



**CURSO DE PSICOLOGIA**

Estéfani Kerolin Betti

**PREVENÇÃO E POSVENÇÃO DO SUICÍDIO: CUIDADOS QUE OS SERVIÇOS  
DE SAÚDE OFERECEM AOS ENLUTADOS POR SUICÍDIO**

Santa Cruz do Sul

2020

Estéfani Kerolin Betti

PREVENÇÃO E POSVENÇÃO DO SUICÍDIO: CUIDADOS QUE OS SERVIÇOS  
DE SAÚDE OFERECEM AOS ENLUTADOS POR SUICÍDIO

Versão completa do Trabalho de Curso apresentada à  
disciplina de Trabalho de Curso em Psicologia II do curso de  
Psicologia, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

Orientadora: Maria Luísa W. dos S. de Macedo

Santa Cruz do Sul

2020

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar a minha família, pai, mãe e irmãs, por estarem ao meu lado durante toda minha formação educacional. Que contribuíram para ser quem eu sou hoje, e por serem meu porto seguro. E também aos meus cunhados.

Agradeço aos meus sogros que ao se tornarem minha segunda família, me apoiaram em toda minha trajetória acadêmica. E agradeço especialmente ao meu namorado Mauricio, que me apoiou durante esses 6 anos de faculdade, que teve paciência para aguentar minhas variações de humor. Agradeço a ele por ter me dado força para não desistir, quando o caminho começou a ficar difícil de ser traçado.

Agradeço as minhas colegas de graduação e principalmente aquelas que se tornaram amigas para a vida toda, Marília e Pâmela, que estiveram juntas comigo na graduação inteira, que pude e posso contar sempre, com vocês a faculdade se tornou mais leve.

E não poderia deixar de agradecer a todos os professores que fizeram parte dessa minha trajetória, as minhas orientadoras de estágio Cristiane Davina Redin Freitas que me possibilitou muitos ensinamentos e reflexões, e a Teresinha Eduardes Klafke que fez com que eu me apaixonasse mais ainda por Psicologia e políticas Públicas. Não deixando de agradecer a professora e orientadora de TC Maria Luisa W. dos S. de Macedo, a quem tenho muito apreço, por ter me ajudado a construir essa pesquisa.

*“O antídoto da agressividade persistente*

*É o acolhimento consistente. ”*

Fukumitsu, 2020

## RESUMO

Essa pesquisa de cunho qualitativo exploratório consiste em compreender como os Centros de Atenção Psicossocial de dois municípios do interior do Rio Grande do Sul atendem os familiares de pessoas que cometeram suicídio. Esses serviços especializados em saúde mental convivem diariamente com a temática do suicídio e possuem um papel importante na prevenção e posvenção do mesmo. Essa temática surgiu ao ser levado em consideração os altos índices de suicídio no Brasil, oitavo país com maiores taxas de óbitos por suicídio, e o Rio Grande do Sul estar entre os estados com maiores taxas. Em 2016 foram notificados mais de mil óbitos por esse motivo no Estado, sendo 11 a cada 100 mil habitantes e, somente até o mês de setembro de 2019, já havia 55 óbitos notificados por suicídio. Particularmente são afetados municípios de médio e pequeno porte, ligados à produção agrícola. Ter um familiar que já se suicidou pode ser um dos fatores de risco de suicidalidade. Nesses casos é importante a ação da posvenção, que são os cuidados oferecidos aos familiares enlutados pelo suicídio. Esse estudo problematiza o fenômeno do suicídio em dois municípios gaúchos com alto índice deste agravo e que possuem Rede de Atenção Psicossocial, buscando entender se e como os familiares que perdem um ente querido por suicídio recebem algum tipo de cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial. A metodologia utilizada foi composta por entrevistas semi-estruturadas com profissionais de nível superior e técnico de dois CAPS, um de cada município. Os dados foram analisados com base na análise de conteúdo. Resultando nas categorias temáticas: Rede de Atenção Intersetorial, que engloba o diálogo entre a equipe, a rede de atenção como apoio e o Comitê de Prevenção do Suicídio. Categoria Suicídio, traz à discussão a visão dos profissionais sobre a temática do Suicídio; a sua atuação frente ao suicídio consumado; e o manejo dos profissionais diante das tentativas de suicídio. E Posvenção, com a percepção dos profissionais sobre a necessidade de ações de posvenção; o cuidar dos sobreviventes - acolhimento, escuta e acompanhamento; e as dificuldades para exercer a posvenção nos serviços CAPS. Que possibilitaram compreender como os profissionais dos CAPS lidam com o suicídio, qual o manejo com os sobreviventes e qual o papel da RAPS e do Comitê de prevenção do suicídio nas ações de cuidado aos sobreviventes. Desse modo percebeu-se que o acolhimento é o manejo mais adequado a ser usado com os enlutados, e que a intersetorialidade em conjunto com práticas interdisciplinares que promovam a integralidade é a chave para promover a diminuição do índice de suicídio. Indicando que os CAPS trabalhem articulados com a atenção básica, e iniciem a busca ativa dos familiares enlutados para assim darem conta de atender a todos. Finaliza-se ao concluir que a posvenção ainda é pouco conhecida pelos profissionais, mas existe empenho e planos para que ela seja implantada.

Palavras chaves: Suicídio. Prevenção. Posvenção. Centro de Atenção Psicossocial. Familiares Sobreviventes.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	METODOLOGIA.....	8
2.1	Tipo de pesquisa .....	8
2.2	Participantes .....	8
2.3	Procedimentos para a coleta de dados .....	9
2.4	Procedimentos para a análise de dados.....	10
2.5	Procedimentos éticos .....	10
3	SUICÍDIO: ENTRE O ATO E O CUIDADO.....	12
3.1	Definição do suicídio .....	12
3.3	Prevenção do suicídio e fatores de riscos.....	13
3.4	Posvenção do suicídio e o luto dos sobreviventes .....	15
3.5	Manejos sugeridos aos profissionais de saúde .....	16
3.6	Grupo de sobreviventes.....	17
3.7	Comitê de promoção da vida e de prevenção do suicídio .....	18
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO DE DADOS .....	20
4.1	Rede de atenção intersetorial: diálogos possíveis.....	20
4.1.1	Diálogos entre a equipe.....	21
4.1.2	A rede de atenção como apoio .....	23
4.1.3	O Comitê de prevenção do suicídio na região pesquisada.....	25
4.2	Suicídio .....	27
4.2.1	A visão dos profissionais sobre a temática do suicídio .....	29
4.2.2	A atuação dos profissionais dos CAPS frente o suicídio .....	31
4.2.3	O manejo diante das tentativas de suicídio .....	34
4.3	Posvenção.....	36
4.3.1	A percepção dos profissionais sobre a necessidade de ações de posvenção .....	37
4.3.2	O cuidar dos sobreviventes: entre a teoria e a realidade .....	39
4.3.3	As dificuldades enfrentadas para a posvenção .....	43
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	46
	REFERÊNCIAS .....	50
	APÊNDICE A- roteiro de entrevistas.....	56

## 1 INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno multifatorial, que se caracteriza pela ação de tirar sua própria vida, e acontece desde o início da humanidade estando cada dia mais presente na nossa sociedade, a ponto de tornar-se um grave problema, reconhecido como uma prioridade de saúde pública. Com base em informações da Organização Mundial de Saúde (2014), apresentadas pelo Centro Estadual de Vigilância em Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2018), calcula-se que 1 pessoa a cada 40 segundos se suicida no mundo inteiro, sendo a terceira maior causa de óbitos mundialmente. No Brasil (BRASIL, 2017a apud RIO GRANDE DO SUL, 2018), o suicídio foi a quarta causa de morte entre jovens de 15 a 19 anos no ano de 2016.

No Rio Grande do Sul a taxa de suicídios é altíssima, sendo um dos estados com maiores índices desse fenômeno no Brasil, contabilizando mais de mil suicídios no Estado em 2016. Neste ano, o Estado chegou à taxa de 11 óbitos por 100 mil habitantes, quando no Brasil como um todo a taxa foi de 6,13 (RIO GRANDE DO SUL, 2018, p. 2). O mesmo documento indica que, em 2016, a taxa de óbitos por suicídio variou entre as regiões de saúde do Estado, indo de 7 até 21,9 óbitos por 100 mil habitantes.

Esses altos índices de mortes por suicídio no Estado, mais especificamente nos municípios do interior, podem estar ligados a alguns fatores, como o meio agrícola e muitas vezes o difícil acesso às redes de atenção básica, acrescentando, ainda, a facilidade de acesso a venenos, particularmente os pesticidas.

Além desses fatores regionais, de acordo com alguns estudos sobre suicídio as pessoas que mais se suicidam são homens por usarem meios mais letais, e as mulheres são as que mais tentam se suicidar. Assim como pessoas que tiveram perdas recentes, tiveram frustrações, foram despedidos dos seus empregos ou vivem sozinhos. Os fatores de riscos são diversos e todo profissional de saúde deve estar atento a eles, tais como identificar nos pacientes, sinais de desesperança, falta de vontade de viver e de fazer afazeres simples do cotidiano. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2018), o fator de risco mais importante de suicídio na população geral, para o qual se deve estar atento, é a tentativa prévia.

Outro fator de risco importante é ter um familiar que já cometeu suicídio, pois pessoas que perderam um ente querido para o suicídio sofrem intensamente com essa morte violenta e inesperada, buscando constantemente entender os motivos pelos quais essa pessoa se matou. Normalmente culpam-se por não terem conseguido evitar que isso acontecesse, além de se sentirem envergonhados diante da sociedade.

Nesses casos é importante a ação da posvenção, que são os cuidados oferecidos aos familiares enlutados pelo suicídio. Esse cuidado deve ser acolhedor, a pessoa precisa sentir que pode confiar no profissional que o está atendendo, que ali ela não será julgada. O principal papel do psicólogo nesse tipo de atendimento, é trabalhar as questões de onipotência do enlutado, demonstrando a este que não é possível ter o controle de tudo, muito menos das decisões de outra pessoa, fortificando-o a continuar buscando sentido para sua vida mesmo sem a presença de seu familiar.

Diante desse fenômeno que é o suicídio, os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, têm um papel muito importante na prevenção e posvenção do suicídio, pois estudos denotam que pessoas com algum tipo transtorno ou sofrimento psíquico e/ou psicológico, apresentam riscos maiores de suicídio, sendo os CAPS os responsáveis principais pelo cuidado desses indivíduos, e terem contato próximo a familiares e a rede de atenção do sujeito em sofrimento, acabam por ser o serviço mais eficiente no combate ao suicídio (BRASIL, 2006a). Oferecendo um cuidado integral e articulado dentro da Rede de Atenção Psicossocial- RAPS, em que mantém uma comunicação permanente com os demais serviços da rede como ESFs, Centros Comunitários, Residenciais Terapêuticos, Hospitais entre outros serviços que estão dentro do território de abrangência do CAPS de cada localidade. E também a partir de um cuidado acolhedor e humanizado. (BRASIL, 2004).

A partir desse entendimento, e de minhas vivências dentro de um Centro especializado em saúde mental e ainda considerando os altos índices de suicídio em municípios do Rio Grande do Sul, sabendo que muitos possuem RAPS, busco com esse estudo problematizar o fenômeno do suicídio em dois desses municípios, procurando entender se os familiares que perderam um ente querido por suicídio recebem algum tipo de suporte. Rio Grande do Sul (2018, p.1) cita a OMS (2000) indicando que "de seis a 10 pessoas são diretamente afetadas pela perda, com prejuízos emocionais, sociais ou econômicos, estando mais suscetíveis a suicidar-se". A partir dessas considerações, questiona-se: Quais cuidados os serviços de saúde mental de dois municípios do interior do Rio Grande do Sul oferecem aos enlutados por suicídio?

Assim essa pesquisa objetivou entender como os profissionais de nível superior e técnico de Centros de Atenção Psicossocial de dois municípios do interior do Rio Grande do Sul, cuidam dos familiares enlutados por suicídio. Assim foi possível entender se os profissionais consideram importante esse cuidado de posvenção, se é praticado nos CAPS e como fazem isso. Quais as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais diante do suicídio, e como o trabalho intersetorial e interdisciplinar pode contribuir na prevenção e na posvenção.



## **2 METODOLOGIA**

### **2.1 Tipo de pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que foi composta por entrevistas semiestruturadas com profissionais de nível superior e técnico de dois Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, de municípios diferentes do interior do Rio Grande do Sul. Conforme Silveira e Córdova (2009) pesquisas de cunho qualitativo são aquelas em que a representatividade numérica não é importante, pois o que interessa é descobrir e buscar explicar alguns fatores e fenômenos sociais, a partir de aprofundamentos teóricos de determinada temática, preocupando-se com aspectos que não podem ser quantificados, com o intuito da compreensão e exploração das dinâmicas acerca do objeto pesquisado e suas relações sociais.

Flick (2013) salienta que a pesquisa de cunho qualitativo é uma forma de explorar o tema por meio de entrevistas, anotações, fotografias, conversas, gravações, envolvendo uma postura interpretativa, que faz com que o pesquisador estude tal tema em seu contexto natural e tende a compreender e interpretar tais fenômenos acerca dos sentidos que são atribuídos pelas pessoas. Ou seja, parte “da noção da construção social das realidades em estudo, está interessada nas perspectivas dos participantes, em suas práticas do dia a dia e em seu conhecimento cotidiano relativo à questão de estudo” (FLICK, 2013, p. 16).

Também podemos perceber o caráter exploratório desta pesquisa, já que teve como enfoque o aprofundamento do objeto de estudo que proporcionou uma maior familiaridade com o problema. Estudos dessa natureza são realizados através de levantamentos bibliográficos, entrevistas com profissionais da área, análise de exemplos que ajudam na compreensão da temática estudada (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

### **2.2 Participantes**

A pesquisa foi realizada com profissionais de nível superior e técnico de dois CAPS, não incluindo os profissionais que atuam nas atividades de apoio dos serviços, como: auxiliar de limpeza, recepcionista, cozinheira (o), artesão, entre outros.

Assim foram realizadas entrevistas com os seguintes profissionais dos dois CAPS: psicólogo (a), enfermeiro (a), e técnico (a) em enfermagem de ambos os sexos. Que estarão descritos no texto como: Psi-A1; Psi-A2 e Enf-A1 (profissionais do CAPS A), e Psi-B1 e Tec.Enf-B1 (profissionais do CAPS B). Sendo que “Psi”, refere-se aos profissionais de psicologia, “Enf” de enfermagem e “Tec.Enf” aos profissionais de técnico em enfermagem.

### 2.3 Procedimentos para a coleta de dados

De acordo com Silveira e Córdova (2009), pode-se caracterizar esse estudo como uma pesquisa de campo, porque foi realizada coleta de dados com pessoas. A coleta foi executada através de entrevistas em dois serviços de atenção psicossocial (CAPS) de municípios diferentes: CAPS A, de município na faixa populacional de 15mil-70mil habitantes; e CAPS B, localizado em um município com população acima de 70 mil habitantes.

Para iniciar a coleta de dados, primeiramente foi entregue o formulário de submissão de projetos a Secretaria de Saúde dos municípios pesquisados, a fim de obter aprovação para realização do projeto. Após aprovação e liberação do projeto pelo CEP UNISC, entrei em contato com os (as) coordenadores (as) dos CAPS, para explicar a pesquisa e agendar o melhor momento para ir a estes locais e apresenta-la, e em seguida agendei as entrevistas com os profissionais, conforme a disponibilidade de horário.

A coleta de dados foi feita dentro dos serviços, a partir de entrevistas semi-estruturadas individuais com os profissionais de nível superior e técnico dos dois CAPS, considerando as diferentes profissões, incluindo homens e mulheres. As entrevistas foram gravadas, e duraram entre 20 a 30 minutos. Após foram transcritas pela pesquisadora. No APÊNDICE A, encontra-se o roteiro da entrevista.

Entrevistas semiestruturadas são aquelas em que o pesquisador estabelece previamente um conjunto de questões que devam ser respondidas pelos participantes, mas as faz em um contexto que se assemelha a uma conversa informal, possibilitando que estes discorram sobre o tema proposto. Cabe ao pesquisador delimitar o volume destas informações, realizar o direcionamento para o tema e intervir a fim de que seus objetivos sejam alcançados. Toda vez que o participante se desviar do tema ou apresente dificuldades de explanar a respeito, o entrevistador também pode e deve estar atento e sempre que considerar oportuno poderá realizar perguntas adicionais, na tentativa de elucidar as questões que não ficaram claras e precisam ser melhores explanadas. (BONI; QUARESMA, 2005).

