



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



Katarina Dudienas Dovidauskas

Clínica Ampliada e Compartilhada: a produção do cuidado em tentativas de suicídio, no entendimento dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde de um município do centro-oeste paulista

SÃO CARLOS - SP

2024

Katarina Dudienas Dovidauskas

Clínica Ampliada e Compartilhada: a produção do cuidado em tentativas de suicídio, no entendimento dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde de um município do centro-oeste paulista

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestra em Gestão da Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Jair Borges Barbosa Neto.

SÃO CARLOS - SP

2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Katarina Dudienas Dovidauskas, realizada em 25/11/2024.

Comissão Julgadora:

Prof. Dr. Jair Borges Barbosa Neto (UFSCar)

Profa. Dra. Cinira Magali Fortuna (USP)

Profa. Dra. Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi (UFSCar)

PROJETO DE PESQUISA

TÍTULO

Clínica Ampliada e Compartilhada: a produção do cuidado em tentativas de suicídio, no entendimento dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde de um município do centro-oeste paulista.

AUTORA

KATARINA DUDIENAS DOVIDAUSKAS

Graduação em Psicologia (2009) pela Universidade de Araraquara - UNIARA, Especialista em Psicologia Hospitalar (2012) pelo Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Saúde - CEPPS. Mestranda em Gestão da Clínica pela Universidade Federal de São Carlos - UFSCar (2022-2024).

ORIENTADOR

PROF. DR. JAIR BORGES BARBOSA NETO

Graduação em Medicina (2002), mestrado (2008) e doutorado (2014) em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Professor adjunto da área de saúde mental do departamento de medicina da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar e docente do Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica - PPGGC da UFSCar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todos os caminhos trilhados até o momento, me fazendo crer que estou aonde exatamente deveria estar.

À minha mãe Cecília por ter dirigido esforços para me tornar uma pessoa do bem e por ter me inspirado a cuidar de pessoas.

Ao meu pai Pedro (in memoriam) por me fazer sentir que está comigo em todos os momentos.

Ao meu orientador Prof. Dr. Jair Borges Barbosa Neto que me fez entender que eu já era pesquisadora, quando eu ainda tinha medo de explorar esse território tão vasto e maravilhoso.

À minha banca examinadora, Profa. Dra. Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi, Profa. Dra. Cinira Magali Fortuna, Profa. Dra. Heloisa Cristina Figueiredo Frizzo e Profa. Dra. Karina Diniz Oliveira por terem aceitado o convite para compor a banca e também pelas contribuições valiosas. Vocês foram ímpar nessa reta final!

À minha amiga Helen que conheci através do SUS e que me apresentou ao programa de mestrado do PPGGC. Agradeço imensamente a “mãozinha” em alguns momentos!

À gestão da saúde do município em que atuo, que luta diariamente por um SUS de qualidade, em especial à Nathalia, minha assistente de pesquisa, pelo apoio e colaboração durante a minha caminhada.

Às melhores amigas que o programa me trouxe, Bruna e Fer, obrigada pelo apoio e risadas de tirar o fôlego! Com vocês a caminhada foi mais leve!

Aos demais amigos por compreenderem as ausências física e emocional durante esse período.

Aos colegas de turma, pelas valiosas trocas e por proporcionar “desconfortos que levam à mudança”.

Aos docentes do PPGGC por todo conhecimento compartilhado, pela paciência, parceria e confiança depositada nos discentes.

À coordenação e secretaria do programa pela solicitude e apoio técnico.

Meu respeito e gratidão a todos!

RESUMO

A presente pesquisa foi pensada a partir da observação do agravamento de transtornos psicológicos e, conseqüentemente, no aumento de casos de tentativas de suicídio no Brasil, fato que pode ser correlacionado à pandemia da Covid-19. Se antes as tentativas de suicídio já eram consideradas um problema de saúde pública, hoje é percebido, no cotidiano do trabalho em saúde, que é crescente o número de pessoas que apresentam ideação e comportamentos suicidas. A realidade dos municípios de pequeno porte não é diferente. Concomitante ao aumento do número de pessoas que apresentam algum sofrimento mental, encontramos na prática da Atenção Básica em Saúde (ABS) e do Pronto Socorro (PS) alguns entraves no cuidado ofertado aos usuários sob risco de suicídio, que ferem os princípios da integralidade. De maneira geral, o tema suicídio é um tabu na nossa sociedade, o que o torna pouco discutido e favorece ideias distorcidas, preconceitos, estereótipos, estigmas e comportamentos evitativos, resultando em dificuldades no acolhimento, na escuta ativa e no cuidado integral destes usuários. Nesse sentido, o objetivo do estudo foi conhecer como e se ocorre o cuidado de usuários que chegam à ABS e ao PS após uma tentativa de suicídio ou com ideação suicida ativa, e qual é o entendimento dos profissionais destes serviços acerca desta temática. A Política Nacional de Humanização (PNH) estabelece diretrizes que orientam o trabalho em saúde sob uma perspectiva de cuidado integral, contínuo e humanizado e, para conhecer a percepção dos profissionais sobre o trabalho realizado na rede, foram realizados dois grupos reflexivos, um com profissionais da ABS e outro com profissionais do PS, utilizando como disparador um questionário semiestruturado que possibilitou a construção dialógica de narrativas crítico-reflexivas. Para a análise dos dados coletados foi realizada a transcrição dos discursos e a leitura aprofundada deles, utilizando a Análise Temática de Bardin (Bardin, 1977/2016). O referencial teórico utilizado foi a Política Nacional de Humanização - PNH, atrelado a conceitos da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. Como resultados, ficou evidente que o município apresenta tanto potencialidades, de acordo com as diretrizes da PNH, como fragilidades, como a ausência de corresponsabilização da rede, falta de uma linha de cuidado em emergências psiquiátricas e a falta de articulação entre os serviços. Com o diagnóstico da rede, foi possível apresentar à

gestão municipal dados consistentes dos entraves e potencialidades percebidos pelos profissionais e propor um trabalho colaborativo entre os setores, além da ampliação do aprimoramento desses profissionais em emergências psiquiátricas e outras ações complementares como prática baseada em evidências, políticas públicas e ações de promoção de saúde mental.

Palavras-chave: Integralidade em Saúde; Atenção Primária em Saúde; Ideação suicida; Saúde Mental; Acolhimento.

ABSTRACT

This research was conceived based on the observation of the recent increase in cases of psychological disorders in Brazil and, consequently, the rise in suicide attempts, a phenomenon that can be correlated with the Covid-19 pandemic. While suicide attempts were already considered a public health issue before, it is now noticeable in everyday healthcare work that the number of people exhibiting suicidal ideation and behaviors is rising. The reality of small municipalities in Brazil is no different. Alongside the increasing number of individuals experiencing mental distress, we observe, in the practice of Primary Health Care (PHC) and Emergency Services (ES) of the Brazilian Unified Health System (SUS), several obstacles in the care provided to users at risk of suicide, which violate the principles of integrality in health. In general, suicide remains a taboo subject in our society, which makes it less discussed and fosters distorted ideas, prejudice, stereotypes, stigma, and avoidant behaviors, resulting in difficulties in support, active listening, and comprehensive care for these users. In this context, the aim of this study was to understand how and whether care is provided to users who arrive at PHC and ES after a suicide attempt or with active suicidal ideation, and what the professionals of these services understand about this issue. The National Humanization Policy (PNH) establishes guidelines that orient health work from a perspective of continuous, comprehensive, and humanized care. To understand the professionals' perception of the work performed in the Primary Care network, two reflective groups were conducted: one with PHC professionals and another with ES professionals, using a semi-structured questionnaire as a starting point to foster the dialogical construction of critical-reflective narratives. For the analysis of the collected data, the speeches were transcribed and thoroughly reviewed, in the light of Bardin's Thematic Analysis (Bardin, 1977/2016). The theoretical framework was based on the National Humanization Policy (PNH), linked to concepts from the National Primary Health Care Policy (PNAB). As a result, it became evident that the municipality participating in the research presents both strengths, in line with the guidelines of the National Humanization Policy (PNH), and weaknesses, such as the absence of shared responsibility within the network, the lack of a psychiatric emergency care pathway, and poor coordination between services. Through the network diagnosis, it was possible to present consistent data on the challenges and strengths identified by the

professionals to the municipal management and propose a collaborative approach between sectors. Additionally, the study suggested expanding the training of these professionals in psychiatric emergencies and other complementary actions, such as evidence-based practice, public policies, and mental health promotion initiatives.

Keywords: Integrality in Health; Primary Health Care; Suicidal Ideation; Mental Health; Support.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Passos da Análise Temática de Bardin.	38
Quadro 2- Processo de construção das categorias da Atenção Básica em Saúde	44
Quadro 3- Processo de construção das categorias do Pronto-Socorro	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS - Atenção Básica em Saúde
ACS – Agente Comunitário da Saúde
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRAS - Centro de Referência em Assistência Social
CROSS - Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde
DRS - Departamento Regional de Saúde
EPS - Educação Permanente em Saúde
ESF - Estratégia de Saúde da Família
GTAB - Grupo de Trabalho da Atenção Básica
NASF - AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNH - Política Nacional de Humanização
PS - Pronto Socorro
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RAS - Rede de Atenção à Saúde
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUPRE - Suicide Prevention Program
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSCar - Universidade Federal de São Carlos

Sumário

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Pergunta de pesquisa	23
2 JUSTIFICATIVA.....	24
3 OBJETIVOS.....	25
3.1 Geral	25
3.2 Específicos.....	25
3 MÉTODO	26
3.1 Contexto local	26
3.2 Linha de Cuidado em Saúde Mental	28
3.3 Sujeitos de pesquisa	29
3.4 Seleção dos participantes	30
3.5 Critérios de inclusão e exclusão.....	31
3.5.1 Critérios de inclusão	31
3.5.2 Critérios de exclusão.....	32
3.6 Local da coleta de dados	32
3.7 Formulário de inclusão e exclusão no estudo	32
3.8 Formulário de identificação	33
3.9 Entrevistas Grupais.....	33
3.10 Construção dos dados	34
3.11 Transcrição e anonimização das entrevistas.....	35
3.12 Interpretação dos dados.....	35
4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	39
4.1 Riscos e benefícios para os voluntários da pesquisa.....	40
5 RESULTADOS.....	42
5.1 Profissionais da Atenção Básica em Saúde.....	42
5.1.1 Categoria 1: Subjetividades no cuidado realizado pelos profissionais da Atenção Básica em Saúde	46
5.1.2 Categoria 2: Cuidado de usuários em risco ou tentativa de suicídio na Atenção Básica em Saúde	49
5.1.3 Categoria 3: Cuidado em rede no entendimento dos profissionais da Atenção Básica em Saúde	53
5.2 Profissionais do Pronto-Socorro.....	63
5.2.1 Categoria 1: Subjetividades no cuidado realizado pelos profissionais do Pronto-Socorro.....	66
5.2.2 Categoria 2: Cuidado de usuários em risco ou tentativa de suicídio no Pronto-Socorro.....	68
5.2.3 Categoria 3: Cuidado em rede no entendimento dos profissionais do	

Pronto-Socorro	69
6 DISCUSSÃO.....	75
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
8 CRONOGRAMA	83
9 REFERÊNCIAS.....	79
10 APÊNDICES.....	85
APÊNDICE A.....	85
CARTA CONVITE	85
APÊNDICE B.....	87
FORMULÁRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	87
APÊNDICE C.....	88
FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE	88
APÊNDICE D.....	89
ROTEIRO DE PERGUNTAS NORTEADORAS PARA DISCUSSÃO NA ENTREVISTA GRUPAL - PROFISSIONAIS DA RAS.....	89
11 ANEXOS	90
ANEXO A.....	90
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	90

APRESENTAÇÃO

A ideação suicida é um fenômeno recorrente nos meus atendimentos ambulatoriais e matriciamentos realizados junto ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nas três Estratégias de Saúde da Família (ESFs) de um município do centro-oeste paulista. Formei-me em Psicologia em 2009 e antes de entrar para a equipe, em 2018, a temática do suicídio e suas implicações sociais eram uma realidade distante da minha prática, mesmo tendo aprofundado meus conhecimentos na pós-graduação em Psicologia Hospitalar, em 2012. Fazer parte da equipe NASF expandiu meu olhar para novas possibilidades antes não almejadas, pois me colocou diante de profissionais em constante processo de qualificação. Além disso, a oportunidade de interações profissionais com docentes e discentes do Programa ao longo da minha trajetória profissional me fez contemplar e me aproximar do ingresso no mestrado, conquista que obtive em 2022.

O interesse pelo programa se deu não apenas pela minha trajetória voltada para a problemática do processo saúde-doença, mas pela necessidade sentida de aprimorar minha prática, delineando minha intervenção profissional à luz de novos conhecimentos, mais metódicos e assertivos. Não poderia deixar de mencionar o cenário mundial pós pandemia, no que se refere à saúde, que nos coloca à prova todos os conhecimentos adquiridos até então e que nos impulsiona a acompanhar as necessidades mais emergentes no que tange a saúde coletiva.

Se antes o ingresso em um Programa de Mestrado parecia distante da realidade da minha atuação profissional, hoje percebo o quão necessário foi o percurso para estar no lugar que ocupo hoje: uma profissional questionadora, que busca mudanças no campo de trabalho e na vida das pessoas.

1 INTRODUÇÃO

Quando se trata de acolhimento e cuidado integral, o sofrimento mental ainda causa diferentes reações dentre aqueles que deveriam acolher pessoas. A banalização, o repúdio e até mesmo os comportamentos punitivos, voluntários ou involuntários (principalmente vistos nos atendimentos de tentativa de suicídio), são permeados por uma cultura de tabus e minimização do sofrimento alheio. Em contrapartida, existem profissionais cujas experiências pessoais os levam a se esquivar desse acolhimento, sempre recorrendo a outros membros da equipe, preferencialmente psicólogos e psiquiatras. Partindo desta questão, já temos um esboço do problema enfrentado por um município do centro-oeste paulista, que possui pouco mais de 9.000 habitantes (IBGE, 2022), cuja população tem procurado por serviços especializados em saúde mental de maneira crescente. No que concerne a problemática que envolve o suicídio, a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014) aponta que os homens morrem três vezes mais do que mulheres por suicídio, enquanto estas realizam três vezes mais tentativas. Esse fenômeno é observado na prática cotidiana, já que o número de mulheres que chegam ao serviço após uma tentativa de suicídio é consideravelmente maior do que os homens. Esta é uma visão geral, não sistematizada, que provém da experiência de trabalho (e suas trocas) da autora e das conversas nos corredores dos estabelecimentos de saúde do município em que atua.

Para melhor contextualização do fenômeno, é indispensável apresentar a terminologia suicídio (*sui* = si mesmo; *cidium* = ação de matar) que foi utilizada pela primeira vez por Desfontaines, em 1737, e quer dizer interrupção do ciclo vital de maneira autoinfligida (Nery; Junior, 2010). A palavra suicídio refere-se à morte de si mesmo, no seu sentido literal, mas o conceito engloba um conjunto de fatores – incluindo pensamentos e comportamentos - que o torna complexo e de difícil manejo (Cassorla, 1984). Mais a fundo, podemos definir o suicídio como um ato intencional e muitas vezes ambivalente, em que a pessoa utiliza um meio que considera ser letal para tirar a própria vida. O comportamento suicida engloba os pensamentos, os planos e as tentativas, e apenas uma pequena parte das ocorrências é de conhecimento dos profissionais de saúde (ABP, 2014).

Peuchet (*apud* Marx, 1846/2006), discorre sobre o suicídio como sendo um sintoma de uma sociedade doente, ficando bastante evidente em época de

paralisações e crises, quando há maior escassez de recursos, muitas vezes tornando o fenômeno epidêmico. Na visão do autor, a miséria é considerada a principal causa dos suicídios, mas afirma que o fenômeno atinge a todas as classes sociais, pontuando que nas classes mais abastadas existem outras variáveis importantes como doenças debilitantes, conflitos familiares, traições, falsas amizades, desânimo, rivalidades, monotonia, entusiasmo frustrado e reprimido e, reforça ainda, que o próprio amor à vida seja motivo de ceifá-la quando a mesma se encontra insatisfatória (Peuchet *apud* Marx, 1846/2006).

Durkheim (1982) define o suicídio como a morte resultante de um ato positivo ou negativo praticado com conhecimento pela própria pessoa. Os atos positivos são aqueles que causam a morte por uma ação violenta contra si mesmo, como por exemplo, se dar um tiro; já os atos negativos são as abstenções, como por exemplo, deixar de comer (Müller; Pereira; Zanon, 2017). Durkheim em sua obra “O Suicídio” (1897) discorre sobre a ideia de que a intencionalidade do ato é algo muito íntimo para ser apreendido externamente e que os próprios sujeitos muitas vezes não tem consciência das razões que os levaram a determinados comportamentos; além disso, podemos pensar em algumas situações em que os sujeitos podem sacrificar sua vida mesmo não querendo – por exemplo, como fazem os soldados durante as guerras ou uma mãe que abre mão da sua vida pela vida do filho (Durkheim, 1897/2000).

Para Cassorla (1985/2005 *apud* Müller; Pereira; Zanon, 2017) a interação desses eventos num determinado momento da vida se torna um “gatilho”, levando à motivação para tentativas e para o próprio ato.

A tentativa de suicídio tem as mesmas características fenomenológicas do suicídio, diferindo apenas quanto ao desfecho que não é fatal. É importante que os familiares e profissionais se atentem ao que é tentativa de suicídio e ao que é comportamento autodestrutivo, cuja intenção não é a de pôr fim à própria vida (Bertolote *et al.*, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (*apud* Brasil, 2022) o suicídio é a quarta causa de óbitos entre pessoas de 15 a 29 anos, somando mais de 700 mil mortes por ano no mundo - 1 a cada 100 mortes - ficando atrás apenas de acidentes de trânsito, tuberculose e violência interpessoal. Outro dado importante disposto no portal do Ministério da Saúde (Brasil, 2022) é o de que de 2000 a 2019 a taxa mundial de suicídios diminuiu 36%, enquanto nas Américas

aumentou 17%.

Além disso, o uso de álcool e drogas na adolescência é fator predisponente para o ato. A OMS (2000) afirma que o suicídio resulta da complexa interação entre fatores psicológicos, biológicos, genéticos, culturais e ambientais, atingindo direta ou indiretamente no mínimo seis pessoas, além de impactar a sociedade.

Em boletim epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde (2024), de 2000 a 2018 foi realizado um estudo sobre a taxa de óbitos por doenças e agravos não transmissíveis, apontando um crescimento anual médio de 1,4% no país, porém, em 2014 houve um aumento nessas taxas, chegando a um incremento de 3,2% ao ano de óbitos por suicídio no Brasil. Ainda segundo o Ministério da Saúde, em 2014 o suicídio passou a ser reconhecido como um problema de saúde pública global, após a publicação do relatório da OMS intitulado *Preventing suicide: a global imperative*, exigindo maiores intervenções para a demanda.

Essas taxas podem ainda ser mais altas, devido à falta de pontualidade e precisão dos relatórios de dados, da subnotificação, da classificação incorreta de suicídios como mortes acidentais, da falta de sistemas de notificação em países de baixa e média renda, da criminalização, entre outros fatores (Kabir; Wayland; Maple, 2023).

Diante do exposto, houve a necessidade de se pensar na prevenção sistemática de mortes causadas por suicídio, o que significa identificar variáveis, analisar suas interrelações e adotar medidas voltadas a diminuir o tanto quanto possível a interferência de fatores de risco e buscar a identificação e fortalecimento dos fatores de proteção (Andrade, 2021).

Ainda de acordo com Andrade (2021), 90% dos casos de suicídio poderiam ser evitados, levando em consideração também os altos números de tentativas, cuja ocorrência estimada levantada pela OMS é de uma a cada 3 segundos no mundo, enquanto uma morte por suicídio ocorre a cada 40 segundos.

Como ferramenta para tentar conter o fenômeno, em 1999, a OMS criou a SUPRE (Suicide Prevention Program), que consiste em um programa para orientar e fortalecer o elo entre profissionais da saúde, educadores, famílias, governantes e comunidades, que lidam com o tema (OMS, 2000). Tecnicamente, através da SUPRE se faz inquéritos de base populacional, coleta dados de variáveis dos predisponentes e precipitantes das tentativas de suicídio, compara se houve mudanças nas variáveis ao longo dos anos e avalia as estratégias que são

adotadas no acompanhamento desses sujeitos (Andrade, 2021).

No Brasil, em 14 de agosto de 2006, o Ministério da Saúde instituiu a portaria nº 1.876, que estabelece as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, cuja implantação deverá abranger todas as unidades federadas, respeitando as competências das três esferas do governo (Brasil, 2022).

Como parte da Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídio, o Ministério da Saúde lançou, ainda em 2006, o manual *Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*, com o intuito de esclarecer a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), identificar fatores de risco na população assistida pelos serviços de saúde, orientar sobre o manejo das psicopatologias associadas mais frequentemente ao suicídio e instruir quanto à abordagem e manejo desses pacientes, incluindo encaminhamento quando houver risco elevado para suicídio (Müller; Pereira; Zanon, 2017).

