamento sobre os principais aspectos envolvidos no atendimento a pacientes que deram entrada após tentativa de suicídio, tais como, perguntas de caracterização geral, número e frequência aproximados de pacientes que são atendidos por tentativas de suicídio, perguntas relacionadas ao serviço prestado, entre outras. Será solicitado aos gestores da UISM e da Linha de Cuidados em Saúde Mental contactados na etapa 1 desta pesquisa o envio de um convite para a participação na pesquisa (Anexo) juntamente com o link para acesso ao formulário por e-mail ou whatsapp aos profissionais e residentes (médicos e multiprofissionais) da Unidade de Internação em Saúde Mental. No convite para a participação na pesquisa será realizado o pedido para que os profissionais e residentes compartilhem o material com seus colegas de trabalho da área da saúde que atuam na UISM. A estimativa é de que a resposta ao questionário dure de 15 a 20 minutos. O questionário encontra-se impresso em Anexo e poderá ser acessado através do link: <https://forms.gle/d7xVzAKTzpl4VvQv5>, sendo possível responder pelo celular, notebook ou

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.405-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3238-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@pmpo.ufu.br

computador de mesa.

Etapa 3 Etapa qualitativa. Esta etapa da pesquisa consiste na realização de entrevistas com profissionais que responderam à etapa 2 e deixaram seu número de celular ou e-mail anotados no formulário quando questionados sobre disponibilidade para ceder uma entrevista. Considerando o cenário atual em que o Brasil e o mundo enfrentam a pandemia do COVID-19, e considerando as recomendações de isolamento social dos principais órgãos de saúde, caso não seja possível a realização de pesquisa in loco nas unidades de saúde selecionadas, serão utilizados métodos de coleta de dados através de tecnologias digitais. A entrevista poderá ocorrer presencialmente, respeitando as recomendações do ministério da saúde à época, com uso de gravador digital de áudio, ou através de aplicativos e softwares que tornem possíveis a sua realização sem o contato próximo entre entrevistador e entrevistado, como mensageira de texto e áudio e chamadas de vídeo, como o Skype ou whatsapp. Neste caso a pesquisadora estará em local que proporcione confidencialidade (ex: sala do grupo de pesquisa da orientadora na universidade ou em sua própria residência sem outras pessoas no entorno), sendo a entrevista realizada em aplicativo colocado no viva voz (Skype, whatsapp) e gravação por meio do gravador digital de áudio. No caso de entrevista presencial será usada sala vaga da própria UISM em horário que não interfira nos atendimentos ou no domicílio do profissional, conforme a preferência do participante, respeitando-se dia e horário indicados pelo profissional com deslocamento da pesquisadora até seu encontro.

De posse do contato dos participantes da Etapa 2 que informaram interesse em ceder entrevista referente à Etapa 3, a pesquisadora fará contato pelo meio disponibilizado (celular ou e-mail) e agendará a entrevista, a qual será guiada pelo Roteiro 4 (Anexo), e poderá ocorrer: (a) em sala reservada da unidade de saúde na qual ela atua; (b) na residência do entrevistado; (c) através de aplicativos e softwares, como o Skype ou whatsapp. Em todos os casos a pesquisadora respeitará dia e horário apontados pelo participante e, caso seja preciso, se deslocará até o local combinado.

Informações referentes ao espaço físico da ISM serão registradas em diário de campo. Segundo Oliveira (2014, p. 71), o diário de campo é construído para ser o "lugar de registro dos movimentos, das leituras, dos tempos, espaços e das observações que ocorrem/ocorreram, enfim, do que na escola e comunidade vimos, ouvimos e vivemos." Além de informações sobre o espaço físico das unidades, o diário de campo também comporta registro de aspectos além daqueles que são ditos, tais como, o modo que os pesquisadores foram recebidos, os aspectos gerais do local de entrevista, aspectos do entrevistado que possam ter interferido na coleta,

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121 - Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@ppgp.ufu.br

comportamentos gerados pelos entrevistados, como posturas, gestos, tom de voz (Gaskell, 2003; Duarte, 2004).

Os roteiros de entrevista das Etapas 1 e 3 foram construídos especialmente para este estudo e estão ancorados em Minayo (1994). Segundo a autora a entrevista é um instrumento capaz de obter tanto dados objetivos quanto subjetivos, através das falas dos atores sociais. Assim, serão combinadas perguntas fechadas com questões abertas para que o entrevistado tenha a "possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador" (Minayo, 1993.p.108).

Aspectos éticos: A participação na pesquisa ocorrerá mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (sendo usado na Etapa 1 o TCLE para gestores e na Etapa 2 o TCLE para profissionais e residentes que se encontram nos anexos) pelos entrevistados, que tem como função assegurar os direitos do sujeito, assim como oferecer a garantia de que a pesquisa poderá ser interrompida a qualquer momento. Aguirre (2008) explica que o TCLE precisa ser autoexplicativo e adequado à linguagem utilizada pelos participantes para que não haja confusões ou dúvidas sobre o significado dos termos utilizados no documento. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas, com a exclusão dos áudios gravados após a transcrição.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Relatório baseado com base na seguinte documentação:

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1591480_E1.pdf 10/07/2020 10:19:33
Roteiro_entrevista_profissionais_saude_09julho2020.docx 09/07/2020 08:53:06
Roteiro_entrevista_coordenadores_09julho2020.docx 09/07/2020 08:52:50
Questionario_para_coordenadores_09dejulho2020.docx 09/07/2020 08:47:30
Projeto_da_pesquisa_com_alteracoes_09julho2020.docx 09/07/2020 08:46:05
Formulario_para_Solicitacao_de_Emenda_09julho2020.doc 09/07/2020 08:44:53
Forma_impressa_questionario_online_com_alteracoes_09julho2020.docx 09/07/2020 08:43:12
Convite_para_participacao_na_pesquisa_09julho2020.docx 09/07/2020 08:41:26
TCLE_Profissionais_saude_CORRIGIDO.doc 23/04/2020 10:21:13
TCLE_Gestores_CORRIGIDO.doc 23/04/2020 10:21:00
TermoEQUIPEassinado.pdf 21/04/2020 08:53:56

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.400-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br

Continuação do Protocolo: 6.175.762

LinkCurriculLattesPesquisadoras.pdf 21/04/2020 08:48:47
Projeto_de_pesquisa.docx 20/04/2020 09:04:09
Roteiro_entrevista_profissionais_saude.docx 20/04/2020 09:03:41
Forma_impressa_questionario_online.docx 20/04/2020 09:02:21
Roteiro_profissional_linha_cuidados.docx 20/04/2020 09:00:51
Roteiro_entrevista_coordenacao.docx 20/04/2020 08:59:05
Folha_de_rostoassinada.pdf 20/04/2020 08:52:18
declaracao_instituicao.jpeg 20/04/2020 08:51:28

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, Resolução 510/16 e suas complementares, o CEP manifesta-se pela aprovação da emenda.

A emenda não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo as Resoluções CNS 466/12 e 510/16, o pesquisador deverá manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento as Resoluções CNS 466/12, 510/16 e suas complementares, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador:

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12 e 510/16) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "IA", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
UF: MG Município: UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br

Libre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeira ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, destacando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/07, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_159148_0_E1.pdf | 10/07/2020 10:19:33 | | Aceito |
| Outros | Roteiro_entrevista_profissionais_saude_09julho2020.docx | 09/07/2020 08:53:06 | Dayane Rodrigues Silva | Aceito |
| Outros | Roteiro_entrevista_coordenadores_09julho2020.docx | 09/07/2020 08:52:50 | Dayane Rodrigues Silva | Aceito |
| Outros | Questionario_para_coordenadores_09julho2020.docx | 09/07/2020 08:47:30 | Dayane Rodrigues Silva | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_de_pesquisa_com_aberacoes_09julho2020.docx | 09/07/2020 08:46:05 | Dayane Rodrigues Silva | Aceito |
| Outros | Formulario_para_Solicitacao_de_Emenda_09julho2020.doc | 09/07/2020 08:44:53 | Dayane Rodrigues Silva | Aceito |
| Outros | Forma impressa questionario online c om aberacoes_09julho2020.docx | 09/07/2020 08:43:12 | Dayane Rodrigues Silva | Aceito |
| Outros | Convite para participação na pesquisa_09julho2020.docx | 09/07/2020 08:41:26 | Dayane Rodrigues Silva | Aceito |
| TCLE / Termos de | TCLE_Profissionais_saude_CORRIGIDO | 23/04/2020 | Renata Fabiana | Aceito |

Endereço: Av. João Naves de Avila 2121- Bloco "1A", sala 234 - Campus Sta. Mônica.
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.409-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

Contribuição do Parecer: 8.173.734

| | | | | |
|--|---|---------------------|-------------------------|--------|
| Assentimento / Justificativa de Ausência | O.doc | 10.21.13 | Pegoraro | Aceito |
| TCLE / Tamos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Gestores_CORRIGIDO.doc | 23/04/2020 10:21:00 | Renata Fabiana Pegoraro | Aceito |
| Outros | termoEQUIPEassinado.pdf | 21/04/2020 08:53:56 | Renata Fabiana Pegoraro | Aceito |
| Outros | LinkCurriculoLattesPpesquisadoras.pdf | 21/04/2020 08:48:47 | Renata Fabiana Pegoraro | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_de_pesquisa.docx | 20/04/2020 09:04:09 | Dayane Rodrigues Silva | Aceito |
| Outros | Roteiro_entrevista_profissionais_saude.docx | 20/04/2020 09:03:44 | Dayane Rodrigues Silva | Aceito |
| Outros | Forma_empresa_questionario_online.docx | 20/04/2020 09:02:21 | Dayane Rodrigues Silva | Aceito |
| Outros | Roteiro_profissional_linha_cuidados.docx | 20/04/2020 09:00:51 | Dayane Rodrigues Silva | Aceito |
| Outros | Roteiro_entrevista_coordenacao.docx | 20/04/2020 08:59:05 | Dayane Rodrigues Silva | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto_assinada.pdf | 20/04/2020 08:52:18 | Dayane Rodrigues Silva | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | declaracao_instituicao.jpeg | 20/04/2020 08:51:28 | Dayane Rodrigues Silva | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLÂNDIA, 27 de Julho de 2020

Assinado por:

 Karine Rezende de Oliveira
 (Coordenador(a))

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121 - Bloco "1A", sala 224 - Campus São. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br