Importante constar, que em decorrência da pandemia do COVID-19, os serviços estavam funcionando em tempo reduzido, e com escala de funcionários, de maneira que as entrevistas tiveram uma redução na duração planejada (aproximadamente 1hora), e uma abrangência menor na quantidade de profissionais pensados, no entanto essas intempéries não interferiram no resultado final.

## **2.4 Procedimentos para a análise de dados**

A análise de dados desta pesquisa pautou-se na Análise de Conteúdo que se constitui enquanto uma das principais metodologias da pesquisa qualitativa para análise, compreensão e interpretação de dados. Bardin (1977) salienta que tal metodologia representa um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que visa obter indicadores que permitam a indução de conhecimentos acerca da produção e recepção destes, não se pode falar, portanto, em um modelo único, mas sim em várias modalidades.

Segundo Gerhardt et al. (2009) a Análise de Conteúdo é uma técnica de análise que inicia através da transcrição das entrevistas realizadas e leitura destas, para posterior seleção de falas mais relevantes e reflexão mediante estas. Em um segundo momento costuma-se realizar o agrupamento das falas e conteúdos com base em suas semelhanças e padrões, para realizar-se uma separação ordenando-os por categorias, que culminará na discussão e interpretação destes dados, envolvendo aqui a atribuição de significados e explicações dos padrões encontrados.

Parti desta metodologia para realizar esta pesquisa com base nos conteúdos trazidos pelos profissionais entrevistados, a fim de compreender como eles atendem os familiares sobreviventes, o que sabem a respeito da posvenção do suicídio e como percebem as políticas públicas e sua atuação a respeito do fenômeno do suicídio. A sistematização e análise dos conteúdos expressos por meio dos discursos dos profissionais, possibilitou entender se acontece a posvenção, e de que modo é realizada.

## **2.5 Procedimentos éticos**

Quando se realiza uma pesquisa é necessário estar atento a alguns procedimentos éticos para evitar que ocorram malefícios ou danos aos participantes, já que realizei uma pesquisa com seres humanos. Desta maneira, alguns cuidados foram tomados em relação a esta pesquisa, como o anonimato dos entrevistados, que não terão seus nomes expostos, bem como informações que possam identifica-los. Também tive cuidado acerca da apresentação do projeto de pesquisa de maneira que ocorresse o entendimento de todos os participantes sobre seus objetivos e como seria realizado, bem como coloquei-me à disposição para esclarecer as dúvidas que tivessem a respeito deste trabalho. E irei realizar a devolução dos resultados ao CAPS, assim que finalizar essa pesquisa.

Para viabilizar essa pesquisa utilizei o formulário de submissão de projetos na rede SUS de um dos municípios pesquisados, cartas de aceite e do termo de consentimento livre e

esclarecido. A primeira refere-se ao consentimento fornecido pela instituição na qual realizei minha pesquisa, neste caso pela Secretária Municipal de Saúde dos dois municípios; o segundo diz respeito à autorização de cada um dos participantes. Foi realizada a leitura do termo com cada um deles e entregue uma via assinada pelas pesquisadoras a cada um dos entrevistados, retornando uma cópia, assinada pelo participante, a fim de ser arquivada.

Em relação aos riscos na realização de pesquisas com a participação de seres humanos, entendo que toda a pesquisa envolve riscos mínimos aos participantes. Porém, compreendo que tais riscos não são maiores que os enfrentados pela pessoa em seu cotidiano e que a pesquisa propiciará benefícios futuros para a área das ciências humanas e da saúde ao repensar as práticas assistenciais e as políticas públicas vigentes para aperfeiçoá-las.

### **3 SUICÍDIO: ENTRE O ATO E O CUIDADO**

#### **3.1 Definição do suicídio**

Não existe uma definição clara do que é o suicídio em termos de linguagem, pois sua terminologia nos mais diferentes idiomas muitas vezes é limitada, não conseguindo demonstrar todo o significado do suicídio. Como visto no latim por exemplo a palavra suicídio terá uma definição totalmente fora do contexto, em alemão pode ser traduzido por morte livre e em outras línguas como assassino de si ou auto assassinato. De todo modo, o fenômeno suicídio, na sociedade em que vivemos, muitas vezes é reduzido a uma ação individual, com uma conotação moral negativa, levando ao preconceito e ao estigma. Torna-se necessário pensar o quanto as mortes por suicídio dizem, através de pessoas que não puderam dizer, sobre modos de viver na nossa sociedade. (NETTO, 2013).

O suicídio pode ser definido como uma ação que o indivíduo faz contra si mesmo com o intuito de tirar a própria vida. No entanto apenas essa definição não é suficiente para explicar esse fenômeno que sempre aconteceu e continua até os dias de hoje. Porém podemos entender o suicídio como o resultado de um sofrimento com o qual o indivíduo não consegue lidar, e a única saída que enxerga é a morte. Esse sofrimento pode estar ligado a fatores sociais, biológicos, psicológicos, culturais entre outras dificuldades que uma pessoa pode enfrentar em sua vida. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA-CFM, 2014).

Rodrigues (1999), chama de suicídio todo o ato executado pelo próprio indivíduo, com o intuito de gerar sua morte, direta ou indiretamente e de forma consciente. Cassorla (2017) explica que as formas indiretas de suicídio baseiam-se nas ações que de alguma forma prejudicam nossa saúde ou nos colocam em perigo, como por exemplo: beber altas doses de bebida alcoólica, fumar, participar de “rachas” de carro ou moto, envolver-se em brigas entre outras coisas que se faça mesmo sabendo que pode estar colocando a vida em perigo.

#### **3.2 Dados epidemiológicos do suicídio**

Em nível mundial cerca de 800 mil pessoas cometem suicídio por ano, e para cada pessoa que se suicida mais de 20 pessoas tentam se matar. É uma média de uma morte a cada 40 segundos tornando-se a 15ª maior causa de mortalidade em todas as populações e, em 2016, a segunda entre os jovens de 15 a 29 anos em todo o mundo. Na maioria dos países são os homens que mais se suicidam e as mulheres que mais tentam suicidar-se, devido às formas como cada um usa para acabar com sua vida. (BRASIL, 2017a; WHO, 2019, <[https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1)>).

No Brasil entre os anos de 2011 e 2015 cerca de 55 mil pessoas se suicidaram, sendo o oitavo país no mundo em que mais acontece suicídio, isso contabilizando apenas os casos que foram notificados podendo esses números serem muito maiores. O perfil epidemiológico dos suicídios é na sua maioria homens, cerca de oito a cada 100 mil habitantes sendo que apenas duas mulheres a cada 100 mil habitantes cometem suicídio, no entanto elas são as que representam a maior taxa de tentativa. Entre os perfis de óbitos por suicídio de maior índice, estão as pessoas idosas acima de 70 anos, viúvos e/ou divorciados e indígenas. Os estados em que isso mais acontece no Brasil são Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul podendo ter alguma ligação com a agropecuária presente nesses locais. Saliento que a notificação de tentativas de suicídio só passou a ser obrigatória em 2014 com a Portaria MS nº 1.271, devendo ser feita dentro de 24 horas. (BRASIL, 2017a).

Como já dito anteriormente o Rio Grande do Sul está entre os estados com maiores taxas de suicídio e isso prevalece ao decorrer dos anos. Em 2016 foram notificados mais de mil óbitos por esse motivo no Estado sendo 11 a cada 100 mil habitantes.

O perfil das pessoas que cometeram suicídio em solo gaúcho segue o mesmo do brasileiro, no entanto em relação a cor, as pessoas brancas representam um maior número, também se percebeu que a maioria dos suicídios acontecem dentro de casa. As regiões de saúde com maior índice de suicídio no Rio Grande do Sul são de Botucarai e Caminho das Águas seguidas por Planalto e Vale do Rio Pardo. (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

No Vale do Rio Pardo no ano de 2016 ocorreram 17,2 óbitos a cada 100 mil habitantes, taxa essa que se elevou para 23,46 em 2017 e até o mês de setembro de 2019, já se contabiliza 13/100 mil habitantes. Somente até setembro de 2019, já foram notificadas 55 mortes por suicídio demonstrando que poderá até o final do ano ultrapassar os índices do ano anterior. Os municípios com as maiores taxas são: Venâncio Aires com 18 óbitos, Santa Cruz do Sul com 14, Candelária com 8 e Vera Cruz com 6 óbitos até o momento. (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

### **3.3 Prevenção do suicídio e fatores de riscos**

As prevenções ao suicídio são todas aquelas ações que têm como premissa melhorar a qualidade de vida dos sujeitos na sociedade, olhando atentamente para o conjunto de questões sociais, pessoais, familiares e de direitos humanos. Desemprego, baixa escolaridade, pobreza, agressões sofridas anteriormente, entre outros fatores, podem aumentar o risco de tentativas de suicídio. (CASSORLA, 2017).

Sendo assim é necessária uma rede de prevenção articulada para monitorar, pensar estratégias, trocar informações e apoiar todos aqueles indivíduos que estão em situação de vulnerabilidade, com o intuito de controlar os riscos e analisar quais fatores estão fazendo com que as pessoas de tal região cometam suicídio. Para esse controle é importante que todos os profissionais de saúde notifiquem as tentativas e os suicídios efetivos no SINAM e no SIM, facilitando o entendimento de quais regiões está acontecendo mais, com que público, qual a idade entre outros dados que é possível conhecer através desses sistemas de informações oficiais. Através da análise desses dados será possível planejar as ações de prevenção ao suicídio antecipadamente entendendo isso como um problema de saúde pública que deve ser evitado. (BRASIL, 2017a; RIO GRANDE DO SUL, 2011).

No Brasil iniciou-se em 2006 a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, que institui diretrizes nacionais para a sua prevenção. Fica sob responsabilidade das secretarias de saúde estaduais e municipais desenvolver ações de promoção e qualidade de vida, informar os cidadãos através de cartilhas ou portais eletrônicos, promover a educação em saúde, identificar os fatores predisponentes e prevalentes e articular estratégias junto ao Ministério da Saúde. O objetivo é compreender os motivos que levam as pessoas a tirarem suas próprias vidas e reduzir os índices de óbitos por essa causa. (BRASIL, 2006a).

Na 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, as estratégias de prevenção ficam sob responsabilidade do Observatório do Suicídio que vigia os casos de tentativas de suicídio no Vale do Rio Pardo para assim planejar as ações para promoção da vida e prevenção desse fenômeno. Através de reuniões com os municípios pertencentes a 28ª Região de Saúde, são pensadas e elaboradas as estratégias de prevenção para a região. Entre as ações que já foram pensadas e/ou executadas estão: materiais informativos, fortificação do trabalho em rede, desmitificação dos mitos e verdades sobre o suicídio, aumento da divulgação do CVV, palestras educativas em escolas, educação em saúde, grupos de acolhimento e fortalecimento, ações de prevenção entre outros. (MULLER, 2019).

Como já vimos tanto em âmbito nacional quanto regional, no estado do Rio Grande do Sul, existem estratégias de prevenção, mas é importante que para um melhor resultado, tanto os profissionais de saúde, quanto educadores e policiais estejam atentos aos fatores de risco, para elaboração de planos de prevenção individual e coletivo. De acordo com o Conselho Federal de Medicina- CFM (2014), possuir alguma doença mental e já ter tentado se matar anteriormente são dois fatores de risco principais que devem ser identificados em

primeiro lugar, pois são fatores que aumentam quase em 50% o risco de as pessoas cometerem suicídio. Além desses, devem prestar atenção no comportamento e sentimentos do indivíduo, pessoas impulsivas, sem esperança, depressivas e desamparadas tendem a estar em um grupo de risco. A idade do sujeito, gênero e estado civil devem ser averiguados, jovens e idosos, pessoas que sofreram perdas recentes como separações de relacionamentos e pessoas do sexo masculino normalmente são sujeitas a tirar a própria vida, uns por estarem passando por uma fase da vida de desesperanças e outros por usarem meios mais letais para cometer suicídio.

No entanto existem outros fatores que podem aumentar o risco de suicídio, como terem sofrido alguma violação de direito, seja abuso sexual ou agressão física, estarem em situação de vulnerabilidade social e ter um histórico familiar de suicídio. O risco de um familiar ter o mesmo comportamento é significativo, por isso é importante o cuidado aos sobreviventes do suicídio. (CFM, 2014).

### **3.4 Posvenção do suicídio e o luto dos sobreviventes**

A prevenção do suicídio se tornou algo de extrema necessidade após o aumento de mortes por esse motivo, de modo que existem alguns fatores de risco que devem ser levados em consideração, como o histórico familiar de suicídio. Nesse contexto são propostas as ações de posvenção, que visam ao cuidado das pessoas que foram afetadas com o suicídio de alguém, a partir de estratégias de prevenção planejadas, visto que já se imagina que a pessoa enlutada que perdeu alguém para o suicídio pode vir a suicidar-se. (FUKUMITSU et al., 2015).

Por isso, quando um suicídio acontece, a pessoa que fica deve ter seu sofrimento acolhido em espaços que possa desabafar e vivenciar seu luto, principalmente porque é normal os sobreviventes se sentirem culpados e impotentes diante da situação que estão vivenciando, evitando muitas vezes falar sobre o assunto por vergonha e até medo de que isso aconteça novamente. É comum sentirem culpa, por não terem percebido ou não conseguirem evitar o ocorrido, terem raiva da pessoa que se matou ao pensarem que ela foi egoísta, e ficarem com medo que outra pessoa da família possa estar planejando a mesma coisa e não consigam perceber. (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

Assim é importante explicar aos familiares que eles não são onipotentes e é impossível saber de tudo sempre, a ponto de conseguir evitar que outra pessoa se suicide. Torna-se fundamental ajudar os familiares abalados a lidar com o luto, e todos os sentimentos que surgem com essa morte violenta e inesperada. Inicia-se, com isso, um processo de prevenção principalmente de jovens e crianças, que podem ficar suscetíveis ao suicídio. Para conseguir



ajudar os familiares enlutados é necessário além de tudo escutar e em nenhum momento tentar culpabilizá-los pelo ocorrido. (CASSORLA, 2017; CFP, 2013).

### **3.5 Manejos sugeridos aos profissionais de saúde**

Todos os profissionais de saúde e até mesmo professores deveriam saber identificar quando uma pessoa está com ideação suicida, prestando atenção nos comportamentos que paciente ou aluno apresentam, e assim evitar que o suicídio aconteça (CASSORLA, 2017). Para uma melhor identificação de riscos, é importante avaliar alguns aspectos como ambivalência, impulsividade, rigidez, histórico familiar de comportamento suicida, suicidalidade, características de personalidade, doença mental, fatores estressores recentes, psicossociais e demográficos além de levar em consideração todos os outros fatores de riscos comentados anteriormente. (CFM, 2014).

No entanto, sabemos que identificar e lidar com pacientes com ideação suicida nem sempre é uma tarefa simples, ainda mais quando estes chegam a serviços de saúde que não possuem profissionais especializados em saúde mental, por exemplo. Porém existem algumas regras de manejo que, quando seguidas, facilitam a abordagem do paciente com ideação, como saber ouvir e identificar o que realmente levou o paciente a procurar ajuda, pois muitas vezes vão ao médico falar de outras doenças e não contam o real motivo da procura. A segunda regra é não julgar, ou cair no mito de quem fala que vai se matar não se mata. Todo paciente que comenta sobre suicídio, ou deixa explícito que a vida não tem mais sentido, está em risco e deve ser escutado. Essa escuta deve ser acolhedora de forma que o paciente se sinta aliviado e consiga fortalecer algum vínculo com o profissional que o está atendendo. Por último e não mais importante é questionar o paciente quanto as suas intenções e planos de se matar, após identificar que o mesmo está correndo grandes riscos de tirar sua própria vida. Isso ajudará a definir o nível de risco que o paciente está sofrendo. (CFM, 2014).