Em 2011 foi criada a portaria nº 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que, sob o âmbito do SUS, oferece cuidados para pessoas em sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas usuárias de álcool e outras drogas. A RAPS prevê a articulação desde a atenção básica até a atenção hospitalar e serviços de urgência e emergência, sob a coordenação dos CAPS (Brasil, 2024). Em 06 de junho de 2014, foi instituída a portaria nº 1.271, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, que engloba os serviços de saúde público e privado, em todo território nacional, estabelecendo que os agravos das tentativas e dos suicídios sejam de notificação compulsória imediata, para que a rede de atenção e proteção possa tomar as medidas necessárias para o cuidado de cada caso (Brasil, 2024). Nery e Junior (2010) chamam a atenção para o fato de que a investigação de ideias de suicídio deve fazer parte de todo exame do estado mental, principalmente quando se nota a presença de fatores de risco e, quando existe suspeita, é necessário fazer perguntas dirigidas para investigar fatores de risco e de proteção, motivação, (des)esperança, sentimento de utilidade, prazer nas atividades cotidianas, fatores estressantes, recursos disponíveis, ideias passageiras e persistentes, entre outros. Muitas vezes, o primeiro contato dos indivíduos com profissionais de saúde ocorre após uma tentativa de suicídio e, na maior parte das vezes, o atendimento pode não ser com um profissional de saúde mental, sendo de suma importância que profissionais da atenção básica e do pronto atendimento desenvolvam intervenções

mais efetivas, já que se sabe que uma tentativa de suicídio é o principal fator de risco para outra tentativa e, por vezes, para o próprio suicídio (ABP, 2014). Como fator agravante, em setembro de 2020, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) emitiu um alerta sobre o aumento de transtornos mentais, resultantes da pandemia de Covid-19, principalmente entre os trabalhadores da saúde. A pandemia resultou em aumento de angústia, ansiedade e depressão, agravados por violência, alcoolismo, abuso de drogas, sentimentos de perda (e as próprias perdas), que aumentam o risco para suicídio (OPAS, 2020).

Como um problema de saúde pública, é imprescindível que a Atenção Básica em Saúde (ABS), cuja cultura é a de acompanhar todas as fases da vida dos usuários, seja capaz de identificar e acompanhar os fatores de risco para comportamento suicida, já que a equipe de atenção primária é responsável pelo elo da comunidade com a rede de saúde e, muitas vezes, na ausência de serviços de saúde mental, se tornam o recurso mais viável para os usuários (OMS, 2000). No entanto, o município em que a pesquisa foi realizada possui alguns entraves no cuidado realizado pela rede de atenção à saúde, uma vez que a alta demanda dificulta um acompanhamento longitudinal efetivo, que busque um diagnóstico territorial, no sentido de promover saúde e prevenir agravos, não somente remediar crises emergentes.

Segundo a ABP (2014), existem barreiras que dificultam a prevenção do suicídio; são elas: estigma e tabu acerca do tema, falta de conhecimento, dificuldades técnicas e pessoais dos profissionais de saúde e a ideia errônea de que não é um evento frequente são algumas delas. Segundo o órgão, é imprescindível que os profissionais se atentem aos fatores de risco e de proteção, a fim de delimitar a população de maior risco para então dirigir esforços para diminuir o número de incidências.

Nesse sentido, o acolhimento é parte importante do processo de cuidado, dependendo dele o sucesso das intervenções, porém, o que vimos hoje são ações pontuais, pouco resolutivas e com pouca contribuição e autonomia do trabalhador na solução de problemas, sendo observado apenas ações de recepção, triagem e encaminhamentos para as especialidades, configurando um cuidado fragmentado e mecanicista (Fortuna *et al.*, 2022).

O sucesso da prevenção do suicídio ocorre quando há diminuição da morbidade (ideação e tentativa) que tende a diminuir a mortalidade (suicídio),

portando, é necessário que a equipe identifique a presença de transtornos mentais, história pessoal e familiar de comportamento suicida, suicidabilidade (incluindo pensamentos e planos), características de personalidade (como agressividade e impulsividade), fatores estressores crônicos e recentes, fatores psicossociais, fatores demográficos e presença de outras doenças, lembrando que muitas vezes, o risco de suicídio se esconde atrás de queixas somáticas (ABP, 2014).

É importante salientar que alguns estados psíquicos, como a instabilidade emocional, imaturidade, impulsividade, agressividade e sentimento de inadequação, agravada por segregação social e abuso de substâncias, podem estar associados a transtornos mentais e aumentar o risco de suicídio, não havendo premeditação da tentativa (Mayorga Aldáz, 2018). Segundo a autora, as chances de um indivíduo morrer em uma tentativa de suicídio impulsiva são menores do que aqueles que premeditam; no entanto, as pessoas que atentam contra a própria vida de forma impulsiva, tem maiores chances de sequelas físicas severas (Mayorga Aldáz, 2018).

Para um cuidado efetivo, a equipe de saúde deve estar apta a identificar o risco, proteger o paciente, tratar os fatores de risco e identificar os fatores de proteção para fortalecê-los. No contexto da saúde, uma boa avaliação clínica continua sendo o principal meio de avaliar o risco de suicídio, desde que o profissional esteja bem treinado para a coleta de informações e para o acolhimento emocional (Bertolote *et al.*, 2010).

Segundo a OMS (2000), há ações que facilitam o manejo do comportamento suicida, a saber: ouvir, ser empático, ficar calmo, ser afetuoso, fornecer apoio, levar a situação a sério e verificar o grau de risco, levantar dados sobre tentativas anteriores, perguntar sobre o plano, conhecer alternativas, ganhar tempo, identificar outras formas de apoio emocional, remover os meios quando possível, contar aos familiares, conseguir ajuda e, diante de risco elevado, ficar com a pessoa e a encaminhar aos serviços necessários. Ainda de acordo com o órgão, determinadas atitudes dificultam o manejo do comportamento suicida, são eles: ignorar a situação, ter reações emocionais exacerbadas, falar que tudo vai ficar bem e desafiar a pessoa a continuar em frente, fazer o problema parecer trivial, dar falsas garantias, jurar segredo e deixar a pessoa sozinha diante de risco alto de suicídio (OMS, 2000).

Minayo, Pinto, Assis, Cavalcante e Mangas (2015 apud Müller; Pereira e Zanon, 2017) reforçam que é necessário maior efetividade no cumprimento das políticas de prevenção do suicídio, preconizando a tríade política, proteção e pesquisa, para

maior efetividade nas ações.

Como o fenômeno envolve vários fatores, o trabalho em rede amplia a resolutividade, desde que haja uma comunicação clara e efetiva entre os serviços e profissionais, que cada um assuma sua função e, quando o risco de suicídio for alto, cabe a cada serviço avaliar a situação atual e encaminhar o paciente para que receba o acompanhamento adequado, além de pensar o cuidado da família, como estratégia para o fortalecimento da rede de apoio, resultando no aumento dos fatores de proteção (Müller; Pereira; Zanon, 2017).

A clínica como a conhecemos hoje permite certa padronização de procedimentos e técnicas com base no modelo biomédico, no entanto, somente protocolos universais não abrangem satisfatoriamente a diversidade de cada pessoa na sua totalidade; é aí que a clínica ampliada e compartilhada se apresenta: ela concilia o modelo de produção de saúde através de diagnósticos e procedimentos padronizados, com a autonomia e responsabilidade de cada profissional em atender demandas individuais e subjetivas, para um cuidado integral. Para se alcançar com efetividade os preceitos da clínica ampliada e da cogestão – aqui elemento essencial para a ampliação do cuidado – faz-se necessária uma mudança no modelo de gestão dos serviços, que estimule as decisões compartilhadas e a autonomia dos profissionais, através da divisão de processos de trabalho e integração da rede, sem que haja um modelo hierárquico enrijecido por uma cadeia de produção de saúde (Campos, 2007).

A clínica ampliada e compartilhada é definida, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2003), como sendo uma ferramenta teórico-prática que considera as singularidades de cada sujeito e a complexidade do processo saúde-doença, com estímulo à comunicação e decisões compartilhadas, prezando a autonomia e o cuidado dos usuários dos serviços.

A Política Nacional de Humanização (PNH), existente desde 2003, aposta em inovações a fim de construir um SUS cada vez mais humanizado, valorizando não somente os usuários, mas também os trabalhadores e a gestão. Para tanto, a PNH propõe mudanças no modo de produzir cuidado e saúde, através da comunicação entre os níveis hierárquicos de gestão e trabalhadores, além da participação social, incentivada pela criação da gestão colegiada, com participação de conselhos de saúde nas conferências de saúde. Todo o processo de construção de um SUS humanizado é gerido pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde,

com articuladores nas secretarias estaduais e municipais de Saúde (Brasil, 2003). A PNH tem como princípios a transversalidade, propiciando relações mais igualitárias entre os níveis – gestão, trabalhadores e usuários – a indissociabilidade entre produção do cuidado e gestão, o protagonismo, a corresponsabilidade e autonomia daqueles que oferecem e dos que necessitam do cuidado. Já as diretrizes incluem: o acolhimento, gestão participativa/cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e a defesa do direito dos usuários (Brasil, 2003).

Além da PNH, temos as diretrizes propostas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) - Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 - que descreve, além das atribuições específicas de cada profissional, a atribuição comum a todos os membros das equipes de atenção básica:

VI - Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo. (Brasil, 2012 p.44)

De forma resumida, a clínica ampliada e compartilhada preconiza um olhar integral do sujeito cuidado, considerando a multicausalidade com que ocorre o processo saúde-doença e as abordagens desse sujeito realizadas pela equipe de cuidado. A complexidade do processo saúde-doença bem como das relações entre profissionais nos leva à necessidade de corresponsabilização das decisões tomadas pela equipe (Brasil, 2008).

Diante do exposto, a pesquisa buscou conhecer como ocorre o cuidado realizado em tentativas de suicídio em um município do centro-oeste paulista, se e como ocorre a corresponsabilização do cuidado entre os estabelecimentos de saúde que compõe a Rede de Atenção à Saúde - RAS, se existe vínculo dos usuários com as unidades e profissionais de saúde, bem como se há adesão dos usuários aos tratamentos de transtornos mentais. A partir do conhecimento prévio e entendimento do fluxo e cuidado produzido pela RAS do município, foi realizado o diagnóstico da rede com embasamento técnico-científico para direcionar o trabalho da RAS através das diretrizes da PNH.

1.1 Pergunta de pesquisa

Como é organizada a Rede de Atenção à Saúde (RAS) de um município do centro-oeste paulista e como ocorre o cuidado de usuários em risco de suicídio, no Pronto-Socorro (PS) e na Atenção Básica em Saúde (ABS), no entendimento dos profissionais de saúde destes serviços?

2 JUSTIFICATIVA

A “força motriz” do projeto surgiu das dificuldades encontradas no cotidiano da prática, ainda rígida pela degradação da clínica, resultante de rotinas desgastantes, baixos salários, fragmentação do cuidado decorrente das especializações, pouco incentivo à aquisição de conhecimentos, dentre outros. Além disso, mesmo com a maior atenção destinada ao tema nos últimos anos, ainda há diversas lacunas no campo da pesquisa em suicidologia, devido à complexidade do fenômeno que é amplamente difundido na literatura como uma produção social e não apenas como um ato individual. No Brasil, a familiarização da clínica ampliada por diversas equipes já é uma realidade porém, a saúde mental ainda é um tabu para muitos profissionais, principalmente quando o tema abordado é o suicídio. Mesmo tratando-se de um problema de saúde pública, em muitos serviços é comum que não haja corresponsabilização dos profissionais nos atendimentos aos usuários que apresentam ideação suicida, muitas vezes por não se sentirem tecnicamente e emocionalmente seguros. O comportamento evitativo, a banalização dos casos e os constantes encaminhamentos aos profissionais de saúde mental são comuns e vão na contramão da integralidade do cuidado, dificultando a relação usuário-equipe e sobrecarregando serviços especializados. A dualidade mente *versus* corpo é reforçada constantemente por esses profissionais que preferem manter-se seguros em suas próprias funções a acolher o usuário em sofrimento emocional.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Conhecer o cuidado em saúde mental relacionado ao fenômeno do suicídio no entendimento dos profissionais da RAS de um município do centro-oeste paulista.

3.2 Específicos

- Conhecer como os profissionais da ABS e do PS realizam o cuidado de usuários em risco ou tentativa de suicídio.
- Conhecer o trabalho em equipe, relacionado ao risco e a tentativas de suicídio, realizado na ABS e no PS do município.
- Conhecer quais fragilidades e potencialidades existem na rede e que podem implicar no cuidado de usuários em risco de suicídio.

3 MÉTODO

A pesquisa se configura como sendo de natureza qualitativa, com objetivos exploratório e descritivo, cuja perspectiva consistiu em conhecer a problemática em estudo, qual seja, o entendimento de profissionais da ABS e do PS, inserindo-se no contexto do cuidado na RAS de forma integrada, analisando a percepção das pessoas envolvidas, com relação ao cuidado em saúde mental de usuários em risco ou tentativa de suicídio. A pesquisa qualitativa não se apresenta como proposta rigidamente estruturada e pode ser conduzida por diversos caminhos, a depender da criatividade e dos achados do pesquisador (Godoy, 1995). Segundo Gil (1996), o estudo exploratório busca maior familiaridade com o assunto abordado, a fim de desenvolver ideias e descobrir intuições, podendo confirmar as hipóteses iniciais ou ainda resultar em novas hipóteses. Seu estilo flexível estimula a consideração de novas variáveis que vão delineando o trajeto a ser percorrido durante o estudo. Gil (1996) descreve ainda que uma pesquisa é descritiva, quando se pretende levantar opiniões, atitudes e crenças de determinado grupo; nesse caso, serão dois grupos constituídos por profissionais que atuam em serviços de saúde de naturezas diferentes.

Como o interesse da pesquisa foi o de conhecer como ocorre o cuidado em saúde mental, mais precisamente em ideação e comportamentos suicidas, o método qualitativo possibilitou o acesso à percepção do cuidado dentre os profissionais da RAS, resultando em uma interpretação comparativa e minuciosa do diálogo entre os participantes, e traçando correlações entre as diferentes compreensões destes sujeitos de pesquisa. Para tanto, foram realizadas duas entrevistas grupais com perguntas semiestruturadas, cujas respostas foram transcritas e posteriormente exploradas através da Análise de Conteúdo (Temática) de Bardin (1977/2016). Outras situações vivenciadas pela pesquisadora durante todo o processo de pesquisa foram registradas em um diário de campo, a fim de acrescentar maiores detalhes ao contexto.

3.1 Contexto local

A pesquisa foi realizada em um município do centro-oeste do Estado de São Paulo, cuja população está atualmente estimada em 9.311 habitantes, que ocupa um

território de 160 km² (IBGE, 2022). A principal fonte de renda dos munícipes é obtida através da agropecuária, incluindo produtores individuais e uma usina de açúcar. Ainda segundo dados do IBGE (2022), o município possui seis estabelecimentos de saúde do SUS: três ESFs com cobertura de 100% do território (que compõem a ABS), um ambulatório de especialidades, PS e hospital municipal (PS e hospital funcionam no mesmo estabelecimento).

A ABS e o PS são portas de entrada para o cuidado em saúde, porém o município não possui Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), atendendo a população com ambulância solicitada por telefone diretamente ao PS. Além disso, não possui número mínimo de habitantes para a construção de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Internações de baixa complexidade são oferecidas pela unidade hospitalar municipal e para atendimentos de níveis médio e alto de complexidade, são ofertados atendimentos e internações nos serviços dos municípios de referência. Dados obtidos através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (Brasil, 2022), mostra a seguinte configuração das ESFs do referido município (aqui identificadas por letras) - a ESF “A”, conta com 2 médicas da família, 1 médico ginecologista e obstetra, 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem, 1 serviços gerais, 5 ACSs, 1 fisioterapeuta do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), 1 nutricionista NASF-AB, 1 fonoaudióloga NASF-AB, 1 psicóloga NASF-AB, 2 recepcionistas, 1 cirurgiã dentista e 1 auxiliar em saúde bucal. A ESF “B” possui 1 enfermeira, 1 médica da família, 1 cirurgiã dentista, 1 auxiliar em saúde bucal, 4 ACSs, 1 médico ginecologista e obstetra, 2 recepcionistas, 3 técnicas de enfermagem e 1 serviços gerais. Por último, a ESF “C” possui 2 médicas da ESF, 1 enfermeiro, 3 técnicos de enfermagem, 1 recepcionista, 1 serviços gerais, 1 cirurgiã dentista, 1 auxiliar em saúde bucal e 6 ACSs.

Todas as Unidades contam com o apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que mesmo tendo sido revogada sua atuação através da Portaria nº 2.979, instituída pelo Programa Previne Brasil (Brasil, 2019), ainda mantém sua organização enquanto equipe multidisciplinar e projetos ofertados na ABS do município pesquisado.

O ambulatório de especialidades é composto por 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 1 protético dentário, 2 farmacêuticos, 1 técnica em farmácia, 1 atendente de farmácia, 2 assistentes administrativas, 1 médico em radiologia e

diagnóstico por imagem, 1 cirurgião dentista clínico geral, 2 fisioterapeutas, 1 médica psiquiatra, 2 médicos pediatras, 2 terapeutas ocupacionais, 1 médico oftalmologista, 1 médico otorrinolaringologista, 1 psicólogo clínico, 1 médica neurologista, 1 fonoaudióloga, 1 assistente social, 1 médico ginecologista e obstetra, 1 biomédica, 1 médico ortopedista e traumatologista, 1 serviços gerais e 1 recepcionista.

Segundo dados do CNES (Brasil, 2022) o PS municipal conta atualmente com 3 recepcionistas, 1 assistente administrativo, 3 técnicos de enfermagem, 3 enfermeiros, 1 farmacêutico, 8 médicos clínicos, 1 médico pediatra, 1 médico cirurgião geral, 1 médico ginecologista e obstetra, 1 técnico em radiologia, 3 condutores de ambulância, 1 faxineiro e 1 cozinheiro, lembrando aqui que cabe ao estabelecimento de saúde a atualização dos dados no CNES e que a consulta foi realizada em 04 de Novembro de 2022.

Segundo dados do município colhidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN (Brasil, 2022), no ano de 2018 foram notificados 9 casos sob o registro de CID Y09 - Agressão por Meios Não Especificados e T65.9 - Efeito Tóxico de Substância Não Especificada; em 2019 esse número subiu para 15 notificações, em 2020 apenas 1 notificação, em 2021 esse número subiu para 37, em 2022 foram registrados 17 casos, em 2023 foram 16 notificações e até meados de dezembro de 2024 foram registrados 13 casos. Os dados do SINAN não são dados de coleta de pesquisa, mas podem nos dar uma indicação da necessidade de se olhar com atenção para o fenômeno do comportamento suicida e de como o cuidado está sendo conduzido pela rede de saúde. Para a realização da pesquisa optou-se pela não identificação do município para favorecer o sigilo dos participantes, por se tratar de um município de pequeno porte.

3.2 Linha de Cuidado em Saúde Mental

O município participante da pesquisa possui três ESFs com cobertura de 100% dos territórios, recebendo o apoio da equipe NASF-AB nos três estabelecimentos de saúde e disponibilizando atendimentos psicológicos prestados pela própria pesquisadora. Além disso, também são ofertados atendimentos psicológicos por outro profissional de psicologia no ambulatório municipal. O profissional que atende no local é responsável prioritariamente por atendimentos infantis, porém

eventualmente recebe usuários adultos quando por questões técnicas e/ou éticas a psicóloga do NASF - AB não puder fazer o acompanhamento. Os atendimentos de psiquiatria são realizados no ambulatório de especialidades, duas vezes por semana. Para ambos os serviços, psicologia e psiquiatria, os usuários chegam através de encaminhamento feito por médicos da ABS ou de outros profissionais da equipe que podem solicitar acolhimento para pacientes em crise, em momentos específicos. Os encaminhamentos seguem um protocolo discutido em reuniões de matriciamento, para qualificar o documento e organizar os agendamentos de acordo com a demanda: urgência, prioritário ou eletivo. Quando o usuário atinge um nível de resposta satisfatória após período de tratamento psiquiátrico, ocorre a contrarreferência, onde a pessoa passa a ser acompanhada pela ESF. O serviço de psicologia utiliza um termo de responsabilidade que orienta acerca do número de faltas aceitas para evitar o absenteísmo e consequente perda da vaga, já que a demanda vem crescendo no período pós-pandemia. Cada ESF possui, além do serviço de psicologia, um grupo terapêutico que recebe a facilitação dos ACSs e apoio dos profissionais do NASF-AB, a fim de promover saúde e bem-estar e estreitar o vínculo da população com as Unidades de Saúde. Casos mais críticos e/ou que não se enquadrem neste tipo de acompanhamento, recebem prioritariamente atendimento individual. A depender do caso, o acompanhamento psicológico pode ser semanal, quinzenal ou mensal, sempre acordado com o usuário e de acordo com a demanda. Para casos de ideação suicida, o atendimento é ofertado semanalmente quando o usuário apresenta risco alto ou moderado, podendo também receber um pedido de internação feito pela psiquiatria e, após a alta, o paciente continua o tratamento na ABS. Para casos de tentativa, por exemplo, o usuário poderá procurar o PS e, a depender do risco, o plantonista poderá solicitar internação em serviço especializado através da Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS).

3.3 Sujeitos de pesquisa

Foram convidados profissionais de saúde da ABS - técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, de ambos os sexos - que atuam nas ESFs “A”, “B” e “C” e que já haviam tido experiência no cuidado de usuários com ideação suicida ativa ou

histórico de tentativa de suicídio. Durante o período da pesquisa, uma nova Unidade de Saúde estava sendo construída no município, para cobrir um novo bairro em expansão, porém, como não havia previsão de funcionamento das novas instalações, o estudo foi limitado a essas três Unidades em que a pesquisadora atua. No PS foram convidados para o estudo - técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, de ambos os sexos - responsáveis pelo manejo de comportamentos suicidas dos usuários que procuram o serviço, além de encaminharem para internações em leitos psiquiátricos via CROSS.