Os profissionais da saúde mental também devem estar atentos a essas regras de manejo, mas possuem um papel muito mais importante nessas situações, já que muitos transtornos mentais estão relacionados aos comportamentos suicidas e auto lesivos. Sendo assim devem ter um conhecimento de toda a rede de vigilância e prevenção do seu município, pois precisarão cuidar o paciente em concomitância com os outros serviços da rede, principalmente articulados aos serviços de atenção básica, como as unidades de saúde referência de cada paciente, encaminhando e mantendo contato até definir um projeto terapêutico adequado a cada indivíduo. Também é importante nos casos de médio e alto risco, manter o contato com os familiares como meio de garantir o suporte dessas pessoas. (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

Para definir o nível de risco de cada indivíduo é preciso identificar os principais fatores, e ter um conhecimento prévio de quais grupos cometem mais suicídio. Além de seguir a seguinte regra: se a pessoa tem ideação suicida, mas não possui planejamento e nem consegue se imaginar tirando a própria vida, possui um baixo risco, sendo possível tratar esses pacientes apenas dentro da atenção básica, oferecendo suporte e atenção. (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

Os indivíduos que oferecem um médio risco de suicídio, têm pensamento e possuem um plano, mas não são imediatos, nesses casos o profissional deve estar atento a ambivalência dessa vontade do paciente e a impulsividade do mesmo. Pode entrar em contato com os familiares pedindo que os mesmos tentem ficar mais próximos do seu familiar e prestem atenção nas mudanças de comportamento, porem tudo isso deve ser comunicado ao paciente. (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

Já os pacientes com alto risco de suicídio, têm um plano imediato, e os meios para se matar já definidos e prontos. Nesses casos as providencias devem ser tomadas com urgência, não deixando o paciente sozinho em nenhum momento, deve-se entrar em contato com algum familiar imediatamente, para buscar e ficar com o paciente, além de pedir para os responsáveis eliminarem todos os meios que podem ser utilizados para o suicídio. Caso não haja nenhum responsável pelo paciente, encaminha-se para alguma unidade de emergência ou para sua unidade de referência, podendo até ser internado. Mas o importante mesmo é buscar formas de garantir o suporte para essas pessoas, tentando estabelecer com elas algum tipo de contrato. (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

### **3.6 Grupo de sobreviventes**

Os grupos de sobreviventes de acordo com o guia para facilitadores do CVV (2017), surgiram com o propósito de acolher as pessoas que estão em um processo doloroso de luto pela perda de um ente querido que se suicidou. Diferentemente do luto comum, que as pessoas conseguem retomar sua vida em um curto espaço de tempo, quem perdeu alguém para o suicídio irá demorar muito mais para superar e levar sua vida normalmente de novo. Foi pensando nisso que os grupos de apoio aos sobreviventes foram criados.

Esses grupos podem ser abertos, com horários fixos, podendo ser semanalmente ou mensalmente conforme os facilitadores acharem necessário. As vantagens desse grupo é que novos integrantes podem se juntar ao coletivo a qualquer momento, o que contribui na troca de experiências de quem acabou de perder alguém e quem já está aprendendo a vivenciar o luto do suicídio. (CVV, 2017).

Os grupos podem ser fechados também, nessa modalidade é estabelecido um número máximo de participantes que irão participar das reuniões durante um período de tempo estipulado, não podendo entrar novos integrantes após o início das reuniões. Normalmente esses grupos são coordenados por profissionais de saúde mental (psicólogo ou psiquiatras), e as vantagens nessa modalidade é que o grupo poderá ficar mais fortalecido, porem diferentemente do grupo aberto não será possível a convivência de recém enlutados com pessoas que já estão aprendendo a lidar com a dor. (CVV, 2017).

Os facilitadores podem ser sobreviventes que já conseguiram superar e compreender o luto. Nesses casos, para ser um facilitador, a pessoa deve em primeiro lugar se questionar se está equilibrada emocionalmente para comandar o grupo, para assim poder manter a calma durante as discussões na reunião. Os facilitadores com alguma graduação profissional como psicólogos por exemplo, normalmente não terão o mesmo nível de experiência como os sobreviventes, sendo assim, devem ser empáticos e acolhedores, devendo antes de assumir um grupo de apoio estudar sobre o assunto e, se possível, fazer alguma capacitação sobre luto no suicídio. Existe a possibilidade de ser um facilitador voluntario que se sensibiliza pela causa, o que é muito comum nos grupos feitos pelo Centro de Valorização da Vida. (CVV, 2017).

### **3.7 Comitê de promoção da vida e de prevenção do suicídio**

O Comitê Estadual de Promoção da Vida e de Prevenção do Suicídio foi instituído pelo governador do Estado do Rio Grande do Sul através do Decreto Nº 53.361, de 22 de dezembro de 2016, com o propósito de elaborar e implantar a Política Estadual de Prevenção do Suicídio. O Comitê foi criado com base em diversas portarias - Pactos pela Saúde; vigilância epidemiológica - e, principalmente, em razão da Portaria MS nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, esta portaria elabora as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, que devem ser introduzidas em todo o país considerando as três esferas de gestão e todos os níveis de atenção. (BRASIL, 2006b).

Diante do decreto estadual, a Secretaria da Saúde, Comunicação, Segurança Pública, da Justiça e dos Direitos humanos, do Trabalho e do Desenvolvimento Social, o Conselho Estadual de Saúde e o Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul ficam responsáveis por indicar os representantes do Comitê. Sendo competência da Secretaria da Saúde coordenar o grupo, via o Centro Estadual de Vigilância em Saúde. (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Ressalto que outras entidades podem participar do Comitê, a partir do convite dos coordenadores, podendo manifestar-se nas reuniões do grupo. Cabe ao Comitê então, além de

elaborar os planos de promoção da vida e prevenção do suicídio, guiar suas ações de acordo com as normas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde e pela política pública de saúde brasileira. (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Em nível regional, considerando a 28ª Região de Saúde, foi construído em 2018 o Plano Regional de Promoção da vida e Prevenção do Suicídio, em conjunto com os Comitês municipais da região, a Universidade de Santa Cruz do Sul e entidades parceiras tais como: igrejas, líderes de comunidade, hospitais, a EMATER, Ministério Público, Cooperativas e outras. A partir de reuniões planejaram algumas ações a serem implantadas para a Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio. Podem ser destacadas articulações entre os serviços citados anteriormente, divulgações, educação em saúde, capacitações e a possível criação de grupos de apoio. (MULLER, 2019).

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DE DADOS**

Havia previsto na metodologia fazer uma Análise de Conteúdo após a coleta de dados nos CAPS A e B. Sendo assim, após a transcrição das entrevistas realizadas e leitura destas, foram selecionadas as falas mais relevantes e em seguida realizado o agrupamento dessas falas por categorias.

Surgiram então três grandes categorias temáticas, indicadas a seguir, que foram desdobradas em subcategorias. A primeira fala da Rede de Atenção Intersetorial, que engloba o diálogo entre a equipe, a rede de atenção como apoio e o Comitê de Prevenção do Suicídio. A segunda grande categoria, denominada Suicídio, traz à discussão a visão dos profissionais sobre a temática do Suicídio; a sua atuação frente ao suicídio consumado; e o manejo dos profissionais diante das tentativas de suicídio. E, por fim, a categoria referente à Posvenção, traz a percepção dos profissionais sobre a necessidade de ações de posvenção; o cuidar dos sobreviventes - acolhimento, escuta e acompanhamento; e as dificuldades para exercer a posvenção nos serviços CAPS.

### **4.1 Rede de atenção intersetorial: diálogos possíveis**

As redes de atenção à saúde de acordo com Mendes (2010, p.2300), podem ser definidas como “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população”. Dentro do Sistema Único de Saúde – SUS, a “rede” é utilizada para definir um grupo de ações voltadas a um mesmo público ou objetivo, como a Rede de Atenção Psicossocial, que é voltada ao cuidado em saúde mental. São compostas pela reunião de serviços e equipamentos que estão localizados dentro de um mesmo território municipal ou regional, que se articulam e comunicam-se entre si. (BRASIL, 2009a).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a), a inserção do trabalho em rede de proteção de saúde não é algo a fácil a ser feito na prática, pois é necessário a articulação de diversos serviços e profissionais de várias especialidades, que devem ter práticas capazes de integrar e se moldar às diferentes necessidades que surgirem. Os CAPS, de acordo com Onocko e Furtado (2006), assumem um papel importante na rede de atenção à saúde, por estarem pautados dentro de um modelo antimanicomial e aliados aos princípios do SUS. Esses serviços ficam responsáveis pela articulação das redes de saúde do seu território a partir de práticas interdisciplinares.

Essa comunicação e vinculação entre os serviços da rede é definida como intersectorialidade, que é um dos princípios mais importantes na construção e efetivação da RAPS, e inicia-se a partir do pressuposto que a saúde é um direito de todos e que o paciente deve ser cuidado integralmente. Sendo assim é necessário que as ações de cuidado, estejam atreladas a diversos setores, como saúde, educação e social. Porém o grande impasse está na própria articulação desses serviços, pois os mesmos precisam manter uma comunicação clara e compartilhar decisões constantemente. (BRASIL, 2009b).

Em relação a temática do suicídio por ser um fenômeno complexo, as ações devem ser pensadas em conjunto com toda a rede de saúde, considerando todos os saberes disciplinares e multiprofissionais. Santos e Kind (2020), salientam que, tratando-se da prevenção do suicídio, a intersectorialidade deve ter ações preventivas como em escolas, hospitais e em outras instituições que não estão ligadas a saúde, mas que necessitam de ações que contribuem na prevenção do suicídio, informando e quebrando os tabus desse fenômeno na sociedade. Diante disso, veremos a seguir como funciona o diálogo entre os profissionais da equipe de saúde, e com os demais setores, para prevenção do suicídio dentro dos CAPS e na sua região.

#### **4.1.1 Diálogos entre a equipe**

No âmbito da saúde pública, considerando o SUS, é de extrema importância que os profissionais se conversem e troquem informações sobre os pacientes que frequentam os serviços, para assim fazer valer a integralidade que é um dos pontos principais do SUS. (COSTA, 2007).

Para que isso aconteça, de acordo com Costa (2007), é necessária uma equipe multiprofissional, que seja composta por profissionais de diversas áreas como enfermagem, psicologia, psiquiatria, assistente social, entre outras. No entanto, não basta somente isso, é necessário que esses profissionais trabalhem de modo interdisciplinar, interagindo uns com os outros e fazendo essa troca de saberes para o bem dos usuários.

Porém mesmo sabendo que o ideal no campo da saúde é que aconteça essa interação intensa dentro da equipe, na realidade o que acontece muitas vezes é uma divisão de saberes, que não se juntam. E então acontece o que vemos nas falas da maioria dos profissionais entrevistados, que é o encaminhamento do paciente para outro profissional da equipe, como contado por Tec.Enf-B1 “...*eu passei para a doutora. A doutora estava aí, a doutora que estava,*

*ai passei para ela ” ou a indicação que a Enf-A1 deu para o paciente “...passar para conversar com um psicólogo né, isso é o que a gente faz”.*

Não significa que indicar o paciente a outro profissional seja algo errado, ou inadequado a fazer, pois é importante que em caso de necessidade se passe o usuário para outro profissional. O trabalho em equipe exige troca de conhecimentos e ações articuladas e isso tem que acontecer de forma que os profissionais se conversem e troquem informações sobre o paciente, e que ambos se sintam responsáveis pelo indivíduo atendido. Ou seja, o que não pode ocorrer, e que por vezes pode transparecer pelas falas das profissionais acima mencionadas, é esse repasse de responsabilidade, o que os autores Matos, Pires e Campos (2010) chamam de fragmentação na organização do trabalho, em que cada um faz a sua parte, o que cabe ao seu papel, mas não une isso aos demais saberes.

Apesar dessa dificuldade de integração, existe algo maior que é a preocupação dos profissionais com os pacientes que estão em sofrimento, seja os familiares sobreviventes ou com ideação suicida. Todos os profissionais tentam ajudar de alguma forma, porém alguns não se sentem seguros e preparados para atender esse tipo de demanda, o que pode estar relacionado com as relações de poder que algumas profissões conotam dentro da equipe. Como o prevailecimento do saber médico em relação às outras profissões (COSTA, 2007). Nesse sentido, pode-se compreender a fala de Enf-A1 *“eu já tento encaminhar logo para o médico psiquiatra né, para avaliação e para a psicoterapia também, né”.*

Ao pensar na importância do diálogo como forma de construir a integralidade, para que não ocorra o que citamos acima, pode-se concordar com Costa (2007) sobre a necessidade de essas relações de poder sejam trabalhadas e quebrado esse paradigma, em que o profissional de medicina decide tudo. Os demais profissionais, sejam da enfermagem ou da psicologia tem um papel importantíssimo no contexto da saúde mental como um todo. Quando se juntam em prol de uma mesma causa tornam-se uma equipe ímpar.

Ainda de acordo com Costa (2007), assim que a equipe começa a trabalhar de forma integrada, ela consegue resolver a maior parte dos conflitos e dificuldades que surgirem, encontrando em conjunto a melhor solução, na maioria dos casos, até mesmo como em momentos difíceis como os que exigem dar suporte aos sobreviventes. Como se percebe na fala de Psi-B1 *“Fulano se suicidou, alguém da equipe vai no velório, vai lá, dá um abraço no familiar, e no sentido assim, coloca o serviço à disposição, que é um momento difícil, que nós estaremos aqui, que se a pessoa precisar que ela venha nos procurar, a gente vai ajudar. ”*

A partir da fala da entrevistada Psi-B1, vemos que a equipe nesse contexto se demonstra unida em prol de um mesmo objetivo. Pois no momento que ela traz, que coloca o serviço à disposição, ela ao mesmo tempo está falando de toda a equipe. E isso sim potencializa a integração da equipe conforme Matos, Pires e Campos (2010), que ressaltam que é nessa união que a prática interdisciplinar ocorrerá, e possibilitará que os saberes se entrelacem e todos os sujeitos participem do mesmo processo.

Além da equipe trabalhar unida, é importante que todos os profissionais estejam aptos para atender as diversas demandas que aparecem no CAPS, principalmente as relacionadas com suicídio. Pois requer uma atenção redobrada de todos na equipe, que devem ficar ligados a qualquer sinal de intenção ou ideia suicida do paciente. E isso pode ser treinado e aprendido dentro da equipe através de reuniões ou treinamentos. (CFM, 2014).

#### **4.1.2 A rede de atenção como apoio**

Desde a reforma psiquiátrica e a criação do SUS, a saúde mental recebeu diversas mudanças, entre elas o processo de desinstitucionalização e a descentralização do cuidado em saúde mental e, com isso, surgiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta inicialmente pelos seguintes serviços: Unidades de atenção básica (Unidades básicas de Saúde, Estratégia de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família); psicossocial (CAPS em geral); unidades de urgência e emergência (SAMU e Unidades de Pronto Atendimento); hospitais e estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação, que juntos formam uma rede de apoio interligados que contribuem no cuidado e atenção à saúde psicológica e mental da população. (BRASIL, 2012).

No entanto alguns anos depois com a portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017, que alterou as portarias referentes a RAPS, alguns serviços foram incluídos a rede como o retorno dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2017b). Assim, a nota técnica nº11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, esclareceu sobre as mudanças ocorridas na Política Nacional de Saúde Mental, explicando que as mudanças foram necessárias para atender a todas as demandas de saúde mental desde as mais leves as mais graves, mas sem esquecer do princípio da humanização. A RAPS passa a ser composta pelos seguintes serviços, os CAPS em todas as suas modalidades, residências terapêuticas, unidades de acolhimento, enfermarias especializadas em hospital geral, hospital dia, atenção básica, urgência e emergência, comunidades terapêuticas, ambulatórios multiprofissionais de saúde mental e hospitais psiquiátricos, cujo retorno a política nacional de saúde mental, denota um retrocesso dentro da



luta antimanicomial (BRASIL, 2019). Mas essa mudança ainda não é sentida e percebida nos serviços pesquisados, uma vez que em casos de necessidade de internação, não encaminham para hospitais psiquiátricos.

Os CAPS têm um papel muito importante nessa rede em que tecem uma articulação forte entre os serviços que estão no território dos pacientes, como as Estratégias de Saúde da Família (ESF) e com as Agentes comunitárias de saúde, como estratégia para vincular o paciente a rede e ao CAPS (BRASIL, 2004). Fazendo valer assim a ideia de integralidade, que de acordo com Cecílio e Merhy (2003), só acontece em rede, quando os serviços se transversalizam e oferecem todos os cuidados existentes dentro da rede, para garantir que o indivíduo usufrua do sistema de saúde de forma completa e integral. “A noção de sistema traz implícita a ideia de funcionamento harmonioso entre partes, cada qual com sua “função”, que contribua para o bom funcionamento do todo” (CECILIO; MERHY, 2003, p.4). Sendo assim, o sujeito que procura ajuda em um dispositivo de saúde, pode e deve ser cuidado pelos demais serviços também, bem como a Psi-A1 diz “...encaminhar para algum atendimento na atenção básica também né, NASF, os grupos que tem. ”

Onocko-Campos e Gama (2008), contribuem salientando que após ser lançado em 2003 o documento “Saúde mental na atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica”, que propôs as diretrizes de cuidado em saúde mental em rede, algumas propostas de manejo surgiram, como as de transversalidade que foram comentadas por Cecílio e Merhy (2003), e a “aposta no acolhimento, estabelecimento de vínculos e incentivo à responsabilização compartilhada dos casos como forma de combater a lógica do encaminhamento” (ONOCKO-CAMPOS; GAMA, 2008, p. 213). Dessa forma, quando o entrevistado fala sobre encaminhar o paciente, ele não está deixando de atender o indivíduo, e sim vinculando o sujeito a rede, fazendo com que este seja cuidado e olhado por todos.

Além disso, os CAPS como parte importante da RAPS, devem auxiliar os outros serviços da rede sobre questões relacionadas a saúde mental, sendo responsáveis pela educação permanente em saúde mental na rede de atenção básica (BRASIL, 2004). Observa-se que a atenção básica é a porta de entrada da grande maioria dos pacientes em risco de suicídio, por estar mais próxima do território em que vivem. Sendo assim é necessário que os profissionais da Atenção Básica, estejam capacitados e aptos a atender essa demanda, podendo acolher da melhor forma possível o indivíduo em sofrimento e fazer os encaminhamentos necessários

(CFM, 2014). A partir do que foi relatado pelos entrevistados, vemos que isso está acontecendo na prática, como na fala a seguir:

*Os CAPS já capacitaram toda a rede básica de saúde, enfermeiros técnicos de enfermagem e agentes de saúde, em como trabalhar a prevenção e a escuta do suicídio. E seguido a gente retoma, então existe uma capacitação dos serviços, dos CAPS também em relação a atenção básica. (Psi-B1)*

De acordo com a cartilha do Conselho Federal de Medicina (2014, p.47), “A identificação e a avaliação do risco suicida são competências que dizem respeito a toda a rede de saúde, sendo fundamental que todos estejam capacitados para realizá-la”, o que ocorre, como percebido na fala acima descrita, como uma via de mão dupla, um serviço aprendendo com e sobre o outro.

Diante do que foi apresentado pelos entrevistados e salientado através do relato de Psi-B1: “*A rede de cuidado da rede de saúde daqui do município, ela é muito entrelaçada*”. Parece que a rede está funcionando bem, a partir da visão dos profissionais e, essa forma de trabalhar e aprender, também é um cuidado feito em rede para os trabalhadores envolvidos. Deste modo, todos os integrantes da RAPS, estão articulados e se comunicando em prol de um mesmo objetivo, que é a diminuição da taxa de suicídio.

#### **4.1.3 O Comitê de prevenção do suicídio na região pesquisada**

As medidas de prevenção do suicídio e promoção da vida, são de responsabilidade de todos nós, e estão presente em diversos seguimentos relativos a parte da nossa sociedade, não se limitando somente à área da saúde. Espaços que favorecem a escuta, o acolhimento e até mesmo a autoajuda, contribuem para que menos suicídios aconteçam. Como grupos de qualquer ordem, podendo ser em igrejas, nas comunidades rurais ou urbanas, entre outros espaços que acolhem uns aos outros. (CFM, 2014).

Diante disso existe desde 2016 o Comitê de Promoção da Vida e de Prevenção do Suicídio no Estado do Rio Grande do Sul, no qual participam várias entidades governamentais e entidades/instituições convidadas como: Secretarias de Saúde, Comunicação, Segurança Pública, da Justiça e dos Direitos humanos, do Trabalho e do Desenvolvimento Social, o Conselho Estadual de Saúde, o Instituto de Previdência e instituições convidadas como Universidades locais, escolas e igrejas. (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Na 28ª Região de Saúde, que é a região de saúde à qual os municípios pesquisados pertencem, o Comitê é composto por várias entidades que se juntam mensalmente para planejarem algumas ações a serem implantadas para a Promoção da Vida e Prevenção do

Suicídio. Como articulações entre os serviços de atenção básica e especializadas (CAPS), divulgações, educação em saúde, capacitações e a possível criação de grupos de apoio (MULLER, 2019). O Comitê da região é referido nas entrevistas, como traz a entrevistada Psi-B1:

*...esse comitê é composto por vários serviços, várias entidades governamentais e não governamentais. Os três CAPS estão nele. O CAPS AD, o CAPSIA, o CEREST, a atenção básica, os hospitais daqui do município e as UPAs estão comprometidos, a universidade daqui do município também... a vigilância sanitária também...*

De acordo com Moura et al. (2011), os serviços da rede de atenção fariam parte da rede local de vigilância, prevenção e controle e cabe a eles terem sensibilidade e se mobilizarem para construir os planos de cuidado e aplicar as medidas de prevenção do suicídio. Como também é solicitado pelo Decreto Estadual Nº 53.361 de 22 de dezembro de 2016, que os comitês devem elaborar os planos de promoção da vida e prevenção do suicídio e guiar suas ações de acordo com as normas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde. Algumas dessas ações foram comentadas pela entrevistada Psi-B1, que explicou um pouco da atuação dos CAPS dentro do Comitê, como vemos nas suas falas a seguir:

*...a gente faz dois tipos de atuação: primeiro é fazer um controle dos dados e das tentativas de suicídio através dos relatórios que os hospitais nos mandam... com a vigilância a gente pega os suicídios... Quantas pessoas provocaram suicídio, idade, onde moravam e qual foi o método... a maior finalidade, ficar monitorando os dados do município... o segundo, é fazer um trabalho de prevenção. Então setembro amarelo a gente usa para mais divulgar, para trazer à tona e para discussão essa situação, e nos outros meses a gente faz intervenções né.*

Diante do que ela relata, o Comitê está funcionando como uma rede de prevenção e vigilância do suicídio, por estar composta por pessoas de todos os níveis de formação e de diversas instituições, que estão trabalhando juntas e articuladas por um mesmo objetivo como orienta Moura et al (2011). Ao mesmo tempo é importante que exista uma comunicação entre os integrantes, que possam trocar informações e planejarem juntos as estratégias e ações em relação à temática do suicídio.

Pelo o que foi comentado, os integrantes do Comitê se reúnem mensalmente para discutirem os dados recolhidos e planejarem as ações a serem efetuadas dentro da comunidade, ações estas que, de acordo com a Psi-B1, estariam funcionando muito bem, pois estão conseguindo evitar o aumento da taxa de suicídio: “...o serviço de proteção está bem eficiente, porque senão não teríamos só 15, teríamos 165 suicídios. ”

No entanto alguns profissionais não tem a mesma percepção do Comitê, não vendo sua real efetividade na rede. Posição que destaca o Comitê negativamente, com uma postura de investigação e culpa diante de um agravo complexo e multifatorial como o suicídio:

*Eu entrei no Comitê, mas eu vi que tinha muitos pontos ali, que estavam só em cima de estatísticas, e eu acho que precisa fazer pesquisas, o que precisa fazer para efetivar, não ficar procurando quem é o culpado, dentro de uma comunidade pequena, quem é que está errando por ter tanto suicídio. (Psi-A2).*

O que esse profissional relata é que talvez os integrantes do Comitê não estejam articulados dentro de um mesmo propósito, e por falta de um estudo que demonstre os motivos de por que a taxa de suicídio é tão alta na região, acabam fazendo julgamentos entre os integrantes do próprio grupo. E uma rede de proteção só será efetiva, se todas as pessoas trabalharem juntas e estiverem dispostas a mudanças sempre que necessário. Além disso é de extrema importância que haja comunicação entre os integrantes, que eles troquem informações e se ajudem constantemente, para assim evitar conflitos entre o grupo, e dificultar o enfrentamento aos suicídios. (MOURA et al., 2011).

Cabe também às redes de acordo com Moura et al., ter ações pensadas aos sobreviventes do suicídio, visto que estes fazem parte da parcela que está em risco. Sendo assim seria fundamental que já existisse alguma estratégia pensada para esse público, mas o que tem são apenas planos e algumas ações pontuais. Como relata a Psi-B1, planejar ações de posvenção é algo visto como parte do trabalho do Comitê, mas concretamente nada foi proposto ainda: *“Isso é uma coisa que a gente vem pensando no Comitê, como é que a gente vai cuidar dos sobreviventes?”* E complementa *“...o Comitê tem assim algumas ações quando envolve coisas assim, muito amplas né.”*

Dessa forma infere-se que o Comitê é um dispositivo de prevenção do suicídio, que possui vários planos para diminuir os índices de suicídio na região, contribui no manejo intersetorial da temática e nas capacitações na rede. Mas parece estar em fase de planejamentos, não contribuindo efetivamente na diminuição dos casos de suicídio na região ainda, como relato por um dos entrevistados.

## **4.2 Suicídio**

O Suicídio como já introduzido anteriormente, é um fenômeno que acontece desde os primórdios da humanidade, mas com o passar dos anos, transformou-se em um problema de saúde pública. Desse modo, fez-se necessária a criação de estudos e planejamentos para a sua prevenção em âmbitos mundial, nacional e regional.

Enquanto problema de saúde pública, o suicídio passa a ser contabilizado, classificado em diagnósticos, de modo que esse agravo possa ser estudado, controlado, prevenido. Esse tem sido o modo hegemônico de abordar o problema, sendo necessário que os profissionais de saúde questionem sobre os diferentes modos de vida, e o seu sentido (NETTO, 2013). O suicídio é uma temática que merece atenção e sobre a qual cabem inúmeros estudos. No entanto, como abordam Silva et. al. (2017), existe uma carência de pesquisas relevantes sobre o assunto, pois o suicídio ainda é visto com muito preconceito e tabus. Os estudos já existentes parecem não contribuir na diminuição dos casos de suicídio, visto que estão cada vez mais em ascensão no mundo.

Contudo no Brasil, em 2006, foi criada a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, estabelecendo políticas públicas para orientar na construção das ações de prevenção do suicídio e promoção da vida. Foi elaborado pelo Ministério da Saúde o manual *Prevenção de suicídio direcionada aos profissionais da saúde mental*, dando ênfase à importância das equipes dos CAPS nas medidas de cuidado do suicídio, por serem serviços especializados na área e possuírem condições para ajudar de forma preventiva no suicídio. (BRASIL, 2006a).

Alguns anos depois foi apresentado pela Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP, a cartilha Suicídio: informando para prevenir, auxiliando os profissionais de diversas áreas da saúde no manejo e prevenção do suicídio (CFM-2014). Dessa forma, mesmo que ainda seja necessário muitas pesquisas e ações sobre o suicídio, é possível perceber de acordo com Muller, Pereira e Zanon (2017), um empenho no âmbito nacional para quebrar o tabu do suicídio, e tratá-lo com a importância de um problema de saúde, que necessita de políticas públicas que orientem e qualifiquem os profissionais.

Porém, conforme Botega (2015) citado por Cescon, Capazzolo e Lima (2018), as ações para prevenção do suicídio ainda necessitam de uma maior efetividade, para que saiam dos papéis e sejam colocadas em práticas. Para que isso ocorra, os profissionais que irão trabalhar com essa problemática precisam se sentir seguros e qualificados para identificarem os sinais de ideação de suicídio.

A seguir buscamos compreender como os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial atuam frente a essa temática, qual as suas percepções a respeito e o manejo diante das tentativas de suicídio.

#### 4.2.1 A visão dos profissionais sobre a temática do suicídio

O suicídio é um problema de saúde multifatorial, que grande parte dos profissionais ainda tem dificuldades de lidar, pois faz com que o profissional entre em confronto com seus próprios sentimentos e julgamentos, uma vez que o ato de se matar é muito agressivo a todos que vivenciam, causando um desprezo por parte de quem atende essa demanda. Além disso, a ideia de alguém querer a morte ainda é um tabu muito grande, principalmente na área da saúde, cujo principal objetivo é salvar vidas e não deixar que ela aconteça. (KOVACS; ZANA, 2013).

A dificuldade em lidar com o suicídio, e conseguir oferecer um acolhimento adequado por causa de pré-julgamentos podemos verificar nas falas da profissional Tec. Enf.- B1 a seguir: *“eu gosto de ouvir, de tentar ajudar sabe? Só que não fica bom quando a gente vê que não é verdadeiro. Que não é por alguma coisa tipo... vem muitos assim quando está terminando o benefício. Sabe? Então a gente vê que não tem sofrimento da pessoa”*. E também em cima da crença de senso comum, presente inclusive entre os profissionais de saúde, que quem tenta se suicidar quer chamar atenção: *“Muita tentativa a gente até vê que é mais para chamar atenção né. Da família, de quem for.”*. Diante dessa crença Cassorla apud Kovacs e Zana (2013), afirma que o suicídio visto como algo para chamar a atenção, se explica por causa da ambivalência entre viver e morrer.

O entrevistado Psi-A2 também levantou questionamentos a respeito de quem tem esse tipo ação como podemos ver em sua fala: *“Então é bastante covarde o ato de quem faz um suicídio né, porque ele não pensa nas crianças né. Pensa em nada né, é um fato bem complicado, muito covarde. Apesar da pessoa estar bastante doente né.”*. Além do fato de mexer com os sentimentos e julgamentos morais e religiosos dos profissionais, outro motivo que dificulta lidar com o suicídio, é por coloca-los frente a ideia da finitude. Fato esse que causa angústia e um sentimento de impotência nos profissionais em conseguir tirar o paciente em sofrimento dessa situação de desespero. Outro motivo que dificulta é a falta de conhecimento sobre o tema, ou a inexistência de uma explicação de como lidar com pacientes suicidas durante a formação de algumas profissões (CESCON; CAPAZZOLO; LIMA, 2018; SILVA et. al, 2017).

Porém mesmo com todos esses vieses, é importante que os profissionais consigam deixar de lado todos os tipos de julgamentos para só assim conseguir oferecer uma escuta atenta e acolhedora aos pacientes suicidas. Pois ao não julgar o paciente ele se sentirá mais acolhido, e conseguirá formar um vínculo com o serviço. É importante também que esse acolhimento seja

calmo e que permita o paciente falar sobre seus sentimentos (SILVA et al, 2017). Além de ser essencial que todos na equipe se sintam capacitados para oferecer um atendimento adequado a essa demanda como comenta Cescon, Capazzolo e Lima (2018).

Fukumitsu (2014) complementa dizendo que para atender pacientes suicidas, é necessário desenvolver a empatia, entender o sofrimento do outro, de maneira a se aproximar da realidade desse usuário que está em sofrimento. Como a Enf-A1 diz fazer: *“Eu me coloco muito, no lugar do outro sabe. E aqui trabalhando, aqui, a gente vê tanto sofrimento sabe, então a gente tem que dar atenção para essas pessoas, porque as vezes eles não têm atenção nem da família né, é bem triste.”* Ao se importar com os sentimentos do paciente em risco, e se aproximar dele, ajuda a dar esperanças ao paciente e funciona como uma forma de manejo adequada e vemos essa preocupação em alguns profissionais como da Enfermeira do CAPS A (FUKUMITSU, 2014). *“Que eu não consigo banalizar esse sentimento sabe. Eu dou muita, muita importância, porque para mim o sofrimento é uma coisa que acaba com o ser humano, é uma coisa muito triste...”*

Alguns autores como Muller, Pereira e Zanon (2017), analisaram que essa forma de manejo em que o paciente recebe um atendimento mais acolhedor e humanizado é comum nos CAPS, pois isso também é um dos princípios do SUS e deve ser seguido. Dessa forma, o paciente é visto e tratado em sua totalidade, considerando todos os seus aspectos pessoais e sociais. O que é muito importante pois o suicídio é marcado por diversos fatores, e considerar o meio em que o sujeito vive, para entender os motivos que o levaram a ter tal decisão é importante. Um pouco disso é trazido na fala do Psi-A1: *“Então enfim, não é um problema só da saúde mental né, é um problema social, um problema de conflito familiar, não se restringe somente ao CAPS”*.