3.4 Seleção dos participantes

Para convidar os profissionais, foram realizadas visitas para entrega de carta convite pessoalmente no PS municipal, em diferentes períodos - manhã, tarde e noite - prestando os devidos esclarecimentos sobre a finalidade da pesquisa e com os dados de e-mail e telefone para manifestação de interesse (Apêndice A). No período da manhã, a enfermeira responsável conseguiu reunir a equipe para que a pesquisadora divulgasse a pesquisa a todos os presentes, com os devidos esclarecimentos. A pesquisadora registrou no diário de pesquisa algumas reivindicações que a equipe do PS fez com relação à demora no atendimento de psicologia no município; momento em que a pesquisadora reinterou sobre a importância da participação na pesquisa para um diagnóstico do cuidado em rede. Nos demais períodos, a pesquisadora conversou com cada um dos profissionais individualmente, devido à rotina do serviço. Uma profissional não estava no PS no momento da visita, então a profissional deixou uma carta convite direcionada à mesma.

Nas Unidades da ABS, o convite aos profissionais também foi realizado pessoalmente através de carta convite, dentro do horário de funcionamento dos estabelecimentos de saúde, porém a abordagem foi mais tranquila, pois a pesquisadora faz parte das equipes e buscou o melhor momento para divulgar o trabalho para cada profissional. Os profissionais interessados de ambos os serviços, forneceram o número de telefone pessoal para o contato da pesquisadora, que aplicou o formulário de inclusão e exclusão (Apêndice B) pessoalmente em um segundo momento, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

(Anexo A); posteriormente foi agendada a entrevista grupal, conciliando os horários disponíveis dos participantes.

Foi agendada uma entrevista grupal com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem da ABS e outro grupo com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem do PS de maneira remota, através de uma conta institucional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) do Google Meet, para que tivessem maior flexibilidade de horário e local para o acesso. Os encontros realizados de maneira remota foram gravados inicialmente em nuvem (na internet) e depois transferidos para mídia física, transcritos e analisados através da Análise Temática de Bardin (Bardin, 1977/2016). Após o término da transcrição, a gravação foi excluída da conta institucional, permanecendo em mídia física por 1 ano e posteriormente também foi excluída.

A proposta inicial era a de que o número de profissionais necessários - dentre eles médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem convidados, tanto da ABS quanto do PS, seria de no mínimo 3 e no máximo 10 pessoas por grupo, tendo sido distribuídos 30 convites no total para ambos os serviços. Caso houvesse mais do que 10 participantes interessados de um mesmo serviço, aqueles excedentes permaneceriam em uma lista de espera, para que, caso algum profissional convidado não tivesse disponibilidade em participar da entrevista, este que estivesse na lista de espera seria chamado em um segundo momento, porém nenhum dos serviços chegou a 10 interessados e todos os que se propuseram, participaram. Caso quaisquer dos dois grupos não atingisse o número mínimo de 3 participantes, então a coleta poderia realizada tanto através de entrevista individual, como em um único grupo com profissionais de ambos os serviços, com o mesmo questionário semiestruturado, de maneira remota e com duração estimada de 90 minutos. Os grupos fecharam em 3 participantes do PS (2 enfermeiras e 1 técnica de enfermagem) e 8 participantes da ABS (4 técnicas de enfermagem, 1 enfermeira e 3 médicas de saúde da família).

3.5 Critérios de inclusão e exclusão

3.5.1 Critérios de inclusão

- Maiores de 18 anos;
- Profissionais médicos, enfermeiros ou técnicos de enfermagem, de ambos os sexos, atuantes na ABS e no PS do município pesquisado;
- Experiência no cuidado de usuários com ideação suicida ativa e/ou que já tentaram suicídio.

3.5.2 Critérios de exclusão

- Menores de 18 anos;
- Profissionais que relataram não ter experiência no acolhimento e cuidado de usuários em risco de suicídio no serviço de saúde em que estão atuando (PS ou ABS);
- Ser o único profissional da sua categoria no PS.

3.6 Local da coleta de dados

As entrevistas grupais com os profissionais da ABS e do PS foram realizadas em datas diferentes, de maneira remota através da plataforma Google Meet, viabilizando a participação sem prejuízos na rotina dos estabelecimentos de saúde.

3.7 Formulário de inclusão e exclusão no estudo

Após a pesquisadora ter apresentado o estudo e ter obtido o telefone dos interessados, a mesma fez novo contato pessoalmente após agendamento através do aplicativo Whatsapp, para apresentar os critérios de inclusão e exclusão do estudo e preenchê-los no formulário em que constavam perguntas para os profissionais da RAS (Apêndice B) sendo elas, idade, profissão que exerce, local atual de trabalho e uma pergunta sobre o fato de já terem, alguma vez, acolhido ou cuidado de algum usuário no serviço atual em risco alto ou tentativa recente de suicídio. Aqueles que preencheram os critérios de inclusão e não tiveram critérios de exclusão, assinaram o TCLE (Anexo A) ainda durante a visita da pesquisadora, que posteriormente agendou a entrevista grupal através do Whatsapp.

3.8 Formulário de identificação

Aqueles que aceitaram participar da pesquisa, que responderam ao questionário de inclusão e exclusão e que assinaram o TCLE, responderam ao formulário de identificação (Apêndice C), utilizado para coleta de informações básicas de identificação dos profissionais da RAS. O documento era composto por nome, idade, gênero, estado civil, raça/etnia, escolaridade, profissão e endereço. Nas etapas de análise e publicação dos dados, os participantes foram identificados através de codinomes, de modo a preservar suas identidades.

3.9 Entrevistas Grupais

O método de construção dos dados utilizado na pesquisa foi a entrevista grupal, em que vários interlocutores, através da iniciativa de um entrevistador, discorrem sobre um tema, a fim de se alcançar o objetivo do estudo. A entrevista é o método mais utilizado em pesquisas qualitativas, pois abrange não somente o uso da palavra, como também a observação dos participantes, incluindo a cumplicidade, atitudes, omissões e outros elementos da natureza humana e social. Além disso, a entrevista não se resume somente à realidade subjetiva relatada pelos participantes, mas também pode abranger informações de outras fontes, geralmente dados quantitativos. Dessa forma, a pesquisa qualitativa não se propõe a fornecer respostas aos fenômenos estudados, mas sim ao aprofundamento do sentido das ações e dos comportamentos (Minayo; Costa, 2018).

A entrevista grupal permite que o entrevistador observe os fenômenos grupais *in loco*, além de permitir uma comparação entre diferentes opiniões e experiências expressas durante a entrevista, observando também o jogo de influências mútuas que ocorre no grupo. No entanto, a entrevista grupal, diferente da entrevista individual, não permite uma investigação aprofundada do tema individualmente nem uma proximidade maior com o entrevistado, além do fato de o pesquisador não ter tanto controle na situação de entrevista grupal como teria em uma entrevista individual (Fraser; Gondim, 2004).

Para a pesquisa foram realizadas duas entrevistas grupais, uma composta por 8 profissionais da ABS, sendo 4 técnicas de enfermagem, 1 enfermeira e 3 médicas

de saúde da família, e a outra formada por 3 participantes do PS, sendo 2 enfermeiras e 1 técnica de enfermagem - todas as participantes prestam atendimento na rede municipal, em casos de ideação ou tentativa de suicídio. Para evitar o risco de identificação das participantes, foi utilizado nas transcrições os codinomes profissional 1 (P1), profissional 2 (P2), e assim sucessivamente. Além da pesquisadora, o estudo contou o apoio de uma assistente de pesquisa, coordenadora da ABS que possui experiência em pesquisa qualitativa no SUS, porém a mesma participou somente da entrevista grupal da ABS, o que acabou resultando em um viés de pesquisa.

Sobre o contexto do estudo, Gilbert (1990/1991 apud Lervolino; Pelicioni, 2001) afirma que faz-se necessário o entendimento da situação que se deseja conhecer através dos agentes envolvidos no contexto, uma vez que os comportamentos são moldados e modificados através não só da percepção pessoal, mas também da construção social e cultural que também são responsáveis por modificar a interpretação individual dos fenômenos.

O grupo de profissionais enfermeiros, médicos, e técnicos de enfermagem da ABS ocorreu em data diferente do grupo de profissionais médicos, enfermeiros, e técnicos de enfermagem do PS, para que não excedesse o número máximo de 10 participantes no grupo, e por se tratar de serviços que atendem demandas diferentes: o PS na urgência e emergência dos casos de ideação e tentativa de suicídio e a ABS no acompanhamento contínuo desses pacientes pós-crise. As perguntas realizadas durante a entrevista (Apêndice D) visavam mostrar as percepções dos profissionais sobre a própria prática, sobre a organização da equipe a qual pertencem e sobre a construção do cuidado em rede, no intuito de estimular a reflexão sob a perspectiva dialética e, ao final, obter um levantamento dos discursos que serviram de base para um diagnóstico do funcionamento do cuidado em rede para demandas de usuários com comportamentos suicidas. Caso fosse necessário, a pesquisadora poderia realizar apenas uma entrevista grupal com os profissionais da ABS e PS ou entrevista individual com as mesmas questões elaboradas e em encontro remoto. Da mesma forma, sendo realizadas entrevistas individuais, ainda haveria a participação da assistente de pesquisa.

3.10 Construção dos dados

As duas entrevistas grupais foram realizadas após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar e consistiram em um encontro com cada grupo; do PS com 3 participantes e ABS com 8 participantes - ambos de maneira remota, através da plataforma Google Meet, pensando no menor prejuízo para as atividades daqueles que estivessem em horário de trabalho. Ao início dos encontros remotos, foi solicitada a autorização das voluntárias para gravação, para posterior transcrição. Os arquivos foram armazenados em ambiente virtual até serem transcritos e, após a transcrição, mantidos em mídias físicas para minimizar a chance de serem invadidos.

Somente participaram das entrevistas grupais os profissionais - médicos, enfermeiros e técnico de enfermagem - que analisaram, concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Como foi alcançado o número mínimo necessário de 3 participantes, não foi necessário alterar o método para entrevista individual.

3.11 Transcrição e anonimização das entrevistas

Após a coleta de informações, as respostas obtidas foram organizadas e transcritas literalmente. Para o início da análise interpretativa, as pessoas e lugares citados pelas entrevistadas foram anonimizados, trocando-se os nomes de pessoas e lugares por códigos como <profissional 1>, <profissional 2>, e assim sucessivamente; os locais também foram substituídos por nomes genéricos como <unidade de saúde 1>, <unidade de saúde 2>, etc. A pesquisadora construiu uma lista, que manteve em sua posse, com os nomes originais das pessoas e lugares codificados.

3.12 Interpretação dos dados

O método utilizado para a interpretação dos dados foi a Análise de Conteúdo de Bardin (Bardin, 1977/2016), mais precisamente a Análise Temática, que consiste em conhecer e explorar o conteúdo latente dos discursos, nesse caso extraídos de duas entrevistas grupais, uma com profissionais da ABS e outra com profissionais do PS. Entende-se por “temática” um conjunto de temas ou itens de significação que formarão os códigos que serão agrupados de acordo com cada tema e, à partir

deles, surgirão deduções sobre estes. Segundo Bardin (1977/2016) a Análise de Conteúdo é uma análise das comunicações que visa descrever sistematicamente o conteúdo das mensagens, trazendo à luz da análise as atitudes psicológicas (qualidades e aptidões), valorizadas ou desvalorizadas, além de determinadas capacidades individuais (ou ausência delas) que respondam ao objetivo final daquilo que se deseja estudar.

A Análise Temática foi realizada separadamente para cada grupo, com categorização dos discursos de acordo com o objetivo da pesquisa e, posteriormente, foi feita a correlação destas respostas. Após a transcrição, foi realizada a análise de dados qualitativos do material textual e da observação da dinâmica grupal.

As respostas foram interpretadas de acordo com as etapas propostas por Bardin (2009 *apud* Guerra, 2014), sendo organizadas da seguinte maneira:

Pré-análise: consiste na organização do material, ou seja, definir quais informações e documentos serão utilizados, para então ser realizada uma leitura flutuante, permitindo definir quais informações estão mais claras para se alcançar o objetivo do estudo. Segundo a autora, nesta etapa devemos incluir os seguintes elementos: a “regra da exaustividade” que consiste em incluir todos os elementos relevantes no material; a “regra da representatividade”, que significa que os elementos escolhidos estejam de acordo com o conteúdo representativo inicial; a “regra da homogeneidade”, que exige que a análise se atente aos elementos de interesse para se alcançar os objetivos, deixando de lado as singularidades que não condizem com o que está se buscando alcançar e, por fim, a “regra da pertinência” que nos diz exatamente para nos atermos aos elementos importantes para se alcançar o objetivo inicial.

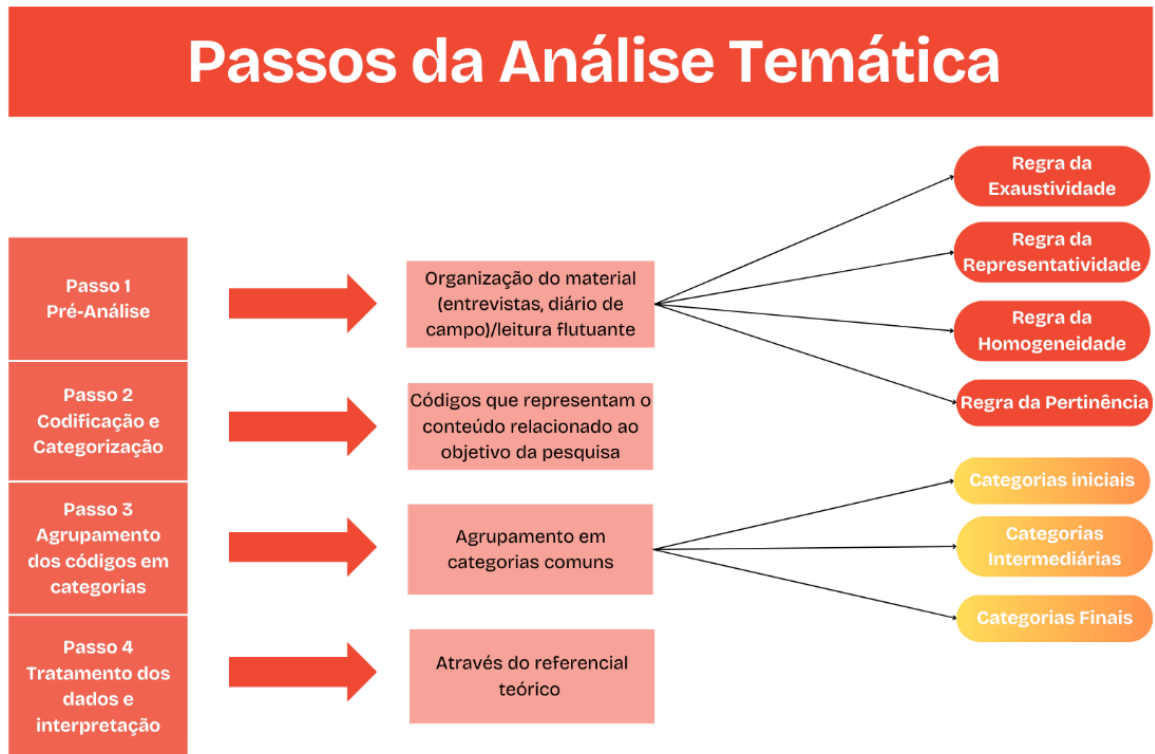
Codificação e categorização (exploração do material): através da leitura criamos códigos que melhor representam os dados brutos obtidos dos relatos, podendo ser feito através de palavras, temas, relações, expressões, dentre outros e, posteriormente, devemos relacioná-los ao contexto em que aparecem, criar categorias (generalização) e analisar se estão de acordo com o objetivo da pesquisa. Segundo Fossá (2003 *apud* Silva e Fossá, 2015), nesta etapa é feito um resumo dos parágrafos das entrevistas através de palavras-chave, resultando nas categorias iniciais; as categorias iniciais serão agrupadas por temas, dando origem às categorias intermediárias e, por fim, as categorias intermediárias serão agrupadas

também de acordo com temas gerais de acordo com o objetivo, dando origem às categorias finais. Através da estruturação do discurso com seus temas representados por palavras-chave, é possível alcançar o sentido das falas e outros significados latentes nos discursos.

- *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:* é realizada a interpretação dos dados obtidos das etapas anteriores, através da análise qualitativa do material (Guerra, 2014). Nesse caso, nos atemos ao que estabelece a PNH, mais precisamente a diretriz que estabelece a clínica ampliada e compartilhada como estratégia de cuidado humanizado e valorização dos trabalhadores e suas (inter) subjetividades. Vale ressaltar que o objetivo da pesquisa foi o de analisar o entendimento dos profissionais da RAS sobre o cuidado de pessoas que apresentam ideação e/ou tentativa de suicídio e não direcionar o foco em transtornos mentais ou outras causas que levam a ocorrência do fenômeno.

Para contribuir com a organização das etapas do projeto e para a construção dos dados, foi utilizado um diário de campo, em que foram feitas anotações de todo o processo, avanço das etapas, dados observados durante os grupos, inclusive de uso de linguagem não verbal pelas voluntárias durante as entrevistas. O diário de campo permitiu um delineamento dos passos percorridos e um balanço de aspectos subjetivos e objetivos. Visando um melhor entendimento de todo o processo de interpretação dos dados, os passos da Análise Temática de Bardin (Bardin, 1977/2016) são demonstrados de forma simplificada no Quadro 1.

Quadro 1- Passos da Análise Temática de Bardin.



Fonte: elaborado pela autora, baseado em Bardin (1977/2016); Guerra (2014); Silva e Fossá (2015).

4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa somente foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar. Para realização da pesquisa no município, também fez-se necessário um pedido de autorização junto à Diretoria Municipal de Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deveria ser lido e assinado pelos participantes antes das entrevistas. Este estudo foi conduzido de acordo com a resolução nº 674, de 6 de maio de 2022 do Conselho Nacional de Saúde-CNS - antiga Resolução CNS 510/2016 (Brasil, 2016/2022).

O TCLE continha os nomes dos pesquisadores envolvidos, tanto do professor orientador como da discente, além da apresentação de que a pesquisa consistia na realização de uma entrevista grupal, de acordo com o serviço ao qual os voluntários pertenciam: profissionais da ABS e profissionais do PS, com a preservação do anonimato dos participantes. Os pesquisadores estavam disponíveis para esclarecer qualquer dúvida dos voluntários em relação às perguntas e objetivos do presente estudo. O TCLE deveria ser compreendido, aceito e assinado pelos voluntários da pesquisa, sendo assegurado o sigilo absoluto das informações fornecidas, assim como a privacidade e anonimato.

Após a aprovação pelo CEP, a pesquisadora divulgou a pesquisa nos estabelecimentos de saúde que compõem a RAS, ABS e PS, dentre os profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, através de carta-convite (Apêndice A). A participação dos voluntários dependia da concordância e assinatura do TCLE, sendo-lhes garantido o direito de não responder a quaisquer questões do Formulário de Identificação ou de questões lançadas ao grupo durante as entrevistas. Também tiveram seu direito garantido de abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos no relacionamento com os estabelecimentos de saúde do município, com os profissionais da RAS, pesquisadores e referida universidade. Todas as informações pessoais estão preservadas com base na Lei 13.709 de 14 de Agosto de 2018 - Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) sendo que as informações obtidas no Formulário de Identificação foram de conhecimento apenas da pesquisadora, assistente de pesquisa e orientador e foram resguardadas pela pesquisadora e orientador. As informações pessoais dos voluntários, bem como as gravações das entrevistas grupais, foram arquivadas em conta institucional de armazenamento protegida com autenticação em duas etapas e, terminado seu

processamento, foi feito o download para mídias físicas (HD externo) por ambos, pesquisadora e orientador, sendo deletados do espaço virtual da nuvem.

4.1 Riscos e benefícios para os voluntários da pesquisa

O risco da participação dos voluntários desse estudo esteve relacionado a reações emocionais, resultantes do próprio discurso e da escuta das experiências dos demais participantes; contudo, a pesquisadora e os estabelecimentos de saúde do município forneceriam o suporte necessário para o acolhimento e conduta caso fosse preciso. Além disso, os participantes não foram identificados de nenhum modo e os dados coletados foram publicizados de forma a não ser possível identificar nenhum dos participantes da pesquisa. Os voluntários também foram orientados e esclarecidos sobre a necessidade de sigilo para garantir a proteção de todos - informação que constava no TCLE para concordância e assinatura.

Outro possível risco esteve relacionado a um possível cansaço ao longo da reflexão levantada no grupo, pelo tempo estimado para a entrevista que era de 90 minutos e também por variáveis do ambiente e condições físicas e emocionais dos voluntários. Também poderia acontecer do entrevistado ficar desconfortável com alguma pergunta. Mesmo aceitando participar do estudo e assinando o TCLE, foi garantido o direito dos voluntários de desistirem a qualquer momento de participar da pesquisa, o que não traria qualquer prejuízo com os pesquisadores nem com os estabelecimentos de saúde e a universidade. Também poderiam deixar momentaneamente o grupo para eventuais necessidades.

Existe um risco inerente às pesquisas realizadas em ambiente virtual, que se refere ao vazamento de informações e quebra de sigilo involuntária, neste sentido, foi utilizada uma conta institucional, protegida por senha, e os arquivos foram armazenados em ambiente virtual até que a transcrição fosse finalizada. Posteriormente, os arquivos foram mantidos em mídias físicas para minimizar a chance de serem invadidos. Além disso, não foram publicados os nomes dos serviços de origem dos profissionais, para evitar a exposição não intencional de algum deles, caso o profissional seja único no estabelecimento em que atua. Como existe apenas um PS no município, foi pensado que se no momento do preenchimento do formulário de inclusão e exclusão aquele profissional fosse identificado como sendo o único da sua categoria no serviço, este participante seria

excluído da pesquisa sob risco de identificação não intencional.

Os participantes não receberam nenhuma compensação financeira ao participar do estudo e tiveram direito a indenização por qualquer tipo de dano ou gasto resultante da sua participação na pesquisa. Não estava previsto o financiamento externo deste estudo, por isso, esta pesquisa foi programada para que não houvesse custeio para transporte e alimentação dos envolvidos. Sendo assim, a pesquisa foi realizada com os participantes cientes de que não receberiam nenhum valor em dinheiro e nenhuma outra forma de incentivo pela sua participação.

Como fatores de benefícios, a interação entre os participantes, além de responder àquelas questões da pesquisa, serviu como um ambiente de troca de experiências, resultando na identificação com o outro, estimulando o exercício à empatia, promovendo um espaço de acolhimento e encorajando os participantes a refletirem sobre o cuidado em emergências psiquiátricas. Também foram aprofundadas questões da coparticipação no atendimento aos usuários em risco de suicídio no município e, desta forma, foi possível refletir sobre os fluxos de atendimento dentro da RAS, subsidiando a gestão municipal para implementação de uma linha de cuidado coparticipativa.

Ressalta-se que todos os participantes foram orientados quanto à dinâmica do grupo, para que pudessem escolher participar ou não da pesquisa e que poderiam deixá-la a qualquer momento se assim desejassem.

5 RESULTADOS

A maior parte dos profissionais de saúde atuantes no município é do sexo feminino e isso explica o fato de todas as participantes da pesquisa serem mulheres. Fazendo uma breve contextualização, a tarefa de cuidar atribuída às mulheres pode ser explicada a partir de uma perspectiva sociocultural e não apenas como característica feminina, uma vez que sempre foram submissas ao regime patriarcal (Montenegro, 2018). Nesse sentido, vê-se uma valorização do trabalho “tipicamente masculino”, aquele trabalho produtivo remunerado e socialmente valorizado em detrimento do trabalho “tipicamente feminino”, o trabalho reprodutivo não remunerado, incluindo a tarefa de cuidar, reforçando a hierarquização social e de trabalho (Vasconcelos, 2009 p. 37 *apud* Montenegro, 2018).

Voltando à pesquisa, para a análise dos dados foram criadas 3 categorias finais de ambos os serviços, ABS e PS, a fim de responder aos objetivos da pesquisa e conhecer a percepção dos profissionais dos serviços relacionado ao cuidado de usuários que apresentam comportamentos suicidas. Os relatos das profissionais foram obtidos através de duas entrevistas grupais, transcritas integralmente e analisadas através da Análise Temática de Laurence Bardin (Bardin, 1977/2016). Durante o desenvolvimento da pesquisa, foi utilizado um diário de campo, onde foram anotadas as observações e impressões da pesquisadora, que complementaram a experiência e os resultados.

5.1 Profissionais da Atenção Básica em Saúde

A entrevista grupal formada por profissionais da ABS, foi realizada no dia 27/07/2023, de maneira remota, visando o menor prejuízo nas atividades das ESFs. Manifestaram interesse em participar da pesquisa 8 profissionais da ABS, todas do sexo feminino: 3 médicas da família, 1 enfermeira e 4 técnicas de enfermagem, sendo estas representantes das 3 Unidades de Saúde do município. Das presentes, apenas seis profissionais participaram ativamente da discussão, enquanto duas profissionais permaneceram no grupo sem manifestar suas opiniões – uma apenas concordava com algumas respostas através de sinais corporais e a outra permaneceu com a câmera e o microfone desligados após a apresentação das participantes. Três profissionais da ABS, 1 médica, 1 enfermeira e 1 técnica de enfermagem, que tiveram interesse na pesquisa não puderam participar, pois não

tinham experiência no cuidado de usuários em risco de suicídio. Neste grupo houve a colaboração de uma assistente de pesquisa, coordenadora da ABS, cuja atuação no grupo se restringiu a anotações e eventuais direcionamentos da discussão. Algumas das voluntárias dividiram o mesmo computador da Unidade, visto que cada estabelecimento possui apenas um computador com microfone e câmera. Uma das participantes que não estava trabalhando no dia, participou através do aparelho celular pessoal. A profissional que não se manifestou durante o encontro, desligou a câmera após as apresentações e não voltou a ligar em nenhum outro momento, fazendo com que sua participação fosse desconsiderada.

Uma questão importante registrada pela pesquisadora no diário de campo foi a pouca familiaridade das equipes com a utilização da ferramenta Google Meet. Presumiu-se que as médicas e enfermeiras participantes apresentaram maior habilidade no uso da ferramenta, devido ao fato de que durante a pandemia de Covid-19, muitas das reuniões e processos formativos realizados à época foram conduzidos por ferramentas semelhantes à utilizada. As técnicas de enfermagem deste grupo foram se ambientando melhor ao Google Meet no decorrer do encontro, que teve duração aproximada de 1 hora.

Das atividades de competência do NASF-AB, a participação em reuniões das equipes da ABS com o objetivo de matriciar alguns casos, resultou à pesquisadora uma indubitável expectativa acerca desse grupo em especial. Na percepção da mesma, o grupo teria maior potencial reflexivo, porém, seja pela pouca familiaridade com a ferramenta on-line, pela suposta pressão que se pode ter em participar de uma pesquisa acadêmica ou por estarem sendo gravadas, o grupo se restringiu a responder às questões, sem uma interação mais aprofundada entre as participantes. No entanto, há de se fazer um adendo acerca de uma das profissionais - técnica de enfermagem - que além de aparentar estar bastante à vontade na construção da reflexão, se permitiu expandir seu discurso deixando um pouco de lado a parte técnica, evidenciando situações reais vividas em que se colocou no papel principal do cuidado, tanto no trabalho, quanto na própria família, em que teve experiência com familiar que havia apresentado comportamento suicida há algum tempo. É compreensível certo desconforto nas equipes, uma vez que não estão habituadas a participar desse tipo de pesquisa – a própria pesquisadora foi convidada e participou de apenas uma pesquisa acadêmica realizada por uma enfermeira do município. O registro em diário de campo, além de ter o detalhamento

das situações aqui expostas, visou ainda mostrar a trajetória do trabalho, a vivência da pesquisadora-facilitadora na entrevista grupal, que também foi permeada de alguns entraves, como o atraso de uma das participantes, falhas na utilização da ferramenta Google Meet e a própria ansiedade de produzir uma reflexão satisfatória nessa pesquisa.

Para se alcançar o objetivo do estudo, foi fundamental uma organização prévia do caminho percorrido para a construção das 3 categorias finais, com o intuito de agrupar aspectos relevantes dos discursos que juntos formaram as **Subjetividades no cuidado realizado pelos profissionais da Atenção Básica em Saúde, Cuidado de usuários em risco ou tentativa de suicídio na Atenção Básica em Saúde e Cuidado em rede no entendimento dos profissionais da Atenção Básica em Saúde**. Os trechos dos discursos serão representados pela letra P (Profissional) mais o número atribuído a cada participante, como por exemplo P1 (Profissional 1). As respostas do grupo (categorias iniciais) foram sistematizadas no Quadro 2, junto às categorias temáticas analisadas (categorias intermediárias e categorias finais).

Quadro 2- Processo de construção das categorias da Atenção Básica em Saúde

Categorias Iniciais	Categorias Intermediárias	Categorias Finais
1- Sempre causa uma certa insegurança	EXPERIÊNCIA E SENTIMENTOS	SUBJETIVIDADES NO CUIDADO OFERECIDO PELOS PROFISSIONAIS DA ABS
2- Eu acho que eu fico com dúvida (dificuldade no manejo)		
3- A gente não sabe até onde é verdade		
4- Impotência		
5- Visita dos ACSs	PAPEL DA EQUIPE DA ABS	CUIDADO OFERECIDO NA ABS NO ENTENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO
6- Acolhimento		
7- Triagem urgência x eletivo		
8- Ajustar medicação		
9- Discussão de casos		
10- PTS		

11- Trabalho Multidisciplinar		
12- Comunicação entre a equipe		
13- Tenta envolver outros setores (corresponsabilização)		
14- Tenta responsabilizar também a família e o máximo da rede de apoio		
15- Grupos terapêuticos nas Unidades		
16- Matriciamento em Saúde Mental		
17- O papel da pessoa é buscar por uma ajuda	PAPEL DO USUÁRIO NO PRÓPRIO CUIDADO SEGUNDO PROFISSIONAIS DA ABS	CUIDADO EM REDE NO ENTENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA ABS
18- Usuário deve seguir/não abandonar o tratamento		
19- Deve seguir orientações médicas e da equipe		
20- Família deve apoiar	PAPEL DA FAMÍLIA NO CUIDADO SEGUNDO PROFISSIONAIS DA ABS	
21- Família potencializa a adesão ao tratamento		
22- Família deve monitorar opaciente		
23- Julgamento Moral de alguns profissionais	FRAGILIDADES DO CUIDADO EM REDE DE ACORDO COM PROFISSIONAIS DA ABS	
24- Envolvimento de Aspectos Religiosos		
25- (Falta) Linha de Cuidado		
26- (Falta) Comunicação entre a rede		
27- (Falta) Participação do Serviço Social		
28- Problemas começam na família		
29- Raramente a família está junto		
30- Dificuldade de vagas para internação		
31- Falta formação específica		
32- Amplo acesso à medicação	POTENCIALIDADES DO CUIDADO EM REDE DE ACORDO COM PROFISSIONAIS DA ABS	
33- Agilidade nos agendamentos		
34- Ter um psicólogo nas ESFs		

Fonte: elaborado pela autora.

5.1.1 Categoria 1: Subjetividades no cuidado realizado pelos profissionais da Atenção Básica em Saúde

No que tange o trabalho em saúde, as subjetividades são parte fundamental da integralidade do cuidado, sendo definidas como a desconstrução e construção da existência das partes, em um movimento constante, que supera os saberes técnicos e vai além da percepção da vida, como seres atuantes no desenho da própria história, construindo realidades diferentes a cada encontro, sendo capazes de mobilizar e impulsionar o modo de produção de uma nova realidade social (Franco; Merhy, 2012 *apud* Santos; Michima; Merhy, 2018). As duas categorias profissionais participantes trouxeram particularidades em seus discursos que remetem ao modelo biomédico de cuidado e à hierarquização dentro dos serviços. Nesse sentido, o médico assume maior responsabilidade no cuidado, uma vez que detém o poder decisório sobre o caminho que o usuário deve percorrer, além de possuir a “solução” para o problema a ser enfrentado. Além do médico, temos em segundo lugar o enfermeiro, responsável pela Unidade de Saúde, cuja função é ordenar a funcionalidade das “engrenagens” do estabelecimento de saúde, garantindo o atendimento médico e os procedimentos fornecidos pela equipe de técnicos de enfermagem, estes muitas vezes aquém do poder decisório dos serviços.

O modelo biomédico é marcado pelo distanciamento emocional dos sujeitos, pela objetificação de seus corpos e de seu processo de adoecimento e cura, reduzindo suas dimensões subjetivas e sociais, tendo apenas suas necessidades físicas e biológicas atendidas, através dos avanços tecnológicos e da segregação resultantes das especialidades médicas. Com isso, os profissionais também sofrem com a alienação do trabalho, decorrente da desumanização e de um campo de atuação limitado (Terra; Campos, 2019).

O conceito de alienação do trabalho, amplamente difundido por Marx (2010 *apud* Terra; Campos, 2019) surgiu a partir da Revolução Industrial, em que se vê o capitalismo operando até os dias atuais. Isso significa que na visão de Marx (2010 *apud* Terra; Campos, 2019), o trabalho é atividade vital do homem, onde ele se reconhece em sua humanidade, produz mudanças em seu meio e na sociedade. No entanto, no capitalismo o trabalho afasta o homem de sua humanidade, uma vez que

ele se distancia cada vez mais daquilo que produz e deixa de ver sentido na atividade que executa, além de vivenciar o trabalho como um sacrifício.

No que tange o cuidado em saúde, a mesma dinâmica pode ocorrer, uma vez que o que é valorizado são as consultas e procedimentos, também quando ocorre a perda da autonomia dos profissionais - uma vez que o tempo e as atividades são gerenciados pela instituição - quando a lógica produtivista impede o profissional de refletir sua humanidade no trabalho e, por fim, quando ocorre a alienação dos seus semelhantes, desumanizando o trabalho em saúde (Balibar, 2014; Marx, 2010; Meszáros, 2016 *apud* Terra; Campos, 2019).

Partindo desse pressuposto, o campo do sofrimento mental pode gerar algum desconforto nos profissionais, uma vez que é um campo ainda pouco explorado. Este desconforto foi observado na entrevista grupal através de discursos que direta ou indiretamente expressavam uma sensação de *insegurança* das profissionais no cuidado de pessoas que tentaram suicídio. A insegurança que emerge na reflexão nos remete à ideia de que não devemos permitir que uma pessoa tire a própria vida, de que a morte seja algo ruim e de que podemos curá-lo daquilo que o faz querer inexistir. Existem protocolos para manejo desses casos, mas não é garantia suficiente de sucesso; aqui o sucesso seria a sobrevivência à tentativa de suicídio. Um trecho dos discursos ilustra esse pensamento:

“...teve uma vez que ela chegou lá com essas ideias e aí a gente passou para o enfermeiro, né... para ver o que iria ser feito e é assim como eu me senti, me senti um pouco insegura porque talvez eu não estava preparada né, para poder dar algum conselho...” (P6)

“...já teve caso aqui também na Unidade 2 que é...paciente chegou com o braço cortado, né? E às vezes eu não sabia muito bem como lidar naquela situação ali na Unidade. Eu acho que o paciente quando ele vem com esse pensamento que já tava na tentativa ali do suicídio, na unidade, eu tenho um pouco de dificuldade de saber como manejar eu acho que eu fico com dúvida. Ai será que aqui eu posso, eu consigo fazer o suficiente ou eu já tenho que mandar pra alguma internação como que tá, né? Em que estado que tá esse paciente? Então eu acho que na unidade é... é mais esse sentimento de insegurança mesmo, às vezes é... não conseguir é... cuidar ali no momento da melhor forma possível.” (P3)

“... por uma questão assim, é...de como a gente se colocar num serviço como um todo, né? É...como ajudar esse paciente da melhor forma? Então na realidade causou sim, sempre causa uma certa

insegurança essas situações de ideação suicida.” (P4)

“Como médica, eu sinto um pouco de insegurança nessa parte psiquiátrica, né? Eu tenho algumas dificuldades.” (P3)

Nos discursos fica nítido o impasse de se tomar uma decisão: no primeiro recorte do discurso a profissional encaminha para o responsável pela Unidade e na segunda fala, a profissional se responsabiliza pela decisão acerca do cuidado, porém expressando insegurança ao fazê-lo. O que também dificulta a decisão de um manejo mais adequado é, além da hierarquização, o fato de não ser possível mensurar o sofrimento psíquico e, com isso, contam com a imprevisibilidade do comportamento da pessoa assistida. Essa *dúvida* ganha forma quando duas profissionais expressaram não saber se se trata realmente de uma tentativa de suicídio e o quanto a pessoa está decidida, ou se está tentando chamar a atenção através de comportamentos autodestrutivos, sem a presença da intencionalidade da morte.

“...eu ficava meio assim sem saber o que fazer, né? Porque é uma situação meio séria, aí até que ponto aquilo era totalmente verdade, se era um pouco mais para chamar a atenção.” (P6)

“O nosso atendimento é na pré-consulta, né Pesquisadora, então a gente ouve e tenta atender o mais rápido possível, né? Porque a gente não sabe até onde a pessoa realmente está decidida ou não.” (P8)

Segundo Botega e Rapeli (2002), o comportamento suicida é definido como aquele comportamento em que o sujeito causa uma lesão a si mesmo, mesmo não tendo a letalidade como intenção e mesmo não tendo consciência do motivo que o levou ao ato. Ainda segundo os autores, o comportamento suicida abrange não somente o ato, mas também pensamentos, ameaças, planos, gestos, tentativas e, durante as tentativas, pode ser que o desfecho seja o suicídio, a depender da letalidade do método utilizado. Nesse sentido, nem sempre o sujeito terá consciência da intencionalidade de seus atos e tampouco consciência da gravidade (Botega; Rapeli, 2002). Dito isto, as definições existentes na literatura tendem a valorizar a intencionalidade e a consciência do ato, o que nos leva a pensar que ambos sejam fatores determinantes na construção da ideia que permeia a equipe, o de que talvez a pessoa só esteja tentando “chamar a atenção”.

Outro dado que emergiu, explícita e implicitamente, nos discursos foi o sentimento de *impotência*. Se pensarmos que todos devem lutar pela vida e que o modelo biomédico se compromete a isso, o sentimento de impotência surge quando existem elementos causais que vão além dos limites da medicina. O fenômeno biopsicossocial foge do escopo puramente biológico e rompe fronteiras no cotidiano do cuidado. Vale ressaltar que no modelo biomédico, a cura é o objetivo principal, o cuidar seria uma ferramenta para se alcançar este objetivo.

“...no geral aqui também a sensação que fica é essa de insegurança e acho que até uma certa impotência assim, porque parece que nada do que a gente faz acaba sendo suficiente para tocar a pessoa nesse espaço, né?” (P2)

Sabe-se que para o sucesso de uma intervenção, se faz necessária a criação de um vínculo satisfatório entre usuário e equipe, mobilizado pelas necessidades do usuário que busca por ajuda. O vínculo, então, é criado através do diálogo, numa dinâmica dialética em que os interlocutores internalizam a experiência daquilo que precisam solucionar. Dessa interação surgem sentimentos que vão se atualizando a cada encontro de subjetividades: ora experimentam o sentimento de gratificação, ora o de frustração (Fortuna *et al.*, 2022). Ressalto que no município em questão, os casos de comportamento suicida e também de suicídio advém, em sua maioria, de pessoas que não possuem vínculo com as equipes de saúde da ABS e que são muitas vezes inacessíveis ao contato dos ACSs, dificultando o monitoramento da saúde dessa população. Essa aproximação do território também se mostrou necessária à medida em que alguns achados da pesquisa foram alcançados.

5.1.2 Categoria 2: Cuidado de usuários em risco ou tentativa de suicídio na Atenção Básica em Saúde

A categoria que visa conhecer o cuidado da ABS no entendimento dos profissionais trouxe, no discurso das participantes, alguns exemplos de ferramentas de construção do cuidado, preconizado pela PNH, como por exemplo, a *Clínica Ampliada e Compartilhada*, o *Acolhimento*, a *Gestão Participativa e Cogestão* e podemos incluir também no escopo a *Valorização do Trabalhador* (Brasil, 2024).

A *Clínica Ampliada e Compartilhada* foi representada nos trechos citados que

incluíram as visitas de rotina dos ACSs, o Plano Terapêutico Singular (PTS), que visa a construção do cuidado entre equipe, pessoa assistida, familiares e outros setores, o trabalho multidisciplinar e a comunicação entre a equipe, a intersetorialidade, a tentativa de envolver e responsabilizar a família e rede de apoio no cuidado ao usuário, grupos terapêuticos das ESFs e as discussões de caso - que ocorrem durante as reuniões de equipe. Os trechos a seguir representam o trabalho realizado pela ABS.

“Eu acredito que como Estratégia de Saúde da Família, trabalhando como equipe é... pode começar desde as visitas domiciliares que as agentes de saúde já fazem e passam, né, alguns casos. Então vou começar é... a visita das agentes, a discussão de casos, de repente um PTS da familiar que está vivendo isso, né? É... desde a chegada, desde a casa até a chegada desse paciente na Unidade, acredito que seja fundamental essa troca entre a equipe.” (P4)

“Acho que uma potencialidade também é a questão dos grupos, né? É... eu não sei como que está essa questão agora, mas é... aqui no, pelo menos na Unidade 2, teve algumas reuniões é... direcionadas para o pessoal aí, né, não necessariamente de suicídio em si, mas para dar um apoio aí né, nessas situações, né? Eu acho bem legal também a parte dos grupos.” (P3)

“Então, eu acho que é importante, né? Esse trabalho multidisciplinar mesmo, de todos os níveis se envolverem então, de ter comunicação entre a equipe, comunicação com os agentes para a gente conseguir buscar os familiares, para conseguir discutir qual é a melhor estratégia de cuidado, é... conseguir passar para o psicólogo, que é muito bom que a gente tem um psicólogo aqui, né, nos postos. Então acho que é um papel, exatamente esse, multidisciplinar de todo mundo trabalhando junto.” (P2)

“eu acredito que aqui no meu papel como médica, assim, seria o melhor acolhimento do paciente, entender o contexto todo se há, algum já teve algum tratamento, se há tempos essa ideação vem acontecendo e tentar manejar da melhor forma, tentando envolver outros setores também, assim como um acolhimento, de primeiro momento, na escuta com a enfermagem e tentar talvez é...entrar em contato também com o serviço hospitalar, caso haja necessidade de internação.” (P4)

“Eu concordo também com essa questão do acolhimento porque eu percebo que muitos quando vem procurar ajuda, né? Às vezes eles chegam falando que não tem essa ajuda em casa, então como médica, aqui também, então a gente tá ali para ouvir o que ele tem a

dizer, o que ele tem a passar. Às vezes ele não quer nem que a gente fale alguma coisa, é só a questão de ouvir mesmo o que tá se passando ali com ele, né, mas a equipe multidisciplinar aí nesse sentido é ideal também.” (P3)

O atendimento em saúde tal qual há muito tempo vem sendo praticado ainda em muitas cidades, inclui a continuação de protocolos rígidos com ações pontuais e pouco resolutivas - triagem e encaminhamentos, a necessidade de agilidade nos atendimentos, pouca observância das necessidades dos profissionais, entre outros (Fortuna *et al.*, 2022).