No entanto continua sendo um trabalho difícil a se fazer pois exige um esforço enorme dos profissionais, como relata Psi-A1: *“É um trabalho difícil que exige muito, muito empenho, e muita sensibilidade do profissional”*. Fica mais fácil auxiliar esses pacientes no momento que o profissional compreende qual o real significado da morte para o sujeito, que deseja parar de sofrer e não morrer. A partir desse entendimento o profissional vai poder intervir de forma a valorizar o indivíduo e apostando em ações para que o sujeito resinifique sua vida. (MULLER; PEREIRA; ZANON, 2017).

Contudo Fukumitsu (2014) salienta que mesmo com todas essas dicas de manejo, e que a equipe ofereça todo o atendimento e acolhimento necessário, se esforçando para tirar a

ideação suicida da cabeça do usuário as vezes não é suficiente. E quando isso acontece, é comum a equipe se sentir impotente e até mesmo sentir que fracassaram, como vemos na fala a seguir: “...a gente também fica mexido com a situação, a gente fica comovido, a gente muitas vezes se pergunta, bah, o que mais eu poderia ter feito, sabe, nem sempre a gente pode mudar né...” (Psi-A1). Nessas situações é importante que tanto o terapeuta responsável quanto a equipe entendam que não são onipotentes, que mesmo que se esforcem, a decisão final é do paciente, cabendo aos profissionais apenas respeitar a decisão do indivíduo e trabalhar a sua própria frustração. (FUKUMITSU, 2014).

Nesse contexto em que o paciente tem poder de decidir sobre sua vida, se entra em outra discussão bastante presente na área da saúde e também pelos profissionais entrevistados como vemos na fala: “Às vezes é uma liberdade também. As vezes a gente discute né, se a pessoa não tem o direito disso. A gente não quer, a gente vai ajudar a pessoa em todos os sentidos para não tomar essa decisão, mas...” (Psi-B1), e que grande maioria dos profissionais não aceitam muito bem, já que como falado anteriormente são formados para salvar vidas e não permitir que a pessoa morra. Mas isso é algo a ser considerado pelos profissionais, visto que é um direito do paciente a partir do princípio da bioética, em que o indivíduo tem direito de decidir pela sua vida (KOVACS; ZANA, 2013). Alguns profissionais compreendem isso um pouco melhor como podemos verificar em sua fala abaixo:

*E aí né, para evitar que aconteça. Mas eu acho que isso nunca vai acontecer, a evitar que aconteça. Acho que as pessoas, elas vão continuar dentro de um modelo de bem-estar imediato. Porque o suicídio é um bem-estar imediato. Tu está em uma situação ruim, e tu não sabe o que fazer, aí a morte é a única forma dela ficar bem... então é um bem-estar imediato. Só que tirando a morte, o resto tem tudo saída, de uma forma ou de outra, pode demorar um pouco mais ou não. (Psi-B1).*

Resumindo a visão que os profissionais têm referente ao suicídio, verificamos que é um tema que mobiliza muito e difícil de lidar. Mas o importante, como sempre é oferecer um atendimento acolhedor e vincular o paciente ao serviço. Porém o profissional precisa considerar que a decisão final é sempre do paciente e cabe somente a ele respeitar, e lidar com seus próprios sentimentos que surgem nessas situações. A seguir no próximo tópico discutirei como a equipe do CAPS lida com as tentativas de suicídio.

#### **4.2.2 A atuação dos profissionais dos CAPS frente o suicídio**

Assim como descrito no manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental do Ministério da Saúde (2006), e já comentado anteriormente, os CAPS possuem papel importante na prevenção do suicídio. Pois a equipe desse serviço é responsável pelo cuidado das pessoas



com problemas psiquiátricos e psicológicos graves, tais como quadros de depressão, transtorno bipolar de humor e esquizofrenia, doenças essas que podem favorecer a ideação suicida em algumas pessoas. Diante disso, os profissionais do CAPS por estarem mais próximo dessa realidade, e conseguirem estar em contato com a rede de apoio dos indivíduos que estão fragilizados, e em possível risco de atentar algo contra sua própria vida, conseguem evitar que muitas pessoas cheguem a consumir o suicídio.

Para que isso seja possível, além da equipe estar articulada, deve estar atento aos fatores de risco de suicídio e oferecer uma escuta acolhedora aos pacientes com ideação suicida, pois pesquisas sobre prevenção destacam que a maioria dos pacientes que foram acolhidos e acompanhados de forma correta, conseguiram superar o sofrimento e dar um novo sentido para suas vidas (BRASIL, 2013). Cescon, Capazzolo e Lima (2018), contribuem nesse sentido, ao considerarem a escuta e o acolhimento dispositivos fundamentais para formação de vínculo com esses pacientes.

Assim sendo, verifico que a ideia de acolher a partir da escuta, é um dos princípios mais presentes na maioria das falas dos profissionais entrevistados, como vemos na fala da profissional a seguir: “... a gente escuta bastante sabe, as pessoas vêm pedir ajuda. Mas... é bem tranquilo. O que a gente pode escutar, o que a gente pode ajudar, bem dizer o que a gente pode escutar né. Não tem. Tento ajudar de todas as formas. ” (Tec.Enf-B1). Nessa fala em especial, por se tratar de uma profissional da área da enfermagem, o acolhimento por meio da escuta, é um dos principais meios de manejo utilizados. Esses profissionais, ao oferecer uma escuta acolhedora, conseguem identificar os riscos e fragilidades desse usuário, e dar-lhe o devido cuidado a estes. (SILVA et. al, 2017).

Já frisando que o manejo do suicídio não é exclusivo do psicólogo e do psiquiatra, todos dentro da equipe podem e devem acolher essa demanda, pois a ideação suicida jamais deve ser ignorada por nenhum profissional de saúde como aborda Cescon, Capazzolo e Lima (2018). Para que todos se sintam capacitados para fazer essa escuta, a Psi-B1 orienta seus colegas, como podemos ver em sua fala: “ ...se vocês perceberem que tem alguém que não está bem, conversem, escutem, não precisa ser só o psicólogo, não é só nos que escutamos, todos podem escutar”.

Além da escuta também é efetuado nos serviços a busca ativa, que basicamente é a ligação para os pacientes que estão em risco, como forma de prevenção, e meio de criar um

vínculo com esses pacientes. “...eu faço a busca ativa por telefone, uma ou duas vezes por semana eu ligo, para saber como as pessoas estão. ” (Enf-A1).

Essa simples ligação contribui muito no tratamento dos pacientes com risco de suicídio, pois ficam amparados. Fukumitsu (2005) citada por Kovacs e Zana (2013), fala da importância de amparar e não deixar esses pacientes sozinhos em nenhum momento. Podendo em alguns casos ser necessário até mesmo a internação. Isso porque uma pessoa com ideação suicida, pode vir a atentar contra sua vida a qualquer momento, motivo pelo qual a família é chamada para ajudar a cuidar e observar o familiar em sofrimento. Como observamos na fala a seguir:

*...a gente responsabiliza muito a família, aqui quando a gente vê que tem algum paciente que tem algum risco a gente não deixa, pelo menos eu aqui falando, eu não deixo sair sem chamar algum familiar, sem responsabilizar alguém, se não tem um familiar vai ser um amigo, vai ser enfim, alguém vai ter que se responsabilizar. Isso é uma medida de proteção né... (Psi-A1).*

Na pesquisa efetuada por Cescon, Capazzolo e Lima (2018), um serviço de atenção psicossocial, em que verificaram que os profissionais de nível superior consideravam importante a escuta acompanhada de outras formas de atenção e cuidado, dentre elas o encaminhamento ao psiquiatra para ter acompanhamento medicamentoso. Os profissionais dos CAPS pensam da mesma forma, como podemos ver na fala de Psi- A1:

*“...atender a pessoa e entender o que está acontecendo com essa pessoa, tentar deixar essa pessoa em segurança né, tentar traçar alguma estratégia de atendimento né, medicamentosa, atendimento... ahn... Também na questão de alguma atividade que possa tirar a pessoa daquela situação de tristeza enfim...”*

É possível perceber através das falas dos profissionais um esforço e uma preocupação para retirar a ideia de morte da cabeça dos pacientes. Isso acontece porque de acordo com Fukumitsu (2014) não estamos preparados e acostumados para lidar com as questões de vida e morte, com o desespero e a falta de vontade de viver das pessoas. E isso mexe com as questões pessoais e íntimas dos profissionais que atendem essa demanda. Isso ficando claro na fala de Psi-A1:

*...eu acho que a gente consegue assim, eu fico meio inquieta quando um paciente chega e diz que vai cometer um suicídio, e eu tento de todas as formas evitar isso e tentar ajudar para que a pessoa consiga sair dessa situação, mas; é uma questão se acontece no serviço é a equipe toda que responde. (Psi-A1).*

Diante disso Fukumitsu (2014, p.271), ainda salienta que “o manejo com aqueles que pensam no suicídio requer respeito, disponibilidade, trabalho constante com dores, tolerância às frustrações e trabalho interdisciplinar. ” Mesmo com todos os esforços para ajudar o paciente e prevenir o suicídio, o indivíduo pode vir a se matar. Nesses casos, como abordado pela Fukumitsu (2014), o terapeuta não pode ser onipotente em achar que evitará todas as mortes. A

entrevistada do CAPS Psi-A1 comenta a respeito disso, como vemos na fala a seguir: *“E também a gente não pode ter uma onipotência de pensar assim que pode evitar todos os casos, que a gente não pode né. Seria muita onipotência da gente enquanto profissional da saúde em pensar que pode evitar tudo, não pode. Não pode mesmo.”*

Nesse tópico vemos como os profissionais atuam frente ao suicídio de forma geral, a seguir como é o manejo relacionado as tentativas de suicídio.

#### **4.2.3 O manejo diante das tentativas de suicídio**

Durante as entrevistas muitos profissionais trouxeram para discussão o cuidado que os pacientes de tentativa de suicídio recebem, e como é o manejo. Dessa forma trago esse tema para discussão. Heck et al. (2012) discutem que a tentativa de suicídio no Brasil está associada a possibilidade de o sujeito conseguir resolver seus problemas pessoais, e terminar com seus sofrimentos acabando com sua vida, sendo assim uma forma rápida de resolver seus problemas. Mas justamente por causa desse imediatismo, a tentativa de suicídio torna-se um caso de emergência na saúde, pois o risco de morte é altíssimo e iminente na maioria dos casos que surgem nos serviços de saúde, pedindo da equipe que atende um manejo rápido que detecte todos os fatores de risco, a fim de evitar que a pessoa consiga chegar ao ato final em uma próxima tentativa.

Os profissionais entrevistados explicaram um pouco como é feito o primeiro atendimento ao paciente que tentou se suicidar como vemos na fala a seguir: *“...ele tentou, então ele vem para cá, para nós. Aí a gente vai construir o plano terapêutico.”* (Psi-B1). O plano terapêutico apontado pela entrevistada, é conhecido como PTS, e baseia-se pela ação de montar um plano terapêutico individual com cada paciente de acordo com suas necessidades, levando em consideração sua subjetividade. Vale ressaltar que a PTS é construída em conjunto com o paciente e com a equipe do CAPS e com os familiares quando necessário (BRASIL, 2007). Isso é muito importante em casos de tentativa de suicídio, pois o plano terapêutico lhe oferecerá uma gama de atividades e cuidados, em que paciente se sentirá mais acolhido.

Os profissionais Psi-B1 e Tec.Enf-B1 trazem que, em casos de tentativa de suicídio, o que eles fazem é escutar e acolher a demanda do paciente, o que é um dos melhores manejos a serem seguidos e que contribuem na formação de vínculos, sendo ótimas ferramentas para efetivar o tratamento do paciente (CESCON; CAPAZZOLO; LIMA, 2018), como vemos nos seus depoimentos: *“Que aqui ele é escutado. E aí a gente vai ver que demanda é essa, que levou ele a tentar acabar com sua vida. Se isso realmente vale a pena. Então assim, é um espaço*

*onde eles podem ir refletindo sobre isso. ” (Psi-B1) e “A gente acolhe, se é paciente a gente vê o prontuário, a gente conversa né. Mas o máximo que a gente faz é escutar né. Tentar ajudar, e deixar no intensivo essa pessoa. ” (Tec.Enf-B1). Pesquisas sobre a prevenção do suicídio também revelam de acordo com Cescon, Capazzolo e Lima (2018), que um acolhimento bem efetuado, seguido do acompanhamento do caso do paciente, contribuem efetivamente na diminuição dos casos de suicídio, e percebemos que as equipes dos CAPS A e B, têm essa preocupação com os pacientes de tentativa de suicídio, deixando alguns até mesmo como intensivos no serviço, para assim ter uma aproximação maior do paciente a fim de evitar que ele cometa algo contra sua vida.*

No entanto como aponta Heck et al. (2012) em casos mais graves de tentativa de suicídio, onde a rede de apoio é fragilizada, é preciso ter ações mais incisivas, como a internação em hospital geral ou em centros terapêuticos, onde será monitorado e cuidado com mais frequência, até a pessoa sair da crise e voltar a ter esperanças em sua vida. Torna-se muito importante que a família esteja presente, mesmo que o usuário seja internado, porque a família é a rede de apoio mais importante para a recuperação do paciente em sofrimento e os responsáveis pelo familiar caso esse venha a cometer algo contra sua vida. Por isso que os profissionais dos CAPS, assim como Psi-A2 relata na fala a seguir, acolhem o indivíduo e trabalham junto com a família: *“...casos que a rede tem conhecimento de alguma tentativa, a gente já vai à procura da situação, a gente acolhe, faz o acolhimento e depois faz um acompanhamento né, geralmente junto com os familiares, que é uma coisa mais intensiva. ”* A Técnica de enfermagem do CAPS B relata ainda: *“...familiar fica responsável, e daí a gente fica monitorando de 7 em 7 dias, de 15 em 15, para ver como está né. ”*

Diante do que foi descrito pelos entrevistados, conclui-se que os familiares dos pacientes aqui pesquisados, participam bastante do tratamento dos usuários do CAPS A e B. O que é significativo, visto que assim como já foi dito, a família contribui na melhora do quadro da paciente, mas também ajuda a equipe a oferecer o atendimento mais adequado a cada pessoa. E a tentativa de suicídio requer justamente esse tipo de manejo, que envolve o trabalho mútuo entre equipe de saúde, família, amigos e conhecidos e toda a rede de apoio local (HECK et al., 2012).

No entanto, nem sempre a família é presente no tratamento do sujeito em sofrimento, o que dificulta a evolução e o vínculo do paciente ao seu tratamento (MULLER; PEREIRA; ZANON, 2017). Da mesma maneira que, a falta de diálogo e articulação na rede de atenção psicossocial podem fazer com que o CAPS não consiga evitar todos os casos de suicídio do

município, como relata a entrevistada Psi-A1: “...*geralmente os casos que chegam até aqui a gente consegue, digamos que de certa forma manejar, e evitar que aconteça, mas se não chega até aqui, a gente não tem o que fazer...*”

Nessa subcategoria buscamos compreender como os profissionais lidam com as tentativas de suicídio, assim como tentamos entender qual a visão dos profissionais e como se relacionam com a temática. Feito essas discussões, podemos entrar na categoria da Posvenção.

### **4.3 Posvenção**

A posvenção ou prevenção pós suicídio diz respeito aos cuidados oferecidos a todas aquelas pessoas que, de alguma forma, foram acometidas pelo suicídio de outra pessoa, seja familiar, amigo, paciente ou algum ente querido. Todas essas pessoas que estão em luto pelo suicídio, são denominadas sobreviventes enlutados por suicídio ou somente sobreviventes (FUKUMITSU; KOVACS, 2016). Os cuidados oferecidos a esse público têm como intuito auxiliar nesse processo de luto, que costuma ser mais doloroso e difícil de ser aceito que os outros lutos, visto que quem perde um ente para o suicídio tende a se culpar e buscar explicações para o acontecido. E também para evitar que novos suicídios ocorram entre os sobreviventes. (BRASIL, 2020; RUCKERT; FRIZZO; RIGOLI, 2019).