Em pesquisa realizada entre os anos de 2007 e 2008, os estudantes de cursos da saúde da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) foram estimulados à reflexão e ao aprendizado através de processo formativo que buscava o contato destes com o cotidiano do SUS, participando do processo saúde -doença - cuidado junto aos usuários no dia a dia dos estabelecimentos de saúde. A experiência buscou expor os participantes à complexidade do adoecimento, que envolve múltiplas dimensões: social, biológica, ético-política e a promover o que foi denominado pelos idealizadores de *clínica comum*. A clínica comum consiste em ampliar o campo de referências com as quais os profissionais trabalham e as várias possibilidades de atuação conjunta da equipe, cujo foco deve ultrapassar os limites da visão isolada do adoecimento e promover cuidado através da singularidade de cada encontro e de cada sujeito, de suas histórias, as possibilidades de cuidado disponíveis e a organização dos estabelecimentos, além de outros atravessamentos (Capozzolo *et al.*, 2014). Os autores consideram como “comum” os conhecimentos a serem adquiridos para além das disciplinas, prezando pela singularidade de cada caso que emerge no encontro com o outro - sujeito a ser cuidado - e com os demais profissionais da equipe com seus diferentes saberes. Para se alcançar esse resultado, os trabalhadores devem aprender a ouvir as histórias de vida de cada pessoa assistida, para treinar a escuta e a sensibilização diante do sofrimento humano e finalmente produzir um cuidado de maneira integral, ultrapassando as barreiras das especialidades (Capozzolo *et al.*, 2014).

A *gestão participativa e cogestão*, também diretrizes da PNH, são vivenciadas pelos trabalhadores da ABS do município, não somente nas reuniões de equipe, como também nas reuniões de matriciamento. Até o ano de 2020, as reuniões de matriciamento com a presença da equipe NASF-AB eram uma realidade periódica

nas 3 unidades de saúde, porém, com o início da pandemia de Covid-19 e a paralisação de boa parte dos serviços, as reuniões foram suspensas. Algumas entrevistadas não tiveram participação nas reuniões de matriciamento com a equipe NASF-AB, por entrarem para a equipe somente após a retomada dos serviços.

Em 2024, são realizadas reuniões periódicas da equipe NASF-AB para definição de ações em saúde e, quando necessário, são realizadas reuniões com as equipes de ESF para definição de linhas de cuidado em saúde mental. As agendas das equipes acabam sendo um entrave para a realização de reuniões de matriciamento com a equipe NASF-AB porém, mais recentemente, foi iniciado o matriciamento com a equipe de saúde mental, psicólogos e psiquiatra da rede. Os trechos em destaque trazem a percepção das profissionais que não chegaram a participar de reuniões de matriciamento até o momento da realização do grupo:

“Eu teria muito interesse de poder discutir alguns casos com ela [psiquiatra] porque às vezes a demanda é grande, às vezes não tem vagas tão rápidas para serem enviados para a psiquiatra, então às vezes poderia ser através de uma orientação dela eu poder fazer o segmento aqui na Unidade, do paciente, com um pouco mais de segurança.” (P3)

“Sim eu concordo com a profissional 3 eu acho que esse matriciamento de caso seria uma coisa muito interessante que talvez nesse momento se a gente... que é uma fragilidade nossa mesmo, não sei como é a abertura para discutir esses casos, se existe algum fluxo criado...mas acho que é uma potencialidade a ser explorada talvez, né.” (P2)

Tanto nas reuniões de equipe, quanto nas reuniões de matriciamento são discutidos casos mais complexos e de difícil manejo, bem como as linhas de cuidado, protocolos e processos de trabalho. As necessidades dos trabalhadores são ouvidas e acatadas e sempre que possível, são realizadas alterações no modo de produzir saúde. Na PNH, um dos dispositivos da cogestão é o espaço coletivo de gestão, responsável por promover acordo entre necessidades e interesses entre trabalhadores, gestores e usuários (Brasil, 2024). Mesmo não tendo sido citada durante o entrevista grupal, a Conferência Municipal de Saúde é também um importante espaço em que gestão, trabalhadores e usuários do SUS possam contribuir ativamente nos processos decisórios, no entanto, a pesquisadora que está sempre presente nestas conferências, percebe pouca participação dos usuários da

rede de saúde, talvez pela ausência de informações ou pela não compreensão da importância na contribuição para construção e reestruturação dos serviços. A conferência municipal de saúde contribui tanto para a *Defesa dos Direitos dos Usuários* como para a *Valorização do Trabalhador*, diretrizes da PHN (Brasil, 2024), cuja participação ativa nestas conferências fomentam a qualificação dos serviços, pois acolhem as necessidades dos trabalhadores e da população e as levam em discussões para outras entidades federadas.

Por fim, além das formas de cuidado anteriormente citadas, outros trechos dos discursos apontaram o ajuste de medicação e a triagem do que é eletivo e o que é urgência como sendo mais um papel da ABS, porém de responsabilidade do médico da ESF:

“É acho que é esse papel de tentar triar que que é uma urgência, o que precisa ser imediatamente encaminhado para uma internação e realmente né, esse histórico medicamentoso, tentar ajustar alguma coisa...”. (P2)

Neste trecho, observamos o acolhimento com classificação de risco - dispositivo da PNH (Brasil, 2024) para maior agilidade no cuidado e, caso seja necessário, encaminhar para internação. A vulnerabilidade e risco do paciente também é observado para ajustes medicamentosos e encaminhamento à psiquiatria.

5.1.3 Categoria 3: Cuidado em rede no entendimento dos profissionais da Atenção Básica em Saúde

A categoria do cuidado em rede abrangeu usuário, familiares e equipe do PS, já que a equipe de ABS teve sua própria categoria contemplativa que demonstrou como é feito o cuidado a tentativas de suicídio no entendimento dos profissionais da ABS no próprio serviço.

Sobre o papel dos usuários, as participantes da pesquisa expressaram que eles devem buscar ajuda, seguir o tratamento e, da mesma forma, não abandoná-lo, além de seguir as orientações dos profissionais.

“Eu acho que o papel da pessoa é buscar por uma ajuda, né? Em algum lugar pra onde...alguém pra ajudar ela naquilo que está acontecendo, seja na família, seja também aqui com a Unidade.” (P3)

“...realmente tem que buscar ajuda, né? Procurar o serviço que

possa melhor orientá-lo e também esse tratamento que ele faça corretamente o que foi dito nas orientações, né, tanto a medicação

quanto a psicoterapia, esse acompanhamento mútuo aí, pra que ele não corra um risco maior de uma nova tentativa, né? Tomar uma medicação no período correto é... e tá sempre é...procurando fazer os retornos necessários na consulta, né?” (P4)

“...às vezes tem alguns que falam “ah eu tô bem, eu melhorei e vou parar por conta própria”, né? E às vezes não é o ideal, é conversar junto com o médico, né, pra ver a melhor hora de continuar ou parar o tratamento.” (P3)

Além da oferta dos serviços de saúde, torna-se necessário que o usuário seja o protagonista no próprio cuidado e que contribua com as decisões sobre o caminho a ser percorrido. No entanto, devemos refletir que em grande parte das vezes o usuário em sofrimento mental não tem condições de buscar por ajuda e, pensando nisto, é papel da ABS não apenas realizar buscas ativas pontuais, mas encontrar meios de promover uma maior aproximação com o território de cada ESF. Com relação ao cuidado, o que favorece uma boa adesão ao tratamento são tanto o acolhimento, quanto um vínculo satisfatório com a equipe. A escuta qualificada, que é “peça-chave” do acolhimento, é fundamental na construção do vínculo com o usuário. Fortuna *et al.* (2022) reflete que as relações interpessoais são mobilizadas por necessidades que constroem o vínculo e que a cada encontro, as representações mútuas atualizam-se, reforçando tanto imagens internas positivas, quanto imagens internas negativas. Nesse sentido, segundo as autoras, a cada encontro os sujeitos tem a oportunidade de redefinir a percepção de experiências anteriores, fazendo com que encontros negativos sejam atualizados para positivos – e o oposto também pode ocorrer. De forma mais abrangente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece que o usuário e a população do território adstrito sejam participativos na construção do cuidado de si e do coletivo - a chamada corresponsabilização, que as ações de saúde tenham como princípios a integralidade e longitudinalidade do cuidado e a construção de vínculo entre trabalhador e usuário, através de afetividade e confiança a serem permanentemente fortalecidas (Brasil, 2024). O vínculo fortalecido garante que os usuários sejam constantemente acompanhados, resultando em maior responsabilização e evitando a perda da referência da equipe de saúde (Brasil, 2024). Quando as profissionais trouxeram a reflexão em seus discursos de que o

papel do usuário é, dentre outros, buscar por uma ajuda, não ficou elucidado se em suas percepções as ESFs estão trabalhando para fortalecer o vínculo com os usuários e como está sendo feito o acolhimento dessas pessoas que, como dito anteriormente, podem vivenciar experiências positivas ou negativas de acolhimento pela equipe. Dessa forma, a não vinculação positiva com a equipe, torna o caminho de buscar ajuda muitas vezes inviável para alguns usuários, já para outros, a relação de confiança propiciará a procura pelo serviço em momentos de crise. No município pesquisado é possível perceber que os grupos de promoção à saúde oferecidos pelas ESFs são um excelente caminho para aumentar o vínculo dos usuários com as Unidades, favorecendo também a corresponsabilização no próprio cuidado.

Já o papel da família, segundo as profissionais, é apoiar o tratamento, estar presente nas consultas, monitorar as medicações, não deixá-los sozinhos quando estiverem em ideação suicida ativa; tudo isso para promover uma melhor adesão ao tratamento.

“A família tem um papel essencial quando é... tem um familiar com ideação suicida ou que já sofreu alguma tentativa, né? Já tentou algumas vezes, principalmente na questão de acompanhá-lo, dar apoio, cuidar das medicações no primeiro momento para o paciente que não tem condição de se responsabilizar pela parte medicamentosa, né?” (P4)

“Então, é complicado algumas famílias, realmente é... tem que estar junto, tem que dar apoio mesmo, ficar atento, ficar em cima...” (P8)

“Então entra aí a família que possa dar as medicações nos horários corretos, orientar nos horários de terapia, de consulta e dentro de casa também, né?” (P4)

“...a família é essencial, eu percebo que quando os pacientes eles vem sozinhos ou vem com a família, parece que a adesão, quando está todo mundo em conjunto, todo mundo ali apoiando, né? É... parece que a adesão desse tratamento é um pouco melhor.” (P3)

Comumente, a depender do vínculo do usuário com a família, percebe-se um movimento centrípeto durante um momento de crise ou adoecimento, porém o foco estabelecido fica em torno de acompanhar o familiar em consultas e monitorar medicações, comportamentos e fazer a adaptação do ambiente, porém a dinâmica familiar permanece a mesma, muitas vezes de forma hostil e pouco resolutiva.

Cassorla (1980 apud Botega; Rapeli, 2002) descreve alguns fatores de risco para tentativas de suicídio e que levam ao início das tentativas já na adolescência, como por exemplo, lares desfeitos e hostis, considerável insidência de problemas de saúde, transtornos psiquiátricos, problemas econômicos e sociais e, à medida em que a criança se torna adolescente com suas perdas simbólicas, costumam vivenciar uma sensação de desamparo, buscando em outras relações objetos que substituam as relações parentais simbiotizadas no passado. Esses fatores resultam em relações amorosas ruins, gravidez indesejada, reforçam sentimentos de desespero, culpa, auto-desvalorização, entre outros; culminando no fortalecimento de crenças negativas acerca de si e do mundo. As profissionais participantes concordam tanto com a importância da família no tratamento, quanto com o fato da família ser fator precipitante para a tentativa de suicídio:

“A família é fundamental, só que o difícil é que a maioria das famílias dessas pessoas suicidas também são totalmente desestruturadas.” (P7)

“Realmente, a família é muito, muito importante, só que em todos os casos que eu atendi, mesmo em pré da psiquiatra, raramente a família está junto. Quando não, é... teve um caso de uma menina que o problema, aliás, era até a família. Então, é complicado algumas famílias, realmente é... tem que estar junto, tem que dar apoio mesmo, ficar atento, ficar em cima, mas também tem caso que o problema é a família e aí eu fiquei até sem saber o que falar para pessoa porque, né? Não dá pra catar e levar pra casa. E é isso, mas a família é um papel fundamental.” (P8)

Em revisão integrativa da literatura, Cardoso *et al.* (2020) traz algumas reflexões acerca do termo famílias “desestruturadas”, bastante utilizada no contexto da saúde por profissionais, para designar aquelas famílias que não tem condições de prover cuidado e proteção aos seus membros. O estigma ligado à expressão “desestruturada” engloba um contexto negativo definido pela pobreza, alcoolismo e uso de drogas, conflitos, presença de criminalidade, falta de cuidado e afeto, limitação cognitiva e de saúde, entre outros (Belfort *et al.*, 2015 *apud* Cardoso *et al.*, 2020). A percepção dos profissionais, segundo os achados, é construída a partir do modelo da própria família (Pereira; Bourget 2010 *apud* Cardoso *et al.*, 2020), ou seja, aquela família tradicional, composta por cuidado, afeto, educação e harmonia (Belfort *et al.* 2015 *apud* Cardoso *et al.*, 2020) e quanto maior a renda do

profissional, mais destoante será a sua percepção daquelas famílias atendidas por ele (Pereira; Bourget, 2010 *apud* Cardoso *et al.*, 2020). No contexto do cuidado, a culpabilização dessas famílias é acentuada pelo Familismo, que é a base das Leis e Diretrizes governamentais de proteção social do Brasil, ou seja, que coloca a responsabilidade do bem-estar de seus membros sob responsabilidade da família, sem prover as condições necessárias para o cumprimento do cuidado e punindo sempre quando não alcançam tais objetivos por falta de apoio de políticas públicas. Sem que os profissionais percebam, acabam por reforçar a segregação dessas pessoas quando passam a exigir algo que nunca fez parte da história familiar do grupo (Cardoso *et al.*, 2020).

Em estudo realizado por Müller, Pereira e Zanon (2017), o sujeito possui fatores predisponentes - sexo, idade, histórico familiar, histórico de tentativas anteriores, distúrbios psicológicos, doenças físicas incapacitantes, histórico de abusos, desemprego, pertencer a minorias étnicas ou sexual, entre outros - e fatores precipitantes - separações, problemas familiares, sentimento de rejeição, perda do emprego, vergonha, culpa, entre outros (significando assim uma perda real ou simbólica). A família, em muitos casos, carrega um histórico de tentativas anteriores, além de abarcar problemas de diferentes naturezas que dificultam o bom relacionamento entre seus membros. Nesses casos em que a família possui uma dinâmica disfuncional, os autores apontam a necessidade da família buscar analisar a motivação como forma de abrir espaço para o diálogo e melhorar o vínculo. Os autores também apontam a importância de se realizar um trabalho com essas famílias que também passam por sofrimento psíquico diante das tentativas, além de oferecer um espaço informativo, de acolhimento, escuta qualificada, reflexão e trocas de experiências. O cuidado da família dissolverá alguns tabus e a dificuldade na comunicação intrafamiliar, além de favorecer o cuidado integral do usuário (Müller; Pereira; Zanon, 2017). No município em questão, não há um grupo específico para acolher familiares sobreviventes de suicídio, porém há na rede de saúde um grupo de apoio a familiares de dependentes de álcool e outras drogas que também são um grupo de maior vulnerabilidade, já que o próprio uso compulsivo de álcool e drogas pode resultar em comportamentos suicidas. O município também dispõe de um grupo semanal para os próprios dependentes químicos que em muitos casos, trazem relatos de ideação e comportamentos suicidas.

“Acho que uma potencialidade também é a questão dos grupos, né? É... eu não sei como que está essa questão agora, mas pelo menos na Unidade 2, teve algumas reuniões é... direcionadas para o pessoal aí, né, não necessariamente de suicídio em si, mas para dar um apoio aí né, nessas situações, né? Eu acho bem legal também a parte dos grupos.” (P3)

Sobre a percepção do cuidado em rede, nos deparamos com o relato de profissionais que explanaram o julgamento moral e o envolvimento de aspectos religiosos como entraves para um acolhimento satisfatório.

“Eu acho que, uma outra coisa também que talvez entre como fragilidade, é...talvez a gente não conseguir separar, assim, não digo todo mundo, mas não conseguir separar um pouco o julgamento moral em cima desses acontecimentos. Então isso acaba que atrapalha, né, na adesão do tratamento e também a mistura aí, com aspecto religioso... eu acho que a espiritualidade tem um papel importante no tratamento, né, em algumas fases, para algumas pessoas, mas acho que tem que sentir a abertura do paciente para isso, porque às vezes misturar esses aspectos quando não está num ponto para tal, pode acabar atrapalhando um pouco a adesão, essas coisas.” (P2)

“...a gente vê pessoas falando “Ah isso é frescura, isso vai passar...” mas às vezes a gente vê até no próprio meio de trabalho, né, então às vezes o plantonista pega e fala “ah isso aí não vai...não significou nada...” ou ignora o fato da pessoa ter feito aquela tentativa e acha que pode manejar na atenção básica, mas até uma hora que essa pessoa, às vezes de repente consegue, né, ou realmente, né? Então eu acho que a gente não pode ter esse julgamento, acho que isso também é uma forma de fragilidade a gente criar um pré-julgamento, né, sem ao menos ali dar importância em alguns casos...”. (P3)

“...realmente acontece muito esse, entre aspas, desdém do que o paciente cometeu, o que ele fez...” (P4)

Esses trechos trazem dados importantes sobre o fato de que o plantonista do PS às vezes encaminha o usuário de volta à ABS por fazer um pré-julgamento de que aquele comportamento ou ideação suicida não oferece risco, ou ainda que a pessoa está apenas tentando “chamar a atenção”. Entendemos que o “chamar atenção” se trata de um pedido de ajuda que, no caso de um não acolhimento pelo serviço, contribui negativamente para a manutenção do quadro.

Uma fala que vale destacar durante a reflexão é que a ABS encaminha muitas vezes o usuário ao PS devido a ideação suicida ativa para que seja feita a

internação e o médico plantonista, responsável pelo caso, encaminha a pessoa de volta à ABS para seguimento ambulatorial, minimizando qualquer possibilidade de risco iminente de suicídio. Diante do exposto, devemos pensar nos seguintes entraves levantados pelo grupo: a falta de uma linha de cuidado para esses usuários e uma comunicação entre os estabelecimentos de saúde.

“Então, na verdade, é... até eu queria entender também, porque certa vez a gente estava com um paciente, ele estava no hospital sendo atendido, estava em surto, e lá do hospital eles estavam querendo que a gente arrumasse vaga com a psiquiatra no Centro de Saúde, aí eu fiquei meio perdida...que aí né, fui até atrás da enfermeira para ver qual era a orientação porque, porque se já estava lá internado, por que voltar, né? Então o paciente está internado no hospital, sai do hospital para voltar para o Centro de Saúde, para talvez depois voltar para o hospital? Isso eu não entendi, eu confesso que até eu queria saber também.” (P8)

“Eu concordo com a Profissional 8, é... que o hospital também tem um papel fundamental no manejo desses pacientes, bem como a troca de casos entre os médicos, os serviços, acho que falta essa linha de comunicação para é...muitos da rede, é, não de uma forma geral, mas é...eles tem dificuldade de entender a problemática, né, que está acontecendo naquele momento. Então, é... como que dá entrada assim que a gente pede para o paciente ir para urgência, para o hospital como que eles mandam um paciente que é possível realmente uma internação, voltar para o Centro de Saúde então eu acho que falta essa comunicação aí...”. (P4)

“...é, um seguimento seria mais importante, essa linha de cuidado que ele já foi passado para o profissional, pelo médico foi encaminhada para a Santa Casa, então falta essa assistência aí, maior, nessa questão.” (P4)

“Eu acho que assim, no fim, na verdade o papel que esses, que os profissionais teriam, né, toda a rede, seria encaminhar quando necessário, internar quando é necessário, só que... acho que junta um pouco com a última pergunta né, quais são as fragilidades, né, desse sistema, e aí eu acho que entra nesse sentido da gente tentar fazer isso, tentar encaminhar, mas de repente voltar para o serviço de novo, né.” (P3)

Sobre o que foi relatado, alguns casos trazidos pelas profissionais referem que foi feita a orientação para a internação, mas que o médico plantonista do PS orientou acompanhamento psiquiátrico ambulatorial. Um caso de urgência com ideação e comportamento suicida que não tenha recebido a devida atenção pela

equipe do PS, possivelmente por um pré-julgamento do profissional que não o acolheu e ainda “devolveu” ao ambulatório, corre o risco de resultar na não adesão do usuário por não ter tido suas necessidades acolhidas. Contudo, não é regra que isso aconteça em todos os casos, como descrito no trecho a seguir:

“Eu já, uma vez, eu cheguei a entrar em contato com o médico plantonista, né, é... já cheguei a passar um caso de tentativa de suicídio para ele, eles ah...receberam bem, né, acabaram deixando o paciente internado, né, lá em observação até chegaram a tentar vaga, só que infelizmente acredito que isso é...seja um problema em vários locais aqui. Não está tendo vaga, né, para internação de alguns casos, então o paciente acaba ficando é... acompanhando no município mesmo.” (P3)

Além disso, o discurso expressou a dificuldade de se conseguir vagas para internação nos hospitais de referência da região, uma fragilidade não somente do município, mas de toda a região de saúde.

Além da já citada falta de uma linha de cuidado e corresponsabilização com os devidos acolhimentos e encaminhamentos, torna-se importante frisar que o PS que atua em conjunto com a Santa Casa municipal não possui leitos de psiquiatria, ou seja, não possuem respaldo de um médico psiquiatra e psicólogo no hospital, além de não possuírem segurança para a equipe de saúde. Nesse sentido, pode surgir certa resistência do médico plantonista e mesmo da equipe no atendimento a emergências psiquiátricas. Uma das profissionais também mencionou o quanto é necessária a participação do serviço social nas demandas de saúde. No município há uma assistente social no departamento de saúde, porém a profissional muitas vezes fica limitada a questões burocráticas, tendo menos participações nas discussões de casos na ABS.

“É, eu acho que a Assistência Social, nesse sentido, também pode é...ajudar né, aí a acompanhar esse paciente, né, como que a família se sente em relação a isso, se está tendo alguma dificuldade para lidar com o paciente, na tentativa de suicídio, de fornecer um apoio...”. (P3)

Como mencionado inicialmente, a entrevista grupal com as profissionais da ABS ocorreu no final do mês de julho de 2023; no segundo semestre do mesmo ano, seguindo as orientações do Departamento Regional de Saúde - DRSIII, o grupo

condutor da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criado a fim de corresponsabilizar toda a rede para promover melhores condições na atenção integral. A formação do grupo conta com 12 representantes, sendo estes de todos os setores do município, a fim de oferecer cuidado e melhoria de alguns serviços; estão presentes: a psicóloga e pesquisadora responsável por esse estudo, a gestão do departamento de saúde (diretora e coordenadora), psicólogo do ambulatório, 3 enfermeiras da ABS, assistente social do departamento de saúde, gestora do - Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), gestora do departamento de educação, uma representante do Conselho Tutelar, uma enfermeira responsável pelo PS e esporadicamente as reuniões contam com a participação do sargento da polícia militar quando a pauta envolve a segurança dos usuários e trabalhadores dos serviços. São realizadas reuniões mensais com pautas acerca da construção de linhas de cuidado para determinadas demandas e a discussão de casos mais complexos. Inicialmente a equipe se debruçou sobre a linha de cuidado para casos de dependência química quando, sob orientação do DRSIII, foram criados um grupo de apoio - para dependentes de álcool e outras drogas e outro para os familiares, além de protocolos de internação para desintoxicação e tratamentos em comunidades terapêuticas. Com a rotina de reuniões, houve melhora na comunicação entre os serviços, criação de protocolos, qualificação de encaminhamentos, sistema de referência e contrarreferência e corresponsabilização do cuidado. Os casos que oferecem maior risco à integridade física do usuário e de terceiros acabam recebendo um cuidado integral da rede com internações sempre que necessárias. Contudo, uma questão a ser pensada ainda é a falta de leitos de psiquiatria e a falta de segurança da equipe do PS, que muitas vezes precisa lidar com comportamentos agressivos e ameaças não somente do paciente, como também de familiares.

Seguindo com os relatos, as potencialidades citadas pela ABS foram: amplo acesso à medicação fornecida pela rede, agilidade nos agendamentos após avaliação da classificação de risco e a presença de uma psicóloga nas ESFs.

“Eu acho que uma potencialidade é a rapidez com que a gente consegue uma consulta dentro da rede então, por exemplo, se eu preciso de uma consulta com psiquiatra, muitas vezes é... conversando a gente consegue encaixar para a mesma semana, para a próxima semana, não é uma espera tão demasiada, né? E até

com psicóloga também, às vezes tem algum encaixe de urgência que a gente consegue fazer, então eu acho que isso são potencialidades que a gente tem.” (P2)

“...eu acho que ainda dentro dessas potencialidades é... o acesso à medicação que a gente tem aqui, acho que a gente tem uma lista bem ampla, assim, de acesso medicamentoso para tratamento de ansiedade, depressão, né, que às vezes são as patologias base para levar a uma ideação suicida.” (P2)

“...eu acho muito bom que a gente tem uma equipe assim eu tenho... eu posso discutir com a Pesquisadora 1, eu posso discutir com as agentes, eu acho essa abertura uma potencialidade incrível no manejo desses casos.” (P2)

Uma fragilidade do município é o fato de a equipe não ter um treinamento específico para o manejo de comportamentos suicidas e, segundo Carvalho (2014 *apud* Stoppa; Wanderbroocke; Azevêdo, 2020) o bom atendimento e a direção do tratamento é uma das condições necessárias para a prevenção do suicídio e, para garantir a qualidade e também servir de estratégia para este objetivo, faz-se necessária a formação continuada dos profissionais de todos os dispositivos de saúde, para que o cuidado seja ofertado por toda a equipe e para que haja ações intersetoriais efetivas, construindo um contexto de cuidado para evitar as tentativas de suicídio.

“...se fosse possível é... existir como se fosse um treinamento, alguma coisa que os profissionais pudessem é...pra ter esse feeling com o paciente, né...” (P4)

Para finalizar, de modo abrangente, a ABS assume a responsabilidade da criação de um vínculo com a população do território, do cuidado longitudinal da saúde integral dos usuários e da identificação de situações adversas e comportamentos de risco. Trabalhos de promoção de saúde devem ser frequentemente realizados para criar e fortalecer a rede de apoio e o vínculo com a equipe da ESF, através das relações interpessoais. No município em questão, as ESFs são estruturadas e procuram seguir as diretrizes da PNH e PNAB, mesmo com algumas dificuldades, buscando sempre atuar através da cogestão/corresponsabilização e, nesse sentido, o grupo condutor da RAPS

estabelece linhas de cuidado regularmente pactuadas para melhor atender as necessidades da população.

5.2 Profissionais do Pronto-Socorro

A entrevista grupal dos profissionais do PS ocorreu no dia 31/07/2023, também de maneira remota, com duração de 30 minutos - o grupo do PS contou com número menor de pessoas. Participaram da pesquisa duas enfermeiras e uma técnica de enfermagem, todas do sexo feminino. Uma enfermeira estava de férias e entrou com um pouco de atraso, outra profissional estava em local de trabalho fora do município e a técnica de enfermagem estava de folga. Uma das enfermeiras e a técnica acessaram a reunião de casa. Das 3 profissionais, apenas uma teve um pouco de dificuldade no manejo da ferramenta Google Meet. Nessa entrevista grupal também foi utilizado um diário de campo para anotações da pesquisadora, porém o grupo não teve a participação da assistente de pesquisa. Uma das dificuldades encontradas no convite desses profissionais foi a rotina do estabelecimento. A pesquisadora foi ao PS nos 3 períodos, em dois dias da semana diferentes. No período da manhã a enfermeira chefe conseguiu reunir os profissionais em uma sala para que a pesquisadora entregasse a carta-convite e explicasse a proposta do estudo. Nos demais períodos a pesquisadora abordou os profissionais individualmente, conforme a disponibilidade de cada um, chegando a ficar cerca de uma hora no local, no período noturno. A pesquisadora deixou duas cartas-convites para aqueles que eventualmente não estivessem no local. As 3 participantes demonstraram interesse desde o início; já os demais profissionais não demonstraram interesse no estudo, mas aproveitaram a visita da pesquisadora para pontuar algumas fragilidades no atendimento psicológico da rede municipal - a responsável pelo estudo orientou, então, aos profissionais do PS acerca da importância da pesquisa para o entendimento dos entraves da rede e futuramente colaborar com a qualificação do cuidado. As dificuldades no convite feito aos profissionais foram registradas no diário de campo e reforça o pensamento da pesquisadora de que talvez a cultura do município ainda não seja a construção coletiva do cuidado, mas sim a reprodução de protocolos individuais de maneira automatizada. Das profissionais participantes, duas delas já tinham experiência de trabalho com a pesquisadora, então o contato prévio pode ter facilitado o aceite.

Uma das voluntárias relatou já ter experiência anterior com pesquisa através da UFSCar e também aceitou participar de imediato e demonstrou consciência da importância das pesquisas para a prática profissional. Durante a entrevista grupal, as 3 participantes contribuíram ativamente para a construção da reflexão que também foi organizada em 3 categorias finais, as mesmas utilizadas para o grupo da ABS: **Subjetividades no cuidado realizado pelos profissionais do Pronto-Socorro, Cuidado de usuários em risco ou tentativa de suicídio no Pronto-Socorro e Cuidado em rede no entendimento dos profissionais do Pronto-Socorro.** O resumo dos discursos do grupo de profissionais do PS e as categorias temáticas foram organizadas no Quadro 3.

Quadro 3- Processo de construção das categorias do Pronto-Socorro

Categorias Iniciais	Categorias Intermediárias	Categorias Finais
1- Se sente “tocada”/triste	EXPERIÊNCIA E SENTIMENTOS	SUBJETIVIDADES NO CUIDADO OFERECIDO PELOS PROFISSIONAIS DO PS
2- Tenta manter a calma		
3- Se sente fragilizada		
4- Não sabe muito lidar com a situação		
5- Não sabe o que falar		
6- Fica meio “perdida”		
7- Acabo não falando nada depois da crise		
8- Falta uma capacitação		
9- A gente não tem muito preparo		
10- Acolhimento/cuidado		

11- Atendemos da melhor maneira possível	PAPEL DA EQUIPE DO PS	CUIDADO OFERECIDO NO PS NO ENTENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO
12- Manter a discrição e o respeito		
13- Todos os profissionais tentam ajudar		
14- Rapidez no atendimento		
15- Tentar reverter a situação		
16- Falta um lugar privativo		
17- A pessoa também precisa colaborar	PAPEL DO USUÁRIO NO PRÓPRIO CUIDADO SEGUNDO PROFISSIONAIS DO PS	CUIDADO EM REDE NO ENTENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DO PS
18- A pessoa deve contar o que aconteceu (expor os fatos)		
19- (Os usuários) precisam ser mais verdadeiros com eles mesmos e com os profissionais		
20- Papel da família é tentar analisar para ajudar	PAPEL DA FAMÍLIA NO CUIDADO SEGUNDO PROFISSIONAIS DO PS	
21- Família deve manter a calma		
22- Acolher sem julgamento		
23- Necessidade de estudos de caso entre os setores (melhorar a resolatividade)	FRAGILIDADES DO CUIDADO EM REDE DE ACORDO COM PROFISSIONAIS DO PS	
24- Desconhecimento do que a AB do município oferece		
25- Não tem uma interação entre o PS e a rede (necessário)		
26- PS desconhece a resolatividade do caso após a alta		
27- Teria que ter uma contrarreferência		
28- O usuário precisa de toda a rede		
29- É difícil a família estar junto		
30- Problemas começam na família		
31- AB tem o papel principal		
32- AB tem uma equipe completa em Saúde Mental		

Fonte: elaborado pela autora.

5.2.1 Categoria 1: Subjetividades no cuidado realizado pelos profissionais do Pronto-Socorro

Duas das participantes relataram experienciar um estado de sensibilização e insegurança durante o manejo de uma tentativa de suicídio, momento também de desestabilização emocional do usuário e de seus familiares, como vemos a seguir:

“...acredito que na maioria dos profissionais ficam bem... bem tristes, bem tocados, né, principalmente quando acontece da pessoa conseguir realizar, né, de conseguir se matar. A gente fica bem tocado, bem fragilizado.” (P2)

Assim como ocorre com o grupo de profissionais da ABS, a divisão do trabalho em saúde herdada do modelo biomédico, contribui para o reforço do comportamento evitativo dos profissionais que demonstram pouca familiaridade com a demanda de transtornos mentais. Ficou evidente durante a entrevista a frequência com que as profissionais afirmam não terem formação específica para o atendimento a demandas de tentativas de suicídio, talvez como meio de justificar possíveis falhas no que seria considerado o cuidado ideal.

“...a gente não tem uma capacitação assim pra... pra poder lidar, né, com essas situações, porque a pessoa chega ou em crise, né, ou na maioria das vezes, e a gente não sabe muito lidar a situação, né, o que falar naquele momento, né, é mais uma capacitação acredito que faltaria.” (P1)

“...eles vem...vem direto pra gente e a gente fica ali meio perdido, que a família já está perdida a gente já fica meio perdido porque a gente não tem uma capacitação pra saber lidar com esses assuntos.” (P2)

Durante a entrevista grupal, uma das voluntárias relatou que após a contenção da crise, não mantém diálogo com a pessoa que está sob seus cuidados, indicando uma atitude evitativa que condiz com o modelo biomédico em que se faz o acompanhamento apenas dos sintomas físicos.

“...eu sou sincera de falar. Não consigo é... me alinhar muito a isso não, de depois da crise ficar conversando. Eu sou muito... eu não tenho é... assim, muito argumento para falar, entendeu?” (P3)

Como observado, nos discursos das profissionais apareceram com frequência a observação de que falta “capacitação” para uma adequação no atendimento a emergências psiquiátricas, no entanto, como nos mostra Fortuna *et al.* (2022), espaços como reuniões de equipe e estratégias como a Educação Permanente em Saúde (EPS), não necessariamente realizadas por um facilitador externo, especialista em determinados assuntos, mas membros da própria equipe podem produzir EPS em encontros formais e informais. A troca de experiências e saberes, por mais breves que sejam, são capazes de resultar em reflexão e qualificação do cuidado. Nesse sentido, torna-se necessário que os profissionais de saúde internalizem o fato de que estão em constante construção de aprendizagem através das trocas profissionais e abandonem a ideia de que para se aprender é necessário ter a figura de um professor em um ambiente de ensino para produzir novas ideias e pensamentos.

O movimento instituinte (ou institucionalista) que surgiu como resposta ao progresso firmado pela tecnologia e pelo capitalismo e que preconiza a autoanálise e a autogestão, parte da premissa de que o trabalho dentro de uma instituição deve ser construído através das pessoas que dele fazem parte (forças instituintes); porém, o que vemos comumente no campo de trabalho é a atuação das chamadas forças instituídas, ou seja, aquelas que vem de uma ordem estabelecida e que busca conservar procedimentos habituais previsíveis (Baremblytt, 2002). A força instituinte tem o poder de rever e engendrar novas formas de organização, porém, muitas vezes não ocorre pois o grupo fora condicionado a pensar que o bom funcionamento do coletivo se deve a protocolos rígidos. Esse pensamento das coletividades minimiza a importância do conhecimento adquirido através das trocas sociais e fomenta a ideia de que apenas um grupo seleto de pessoas detém a “expertise” necessária para a tomada de decisões e o bom funcionamento do coletivo (Baremblytt, 2002). O próximo recorte das respostas nos remete à ideia de que a profissional voluntária talvez não perceba quão valiosa pode ser a “simples” passagem de um plantão:

“Não, discutir caso não, mas é feito a passagem do plantão, né? Onde a gente sempre fala a situação do paciente, né, pra dar uma continuidade no atendimento.” (P1)

O protocolo da passagem de plantões também se enquadra em espaço formativo, pois permite trocas valiosas entre profissionais que resultam na gestão e qualificação do cuidado, mas a ideia de uma capacitação formal com pessoas especializadas ainda é um produto do pensamento automatizado advindo do modelo biomédico e tecnicista.

É importante salientar que a equipe de enfermagem é a primeira a ter contato com o paciente que realizou a tentativa de suicídio e o despreparo da equipe, bem como atitudes negativas como a evitação, invalidação e um acolhimento automatizado, podem implicar na não procura pelo estabelecimento de saúde caso a pessoa realize tentativas de suicídio futuras.

5.2.2 Categoria 2: Cuidado de usuários em risco ou tentativa de suicídio no Pronto-Socorro

O cuidado realizado pelo PS, na percepção das profissionais, está diretamente ligado à agilidade para tentar reverter o quadro, a depender de qual tenha sido o comportamento suicida. Além disso, referem tentar prestar um atendimento de qualidade, apesar de não terem uma formação específica para a demanda, e citam que toda a equipe colabora nos cuidados.

“...dependendo do caso, né, é...eu, a gente procura, né, conversar com o paciente, entender o porquê, né? Quais foram os pensamentos que...que ele sentiu, né, para tentar, para ter essa ideiação ou fazer a tentativa, se já houve algumas tentativas anteriores, né, é... a gente tenta tratar o paciente da maneira correta, né, e o principal também é cuidar, né? Fazer o cuidado ali, necessário para reverter a situação. Se for uma ingestão de medicamentos, né, para tentar reverter e não causar danos para o paciente.” (P1)

“...é a gente não tem muito preparo, né, pra tá atendendo nesses casos, né? Mas a gente atende da melhor maneira possível.” (P3)

“...ah, acho que pelo menos a equipe ali nossa, ela tá pronta, né, pra acolher assim o paciente, né, é... todos tentam ajudar, né, conversar com o paciente. Então, acredito que essa parte de acolhimento tá sendo bom, né?” (P1)

Durante a reflexão, o comportamento ético, representado pelo discurso a

seguir, também é importante para um manejo adequado:

“Acolher o paciente sem julgamento, primeiramente, né? É...de modo discreto, não por curiosidade, né, tentando colher informações por curiosidade, manter a discrição, né?” (P1)

Como apontado anteriormente, o PS junto ao hospital municipal não possuem leitos de psiquiatria, o que dificulta o manejo de emergências psiquiátricas por clínico geral e equipe de enfermagem. Importante ressaltar a importância da saúde mental dos profissionais para o serviço prestado, já que deles dependem um acolhimento satisfatório não somente da pessoa em crise, como também dos familiares. Uma interconsulta em psiquiatria permitiria um cuidado especializado para pessoas que tentam suicídio, potencializando o tratamento e proporcionando maior segurança à equipe.

Outra fragilidade do PS apontada por uma das profissionais é a falta de ambiência para um acolhimento seguro:

“...a fragilidade que eu acho, é que aqui nós não temos um local adequado, né, privativo assim pra poder conversar com o paciente. Porque geralmente é ali na triagem, né, na pré-consulta ou vai na emergência, mas tem sempre um entrando, outro saindo. Então acredito que é um lugar mais privativo para conversar, né, com o paciente, se ele já tiver estável.” (P1)

A PNH define ambiência como o estabelecimento de um espaço acolhedor, confortável e seguro, que respeite a privacidade dos usuários e que propicie um ambiente de trabalho adequado também para a necessidade dos profissionais; estes, por sua vez devem sempre discutir a melhoria dos espaços de acolhimento, pensando na qualificação do serviço de saúde (Brasil, 2024). Segundo Fortuna *et al.* (2022), a ambiência é um elemento importante para o cuidado, porém não se restringe a um setor, tampouco a uma categoria profissional; portanto, a pessoa que fizer o acolhimento deverá buscar um ambiente confortável e com privacidade para de fato promover um encontro efetivo em saúde.

5.2.3 Categoria 3: Cuidado em rede no entendimento dos profissionais do Pronto-Socorro

A categoria do cuidado em rede na percepção dos profissionais do PS abrangeu usuários, familiares e a equipe de ABS, que junto ao PS, oferecem cuidado em saúde para a população do município. Sobre as tentativas de suicídio, os profissionais do PS atribuem aos usuários do serviço o papel de colaborar com o próprio cuidado, relatando o que ocorreu durante a tentativa, sendo sinceros com eles mesmos e com os profissionais de saúde. O que ocorre é que às vezes o usuário omite uma informação importante ou mesmo distorce a realidade dizendo que cometeu a tentativa, quando na verdade a situação não ocorreu da forma como foi explicitada. Sabemos que esse tipo de ocorrência interfere no cuidado, uma vez que algumas decisões são tomadas a partir da anamnese.

“Então, eu acho que a pessoa também precisa colaborar, né, e contar o que aconteceu. É... se essa ideação, né, estão frequentes, né? Se há algum problema familiar, né? Ela contar, contar realmente o que está sentindo para a gente poder ajudar ela.” (P1)

“É, e realmente saber se é verdadeiro, né? Porque às vezes eles falam que tomou a medicação e na verdade não tomou, né?” (P3)
[intoxicação exógena]

“Isso, eles sendo verdadeiro com eles e com a gente, para a gente poder entender o que está acontecendo.” (P2)

Apesar de haver o desejo manifesto das profissionais de que esses usuários expressem seus sentimentos e relatem sobre a tentativa de suicídio para que o cuidado seja mais efetivo, há que se considerar que o PS é um estabelecimento de saúde que se caracteriza pelo cuidado pontual para tirar a pessoa da crise e do risco de morte, então esperar tal atitude do usuário que está em momento de desorganização emocional, sem a criação de um vínculo anterior entre equipe/profissional e usuário pode ir na contramão da expectativa dos profissionais.

Sobre o papel da família, as voluntárias da pesquisa refletiram sobre o momento do acolhimento, informando que, apesar de ser importante a presença dos familiares, a família dificilmente acompanha o paciente ao PS (como também foi relatado pelo grupo da ABS). No mesmo relato, referiu-se ainda que a família precisa buscar compreender a problemática para de fato conseguir ajudar o familiar.