As atividades de posvenção incluem ações em diferentes níveis na esfera pública e na privada, desde atendimentos individuais a ações de prevenção e conscientização, como o setembro amarelo por exemplo, e escutas em grupos de apoio aos sobreviventes ainda pouco disseminado no Brasil (BRASIL, 2020). Os cuidados aos sobreviventes de acordo com Ruckert, Frizzo e Rigoli (2019), podem ser efetuados em diversas áreas, mas em especial pelos profissionais da saúde, que ao lidar com o enlutado pelo suicídio deve focar no processo de luto e na quebra de paradigmas e tabus sobre o suicídio, a fim de reduzir o isolamento que tende a acontecer. Alguns dos manejos sugeridos são acolhimentos, aconselhamentos, psicoterapia e conscientização sobre a temática, sempre levando em consideração a subjetividade de cada indivíduo e sua totalidade. (SCAVACINI, 2018).

No Brasil ainda existem poucos estudos sobre posvenção e manejos com os sobreviventes, embora os índices de suicídio no país sejam altíssimos e estudos comprovam que, a cada suicídio, pelo menos seis pessoas são acometidas e tendem a repetir a mesma ação. Consequentemente é necessário que existam mais orientações de como lidar com os sobreviventes enlutados (RUCKERT; FRIZZO; RIGOLI, 2019). No Brasil as atividades de posvenção ainda estão sendo construídas, temos um plano de prevenção de suicídio, mas com

pouca ou quase nenhuma orientação de como lidar com o pós suicídio. Assim além de novos estudos, as ações a serem desenvolvidas sobre esse tema devem atingir um nível maior na esfera pública a fim de ser usado como um método de prevenção do suicídio, transformando-o em ações de saúde mental que respeitem o processo de luto de quem vivencia um suicídio. (SKAVACINI, 2018).

A partir da necessidade de mais estudo sobre posvenção, e buscando entender como os profissionais se relacionam com essa temática, a seguir busquei saber as suas percepções, como atendem essa demanda e quais as dificuldades encontradas, como veremos nos tópicos adiante.

#### **4.3.1 A percepção dos profissionais sobre a necessidade de ações de posvenção**

A posvenção do suicídio ainda é um assunto pouco conhecido pela maioria dos profissionais entrevistados, visto que existem poucos estudos a respeito e existe muito preconceito sobre a temática do suicídio, e um certo desprezo aos sobreviventes, pois há uma culpabilização de quem fica. No entanto mesmo não conhecendo o conceito de posvenção, os profissionais já realizam esse tipo de cuidado, mesmo sem saber que o estão executando. Durante as entrevistas, neste estudo, suas respostas indicam que sabem da importância de oferecer esse tipo de atendimento, como podemos ver nas falas a seguir: *“Pelo menos em um uma primeira etapa sabe, em um primeiro momento, sim, seria importante. Porque as vezes é confuso tu querer entender porque a pessoa fez isso, né, ainda mais para a família que está junto ali né.”* (Tec.Enf-B1).

Como ressalta Fukumitsu (2014, p.273), o “Suicídio é um ato de desespero, um erro, um espetáculo para quem o assiste, um alívio para quem o realizou ou um pedido de aprovação”. Sendo assim, a temática afeta todos, de alguma forma, como já explicitado anteriormente, mas principalmente os familiares, pois estes vivenciam um luto muito difícil de ser elaborado, em decorrência dos tabus que o suicídio possui e por buscarem explicações e culpados para tal ato (SBEGHEN, 2015). O entrevistado Psi-B1 complementa:

*...eu acho que sim. Eu acho que seria... ahn... como é que eu vou te dizer? Assim o suicídio é uma coisa muito impactante, eu acredito que deva mexer muito com todos que estavam ao redor dessa pessoa. Mas vai depender dessa pessoa, se ela acha que dá conta ou não. Então eu acho assim, que seria importante se eles tivessem um espaço, um espaço para poder falar, para trabalhar isso né.* (Psi-B1)

De acordo com Kovacs (2013) apud Sbeghen (2015), o luto vivenciado pelos sobreviventes é difícil de ser elaborado por causa do sentimento de culpa e também por se sentirem abandonados e sentindo que poderiam ter feito mais. Questionam-se onde erraram, a ponto de não perceber o que estava acontecendo e, além disso, pensam que serão

frequentemente apontados pela sociedade como culpados pela morte de seus entes queridos. Em decorrência de todo o sofrimento que o suicídio na família gera nos familiares, é muito importante que estes encontrem apoio e suporte psicológico (SBEGHEN, 2015). Friso a importância de haver cuidados aos sobreviventes, pelo fato de que o familiar pode vir a cometer o mesmo ato, sendo um dos princípios da posvenção evitar que novos suicídios aconteçam (FUKUMITSU et al., 2015). Tanto que o suicídio na família é considerado um fator de risco presente nos questionários de acolhimento para identificar qual o grau de risco do indivíduo, como relata os profissionais a seguir: “...não é que existe uma hereditariedade, mas assim a repetição né, ao longo desse ciclo familiar é muito comum... por isso até que uma das questões do nosso questionário é: algum familiar já cometeu suicídio? ” (Psi-A1). Concordando com a importância de ações junto aos familiares, outra profissional refere:

*...a gente sabe que o risco dentro das famílias que tem uma situação que a pessoa cometeu o suicídio dentro da família, o risco aumenta, então aquilo ali vira uma história como se fosse assim um fato para resolver algo da vida, como se fosse uma doença genética, ah um fez, o outro já fez, tem que fazer de novo. (Psi-A2)*

Fukumitsu et al. (2015), ajudam a entender essa preocupação, ao explicarem que os sobreviventes, ao se depararem diante de tanto sofrimento e devastados emocionalmente e socialmente, ficam frágeis e extremamente suscetíveis ao suicídio, por não conseguirem lidar com tamanha violência e tristeza que os acometem. Dessa forma estudos calculam que a cada suicídio cerca de 6 pessoas ficam suscetíveis a esse fenômeno, embora algumas pesquisas estimam que a quantidade de pessoas afetadas pelo suicídio é muito maior, podendo atingir até sessenta pessoas (CFM, 2014). Dados esses que são de conhecimento de alguns profissionais como podemos ver na fala de Psi-B1: “a gente sabe pela literatura, que um suicídio ele chega a atingir 15 pessoas, né. Então teríamos 15 pessoas doentes, em sofrimento por conta desse ocorrido. ”.

Um questionamento dos profissionais foi referente aos grupos de sobreviventes, que eles acreditam que seriam uma ferramenta muito útil: “... eu já questionei em uma reunião, que eu li que era interessante a gente fazer aqui, um grupo de sofrimento né. ” (Enf-A1). “...deveria ter grupos de sobreviventes, sabe essas coisas assim...”. (Psi-A1).

Os grupos de sobreviventes caracterizam-se como grupos de autoajuda formados por sobreviventes, que podem ser facilitados por profissionais da área da saúde mental ou pelos próprios sobreviventes que já elaboraram o luto. Na maioria das vezes esses grupos tiveram uma boa eficácia no auxílio emocional dos sobreviventes, pois oferecem um espaço de escuta, compartilhamento e acolhimento sem julgamentos. No entanto, ainda são pouco disseminados

no Brasil, contendo apenas 5 grupos no País, coordenados pelo CVV, sendo que dois funcionam no Rio Grande do Sul, em Porto Alegre e em Novo Hamburgo.

Diante dos depoimentos dos entrevistados, podemos deduzir que os profissionais percebem que seria importante que houvesse ações de posvenção na região, por considerarem o suicídio algo difícil e doloroso de ser superado pelos familiares e saberem que pode acontecer uma certa possibilidade de repetição dessa conduta, após um familiar vir a se matar. Assim, a seguir, vamos ver como eles lidam com os sobreviventes.

#### **4.3.2 O cuidar dos sobreviventes: entre a teoria e a realidade**

Para iniciar a discussão sobre os cuidados que os sobreviventes recebem, ou como a posvenção é feita dentro dos CAPS, ressalto que existem poucos estudos sobre essa temática, e logo quase nenhuma informação sobre como lidar com os sobreviventes, apenas formas de manejo mais generalistas, que não especificam como lidar com esse público. Como vimos no tópico anterior, os profissionais na sua maioria não tinham conhecimento da posvenção, mas a fazem sem saber, ao compreenderem que o luto pelo suicídio é muito difícil e pesado.

O que sabemos a respeito é que a posvenção é uma ferramenta muito importante para combater novos suicídios, principalmente no meio familiar, e que tem como princípio ajudar os sobreviventes a superarem as dores causadas pela perda de seu ente querido pelo suicídio, ajudando a lidar com o luto e com os paradigmas dos suicídios. Nesse sentido, familiares e pessoas próximas do suicida precisam ser acompanhadas e acolhidas a fim de evitar que os mesmos venham a se auto flagelarem. (CFM, 2014; SCAVACINI, 2018).

No entanto, os sobreviventes ainda têm muita dificuldade para buscar ajuda e auxílio nesse momento tão doloroso, o que Scavacini (2018) pensa que pode estar relacionado com a falta de acesso a serviços que os acolham, por não saberem que podem e têm o direito de serem acolhidos. Por não terem conhecimento da posvenção, ou simplesmente por não quererem, por medo de serem julgados, acabam, muitas vezes, lidando com o luto sozinhos. Como é percebido por Psi-A1: *“...eles não acessam o serviço, por mais que a gente tente acessar, por mais que a gente tente ir atrás, as pessoas não querem atendimento... o acesso aos familiares é difícil.”* E ainda complementa dizendo o seguinte: *“Não, é muito difícil, alguns vêm. Não dá para dizer que ninguém vem, alguns vêm, vêm com sofrimento psíquico, alguns vêm também com ideação, ahn... tentando entender o que aconteceu e tal, mas nem todos, nem todos.”* (Psi-A1).

A dificuldade de superar o luto por alguém que se matou é tão complexa, que pode demorar anos para ser superada, assim quem não procura atendimento logo após o acontecimento pode vir a buscar ajuda anos depois (SBEGHEN, 2015). Isso é algo que foi



apontado pelo profissional de Psicologia do CAPS B, quando, ao ser questionado se atende sobreviventes, relata o seguinte:

*...no momento até que menos. No momento logo após o suicídio. Com o tempo as vezes vem. Às vezes eu posso atender uma pessoa aqui, por uma depressão, vem carregando por 5 anos, e daí tu vai perguntar “ah, mas desde quando tu vens com isso”, a pessoa responde: “ desde quando meu pai se matou...*

Ou seja, a pessoa não consegue superar aquela dor e normalmente a transforma em alguma patologia, isso quando não vem a se matar nesse meio tempo ao não procurar ou receber ajuda. E isso vem a acontecer pois ainda temos muita dificuldade em nossa sociedade em debater sobre a morte no seio da nossa família e nos nossos meios de relação social, assim nos fechamos e, como forma de autodefesa, evitamos falar sobre a morte e tudo que ela representa (SBEGHEN, 2015). Isso se torna ainda mais difícil quando um familiar se suicida, causando um sentimento de culpa inacabável, como apontados pelo Psi-B1, que relata o seguinte: *“Às vezes o familiar, eles vêm mais com a dúvida assim ó: “aonde eu estava que eu não vi”, “ o que eu poderia ter feito de diferente”. Sempre achando a culpa, sabe? E aí a gente vai trabalhar essa culpa. ”*

Conforme Sbeghen (2015), os familiares e pessoas próximas do indivíduo que se suicidou, normalmente não conseguem perceber os sinais que a pessoa vem dando de desistência da vida, ou acham que está só querendo chamar atenção, e ainda há os que acreditam que, quem fala que vai se matar, não se mata. Então, quando o ente querido vai as vias de fato, vem a surpresa para aqueles que não perceberam e a culpa para quem duvidou. Para compreenderem melhor o que veio a acontecer, logo após o suicídio, os familiares tentam encontrar um culpado ou uma explicação pelo ocorrido, e mesmo aqueles que sabem que fizeram de tudo para evitar que o familiar tirasse sua própria vida, acreditam que poderiam ter feito mais e se culpam por não terem conseguindo evitar (SBEGHEN, 2015). Dessa forma o que o profissional irá fazer, e já apontado pelo entrevistado, é ajudar o sobrevivente a lidar com essa culpa, escutando atentamente o sujeito em luto a fim de ajudá-lo a compreender o que aconteceu, sem culpar ninguém. (SCAVACINI, 2018).

Assim como já relatado, os sobreviventes podem vir a enfrentar dificuldades para buscar ajuda, e irem até um serviço de saúde mental, ora pelas dificuldades individuais de enfretoamento, ora pela falta de serviços que atendam essa demanda. O que pode ocorrer também é a falha de comunicação entre a rede de atenção intersetorial, já que os serviços deveriam trabalhar articulados para poderem auxiliar a todos os sobreviventes que venham a surgir após um suicídio (MULLER; PEREIRA; ZANOM, 2017). Sendo assim Psi-B1 relata o seguinte:

*...se o familiar precisa, sim. Se a gente fica sabendo, né ...as vezes a gente só sabe depois, uma semana depois. E se não é conhecido a gente não vai né. Isso não é um protocolo nosso, tipo: “ aí a pessoa se suicidou, eu vou lá”, sou do CAPS e tó aqui. Eu não sei ainda como fazer isso.*

Como relatado pelos profissionais acima citados, percebemos que eles já atendem a essa demanda dos sobreviventes, apesar de algumas dificuldades que enfrentam. Dessa forma, o que busco compreender agora é o manejo que eles utilizam nesses casos, e como eles lidam com esse público. Assim, nas entrevistas, como já ocorreu quando os profissionais de enfermagem foram questionados sobre como lidam com o suicídio de forma mais geral, com os sobreviventes, o repasse para outro profissional se repete, como vemos nas falas a seguir: “ ...eu escutei. Conversamos né... aí depois, eu passei para a doutora. ” (Tec.Enf-B1), e também “Quando vem para acolhimento, eu tento encaminhar ele, dependendo da gravidade... Tendo ou não pensamento de morte, vai para avaliação psiquiatra ou psicológica o quanto antes, sabe, eu não espero ter lugar na agenda, eu já tento encaixar logo sabe. ” (Enf-A1). Essa é uma atitude correta a se fazer nesses casos, pois o cuidado compartilhado e multiprofissional contribui no tratamento do indivíduo como aponta Heck et al. (2012).

Após a leitura das entrevistas e como já esperado, diante da falta de qualificação para lidar com os sobreviventes, percebe-se que os profissionais se veem sem saber o que fazer, como vemos na fala da entrevistada a seguir: “...a gente lamenta, e tenta dar o suporte para a família, mas assim, não tem muito, assim, a dizer, faço tal e tal coisa, tem tal e tal medida...” (Psi-A1). Mariano e Macedo (2013), em seu livro já relatavam a falta de preparo dos profissionais para efetuar a posvenção, em decorrência da falha na formação, pois o assunto dificilmente é tratado durante a graduação, por termos uma sociedade muito conservadora, que não abre espaços para falar sobre o suicídio e, ainda, por questões que envolvem as religiões.

Apesar da falta de qualificação para atender a demanda de posvenção, os profissionais de saúde tentam ajudar da melhor forma possível. De algum modo, acabam oferecendo algum tipo de suporte aos familiares como indo ao velório, que é um manejo sugerido por Botega (2015) ou entrando em contato com os familiares como relatam os entrevistados em suas falas a seguir: “...ah, geralmente a gente se oferece né. A gente vai no velório... ou a gente vai ao... ou eles devolvem uma medicação, a gente telefona para ver, eles buscam... então a gente mantém um certo contato” (Psi-A2), e “...a gente faz um contato com esse familiar, e a gente deixa aberta essa possibilidade. Muitos não querem, muitos nem querem mexer nisso, né. Então, mas assim, o serviço está aqui...” (Psi-B1).

Assim eles dão abertura para os sobreviventes buscarem ajuda, mostrando que o serviço está disponível para acolher e ajudá-los a superar a perda. Essa forma de manejo relata pelos

profissionais dos CAPS, poderia ser classificada como uma posvenção ativa, conforme a classificação de Scavacini (2018, p.51) em que, “A posvenção pode ser ativa, quando o sobrevivente é procurado por uma equipe ou por outro sobrevivente, com o objetivo de oferecer ajuda; passiva, quando os serviços disponíveis esperam o sobrevivente ir até eles”.