“...no momento, né, dali do ato, da crise, eu acredito que é difícil estarem junto, né, com o paciente. Tentar entender, né? Os motivos

também que levaram, né, a tentar, e o que a família pode fazer pra ajudar, né? Qual o papel deles, né? O que eles precisam fazer pra ajudar, pra que isso não aconteça mais vezes.” (P1)

Outra questão importante é o fato de os familiares também se desestabilizarem diante da crise e que seria interessante, em um primeiro momento, os familiares acolherem o usuário sem julgamentos:

“É, tentar ali num primeiro momento não surtar, porque não vai adiantar de nada, a família surtando com a gente, com a familiar e depois eles se informarem, se for, né, verdadeira a tentativa para conseguir ajudar a pessoa. Conseguir acolher ela, não ficar julgando, né?” (P2)

Segundo Botega (2002), os membros de uma família, de um modo geral, apresentam angústias individuais e grupais - do grupo familiar - de maneira que todos os membros interajam de modo que as angústias sejam atualizadas, alimentando o mesmo padrão disfuncional de comportamento. A psicodinâmica familiar também reage diante de um quadro de doença e crise na família e depende do significado atribuído à situação. Dessa forma, o modo como as famílias lidam com seus traumas depende não somente do fato, como também do significado que atribuem ao acontecimento, como o acolhem, decifram e metabolizam no aparelho psíquico familiar ou, nas palavras de Bion (1962 *apud* Botega, 2002) a capacidade de continência dessa família. Ainda segundo o autor, se a família mostra-se capaz de conter e elaborar angústias, sofrimentos, limitações, privações, lutos, entre outros, em constante comunicação entre realidade interna e realidade externa de seus membros, as vivências psíquicas positivas podem ser restituídas, evitando mecanismos de defesa enrijecidos; da mesma forma, diante de um conteúdo doloroso, o aparelho psíquico familiar poderá utilizar-se de mecanismos de defesa que incluem a negação, cisão, idealização e identificação projetiva, a fim de anular psiquicamente a experiência dolorosa (Klein, 1946 *apud* Botega, 2002).

Pensando nisso, diante da crise familiar estabelecida por uma tentativa de suicídio, as famílias poderão apresentar atitudes positivas de acolhimento e cuidado, como atitudes negativas, como a negação de uma desordem emocional de seu membro, minimização da situação, crenças errôneas, atitudes punitivas, entre outros (Botega, 2002). O autor ainda destaca que esses modos de viver e elaborar acontecimentos traumáticos perpassam ao longo de várias gerações, o que torna a experiência grupal com o adoecimento, seja físico ou mental, complexa e com graus

de intensidade de sofrimento e adaptação variáveis.

Nesse sentido, assim como no grupo da ABS, uma das representantes fez emergir a reflexão de que em geral as pessoas que possuem ideação e/ou tentam suicídio, provém de ambiente familiar disfuncional, ou seja, em que familiares colaboram com o surgimento e a manutenção de transtornos psicológicos:

“É, aí né eu acho que com a tentativa de suicídio, a família já tá meio é... desestruturada, né? Eu acho que já tem um certo...já vem com um certo...por conta da família, né, na maioria das vezes, né? Já envolve família, então é difícil você ajudar nesse caso, né? Tem que ser realmente a família mesmo.” (P3)

Para o cuidado dos usuários e de seus familiares, o município possui as ESFs para o cuidado longitudinal e o PS para as situações de emergência. Assim como fora realizado no grupo da ABS, o trabalho reflexivo do grupo do PS trouxe à luz da pesquisa alguns fatores dificultadores de um cuidado de qualidade para os usuários com ideação e tentativas de suicídio.

Um ponto de destaque levantado na discussão mostra a falta de corresponsabilização do cuidado entre ABS e PS. Foram citados entraves cuja raiz está na falta de comunicação entre os serviços, começando com o fato de que o PS não realiza a contrarreferência dos usuários para a ABS:

“É realmente essa conversa não tem, né? De retorno, né? Passa lá na emergência e lá fica e os postinhos não ficam sabendo, né? Então teria que ter uma contrarreferência aí, isso eu concordo que isso não está tendo...” (P3)

A contrarreferência é necessária para garantir que o usuário siga com os cuidados na ABS, de forma que ele saia da internação já com as informações e os agendamentos necessários, potencializando a adesão ao tratamento. Concomitante a isso, não há comunicação entre os serviços e consequentemente, as profissionais entrevistadas referiram não saber a resolutividade dos casos. Além disso, foi relatado que os mesmos usuários acabam voltando ao PS:

“...eu acho que não tem uma interação, né, entre a Santa Casa e essa rede, né? É... isso prejudica também o atendimento e a continuidade do tratamento. Porque aí na emergência, como a Profissional 3 falou, é medicação e possível internação, mas e aí depois né, a gente não fica sabendo também da resolutividade, aí

esse paciente retorna pra gente, aí não sabe se está tendo acompanhamento. Então não tem uma conversa entre a rede e a Santa Casa.” (P1)

Para melhorar a qualidade do cuidado oferecido pelos estabelecimentos de saúde do município seria necessário, conforme discorre uma das profissionais, uma comunicação efetiva entre os serviços, pensando no cuidado integral do usuário:

“É, eu acho que o paciente precisa da ajuda de toda a rede, né? Tanto um bom tratamento na urgência, né, pra tirar esse paciente do risco, e após, né, ter um tratamento clínico e psiquiátrico, né? Então, necessitaria, eu acho, assim de estudo de caso, né, sentar a equipe, né, de urgência e emergência, atenção básica, especialidades, né, pra tentar melhorar. É... procurar melhorar uma... ter uma melhor resolução do caso.” (P1)

Como resultado da falta de comunicação entre os serviços que compõem a RAS, uma das participantes relatou que entende que o acompanhamento longitudinal da ABS é essencial para prevenir esses casos, mas referiu não saber alguns detalhes de como é realizado o cuidado na ABS:

“É, eu acho que a atenção básica é o foco, né? O que não pode é o paciente chegar na emergência em surto, então a atenção básica tem um papel principal aí, de estar acolhendo esse paciente psicótico, psiquiátrico, entendeu? Entra a psiquiatra, entra psicólogo é... envolve todo mundo, né? É que nem a Profissional 1 falou, é toda equipe, mas assim, o foco é a atenção básica para não chegar na emergência, porque uma vez que chegou na emergência é aquilo lá, é medicação e ambulatório depois ou internação. Então, e tem muitos casos chegando na emergência, né? (P3)

“Não sei se eles abandonam, é... não vão nas consultas, medicação, né? Se tem uma busca ativa também desses pacientes que tomam medicação.” (P3)

“É que geralmente, são as mesmas pessoas, né? Então é frequente. Por isso que a gente tem essa, essa divergência entre Atenção Básica e a emergência. Porque chega lá para a gente sempre os mesmos casos.” (P1)

Como citado anteriormente, a ABS é responsável por oferecer cuidado integral e longitudinal, incluindo cuidados preventivos, promoção da saúde,

seguimento e reabilitação em cada fase da vida sendo, portanto, considerada a porta de entrada da população ao serviço de saúde e a responsável pela coordenação do cuidado com outros setores e serviços (Fortuna *et al.*, 2022).

Por fim, uma das participantes que já teve experiência profissional na ABS do município cita as potencialidades da rede:

“Eu acho assim que, como eu já trabalhei na atenção básica, a equipe tem uma equipe boa, né, tem médicos nos PSFs, assistente social, né, especialistas, né, psicólogos, é psiquiatra, tem a equipe do NASF, todos para atender essa demanda, né? Então é para ter uma boa resolubilidade.” (P1)

Através dos achados, foi possível delinear alguns pontos emergentes a serem reestruturados na rede, segundo os dois serviços que compõem a RAS. A falta de uma linha de cuidado, a ausência de contrarreferência e corresponsabilização da rede, os aspectos subjetivos dos profissionais e a ausência de formação específica aparecem como entraves, no entendimento das profissionais, para um cuidado mais efetivo para o usuário que apresenta ideação e comportamentos suicidas. No decorrer da pesquisa, a RAS passou por importantes reestruturações que contemplam algumas das necessidades trazidas pelas profissionais participantes, resultando na qualificação e corresponsabilização do cuidado em rede. A discussão e as considerações finais fazem um comparativo dentre os dois grupos participantes e trazem uma reflexão mais aprofundada sobre esses avanços.

6 DISCUSSÃO

Os dois grupos de pesquisa trouxeram similaridades nos discursos e algumas disparidades, principalmente dada a natureza dos serviços. As respostas foram divididas entre: subjetividades no cuidado realizado pelos profissionais da ABS e do PS, o cuidado de usuários em risco ou tentativa de suicídio na ABS e no PS e o cuidado em rede no entendimento destes profissionais. É importante destacar que no grupo da ABS que haviam representantes dos três grupos profissionais, médicas, enfermeira e técnicas de enfermagem, a maior parte das respostas partiu das profissionais médicas e, como relatado em momento anterior, uma das técnicas não somente respondia às questões, como também narrava histórias ao mesmo tempo em que realizava uma autoreflexão. As demais participantes foram mais sucintas nas respostas e duas delas não se manifestaram verbalmente (uma enfermeira e uma técnica de enfermagem). Já o grupo do PS formado por enfermeiras e uma técnica de enfermagem foi constante nas respostas de maneira em que todas compartilham suas experiências e percepções. Diante disso, fica o convite à reflexão de que as técnicas de enfermagem produzem cuidado tanto quanto médicos e enfermeiros, porém podem não ter consciência da própria governabilidade no trabalho.

Partindo então para as divisões dos temas, quanto às subjetividades foram compartilhados relatos de como as profissionais lidam com a demanda e exercem a função relacionada ao cuidado de usuários que já tentaram suicídio e, quanto às experiências, ambos os grupos referiram sensações e sentimentos negativos como insegurança, dúvida quanto ao acolhimento e manejo - uma vez que relataram não possuir formação específica para esse tipo de atuação, impotência - quando os esforços parecem insuficientes para um cuidado integral, e o grupo da ABS relatou também dúvida quanto à intencionalidade do ato suicida. A dúvida sobre o manejo foi citada pelo grupo de profissionais da ABS, no sentido de avaliar se o seguimento na ABS é suficiente ou se o caso exige internação. Os profissionais do PS estão mais expostos aos momentos de crise e seus relatos incluem principalmente reações emocionais como a fragilização, tristeza, desestabilização e, quando uma das profissionais relata não conversar com a pessoa após a crise, temos possíveis sinais de dificuldade no acolhimento e ocorrência de comportamentos evitativos. É de comum acordo entre as profissionais de ambos os serviços que uma formação específica é relevante para a qualificação do cuidado, contribuindo para um manejo

mais assertivo e profissionais mais confiantes diante de situações mais complexas, como as que envolvem emergências psiquiátricas. Porém, vale ressaltar que mesmo que de maneira informal e sem que percebam a importância das trocas interpessoais, os profissionais da ABS e do PS estão em constante processo formativo durante a rotina dos estabelecimentos de saúde.

Quanto ao cuidado que cada serviço realiza, houve disparidade nos discursos dos dois grupos - profissionais da ABS e profissionais do PS - dada a natureza dos serviços. Os profissionais da ABS, responsáveis pelo cuidado longitudinal do território, trouxeram reflexões acerca dos serviços prestados, como o acolhimento, visitas dos ACSs, medicalização, avaliação de risco, PTS, matriciamento, tentativa de envolver a rede de apoio e outros setores no cuidado, trabalho multidisciplinar, grupos terapêuticos/educação em saúde; pensando também na promoção da saúde e cuidado integral, sendo observada a ocorrência de algum nível de corresponsabilização do cuidado entre a equipe. Os profissionais do PS também trouxeram o modelo de cuidado de acordo com o serviço a que se destina, o cuidado emergencial. Como papel dos profissionais do PS, foram citados o acolhimento, a investida em reverter o quadro, a rapidez no manejo, a descrição, a colaboração de todos os profissionais; porém, como fragilidades, foram citadas a falta de ambiência e a falta de formação específica para este tipo de acolhimento.

Na última categoria, sobre a percepção do cuidado em rede, ambos os grupos concordam que o usuário deve colaborar com o próprio cuidado, seja na emergência em que os profissionais precisam de um relato mais próximo da realidade quanto possível, seja na ABS em que a pessoa deve buscar ajuda quando necessário e seguir o tratamento conforme orientado. Nesse sentido, o papel da família é essencial, tanto para acompanhar o usuário às consultas e monitorar a administração de medicações, quanto prover ambiente seguro, procurando estar sempre presente e alerta quanto a comportamentos impulsivos. No PS, a reflexão foi a de que os familiares devem tentar manter a calma, para conseguir organizar-se emocionalmente e poder ajudar o usuário no momento de crise. No entanto, uma questão levantada por ambos os grupos foi o fato de que, em geral, o ambiente familiar das pessoas que tentaram suicídio é disfuncional e que portanto o usuário carece desta rede de apoio.

No que abrange a RAS, os profissionais da ABS expuseram fragilidades como

a falta de uma linha de cuidado para pessoas que tentam suicídio, o julgamento moral de alguns profissionais e o envolvimento de aspectos religiosos, tanto por profissionais quanto pelos usuários, tornando-se entraves na adesão da pessoa ao tratamento. Já as fragilidades citadas pelo grupo do PS incluíram a falta de formação específica para atendimentos de pessoas com ideação suicida ativa e a falta de comunicação entre a rede (ausência de contrarreferência), resultando em não corresponsabilização da RAS pelo cuidado integral do usuário. No entanto, as equipes da ABS e do PS relataram que existe a corresponsabilização entre a própria equipe de cada serviço, porém as respostas apontaram que o poder decisório, de maneira geral, ainda se concentra na figura do médico. Como potencialidades, o grupo da ABS citou a presença de profissional de psicologia nas ESFs, ampla oferta de medicamentos na farmácia municipal e agilidade nos agendamentos de psicologia e psiquiatria para casos mais urgentes. Já o PS entende que a ABS tem o papel principal no cuidado contínuo em saúde, a fim de evitar situações de crises futuras, porém a inexistência de contrarreferência, resulta na falta de comunicação efetiva entre os serviços e no desconhecimento do cuidado que a ABS oferece. Mesmo não conhecendo em detalhes o cuidado oferecido pelas ESFs, as profissionais do PS consideram uma potencialidade o fato da rede possuir uma equipe completa de saúde mental.

Outra informação relevante apontada, mesmo que não tenha sido o foco da pesquisa, é o fato de que as profissionais entrevistadas relataram que as ideações suicidas são subproduto de transtornos mentais e “famílias desestruturadas” e que por isso mesmo o acompanhamento efetivo desses casos tem um fator complicador que é a falta da família como rede de apoio. Isso explicaria a necessidade, citada por uma das profissionais, de ter a participação de uma assistente social na condução de alguns casos.

Aprofundando mais essa questão, os determinantes sociais, assim como os psicológicos, econômicos e culturais funcionam como fatores de proteção ou de risco para o sofrimento humano, necessitando, assim, de uma abordagem interdisciplinar para o fenômeno do suicídio. O capitalismo traz à tona questões importantes como trabalhadores alienados e sujeitos desempregados frustrados, cuja dinâmica beneficia uma pequena parte detentora de riquezas, enquanto amplia a pobreza para uma parcela maior da sociedade. Delineia-se, assim, não somente

crises financeiras, como também crises éticas, sociais e humanas, promovendo medo, insegurança, desamparo, desespero, desesperança, entre outros (Mangini; Nunes, 2021).

Ainda segundo os autores, a atual conjuntura forma um quadro geral de ansiedade e depressão, composta por trabalhadores esgotados, que fazem seu trabalho sob pressão e insegurança – ou alienados de seu próprio papel. Os desempregados que vivem a desesperança e aqueles trabalhadores informais, que são subproduto do desemprego e que os fazem trabalhar para além do próprio limite para que consigam sobreviver em meio ao cenário de crise. O desemprego é um estigma na sociedade capitalista, e os sujeitos que dele sofrem tem sua subjetividade delineada por sentimentos negativos, como tristeza e menos valia, afinal, o emprego é parte importante da identidade do sujeito e, o tempo que perdurar a falta dessa parte, é o tempo que o sujeito vivenciará sentimentos negativos que cada vez mais podem aproximá-lo de ideações suicidas (Mangini; Nunes, 2021).

Em resumo, existe a necessidade de serem realizadas mais pesquisas e divulgação de informações sobre o fenômeno do suicídio para que a sociedade não transforme essas pessoas que estão em sofrimento psicológico em “bodes expiatórios”, como se a responsabilidade sobre a própria vida e sobre a saúde mental estivesse nas próprias mãos. Como muitos sabem, influenciemos e somos influenciados pelo meio em que vivemos, ninguém se anula das relações interpessoais e, em um sentido mais amplo, o que somos foi delineado por nosso núcleo familiar, podendo nos tornar sintomas de um ambiente familiar disfuncional, que por sua vez também sofre os efeitos sociais, econômicos, culturais e ambientais, que favorecem, ou não, o desenvolvimento saudável de seus membros.

Para uma abordagem mais efetiva desse fenômeno seriam necessários esforços coletivos através da criação de políticas públicas e a união de serviços de diversos setores, além de estratégias para prover um mínimo de condição de sobrevivência para a população, pois precisamos ultrapassar a ideia de que o fenômeno do suicídio é patológico e individual.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ideação e a tentativa de suicídio são questões de interesse da saúde pública e dada essa problemática, é incontestável a necessidade de melhorias na rede de atenção à saúde e demais setores. Para tanto, existe a necessidade de serem realizadas novas pesquisas acerca do tema, para evidenciar a problemática aos olhos da sociedade e fornecer maior embasamento teórico-técnico que resultem em avanços mais robustos na prática. Em municípios menores, não há serviços especializados como CAPS e leitos de psiquiatria no hospital que pudessem absorver demandas mais complexas. No município pesquisado, por exemplo, em 2024 a população conta com três psicólogos e um médico psiquiatra na rede e o atual quadro de profissionais ainda se mostra insuficiente devido ao fato de que ainda atribuem o “mental” às especialidades, portanto, os números de encaminhamentos para os profissionais não param de crescer. Um registro de destaque no diário de campo é que tanto a ABS, quanto o PS atribuem ao psicólogo e ao psiquiatra a incumbência do cuidado em saúde mental, então nenhum dos dois grupos citou o terapeuta ocupacional como parte importante dessa engrenagem e que há uma profissional da área que integra o NASF-AB. Além dos atendimentos individuais realizados pelas especialidades, cada uma das três ESFs possui um grupo terapêutico aberto à população para fins de promoção à saúde, mas devido à “mecanização” da rotina, os profissionais continuam encaminhando à psicologia e psiquiatria, seguindo o modelo biomédico de medicalização - ou desacreditam da eficácia dos trabalhos em grupo. Junte-se a isso o fato de que o momento pós-pandemia de Covid-19 e todo o sofrimento psíquico oriundo desta fase pede uma reorganização dos serviços e um olhar atento das equipes para os fatores que levam uma pessoa em sofrimento mental a buscar o suicídio como saída para os problemas.

Dessa forma, o objetivo da pesquisa consistiu em conhecer como o cuidado em tentativas de suicídio é construído pela RAS no entendimento dos profissionais de saúde de um município de pequeno porte do centro-oeste paulista e contribuir com a qualificação dos serviços, uma vez que a compreensão do funcionamento da rede é o primeiro passo para mudanças nos fluxos dos atendimentos. Para se alcançar esse objetivo, foram realizadas duas entrevistas grupais, de maneira

remota, uma com profissionais da ABS e outra com profissionais do PS, cujas reflexões foram interpretadas através da Análise Temática de Bardin (1977/2016), reunindo trechos relevantes para se alcançar a finalidade que é a compreensão de como ocorre o cuidado de usuários que apresentam ideação e comportamentos suicidas. Como o fenômeno do suicídio se caracteriza pela multicausalidade, a exposição do tema e o direcionamento das reflexões foram construídas a partir das diretrizes da PNH, bem como diretrizes da PNAB, fatores psicodinâmicos, transtornos psiquiátricos, fatores ambientais e sociais; alguns de maneira pontual, pois o objetivo do trabalho não consistiu em definir as causas do comportamento suicida, mas sim o cuidado disponibilizado pela rede municipal de saúde.

Com base nos achados, se torna nítido que esse modelo de produção de saúde também tem seus efeitos negativos sobre os profissionais que não refletem sobre a sua prática, que trabalham sob pressão, com muitas demandas, baixos salários, desenvolvimento de ansiedade e depressão, bem como o uso de álcool e outras drogas, psicotrópicos e afastamento de suas funções devido a crises emocionais. O que contribuiu com esse pensamento foi o baixo número de profissionais que aceitaram participar da pesquisa, cujas hipóteses que a pesquisadora levantou podem estar relacionadas à sobrecarga de trabalho, por não estarem habituados a participar de pesquisas e processos reflexivos, pela rotina rígida e pela própria indiferença quanto se é necessária alguma forma de contribuição para algo que não está presente na rotina de trabalho, tida como subproduto de protocolos fixos. Essas são importantes questões para reflexão e pesquisas futuras acerca de quais condições o cuidado vem sendo produzido neste município.