Apesar do relato dos profissionais Psi-B1 e Psi-A2, corroborarem com a classificação de Scavacini (2018), acreditasse que o manejo de posvenção dos CAPS acontece de acordo com a política de humanização do SUS. Em que maneiras de acolhimento aparecem muito na fala dos profissionais no cuidado com os sobreviventes, como a escuta: *“O manejo é atender a família, tentar dar o suporte para a família né, é tentar entender o que aconteceu, até para que a gente consiga evitar novos casos... e oferecer todo apoio, todo respaldo emocional.”* (Psi-A1). Fukumitsu et al. (2015) salienta que é importante compreender o que aconteceu, buscando sempre entender todos os motivos que levaram o sujeito a se matar, para então montar uma estratégia de cuidado específico em cada caso, oferecendo sempre uma escuta acolhedora e atenta, para que as pessoas se sintam à vontade para falar de suas dores. Vemos, através do relato acima descrito, que o entrevistado tem essa preocupação ao lidar com os sobreviventes.

Pode-se afirmar que o mais importa ao lidar com sobreviventes é trabalhar o luto. Luto este que precisa ser vivido sem pressa, no seu tempo. E os profissionais do âmbito da saúde mental em questão, podem e devem ajudar os enlutados nesse processo de luto, acolhendo e informando meios de ressignificarem a perda do seu ente amado, e ajudá-los a entender o que estão sentindo. Ao mesmo tempo que sentem raiva da pessoa que se suicidou, também se sentem culpados. Assim ao ajudarem a entender seus sentimentos, estarão contribuindo para que o sobrevivente aceite melhor a perda e vivencie o luto adequadamente (RUCKERT; FRIZZO; RIGOLI, 2019). Posto isso, os entrevistados relatam que fazem esse acompanhamento do luto, como vemos nas falas de Psi-A2 a seguir: *“O acompanhamento de luto muitas vezes né... Que o luto não é uma doença para nós aqui, mas uma patologia, digamos assim. Mas ele se torna sim um fardo no início bem pesado para família.”*, *“...estimula ou orienta alguma leitura a respeito de luto né.”* E, *“Referente ao luto da pessoa, o luto da pessoa isso aí é uma coisa que não tem um tempo, não tem uma técnica, não tem uma prática né. Mas a gente busca orientar e vê como está a evolução...”*.

Mas por que é tão importante tratar o luto nos sobreviventes? Sbeghen (2015) explica, que o luto é multidimensional, ou seja, a pessoa sozinha não consegue entender tudo o que está sentindo, e os motivos que levam-na a sentir tanta dor pela perda. Além do que, não consegue compreender qual o significado desse luto para ela, pois fica em uma ambivalência entre ser

algo bom, pois se livrou do fardo de cuidar o familiar suicida, ou é algo ruim porque foi impotente no cuidado. Dessa maneira é essencial que o luto seja abordado pelos profissionais que acompanharem essa demanda, a fim de auxiliar os sobreviventes a elaborarem esse luto.

Um dos profissionais de psicologia do CAPS A, ainda comentou que existe um protocolo no município sobre a temática do suicídio, em que pensam em fazer um grupo de sobreviventes, assim o/a profissional Psi-A2 cita: *“O manejo... a gente tem um protocolo que a gente já registrou né, já junto com o próprio município, junto com o treinamento da RAPS que a gente teve, que é de fazer o grupo de acolhimento de sobreviventes.”* Como já falado anteriormente o grupo de sobreviventes é uma ferramenta de manejo ótima, mas ainda pouco disseminada no País, caso for implantada no município irá contribuir muito na prevenção de novos suicídios, e também ajudará os sobreviventes, pois como frisa Ruckert, Frizzo e Rigoli (2019, p.87) *“o convívio social em um espaço de escuta, acolhimento e compartilhamento de informações resulta em um processo de luto mais eficaz, além de desencorajar o planejamento de suicídio”*.

Assim posto, consta-se que os cuidados que os sobreviventes recebem nos CAPS A e B, estão basicamente ligados ao acolhimento com foco na escuta, é efetuada uma posvenção ativa quando a equipe consegue ter acesso ao familiar. Quando o paciente inicia atendimento o foco é na elaboração do luto do sobrevivente. Verificamos algumas dificuldades que foram relatadas pelos profissionais, para executar a posvenção, e que serão discutidas no próximo tópico.

### **4.3.3 As dificuldades enfrentadas para a posvenção**

As dificuldades enfrentadas pelos profissionais dos CAPS para efetuar a posvenção nos municípios pesquisados, são múltiplas e variadas. Um pouco disso já foi comentado anteriormente, quando comentei das dificuldades que os sobreviventes enfrentam para buscar ou encontrar ajuda, em decorrência de não quererem enfrentar a dor do luto. Referimos também um pouco das dificuldades que a equipe enfrenta para executar a posvenção.

No entanto além das dificuldades já citadas, diversos profissionais relataram algo em comum, que é falta de efetivo e de espaço adequado para conseguir traçar planos de posvenção nos CAPS. Dessa forma ao serem questionados se achavam importante que houvesse um cuidado aos sobreviventes, verificavam que, mesmo que isso fosse algo importante, tinham empecilhos que impediam oferecer esse tipo de atendimento de forma mais adequada. Como relatam a seguir: *“Se tivesse um espaço e pessoas disponíveis, sim, tá (...). Só que a gente não vai conseguir, com essa equipe que está a gente não consegue abraçar o mundo.”* (Tec.Enf-B1); *“Se a gente tivesse um grupo maior de psicólogos a gente poderia fazer uma interferência*

*com esses 15... se a pessoa vem buscar, tranquilo. Agora, se não vem buscar, a gente não mexe ainda. ” (Psi-B1).*

Assim sendo, podemos inferir que os profissionais dos CAPS acreditam que não seja possível atender a demanda da posvenção, por considerarem a equipe e o local pequenos, o que não comportaria atender um grupo de sobreviventes, por exemplo, comentado tanto pelos entrevistados e novamente lembrado pela Enf-A1: *“Talvez se pense em fazer ainda esse ano, mas aqui as vezes não tem nem sala para a gente trabalhar, sempre tem uma atividade ou outra, é complicado...”*.

Porém, de acordo com as normas de funcionamento dos CAPS, os serviços em questão CAPS A e B, possuem a quantidade de funcionários adequados, sendo que a equipe mínima de um CAPS I precisa possuir pelo menos 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro, 3 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional) e até 4 profissionais de nível médio e/ou técnico e um CAPS II precisam de uma equipe composta pela mesma quantidade de funcionários do I, mas com o acréscimo de mais um profissional de nível superior e mais dois níveis de médio e/ou técnico (BRASIL, 2004). Mas o CAPS A, a qual tenho conhecimento, possui uma equipe adequada para sua demanda, pois é um serviço de saúde mental nível I, que possui uma equipe composta por 3 psiquiatras, 4 profissionais de nível superior e 4 profissionais de nível médio e técnico.

Diante dessa informação, entende-se que mesmo que os CAPS A e B possuem uma equipe adequada para seu funcionamento, possivelmente a demanda de pacientes encaminhada aos serviços seja maior do que as equipes comportem. Resultando na visão de falta de efetivo e de estrutura inadequada que os profissionais relataram. Imagina-se que possivelmente essa sobrecarga a esses serviços, pode estar ocorrendo em decorrência de alguma falha na rede de atenção psicossocial, como falta de articulação e comunicação entre os serviços da rede que deveriam trabalhar em conjunto. Essa rede intersetorial como comentada anteriormente, precisa necessariamente estar apta para atender da melhor forma possível os sujeitos, principalmente sabendo identificar os níveis de risco suicida e sabendo oferecer um cuidado integral a todos (SANTOS; KIND, 2020), mas fugindo da lógica do encaminhamento e oferecendo um atendimento integral, em que o paciente é atendido por diversos atores na rede, diminuindo a sensação de sobrecarga dos servidores.

No Brasil de acordo com Conte et al (2017), ações de prevenção do suicídio pautadas no atendimento integral e interdisciplinar, costumam oferecer ótimos resultados. Mas ainda conforme os autores, a rede de uma forma geral, tem dificuldades para atender a demanda do

suicídio e mais ainda da posvenção, pois assim como salienta Sbeghen (2015) a posvenção ainda é pouco comentado no Brasil, assim os planos ou protocolos para lidar com o luto dos sobreviventes e oferecer a posvenção recém está em construção em nosso País e na região. Portanto os profissionais acabam por se sentirem sem ajuda, como vemos nas suas falas a seguir: “...a gente não tem perna para atender tudo isso...uma hora alguma política de saúde vai ter que nos dar mais respaldo para atender isso né, porque hoje a gente também não tem grandes suportes...” (Psi-A1). E reforçado pela Psi- A2:

*...eu faço um esforço enorme para fazer as coisas, para se criar, quando dá. Mas nem sempre dá. Pois tem que ter dinheiro na caixa, tem que ter sala. E é mais ou menos assim, as vezes tem projeto, tem vontade, mas aí o caixa está zerado. Aí ficamos só na vontade. Eu faço tudo o que eu posso, dentro do meu alcance, mas não tem como fazer milagre né.*

Como relatado pelos profissionais de ambos os CAPS, existe uma vontade deles de fazer as ações, mas sentem que não possuem apoio, somando isso a sobrecarga de trabalho relatado por seus colegas, a realização da posvenção torna-se algo difícil de ser efetuada nas condições atuais. Portanto, tais dificuldades, poderiam ser minimizadas se os casos mais leves ficassem na rede de atenção básica, como os de pacientes que possuem risco leve de suicídio. Mas para que isso seja possível, é necessário que a atenção básica receba a devida capacitação para atender essa demanda de saúde mental. (CONTE et al., 2017).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fenômeno do suicídio como foi discutido nesse estudo é multifatorial, ou seja, os motivos que levam a pessoa a consumir o suicídio são variados, o que dificulta traçar um plano único de prevenção. No entanto a temática requer um plano de prevenção efetivo urgente, visto que o índice de suicídios no Brasil e na Região de abrangência dos municípios pesquisados está em ascendência. Consequentemente a isso, aumentasse o número de sobreviventes, que são os familiares enlutados por suicídio. Tal público precisa receber uma atenção especial da rede, pois sabe-se que um familiar enlutado ao não conseguir lidar com a dor da perda, entre outros fatores ligados ao luto pelo suicídio, pode vir a se matar. Assim indica-se que os serviços pertencentes a RAPS, principalmente os CAPS, efetuem a posvenção, acolhendo e propondo ações de cuidado integralizadas a todos aqueles que de alguma forma foram atingidos pelo suicídio de alguém, familiar ou não, sendo assim uma prevenção pós suicídio.

Assim essa pesquisa teve como objetivo inicial compreender como os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de dois municípios do interior do Rio Grande do Sul, atendem os familiares de pessoas que efetivaram suicídio. Foram analisados os modos de cuidado oferecidos nesses serviços aos sobreviventes e se existia essa demanda nos CAPS. Após problematizar o fato de que os municípios pesquisados possuem altos índices de suicídio, e sabendo a partir de leituras que um suicídio pode afetar diretamente até seis pessoas, estando suscetíveis a cometerem a mesma ação.

Diante de tal problematização, busquei com esse estudo fazer aproximações ao fenômeno do suicídio nesses municípios, buscando entender se os familiares que perderam um ente querido por suicídio recebem algum tipo de suporte. A partir de entrevistas com profissionais de nível superior e técnico de dois CAPS, um de cada município, considerando que os serviços especializados em saúde mental, são referência no atendimento dessa demanda. Assim ao procurar saber quais cuidados esses serviços de saúde mental oferecem aos enlutados por suicídio, foi possível identificar que os CAPS desses municípios ainda não possuem um plano de posvenção traçado. Dessa forma o principal cuidado que eles têm referente aos enlutados, é de acolhimento e escuta, considerando sempre o princípio de humanização do SUS.

Para realização dessa pesquisa talvez a construção da ida ao campo tenha sido a etapa mais delicada. Primeiramente, a realização de contatos com os coordenadores dos serviços, após, agendar entrevistas e realizá-las, por se tratar de uma pesquisa de cunho qualitativo, a quantidade de entrevistados não precisava necessariamente serem relevantes, pois o que mais

importava era o conteúdo trazido por eles, em razão disso, algumas intempéries como a redução de jornada de trabalho e de turno dos serviços, devido a pandemia do COVID-19, não prejudicou a pesquisa. Enfim, obtive entrevistas que constituíram um conjunto adequado para efetuar a análise de dados

A partir da análise temática de conteúdo, feita sobre as entrevistas dos profissionais dos CAPS A e B, em consonância a literaturas e leituras de outros estudos efetuados sobre a temática do suicídio, prevenção e posvenção, cheguei a algumas conclusões sobre como o suicídio é tratado na região pesquisada, e quais as principais dificuldades de efetivação da posvenção. Primeiramente pontuo que como trazem Ruckert, Frizzo e Rigoli (2019) a falta de estudos sobre posvenção no Brasil, é um complicador para que os profissionais efetuem o cuidado aos sobreviventes, e ofereçam o acolhimento adequado a esse público. No que reclamam da falta de capacitação sobre a temática. No entanto compreendem a importância de oferecer esse tipo de atendimento, visto que sabem que o luto por suicídio é mais doloroso, e que possíveis suicídios podem surgir a partir de um.

A questão inicial que pretendia responder com esse estudo, que era se os sobreviventes eram atendidos e como, foi em parte respondida. Durante as entrevistas com os profissionais, percebi que descobríamos juntos que atendem os sobreviventes. O modo como isso ocorre, não é de maneira explícita e planejada, como se fosse algo que eles façam sabendo que estão fazendo. Não existe muita consciência disso, possivelmente em decorrência de terem pouco ou quase nenhum conhecimento sobre a posvenção. Mas acolhem a dor do enlutado, e tentam manejar da melhor forma possível.

Embora o foco desse estudo fosse a posvenção nos CAPS, acredito que por ser um serviço pertencente a RAPS, necessitou considerar os cuidados que os sobreviventes recebem em toda a rede. Pois desde a reforma psiquiátrica e a criação do SUS, o cuidado em saúde mental foi desinstitucionalizado e descentralizado, sendo assim, qualquer ação efetuada por um CAPS, deve ser compartilhado e articulado com os demais serviços da rede, em especial com a atenção básica. O que se torna ainda mais importante quando estamos falando em prevenção e/ou posvenção do suicídio, em que o indivíduo em sofrimento precisa receber atenção redobrada da rede, devendo ser acolhido por todos. Assim o suicídio de forma geral passa a ser de compromisso de todos, e não somente de um serviço, resultando no compartilhamento de tarefas e ações, fazendo com que nenhum serviço se sinta sobrecarregado.



No entanto essa articulação entre os serviços parece não funcionar como deveria, pois, de acordo com os entrevistados, os CAPS estão sobrecarregados, o que os impede efetuar algumas ações como criar os grupos de sobreviventes que muitos profissionais pensam que deveria existir e efetuar a busca ativa de todos os sobreviventes. Com tais dificuldades, acabam por atender apenas aqueles que procuram o serviço e/ou oferecem o serviço aqueles familiares de pacientes do serviço que efetuaram suicídio. Contudo, acabam não conseguindo atingir todos os sobreviventes, o que pode acarretar em novos casos de suicídio.

Assim como já relatado nesse estudo, reafirmo a importância da integralidade na prevenção do suicídio, porém como Santos e Kind (2020) relatam essa articulação entre os serviços da RAPS e até mesmo do Comitê, deve pontuar-se na construção de ações em conjunto, em que todos os atores se envolvam no cuidado integral desses sujeitos em sofrimento, não pode ocorrer o encaminhamento como estratégia de “jogo de empurra”, como dito pelos autores e como pode ocorrer na realidade, em que o CAPS é visto como o único serviço responsável para tratar os assuntos relacionados ao suicídio, quando na verdade todos tem responsabilidade.

Mas para que a integralidade funcione e todos se responsabilizem pelas ações de prevenção e posvenção do suicídio, é importante que haja a capacitação de todos os profissionais da rede de atenção psicossocial. Assim os profissionais da atenção básica por exemplo, irão saber identificar os níveis de risco de suicídio e quando é o momento para encaminhar o paciente ao serviço especializado. (ROCHA; LIMA, 2019). Embora essas capacitações já ocorram nos municípios, por meio do Comitê e de matriciamentos efetuados pelos CAPS na atenção básica, ainda não terem dado resultados.

Em consonância com o estudo de conte et al. (2017) que relatou o funcionamento de um programa de prevenção ao suicídio em rede que teve resultados positivos. Sugiro algumas ações considerando esse estudo, que se aproxima da minha principal percepção em relação aos manejos que os CAPS possuem em relação ao suicídio, em que senti que os serviços necessitam de mais apoio da rede para poderem oferecer um atendimento mais efetivo.

Dessa forma considerando que programas de prevenção comunitários e interdisciplinares costumam ter ótimos resultados, o ponto chave para melhorar os índices de suicídio nesses municípios e desafogar os CAPS é investir na atenção integral dos usuários. Dando mais ênfase as capacitações na atenção básica para que todos saibam lidar com o suicídio e oferecer o acolhimento adequado em todos os serviços da rede.

Saliento que considerando conte et al (2017), seria importante que os responsáveis pelos serviços de saúde, coordenadores e gestão ao se reunirem nas reuniões de Comitê, visto que essas já ocorram. Comecem a pensar em estratégias para melhorar o fluxo dos usuários dentro da rede, quebrando paradigmas e tabus relacionados ao suicídio e facilitando o acesso dos usuários, caso esses assuntos ainda não sejam comentados em reuniões.

Finalizando, coloco que dentro das circunstâncias apresentadas pelos profissionais, os CAPS efetuam um bom acolhimento dos familiares sobreviventes que procuram o serviço. Acrescento que seria interessante que CAPS e demais serviços da rede de atenção psicossocial, efetuassem a busca ativa a familiares enlutados, efetuando assim a posvenção ativa comentada por Skavacini (2018) de modo que ao entrar em contato com os familiares que tiveram perdas recentes por suicídio, tenham sua dor acolhida e percebam que não estão sozinhas, pois podem contar com a ajuda dos serviços da RAPS. Caso consigam realizar essa ação possivelmente irão atingir um número maior de sobreviventes, para vincular a atenção básica e aos CAPS, o que consequentemente resulta em uma efetivação melhor da posvenção e em uma provável diminuição dos índices de suicídio.

Dessa forma finalizo essa pesquisa que me ajudou a entender como os CAPS e a RAPS estão articulados nas ações de prevenção e posvenção de suicídio, e que ao mesmo tempo contribuiu na reflexão dos entrevistados em que perceberam que efetuam ações de posvenção. Assim espero que esse estudo contribua para melhorias na rede de atenção psicossocial, principalmente nas questões relacionadas a prevenção e posvenção do suicídio. Ajudando aos profissionais de saúde mental, atenção básica e acadêmicos a compreenderem e/ou conhecerem melhor a posvenção, estratégia essa pouco discutida no Brasil e no nosso meio acadêmico.

## REFERÊNCIAS

- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977. 225p. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4295794/mod\\_resource/content/1/BARDIN%2C%20L.%20%281977%29.%20An%C3%A1lise%20de%20conte%C3%BAdo.%20Lisboa\\_%20edi%C3%A7%C3%B5es%2C%2070%2C%20225.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4295794/mod_resource/content/1/BARDIN%2C%20L.%20%281977%29.%20An%C3%A1lise%20de%20conte%C3%BAdo.%20Lisboa_%20edi%C3%A7%C3%B5es%2C%2070%2C%20225.pdf)>. Acesso em: 18 nov. 2019.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*. V. 2, nº 1 (3), jan-jul/2005, p. 68-80. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976>. Acesso em: 18 nov. 2019.
- BOTEGA, Neury José. *Crise suicida: Avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed- 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília- DF. 2004. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>. Acesso em: 26 mai. 2020.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília-DF. 2006a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf)>. Acesso em: 25 jun. 2020.
- \_\_\_\_\_. *Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006*. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2006b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html)>. Acesso em: 27 set. 2019.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. Brasília- DF. 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf)> Acesso em: 07 jul. 2020.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. *Redes de produção de saúde*. Brasília- DF. 2009a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf)>. Acesso em: 21 jun. 2020.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios*. Brasília-DF. 2009b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_az\\_garantindo\\_saude\\_municipios\\_3ed\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf)>. Acesso em: 22 jun. 2020.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Sistema único de saúde. *Rede de atenção psicossocial*. Brasília, DF. 2012. disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília-DF. 2013. 176 p.: il. (*Cadernos de Atenção Básica*, n. 34). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf)>. Acesso em: 25 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. *Suicídio- Saber, agir e prevenir*. Brasília - DF. 2017a. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2019

\_\_\_\_\_. *Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017*. Ministério da Saúde. Brasil- DF. 2017b. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html)>. Acesso em: 25 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Coordenação-geral de saúde mental, álcool e outras drogas. *Nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*. Brasília-DF. 2019. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>> . Acesso em: 25 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19- Suicídio na Pandemia do COVID-19*. 2020. Disponível em: <[https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/cartilha\\_prevencaosuicidio.pdf](https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/cartilha_prevencaosuicidio.pdf)> Acesso em: 10 jul. 2020

CASSORLA, Roosevelt M. S. *Suicídio: fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução*. São Paulo: Blucher, c2017. 112 p. (Psicanálise). ISBN 978-85-212-1250-8.

CECILIO, Luis Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. *A Integralidade do Cuidado como eixo da Gestão Hospitalar*. Campinas- SP. 2003. Disponível em: <[https://pdfs.semanticscholar.org/e3d3/2c3480cdbcb5af7c57b36984d46b4bd97a81.pdf?\\_ga=2.241158083.1784238218.1595528356-1982185133.1595528356](https://pdfs.semanticscholar.org/e3d3/2c3480cdbcb5af7c57b36984d46b4bd97a81.pdf?_ga=2.241158083.1784238218.1595528356-1982185133.1595528356)>. Acesso em: 24 jul. 2020.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV). *Guia para facilitadores: grupo de apoio a sobreviventes de perdas decorrentes do suicídio*. São Paulo- SP. 2017. Disponível em: <[https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/guia\\_CVV\\_facilitadores\\_DIGITAL.pdf](https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/guia_CVV_facilitadores_DIGITAL.pdf)> Acesso em: 13 jul. 2020.

CESCON, Luciana França. CAPOZZOLO, Ângela Aparecida. LIMA, Laura Camara. Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial. *Saúde soc*. São Paulo- SP, v. 27, n. 1, p. 185-200, Jan. 2018. . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902018000100185&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000100185&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Suicídio: informando para prevenir*. Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de estudos e prevenção de suicídio- Brasília,

DF. 2014. Disponível em: < [https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio\\_informado\\_para\\_prevenir\\_abp\\_2014.pdf](https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf)>. Acesso em: 24 set. 2019.

CONTE, Marta et al. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000800013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 jul. 2020

COSTA, Rosemary Pereira. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental*, vol. V, núm. 8, jun., 2007, p. 107-124. Universidade Presidente Antônio Carlos. Barbacena-MG. 2007. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/420/42050808.pdf>>. Acesso em: 26 mai. 2020.

D'MOURA, Anna Tereza Miranda Soares et al. *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*. 2011. Disponível em: <<https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/2517>>. Acesso em: 27 mai. 2020.

D'SILVA, Nayra Karoline Neco et al. Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.). Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 71-77. 2017. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762017000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762017000200003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 jun. 2020.

FLICK, Uwe. *Introdução à metodologia da pesquisa: um guia para iniciantes*. Porto Alegre-RS. 2013. Disponível em: <<https://www.ets.ufpb.br/pdf/2013/2%20Metodos%20quantitat%20e%20qualitat%20-%20IFES/Bauman,%20Bourdieu,%20Elias/Livros%20de%20Metodologia/Flick%20-%20Introducao%20%20C3%A0%20Metodologia%20da%20Pesquisa.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2019.

FUKUMITSU, Karina Okajima. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 270-275, dezembro de 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642014000300270&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300270&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 de jun. 2020.

FUKUMITSU, K. O. et al. Posvenção: uma nova perspectiva para o suicídio. *Revista Brasileira de Psicologia*, Salvador- BA, 2015. P. 48-60. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/322792019\\_Posvencao\\_uma\\_nova\\_perspectiva\\_para\\_o\\_suicidio\\_Postvention\\_a\\_nova\\_perspectiva\\_for\\_a\\_suicide](https://www.researchgate.net/publication/322792019_Posvencao_uma_nova_perspectiva_para_o_suicidio_Postvention_a_nova_perspectiva_for_a_suicide)>. Acesso em: 28 set. 2019.

FUKUMITSU, Karina Okajima; KOVACS, Maria Júlia. Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. *Psico (Porto Alegre)*, Porto Alegre-RS, v. 47, n. 1, p. 03-12, 2016. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-53712016000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-53712016000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 jul. 2020.

FUKUMITSU, Karina Okajima. *Conhece a loja virtual onde encontrará meus livros?* São Paulo- SP. 17 jul. 2020. Instagram: @karinafukumitsu. Disponível em:

<<https://www.instagram.com/p/CCvdjbWKQb/?igshid=3exhyxf5jw9>>. Acesso em: 29 jul. 2020

GERHARDT, Tatiana Engel et al. Estrutura do Projeto de Pesquisa. In: GERHARDT, T. R.; SILVEIRA, D. T. (org). *Método de Pesquisa*. Porto Alegre- RS. UFRGS.2009. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2019.

HECK, Rita Maria et al. Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. *Texto contexto – enfermagem*. Florianópolis-SC. v. 21, n. 1, p. 26-33. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 jul. 2020

KOVACS, Maria Julia; ZANA, Augusta Rodrigues de Oliveira. O Psicólogo e o atendimento a pacientes com ideação ou tentativa de suicídio. *Estud. pesqui. psicol*, Rio de Janeiro-RJ, v. 13, n. 3, p. 897-921, dez. 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812013000300006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000300006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 jun. 2020.

MARIANO, J. P. e MACEDO, J. *Sobreviventes: o outro lado do suicídio*. Universidade de Brasília. 2013. Disponível em: [https://bdm.unb.br/bitstream/10483/7276/3/2013\\_JoaoPauloMarianoSouza\\_JorgeHenriqueAlves\\_Livro\\_Sobreviventes.pdf](https://bdm.unb.br/bitstream/10483/7276/3/2013_JoaoPauloMarianoSouza_JorgeHenriqueAlves_Livro_Sobreviventes.pdf). Acesso em: 13 jul. 2020

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, agosto. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jun. 2020.

MULLER, Sonia de Alcântara; PEREIRA, Gerson; ZANON, Regina Basso. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev. Psicol. IMED*. Passo Fundo- RS. v. 9, n. 2, p. 6-23, dez. 2017. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-50272017000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272017000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 jun. 2020.

MULLER, Jaqueline Thier. O percurso do observatório do suicídio na região de saúde 28. 13ª coordenadoria regional de saúde. 28ª Região de saúde. Grupo técnico prevenção da violência. In: SEMINÁRIO REGIONAL DE PROMOÇÃO DA VIDA E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO. Comitê estadual de promoção da vida e prevenção do suicídio, 2019, Santa Cruz do Sul-RS. 2019.

NETTO, Nilson Berenchein. Capítulo I. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (BRASIL). Centro de referência técnica em psicologia e políticas públicas. *O suicídio e os desafios para a psicologia*. 1. ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013. p. 15-24 ISBN 978-85-89208-70-3

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro. v.

22, n. 5, p. 1053-1062. 2006 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000500018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jun. 2020.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana; GAMA, Carlos. Saúde mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; GUERRERO, André Vinicius Pires (Orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008, 211p (Saúde em debate). (210-236). Disponível em:  
<[http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca\\_home/manual\\_das\\_praticas\\_de\\_atencao\\_basica%5B1%5D.pdf](http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf)>. Acesso em: 25 jul. 2020

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OPAS/OMS Brasil. *Temas de saúde*. Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Saúde Mental. Folha informativa - Suicídio. Brasília, DF, agosto de 2018. Disponível em:  
[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839). Acesso em: 20 jul. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis. *Prevenção do suicídio no nível do local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram*. Porto Alegre: [s.n.], 2011. 80 p.

\_\_\_\_\_. *Decreto nº 53.361, de 22 de dezembro de 2016*. Institui Comitê de Promoção da Vida e de Prevenção do Suicídio. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 22 de dezembro de 2016. Disponível em:  
<<http://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/DEC%2053.361.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2020.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. *Boletim de vigilância epidemiológica de suicídio e tentativa de suicídio*. v.1. n.1. 2018. Disponível em: <  
<https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201809/05162957-boletim-de-vigilancia-epidemiologica-de-suicidio-n1-2018.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2019.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual da Saúde. Departamento de gestão da tecnologia da informação. *Violência interpessoal (SINAM) / suicídio (SIM)*. 2019. Disponível em: <  
[http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QV\\_Sbari&anonymous=true&Sheet=SH\\_Viol%C3%Aancia](http://bipublico.saude.rs.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=publico.qvw&host=QV_Sbari&anonymous=true&Sheet=SH_Viol%C3%Aancia)>. Acesso em: 25 set. 2019.

ROCHA, Priscila Gomes; LIMA, Deyseane Maria Araújo. Suicídio: peculiaridades do luto das famílias sobreviventes e a atuação do psicólogo. *Psicol. clin.* Rio de Janeiro , v. 31, n. 2, p. 323-344, ago. 2019 . Disponível em:  
<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652019000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652019000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 30 jul. 2020

RODRIGUES, José Albertino (Org.). *Émile Durkheim: sociologia*. 9. ed. São Paulo: Ática, 1999. 208 p. (Grandes cientistas sociais; 1) ISBN 85-08-02767-2

RUCKERT, Monique Lauermann Tassinari; FRIZZO, Rafaela Petrolli; RIGOLI, Marcelo Montagner. Suicídio: a importância de novos estudos de posvenção no Brasil. *Rev. bras. ter. cogn.* v. 15, n. 2. (p.85-91). Rio de Janeiro-RJ dez. 2019 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872019000200002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872019000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 jul. 2020.

SANTOS, Luciana Almeida; KIND, Luciana. Integralidade, intersetorialidade e cuidado em saúde: caminhos para se enfrentar o suicídio. *Interface (Botucatu)*. Botucatu, v. 24, e190116. 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832020000100202&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100202&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jun. 2020

SBEGHEN, Edson Pilger Dias. *Uma Compreensão Fenomenológica da Vivência dos Enlutados do Suicídio*. Universidade Estadual de Maringá; Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia. Programa de Pós Graduação em Psicologia. Maringá- PR. 2015. Disponível em: < <https://vitalere.com.br/download/uma-compreensao-fenomenologica-da-vivencia-dos-enlutados-do-suicidio.pdf>> Acesso em: 13 jul. 2020.

SILVEIRA, D. T.; CÓRDOVA, F. P. A pesquisa científica. In: *Métodos de pesquisa*. GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T (org.). Porto Alegre-RS. UFRGS. 2009. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2019.

SKAVACINI, Karen. *O suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio*. Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia. São Paulo- SP. 2018. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-26102018-155834/publico/scavacini\\_do.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-26102018-155834/publico/scavacini_do.pdf). Acesso em: 12 jul. 2020

WORLD, Health Organization (WHO). Prevenção de suicídio. *Site*, 2019. Disponível em: < [https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1)>. Acesso em: 28 set. 2019.



**APÊNDICE A-** Roteiro de entrevistas

1. Você poderia me contar como é o seu trabalho aqui no CAPS em relação ao suicídio?
2. Algum paciente que você atendia cometeu suicídio?
3. (Se sim para pergunta anterior). Qual foi o seu manejo na dada situação? Continuou atendendo algum familiar?
4. Se um paciente se suicida, é ofertado algum atendimento aos familiares? Se sim, quais cuidados são oferecidos no CAPS?
5. Nesse tempo que atende no CAPS, já atendeu algum familiar que veio buscar atendimento/ajuda em decorrência da perda de um familiar que se suicidou?
6. Você sabe o que é posvenção do suicídio? Se sim, me fale o que sabe a respeito, caso contrário o que você imagina que seja?
7. Você faz uso da posvenção ou já utilizou?
8. O quanto você considera importante o cuidado aos familiares enlutados do suicídio?
9. E nesse último ano, atendeu ou está atendendo algum familiar enlutado devido ao suicídio? (Seguir perguntando para caracterizar o modo de cuidado oferecido aos familiares).