Diante do exposto, concluiu-se que foi possível atingir os objetivos da pesquisa que buscou conhecer como ocorre o cuidado a tentativas de suicídio no entendimento dos profissionais da RAS, suas potencialidades e fragilidades e que, para a qualificação do cuidado a essa demanda, é necessária a corresponsabilização de toda a rede, com serviços de contrarreferência e comunicação entre os profissionais, além de instigar processos formativos para o atendimento em emergências psiquiátricas. Nesse sentido, o presente estudo contribuiu para estimular processos reflexivos nos profissionais participantes e resultou em um diagnóstico da rede, contribuindo para a redefinição de novas linhas

de cuidado. Em relação à percepção do cuidado de usuários com ideação ou que tentaram suicídio, para a pesquisadora, de modo geral, não existe a corresponsabilização efetiva da rede, uma vez que após consulta médica, é feito o encaminhamento para psiquiatria e psicologia e a responsabilidade do cuidado passa a ser dos dois profissionais especializados. Porém, na percepção das equipes existe a corresponsabilização do cuidado quando se trata de acolhimento, no entanto, já houveram situações em que a psicóloga-pesquisadora foi solicitada pela enfermagem da Unidade para realizar o acolhimento a usuários que apresentaram comportamento suicida. Nesse sentido, faz-se necessário maior reflexão da equipe acerca dos cuidados que podem oferecer e qual o significado que atribuem ao acolhimento.

As entrevistas grupais foram realizadas em julho de 2023 e no segundo semestre do mesmo ano, foi criado o grupo condutor da RAPS, após orientação do DRS-III. O grupo condutor foi instituído por portaria municipal e é composto por representantes de todos os setores do município, com reuniões mensais. Através das reuniões, os setores passaram a se comunicar com frequência, os casos mais complexos começaram a ser discutidos entre os representantes, o PS passou a comunicar as internações em emergências psiquiátricas à ABS, há maior participação do serviço social no cuidado e foi estabelecida, a princípio, uma linha de cuidado para usuários de álcool e outras drogas com a participação de toda a rede. Em geral, pessoas que possuem dependência em álcool e/ou drogas são usuários do sistema de saúde que com frequência vão ao PS, apresentam comportamentos de risco e necessitam de esforços de toda a rede para, pelo menos, reduzir os danos ocasionados pela dependência química. A criação do grupo condutor da RAPS tornou-se um marco na descentralização do trabalho em saúde mental, já que os protocolos são amplamente discutidos e voltados ao cuidado integral dos usuários, o que resultou na maior corresponsabilização da rede no cuidado em saúde. No segundo semestre de 2024 também foram retomadas as reuniões de matriciamento em psiquiatria, com a presença dos psicólogos, médicas das ESFs, coordenadora das ESFs e enfermeira responsável pela psiquiatria, também a fim de descentralizar o cuidado em saúde mental, promovendo aporte técnico aos profissionais da ABS. Sobre a formação em emergências psiquiátricas, em reunião do Fórum de Saúde Mental - o qual a pesquisadora participa mensalmente - juntamente com o Grupo de Trabalho da Atenção Básica - GTAB do DRS-III, foi informado que haverá formações

para os profissionais da ABS para algumas demandas levantadas pelos gestores, o que inclui a formação em emergências psiquiátricas, mas ainda não foram definidos os temas de cada município. A formação está prevista para 2025.

Um breve relatório de pesquisa foi divulgado para os profissionais participantes da pesquisa após o término da análise dos dados, através do aplicativo de conversa Whatsapp. A pesquisa teve como subproduto um artigo científico, disponibilizado em base de dados na internet.

Uma das formas de aplicabilidade da pesquisa em curto prazo poderá ser a produção de material de apoio, como folhetos autoexplicativos, a fim distribuir entre as equipes da ABS e do PS, buscando favorecer uma melhor compreensão sobre o tema suicídio e comportamentos suicidas, além de estimular a reflexão sobre o fenômeno. Além disso, foi possível apresentar os produtos obtidos da exploração do tema à Gestão Municipal, com o intuito de explicitar o fenômeno estudado à luz de pressupostos teóricos, possibilitando implementar, futura e oportunamente, formação específica para os profissionais da ABS e do PS (que muitas vezes são os primeiros a ter contato com esses pacientes), criar um fluxo de atendimento melhor direcionado para abarcar questões de ideação e comportamento suicida e protocolos que envolvam acompanhamentos de médio a longo prazo desses pacientes, bem como o acompanhamento de familiares de pessoas com ideação suicida ativa ou que cometeram suicídio. Quanto mais informações forem levantadas sobre o cuidado em rede no município, melhor será a qualificação do manejo comportamental desses pacientes. Com a pesquisa, dados levantados e experiência adquirida, o trabalho do município pode servir como base a outros municípios do DRS-III, através de encontros e reuniões que visam melhorar a qualidade dos serviços de saúde da região.

9 REFERÊNCIAS

ANDRADE , M. V. **Variables related to the repetition of a suicide attempt: a systematic literature review**. **SciELO Preprints**, 2021. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1998>>. Acesso em: 30 Abr 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Suicídio: informando para prevenir. **Conselho Federal de Medicina**, 2014. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufu/comunicacao/noticias/setembro-amarelo-do-hc-ufu-traz-acoes-de-capacitacao-para-os-trabalhadores/cartilha/view>>. Acesso em: 29 Mar 2021.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 3ª reimp da 1ª ed. 2016.

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari. 5ª Ed. 2002.

BERTOLETE, J. M.; MELLO-SANTOS, C. DE; BOTEAGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. suppl 2, p. S87–S95, out. 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600005>>. Acesso em: 31 Mar 2020

BOTEAGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 231–236, dez. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>>. Acesso em: 15 Mar 2020.

BOTEAGA, N. J.; RAPELI, C. B. Tentativa de Suicídio. *In*: BOTEAGA, N. J.(Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. São Paulo. Ed. Artmed. 2002. p.365-377.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Portal do IBGE**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 06 Jul 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 510, de 07 de Abril de 2016. Publicada no DOU nº 98, terça-feira, 24 de maio de 2016 - seção 1, páginas 44, 45, 46. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em 01 Dez 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 674, de 06 de Maio de 2022. Publicada no DOU - Edição: 203, Seção: 1, Página: 65. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/images/Resolucao_674_2022.pdf>. Acesso em 01 Dez 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**

- **CNES**. Disponível em:

<<https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/profissionais-ativos/3532906305091>>. Acesso em: 04 Nov 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica Ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular 2.a edição Série B. **Textos Básicos de Saúde** Brasília – DF. 2007. [s.l: s.n.]. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso em 02 Fev 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS**. Brasília, 2003. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>>. Acesso em: 26 Mai 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. **Boletim Epidemiológico**, vol 55, nº4, fev. 2024. Disponível em:<<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf/view>>. Acesso em 28 Abr 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: política nacional de humanização – PNH**. Brasília, 2015 [12]. Disponível em:

<<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-36339>>. Acesso em: 26 Mai 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: sinais para saber e agir**, [s.d.]. Brasília. Ministério da Saúde. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/suicidio_saber_agir_prevenir.pdf>. Acesso em 14 Out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, ed 220, p. 97. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html> Acesso em: 24 Out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.876**, de 14 de agosto de 2006. Institui as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. Brasília. Ministério da Saúde, nov 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/suicidio-prevencao/acoes-do-ministerio-da-saude>>. Acesso em: 25 Out 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) — Ministério da Saúde>. Acesso em: 26 Out 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271**, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis/vigilancia-das-dant/legislacao>>. Acesso em: 26 Out 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Anualmente, mais de 700 mil pessoas cometem suicídio, segundo OMS. **Saúde e Vigilância Sanitária**. Nov. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/anualmente-mais-de-700-mil-pessoas-cometem-suicidio-segundo-oms>>. Acesso em 28 Abr 2024.

BRASIL. Secretaria Geral da Presidência da República. Lei nº 13.709 de 14 de Agosto de 2018. **Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm>. Acesso em 06 Abr 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN**. Disponível em: <<http://sinan.saude.gov.br>>. Acesso somente por pessoa autorizada em: 07 Nov 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/123456789/313>>. Acesso em: 16 Out 2024.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. Saúde coletiva** 12 (4), ago. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/NmPK5MRmgpvw6zwzQ865pBS/#>>. Acesso em: 02 Mai 2024.

CAPOZZOLO, A. A. *et al.* Narrativas na formação comum de profissionais da saúde. **Trab. educ. saúde**. 12 (2) • Ago 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000200013>>. Acesso em: 21 de Out 2024.

CARDOSO, A. S. *et al.* Representações sociais da família na contemporaneidade: uma revisão integrativa. **Pepsic**. vol.24, no.1, Porto Alegre, jan./jun. 2020. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2020000100004>. Acesso em: 10 Set 2024.

CASSORLA, R.M.S. **O que é suicídio?** São Paulo: Ed. Brasiliense. 1ª Ed. 1984.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. DE M. DOS. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 514–524, jun. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103->

110420151050002018>. Acesso em: 17 Jul 2024.

DE ALCÂNTARA MÜLLER, S.; SILVEIRA PEREIRA, G.; BASSO ZANON, R. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 9, n. 2, p. 6, 15 mar. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i2.1686>>. Acesso em: 11 Abr 2021.

FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; CLAPIS, M. J.; VIANA, A. L. Acolhimento, Vínculo e Cuidado Integral. In: FORTUNA, C. M. (Org.). **O Cuidado Integral na Atenção Primária à Saúde**. São Paulo: Edusp. 2022. p.233-252. Durkheim, E. **O Suicídio**. São Paulo: Ed. Martins Fontes. 1ª Ed. 2000.

FORTUNA, C. M.; MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M.; CLAPIS, M. J.; VIANA, A. L. Cuidado Integral na Atenção Primária à Saúde. In: FORTUNA, C. M. (Org.). **O Cuidado Integral na Atenção Primária à Saúde**. São Paulo: Edusp. 2022. p.25- 43.

FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; MATUMOTO, S.; VIANA, A. L.; CLAPIS, M. J. O Trabalho em Equipe e o Cuidado em Saúde. In: FORTUNA, C.M. (Org.). **O Cuidado Integral na Atenção Primária à Saúde**. São Paulo: Edusp. 2022. p.135- 152.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**. Ribeirão Preto. 14 (28), ago 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-863X2004000200004>>. Acesso em: 15 Dez 2024.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Ed. Atlas. 3ª Ed. 1996.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 3, p. 20–29, jun. 1995. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-75901995000300004>>. Acesso em: 25 Abr 2021.

GUERRA, E. L. A. **Manual de Pesquisa Qualitativa**. Ed. Grupo Ânima Educação, p. 39-40. Belo Horizonte, 2014. Desenvolvimento de material didático ou instrucional- MANUAL PARA SUPORTE DE DISCIPLINA EAD. Disponível em: <<https://docente.ifsc.edu.br/luciane.oliveira/MaterialDidatico/P%C3%B3s%20Gest%C3%A3o%20Escolar/Legisla%C3%A7%C3%A3o%20e%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas/Manual%20de%20Pesquisa%20Qualitativa.pdf>>. Acesso em: 11 Dez 2022.

KABIR, H.; WAYLAND, S.; MAPLE, M. Qualitative research in suicidology: a systematic review of the literature of low-and middle-income countries. **BMC Public Health**. v. 23, n. 1, 19 maio 2023. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37208634/>>. Acesso em 28 Mai 2023.

LAMANNO-ADAMO, V. L. C. A família sob impacto. In: BOTEAGA, N. J.(Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. São Paulo. Ed. Artmed. 2002. p. 60-67.

MANGINI, F. N. DA R.; NUNES, I. S. Suicídio e sofrimento social no capitalismo: desemprego e expressões da questão social. **Barbarói**, n. 58, p. 154–171, 26 jan. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.17058/barbaroi.v0i58.15857>>. Acesso em 11 Set 2024.

MARX, K. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Ed. Boitempo, 1ª Ed. 2006.

MAYORGA ALDÁZ, E. C. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. **Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP**, v. 16, n. 1, p. 203–219, 1 mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612018000100009>. Acesso em: 11 Mar 2021.

MINAYO, M. C. DE S.; COSTA, A. P. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, n. 40, 2018. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Portugal. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349580050002>>. Acesso em 02 Dez 2024.

MONTENEGRO, R. C. DE F. Mulheres e cuidado: responsabilização, sobrecarga e adoecimento. v. 1 n. 1 (2018): **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**. Universidade Federal do Espírito Santo – UFES. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22257>. Acesso em: 10 Dez 2024.

NERY, F. G.; JUNIOR, A. R. DE S. Depressão maior – suicídio – tentativa de suicídio *in* ISMAEL, S. M. C (Org). **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. 2ªed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 209-226.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. [s.l: s.n.]. Departamento de Saúde Mental. Genebra, 2000. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencaobasica.pdf>>. Acesso em: 07 Mar 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Pandemia de Covid-19 aumenta fatores de risco para suicídio**. Washington, DC, set. 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/10-9-2020-pandemia-covid-19-aumenta-fatores- risco-para-suicidio>>. Acesso em: 21 de Mar 2021.

SANTOS, D. DE S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. Saúde Colet**. 23 (3), mar. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>>. Acesso em: 10 Out 2024.

SILVA, A.; IVETE, M.; FOSSÁ, T. ANÁLISE DE CONTEÚDO: EXEMPLO DE APLICAÇÃO DA TÉCNICA PARA ANÁLISE DE DADOS QUALITATIVOS. **Qualit@s Revista Eletrônica ISSN**, v. 1677, n. 1, p. 4280, 2015. Disponível em: <<https://www.fepiam.am.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/2113-7552-1-PB.pdf>>. Acesso em: 22 Jun 2024.

STOPPA, R. G.; WANDERBROOCKE, A. C. N. DE S.; AZEVEDO, A. V. DOS S.

Profissionais de saúde no atendimento ao usuário com comportamento suicida no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 12, n. 4, p. 65-80, dez. 2020. Disponível em:

<https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000400007>. Acesso em: 08 mai 2024.

TERRA, L. S. V.; CAMPOS, G. W. DE S. Alienação do trabalho médico: tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na atenção primária. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, 18 mar. 2019. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00191>>. Acesso em: 22 Out 2024.

10 APÊNDICES

APÊNDICE A

CARTA CONVITE

Aos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem do Pronto Socorro e da Atenção Básica em Saúde.

Prezados (as),

Venho através do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica – PPGGC – UFSCar convidá-los a participar da pesquisa intitulada **Clínica Ampliada e Compartilhada: a produção do cuidado em tentativas de suicídio, no entendimento dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde de um município do centro-oeste paulista**. O objetivo é analisar como ocorre o acolhimento e gestão do cuidado de usuários que apresentam comportamentos suicidas no cotidiano dos estabelecimentos de saúde, reunindo as equipes em dois encontros – chamados grupos focais - um ocorrerá de maneira remota com a equipe da ABS e o outro, que também ocorrerá de maneira remota, com a equipe do PS, para posteriormente realizar uma análise de conteúdo das discussões levantadas nos dois grupos. Antes de iniciar a coleta de dados, haverá uma breve apresentação do estudo e a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, o que autorizará a participação do voluntário na pesquisa . Durante o grupo focal serão levantadas algumas questões e todos poderão responder com discurso livre, tendo assegurado o direito de não responder a qualquer uma das perguntas e a deixar estudo a qualquer momento. A pesquisa permitirá traçar um diagnóstico da Rede de Atenção à Saúde – RAS, apontando potências e entraves que delineiam diariamente o cuidado, podendo servir como base para criação de projetos futuros para o fortalecimento da RAS. Ao final da pesquisa, todos receberão um breve relatório dos resultados obtidos. Para manifestação de interesse, deixo ao final um e-mail e celular para contato.

Cordialmente,

Katarina Dudienas Dovidauskas – Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica – PPGGC – UFSCar.

Contato: (16) 99230-7117/ E-mail - kdovidauskas@ufscar.estudante.br

APÊNDICE B**FORMULÁRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO****Profissionais:**

Nome:

Idade:

Profissão:

Unidade de saúde em que você atua:

Você é o único profissional da sua categoria profissional que atua neste serviço? () SIM () NÃO

Alguma vez você acolheu ou prestou atendimento a um usuário do serviço que você atua no momento (UBS ou PS), em risco alto de suicídio ou tentativa recente de suicídio? () SIM () NÃO

APÊNDICE C**FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE**

Nome:

Idade:

Gênero:

Cor da pele/ raça/ etnia:

Escolaridade:

Profissão:

Endereço:

Qual o serviço de saúde que você atua no município?

Você é o único profissional da sua categoria que atua neste serviço?

APÊNDICE D

ROTEIRO DE PERGUNTAS NORTEADORAS PARA DISCUSSÃO NA ENTREVISTA GRUPAL - PROFISSIONAIS DA RAS

1. Vocês já tiveram experiência no acolhimento e cuidado de pessoas que apresentavam ideação suicida ou tentativa de suicídio? Se sim, como vocês se sentiram no atendimento a esses usuários?
2. No seu entendimento qual o seu papel no atendimento às pessoas que apresentam ideação suicida ou tentativa de suicídio?
3. No seu entendimento qual o papel da pessoa com ideação/tentativa de suicídio, no seu próprio cuidado?
4. No seu entendimento qual o papel da família e/ou dos cuidadores neste cuidado?
5. No seu entendimento qual o papel dos profissionais do seu serviço no cuidado destas pessoas?
6. Quais potencialidades e fragilidades você identifica do trabalho em equipe do seu serviço para o atendimento destas pessoas?
7. No seu entendimento qual o papel dos profissionais da rede municipal de saúde no cuidado destas pessoas?
8. Quais potencialidades e fragilidades você identifica no trabalho em rede no município?

11 ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS CENTRO DE CIÊNCIAS
BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Resolução CNS 510/2016)

Clínica Ampliada e Compartilhada: a produção do cuidado em tentativas de suicídio, no entendimento dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde de um município do centro-oeste paulista

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa Clínica Ampliada e Compartilhada: a produção do cuidado em tentativas de suicídio, no entendimento dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde de um município do centro-oeste paulista. Queremos saber de você e de outros profissionais se já tiveram e como foram suas experiências no cuidado a pessoas que procuraram o serviço de saúde após tentativa de suicídio.

A partir disto, esperamos analisar quais entraves e fortalezas estão presentes nas equipes no cuidado em saúde mental, mais precisamente em situações de comportamentos e tentativas de suicídio e podermos, assim, construir um diagnóstico da rede, fornecendo uma base para ações futuras de construção do cuidado.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua participação ou não, não gerará nenhuma consequência para a sua relação com o seu trabalho na ABS e PS ou coma pesquisadora.

Sua participação será: participar de uma conversa em grupo cujo foco será sua experiência no cuidado a pessoas em sofrimento mental, que apresentaram

tentativa de suicídio. Os encontros ocorrerão de maneira remota, através da plataforma Google Meet. Participarão a pesquisadora, uma assistente e 3 a 10 profissionais do PS e de 3 a 10 participantes da ABS, cada encontro ocorrerá em dias diferentes, separados por tipo de serviço, ou seja, um dia somente profissionais da ABS e no outro, somente profissionais do PS.

No encontro serão feitas perguntas disparadoras para que todos respondam de acordo com suas experiências, para iniciar uma reflexão sobre o cuidado que ofertam de uma maneira dialógica, ou seja, a fim de estimular o pensamento, a manifestação de sentimentos e crenças acerca da prática. Participar desta conversa não oferece risco imediato, mas você pode se sentir desconfortável ao responder alguma questão. Outro risco está relacionado a um possível cansaço ao longo da reflexão levantada no grupo focal, pelo tempo estimado para o encontro que é de 90 minutos e também por variáveis do ambiente e condições físicas e emocionais dos voluntários. Mesmo aceitando participar do estudo e assinando o TCLE, os voluntários terão o direito de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, o que não trará qualquer prejuízo com os pesquisadores nem com os estabelecimentos de saúde e a Universidade. Também poderão deixar momentaneamente o grupo para eventuais necessidades.

Existe um risco inerente às pesquisas realizadas em ambiente virtual, que se refere ao vazamento de informações e quebra de sigilo involuntária, neste sentido, será utilizada conta institucional, protegida por senha e os arquivos serão armazenados pelo menor tempo possível em ambientes virtuais, e mantidos em mídias físicas para minimizar a chance de serem invadidos.

Como fatores de benefícios, serão aprofundadas as questões da coparticipação no atendimento às pessoas em risco de suicídio no município e, dessa forma, poderemos organizar melhor os fluxos de atendimento dentro da RAS, subsidiando a gestão municipal para implementação de uma linha de cuidado coparticipativa.

Após o encontro, será feita a transcrição dos relatos e posterior análise de conteúdo para estudo.

Os resultados da pesquisa serão publicados, mas sem colocar os nomes das pessoas que participaram. Também faremos o combinado, logo no início do encontro em grupo, de todos manterem sob sigilo o conteúdo dos relatos.

Você não precisará gastar nenhum dinheiro para participar desta pesquisa, e também não receberá nenhuma quantia como pagamento pela sua participação. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua

participação na pesquisa.

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar pessoalmente, enviar e-mail ou ligar no telefone abaixo.

Dados para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Professor Jair Borges Barbosa Neto

Endereço: Rodovia Washington Luiz, Km 235, São Carlos – UFSCar
Departamento de Medicina, Telefone: (16) 3351-8382, E-mail:
jairbneto@ufscar.br.

Eu, _____ aceito participar da pesquisa
**Clínica Ampliada e Compartilhada: a produção do cuidado em tentativas de
suicídio, no entendimento dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde de
um município do centro-oeste paulista.**

Entendi os objetivos, riscos e benefícios (coisas boas e ruins que podem acontecer) dessa pesquisa. Entendi que posso dizer *sim* e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer *não* e desistir da pesquisa. Esse termo foi lido para mim pela pesquisadora, que tirou minhas dúvidas. Eu recebi uma via dele e concordo em participar desta pesquisa.

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

São Carlos, _____ de _____ de _____.

Nome do Pesquisador

Assinatura do pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante