



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

JÉSSICA LIMA DE SOUSA

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR ÀS TENTATIVAS DE
SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE CAUCAIA/CE: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA AS
POLÍTICAS PÚBLICAS PREVENTIVAS**

FORTALEZA

2025

JÉSSICA LIMA DE SOUSA

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR ÀS TENTATIVAS DE
SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE CAUCAIA/CE: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA AS
POLÍTICAS PÚBLICAS PREVENTIVAS**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Avaliação de políticas públicas.

Orientadora: Prof.^a Dra. Lidiane Moura Lopes.

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S697a Sousa, Jéssica Lima de.

Avaliação da assistência hospitalar às tentativas de suicídio no município de Caucaia/CE : uma contribuição para as políticas públicas preventivas / Jéssica Lima de Sousa. – 2025.
138 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2025.
Orientação: Prof. Me. Lidiane Moura Lopes.

1. avaliação da política nacional de prevenção da automutilação e do suicídio. 2. política pública de saúde. 3. assistência hospitalar. 4. rede de atenção psicossocial. 5. prevenção ao suicídio. I. Título.

CDD 320.6

JÉSSICA LIMA DE SOUSA

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR ÀS TENTATIVAS DE
SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE CAUCAIA/CE: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA AS
POLÍTICAS PÚBLICAS PREVENTIVAS**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Avaliação de políticas públicas.

Aprovada em: 01/07/2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Lidiane Moura Lopes - Orientadora
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Kelly Maria Gomes Menezes
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Lirian Filgueiras Mascarenhas
Membro Externo (FB Uni)

Primeiramente a Deus por guiar e abençoar toda a minha trajetória pessoal, acadêmica e profissional; à minha mãe por ser meu alicerce e exemplo de mulher que não mede esforços para almejar os seus sonhos; à minha filha, Maria Laura, por me fazer mais forte e ser meu refúgio nos dias mais difíceis e ao meu companheiro, Marcelo, pela paciência e incentivo diário na realização de todos os meus projetos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e bêncas alcançadas em toda minha trajetória de vida, por me permitir alcançar sonhos e metas pessoais e profissionais.

Aos meus pais, Maria Artemisia e Benedito Joelson, por todo ensinamento de vida, por serem minha base e suporte diário no alcance dos meus sonhos e objetivos.

À minha irmã, Jeysa Lima, pelo apoio e exemplo de mulher forte e batalhadora.

Ao meu companheiro, Marcelo Gondim, pela compreensão nos dias mais difíceis e apoio na concretização desta dissertação.

À minha filha, Maria Laura, por ser minha fortaleza e minha razão diária de chegar até aqui.

À minha amiga, Maiara Mascarenhas, assistente social pela qual tenho total admiração, pelo incentivo à submissão do meu projeto de pesquisa no processo seletivo que me levou ao ingresso ao Mestrado Profissional em Avaliação d Políticas Públicas (MAPP).

À minha amiga, Fárida Loureiro, assistente social e estudiosa da temática, pela disponibilidade, disposição de materiais e suporte na concretização deste estudo.

À minha orientadora, Lidiane Moura Lopes, por se fazer sempre presente, pelo direcionamento, partilha de conhecimentos e orientações que levaram à concretização desta dissertação. Gratidão por todo apoio, paciência e suporte neste processo.

Aos professores do MAPP/UFC, pela partilha de conhecimento, discussões críticas e espaços democráticos construídos ao longo do curso.

Às minhas amigas, Carla Freitas, Flaviane Rocha, Gil Freitas e Fernanda Correia, que pude conhecer durante a trajetória do curso de mestrado, e que foram essenciais no processo formativo.

Aos professores que constituíram a banca examinadora, Kelly Maria, Artur Bruno e Lirian Mascarenhas, pelas relevantes considerações e contribuições na construção e fundamentação deste estudo.

Por fim, às minhas amigas de profissão, em especial às assistentes sociais do HMAGR e IJF, por todo o apoio e torcida pela concretização do mestrado. Gratidão!

“A classificação das causas do suicídio é uma classificação dos males da sociedade burguesa moderna, que não podem ser suprimidos – aqui é Marx quem fala – sem uma transformação radical da estrutura social e econômica.”

(Marx, 2006, p. 16).

RESUMO

O comportamento suicida, a partir da perspectiva sócio-histórica, é compreendido de forma ampliada e multifatorial, a qual envolve contextos socioculturais e econômicos. Enquanto uma questão de Saúde Pública, demanda intervenções e ações preventivas de forma continuada pelo poder público. Dentre as medidas de ampliação do acesso ao cuidado psicossocial e de prevenção ao suicídio está a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada em 2011, pelo Ministério da Saúde, que possibilitou a integração e articulação entre os diferentes pontos de atenção em saúde mental e a constituição da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (PNPAS), 2019, tratando sobre ações preventivas e de garantia do atendimento psicossocial em saúde mental. Desta forma, com base nos pressupostos da PNPAS, esta pesquisa tem como objetivo geral avaliar, a partir das experiências da equipe multiprofissional, a assistência hospitalar prestada aos sujeitos em situação de tentativa de suicídio no Hospital Municipal Doutor Abelardo Gadelha da Rocha, no município de Caucaia/CE. Para tanto, enquanto uma pesquisa de natureza qualitativa e avaliativa, fundamentada na perspectiva da avaliação em profundidade (Rodrigues, 2008), foram realizados levantamentos bibliográficos, com a revisão de algumas das principais obras produzidas sobre o tema, assim como a documental, através de legislações e dados secundários e, ao final, a aplicação dos questionários e entrevistas em campo para análise dos dados avaliativos. As entrevistas semiestruturadas e os questionários foram direcionados à equipe multiprofissional de saúde composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais que atuam diretamente com o público usuário do serviço. Por fim, diante de sua relevância social, o estudo busca fomentar e subsidiar a gestão institucional para a qualificação do serviço prestado e o enfrentamento ao suicídio, bem como, para a definição de prioridades e a elaboração de estratégias direcionadas à problemática. Os resultados apontam que fazem-se necessários maiores investimentos para qualificação do atendimento no âmbito hospitalar com o intuito de ampliar e efetivar medidas preventivas ao suicídio. Os profissionais de saúde entrevistados compreendem o suicídio como um fenômeno coletivo, amplo e multifatorial. No entanto, lidar de forma cotidiana com atendimentos relacionados ao comportamento suicida, assim como a sua prevenção, apresenta-se como um desafio no cotidiano institucional, haja vista as diversas lacunas identificadas, como: a ausência de protocolos de atendimento que integrem o cuidado a partir dos diversos saberes, de forma a superar o caráter biomédico; a ausência de oferta de capacitação continuada que assegure aos profissionais a troca de experiências e atualizações sobre a temática, frente à complexidade do fenômeno e a fim de

qualificar o manejo e coordenação de cuidados; assim como observa-se a importância de cuidar de quem cuida, a partir de uma política interna de cuidado psíquico e de valorização do profissional de saúde. No mais, reforça-se a demanda de intervenções coletivas entre o poder público e a sociedade civil, da integração e implementação de políticas públicas que fortaleçam as medidas protetivas e preventivas e da ampliação dos componentes da RAPS para garantia do acesso à atenção psicossocial.

Palavras-chave: avaliação da política nacional de prevenção da automutilação e do suicídio; política pública de saúde; assistência hospitalar; rede de atenção psicossocial; prevenção ao suicídio.

ABSTRACT

From a sociohistorical perspective, suicidal behavior is understood broadly and multifactorially, encompassing sociocultural and economic contexts. As a public health issue, it demands ongoing interventions and preventive actions by the government. Among the measures to expand access to psychosocial care and suicide prevention is the establishment of the Psychosocial Care Network (RAPS), created in 2011 by the Ministry of Health. This network enabled integration and coordination between different mental health care centers. The National Policy for the Prevention of Self-Harm and Suicide (PNPAS) of 2019 addressed preventive actions and ensured psychosocial care in mental health. Therefore, based on the premises of the PNPAS, this research aims to evaluate, based on the experiences of the multidisciplinary team, the hospital care provided to individuals attempting suicide at the Doutor Abelardo Gadelha da Rocha Municipal Hospital in the municipality of Caucaia, Ceará. To this end, as a qualitative and evaluative study, based on the perspective of In-Depth Assessment (Rodrigues, 2008), bibliographical surveys were conducted, including a review of some of the main works produced on the topic, as well as documentary research, through legislation and secondary data. Finally, questionnaires and field interviews were administered to analyze the evaluative data. The semi-structured interviews and questionnaires were directed to the multidisciplinary health team composed of physicians, nurses, psychologists, and social workers who work directly with the public using the service. Finally, given its social relevance, the study seeks to foster and support institutional management in improving the quality of the service provided and addressing suicide, as well as in defining priorities and developing strategies aimed at addressing the issue. The results indicate that greater investment is needed to improve hospital care to expand and implement suicide prevention measures. The healthcare professionals interviewed understand suicide as a collective, broad, and multifactorial phenomenon. However, dealing with suicidal behavior-related care and its prevention on a daily basis presents a challenge in the institutional environment, given the various gaps identified, such as the lack of care protocols that integrate care based on diverse knowledge to transcend the biomedical aspect; the lack of ongoing training that ensures professionals can exchange experiences and stay up-to-date on the topic, given the complexity of the phenomenon; and the lack of ongoing training to improve care management and coordination. Furthermore, the importance of caring for those who care is highlighted, based on an internal policy of psychological care and the appreciation of healthcare professionals. Furthermore, the demand for collective interventions between the Public Authorities and Civil Society is reinforced, as

well as the integration and implementation of Public Policies that strengthen protective and preventive measures and the expansion of RAPS components to guarantee access to psychosocial care.

Keywords: Evaluation of the National Policy for the Prevention of Self-harm and Suicide; Public Health Policy; Hospital Care; Psychosocial Care Network; Suicide Prevention.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Limite geográfico do município de Caucaia/CE	39
Figura 2 – Hospital Municipal Doutor Abelardo Gadelha da Rocha - HMAGR	40
Figura 3 – Componentes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes	97

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Eixos da avaliação em profundidade e o desenvolvimento da pesquisa avaliativa	32
Quadro 2 –	Distribuição dos leitos de observação e eixo vermelho no Setor de Vigilância e Emergência adulto e pediátrica - HMAGR	40
Quadro 3 –	Distribuição dos leitos de enfermaria e UTI nas Unidades de Internação - HMAGR	40
Quadro 4 –	Amostra de sujeitos da pesquisa	42
Quadro 5 –	Categorias de análise	80
Quadro 6 –	Perfil identitário e profissional dos entrevistados	81
Quadro 7 –	Compreensão e percepção profissional sobre o comportamento suicida	91
Quadro 8 –	Fatores de risco para automutilação e suicídio	100
Quadro 9 –	Percepções dos profissionais sobre a avaliação de riscos para alta hospitalar	101
Quadro 10-	Problemáticas identificadas na rede de atenção psicossocial a partir dos relatos dos profissionais pesquisados	104

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Tentativas de suicídio por faixa etária e gênero no HMAGR (2024)	84
Gráfico 2 – Tentativas de suicídio por meios utilizados e por gênero HMAGR (2024).	85
Gráfico 3 – Distribuição estimada dos óbitos por suicídio no Ceará (2009-2023)	103
Gráfico 4 – Participação em processos formativos sobre o comportamento suicida	110

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 -	Paciente emergência psiquiátrica - HMAGR/Caucaia-Ce	93
Fluxograma 2 -	Fluxo para o atendimento às tentativas de suicídio no HMAGR/Caucaia-Ce	113

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Notificações compulsórias/SINAN por tentativa de suicídio – HMAGR 2024 Sexo/Gênero – Faixa etária	83
Tabela 2 – Meios utilizados/SINAN por tentativas de suicídio- HMAGR 2024 Sexo/Gênero – Meios utilizados	83
Tabela 3 – Procedimentos relatados durante o acolhimento às tentativas de suicídio no HMAGR	95

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
BIRD	Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CID	Classificação Internacional das Doenças
COVID- 19	Coronavírus Disease-19
CFM	Conselho Federal de Medicina
CF	Constituição Federal
CE	Ceará
CVV	Centro de Valorização da Vida
CONEP	Conselho Nacional de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GM/MS	Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde
HMAGR	Hospital Municipal Doutor Aberlardo Gadelha da Rocha
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INTS	Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde
IAPs	Institutos de Assistência e Proteção Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MAPP	Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas
NAPSSs	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNPAS	Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SVS/MS	Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TG	Transtorno do Jogo
UA	Unidade de Acolhimento
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UFC	Universidade Federal do Ceará
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	PERCURSO METODOLÓGICO: A PERSPECTIVA TEÓRICO METODOLÓGICA DA PESQUISA AVALIATIVA	24
2.1	Considerações sobre o campo de avaliação de políticas públicas: breves apontamentos na perspectiva contra hegemônica	24
2.2	Definição da perspectiva avaliativa priorizada na pesquisa	31
2.3	Definição da abordagem metodológica da pesquisa, estratégias e técnicas de coletas de dados	34
2.4	O local da pesquisa	38
2.5	Os sujeitos envolvidos: critérios para seleção da amostra	41
2.6	Método de análise dos dados	43
2.7	Procedimentos éticos	44
3	O “FENÔMENO SUICÍDIO” NAS DISCUSSÕES DAS PAUTAS DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL	46
3.1	O suicídio enquanto um fenômeno sócio-histórico	46
3.2	O comportamento suicida na sociedade contemporânea: o que o cenário nos revela?	53
3.3	O comportamento suicida e sua interface com a política pública de saúde.	61
3.3.1	<i>A saúde mental no Brasil: entre o enclausuramento e a desinstitucionalização</i>	67
3.3.2	<i>A política de prevenção do suicídio no Brasil: como estamos?</i>	72
4	A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO: LEITURA CRÍTICA DOS DADOS OBTIDOS NA PERSPECTIVA DA AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE	78
4.1	Características relacionadas aos sujeitos atendidos e a epidemiologia do comportamento suicida	83
4.2	Assistência hospitalar às tentativas de suicídio: do acolhimento à alta hospitalar	89
4.2.1	<i>Percepções sobre o comportamento suicida</i>	90
4.2.2	<i>Métodos e protocolos de atendimento hospitalar às tentativas de suicídio</i>	92
4.2.3	<i>Notificação compulsória e as subnotificações</i>	96

4.2.4	<i>Alta hospitalar: avaliação dos riscos, encaminhamentos e articulações realizadas</i>	100
4.3	A família como instituição protetiva e preventiva ao suicídio?	105
4.4	Contribuições para as ações de prevenção ao suicídio no âmbito hospitalar: quais medidas são possíveis adotar?	108
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
	REFERÊNCIAS	119
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	131
	APÊNDICE B - ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA ...	133
	APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO – PERFIL PROFISSIONAL	134
	ANEXO A – FOLHA DE ROSTO – PLATAFORMA BRASIL	135
	ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL À REALIZAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA	136
	ANEXO C – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)- FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL	137

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Meleiro (2021), o suicídio pode ser definido como um fenômeno multifacetado que envolve fatores ambientais, psicológicos, sociais, culturais, genéticos e biológicos e pode ser desencadeado nos diferentes ciclos da vida. Pode apresentar-se em diversas configurações, tais como: a ideação suicida, a tentativa de suicídio e o suicídio em si, o qual, este último, pode ser definido como um ato intencional em que o indivíduo busca tirar sua própria vida.

Ainda segundo Meleiro (2021), o comportamento suicida, por suas múltiplas faces, não pode ser atribuído somente à presença ou não de transtorno mental, assim como, não se apresenta como um ato aleatório, sem finalidade, visto que todas as opções para cessar o sofrimento causado falharam, restando a morte como solução.

Nesse contexto, o comportamento suicida se apresenta como um fenômeno complexo e com múltiplas determinações, em que, para este estudo, a partir de uma perspectiva crítica, será analisado enquanto um fenômeno social que envolve elementos coletivos e motivações sociais, sobretudo, de como os valores da sociedade contemporânea influenciam para o ato suicida.

Portanto, não são objetos deste estudo as concepções que o tratam a partir de fatores isolados e individuais, visto que compreende-se como um fenômeno que ultrapassa uma questão individual, ao ser considerado uma questão de saúde pública, ou melhor: uma questão de políticas sociais e de cidadania.

Segundo dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em uma perspectiva global, (OMS, 2001), são registradas cerca de 700 mil ocorrências de tentativas e suicídios consumados por ano.

Quanto aos índices no cenário brasileiro, consolidados pelo Ministério da Saúde, entre os anos de 2010 e 2019 (MS, 2021), foi registrada a ocorrência de cerca de 112.230 mortes por suicídio, demonstrando um aumento de 43% no número anual de mortes. Em 2021, foram registrados 15.507 suicídios. Com relação às notificações de violências autoprovocadas, em 2019 foram notificadas 124.709 lesões autoprovocadas, um aumento de 39,8% em relação a 2018. Os números apontam ainda que o suicídio é a quarta principal causa de morte entre os jovens com idade entre 15 e 29 anos.

Diante dos índices crescentes, o fenômeno suicida tem sido cada vez mais considerado como um importante problema de saúde pública, o que justifica a urgência e relevância de estudos sobre a problemática. Desta forma, em 2006 foi implementada pelo

Ministério da Saúde (MS, 2021) a primeira iniciativa de medida protetiva e preventiva por parte do poder público, através da Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, que instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas.

No entanto, somente em 2019 é constituída no Brasil, através da Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (PNPAS), com o objetivo de garantir o acesso à atenção psicossocial, promover ações preventivas e de forma intersetorial por parte do poder público, aprimorar métodos de notificações sobre a ocorrência dos casos, qualificar o atendimento às famílias e pessoas próximas e oportunizar aos profissionais de saúde o acesso à educação permanente quanto à problemática.

A minha aproximação com este objeto de estudo se deu enquanto profissional de saúde, servidora pública, na função de assistente social, lotada no Hospital Municipal Doutor Abelardo Gadelha da Rocha (HMAGR), localizado no município de Caucaia/CE, desde o ano de 2017. Nessa função, a problemática se apresenta como demanda cotidiana no contexto hospitalar de urgência e emergência, no qual atuo. Tal fator me despertou a ideia de pesquisar sobre o tema, através das constatações empíricas iniciais, possibilitando que seja desenvolvido um trabalho com rigor científico, com métodos que, ao final, validem ou não tais experiências, mas que de alguma forma contribua para o aprimoramento das ações de políticas públicas preventivas ao suicídio.

Importante destacar que o assistente social presta atendimento direto aos usuários, enquanto parte da equipe multiprofissional da unidade hospitalar. Esse profissional, sobretudo, intervém sobre as demandas que perpassam situações de violência e violação de direitos. Quanto ao atendimento às tentativas de suicídio, o assistente social é acionado na perspectiva de acolhimento aos sujeitos e seus familiares ou pessoas próximas, bem como, na identificação de fatores sociais que subsidiarão as condutas e manejo por parte da equipe multiprofissional para alta segura, assim como, nos processos de acionamento e articulação com os demais serviços da rede de atenção psicossocial e das demais políticas setoriais.

A atenção hospitalar, sobretudo, por meio do atendimento de urgência e emergência, como componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), passa a ser um ponto de acolhimento importante para as diversas demandas em saúde mental da população, nas quais estão incluídos os atendimentos relacionados ao comportamento suicida.

Gutierrez (2014) relata que o acolhimento em um serviço de emergência pode ser determinante para o fortalecimento de medidas preventivas relacionadas às tentativas de suicídio e ao próprio suicídio e na adesão dos sujeitos ao tratamento proposto. Para tanto, faz-

se necessário o cuidado integral centrado no paciente, família e profissionais, que compreenda os sujeitos no âmbito biopsicossocial, para além do cuidado técnico.

Dessa forma, a assistência hospitalar se constitui um espaço que para além de tratar e recuperar danos e agravos ocorridos decorrentes aos meios utilizados nas tentativas de suicídio, deve assumir um papel importante de acolhimento inicial, protetivo, preventivo e de articulação para a continuidade do cuidado pelos demais componentes da rede de atenção.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, o número de internações decorrente das tentativas de suicídio, (MS, 2024) apresenta crescimento nos últimos anos. Em 2023, foram registradas 11.502 internações em unidades hospitalares vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), relacionadas a lesões e agravos que envolvem o comportamento suicida. Do ano de 2014 a 2023 é observado um aumento gradual nos índices de internações representando um aumento de mais de 25% em relação aos 9.173 casos registrados em 2014.

Nesse contexto, sobre a relevância do atendimento hospitalar nos processos de acolhimento inicial e prevenção ao suicídio, surgiram os questionamentos que se apresentam como ponto de partida para este estudo, em especial, as seguintes indagações: como são percebidos e analisados os atendimentos às tentativas de suicídio pela equipe multiprofissional da atenção de urgência e emergência hospitalar, a partir de suas vivências e experiências? A equipe conta com protocolos e fluxos institucionais, bem como, consegue suporte dos demais componentes da rede de atenção psicossocial e das demais políticas setoriais para a qualificação dos atendimentos e desenvolvimento de ações preventivas ao suicídio? São duas questões, complexas, que demandarão uma análise aprofundada das respostas que serão recebidas.

Diante disso, o objetivo central deste estudo, tendo como base os pressupostos preconizados pela PNPAS, é avaliar, a partir das experiências da equipe multiprofissional, a assistência hospitalar prestada aos sujeitos em situação de tentativa de suicídio no Hospital Municipal Doutor Abelardo Gadelha da Rocha, no município de Caucaia/CE.

Como objetivos específicos, o estudo buscará:

- a) caracterizar o perfil dos sujeitos atendidos e a epidemiologia do comportamento suicida;
- b) analisar os métodos e protocolos de atendimento utilizados pela equipe multiprofissional no contexto hospitalar;
- c) compreender as implicações quanto à estrutura institucional no que tange às condições de trabalho, acesso à capacitação profissional e de articulação com a rede psicossocial de saúde e intersetorial para a prestação do cuidado adequado e preventivo;

- d) contribuir com subsídios que possam ser implementados no enfrentamento ao suicídio, capazes de auxiliar na definição de prioridades e na elaboração de estratégias e medidas preventivas.

Com base nos objetivos listados, a pesquisa se constitui como de natureza qualitativa, visto que se destina a avaliar a implementação de uma política pública, a partir das significações, experiências e vivências dos sujeitos, esses profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento direto aos indivíduos atendidos no âmbito institucional, *locus* deste estudo.

Como perspectiva avaliativa que fundamentará o percurso metodológico da pesquisa utilizam-se os pressupostos analíticos da avaliação em profundidade, Rodrigues (2016), visto que:

[...] privilegia a interpretação das categorias de entendimento presentes nas políticas, nos discursos institucionais e nos depoimentos dos beneficiários das políticas; as noções de tempo (percursos e trajetórias) e espaço (territorialidade), sendo uma proposta de caráter eminentemente qualitativo, mas que não descarta a utilização de dados quantitativos (Rodrigues, 2016, p. 104).

Portanto, a avaliação proposta, norteada pela multidimensionalidade e interdisciplinaridade, buscará contemplar, conforme Gussi *et al.* (2019, p. 176) as “[...] várias dimensões (sociais, culturais, políticas, econômicas, territoriais) e atores sociais envolvidos nas políticas públicas”.

O estudo também contempla a análise de dados secundários, através da interlocução dos registros obtidos das entrevistas semiestruturadas, que possibilitarão a elaboração de estatísticas locais, que serão cotejadas com as disponibilizadas e analisadas pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde.

Conhecer a magnitude e a complexidade desse fenômeno é fundamental para a superação de concepções que envolvem tabus, preconceitos e estigmas, mas, sobretudo, para a defesa da importância de medidas urgentes e de maiores investimentos para o enfrentamento da problemática.

Para a compreensão e fundamentação do referencial teórico, o presente estudo traz a discussão sobre o fenômeno do suicídio a partir da perspectiva sócio-histórica e coletiva, tendo como referências os sociólogos clássicos, em especial, Émile Durkheim (1897) e Karl Marx (2006), e sua interface com a contemporaneidade, trabalhando autores como Meleiro (2001), Botega (2022), entre outros.

No campo da política de saúde pública e da saúde mental no Brasil e sua trajetória no cenário sócio-histórico, político e econômico, são referenciados autores como Baptista (2007), Bravo (2008) e Paim (1987), Amarante (2007),

Sobre a discussão acerca das políticas públicas, como referências teóricas destacam-se Bacelar (2003), Behring e Boschetti (2008); enquanto para as contribuições acerca dos processos avaliativos das políticas públicas, os autores utilizados são Lea Rodrigues (2016), Gussi (2019), Frey (2000), Cruz (2019) e Maria Ozanira Silva e Silva (2013).

Portanto, por se tratar de um assunto de relevância e impacto social, pretende-se que com os resultados obtidos, através da análise dos dados, fomentar e subsidiar a gestão institucional na qualificação do serviço prestado, bem como, quanto à definição de prioridades e a elaboração de estratégias e assim mensurar os fatores que podem qualificar o atendimento multiprofissional da equipe de saúde hospitalar no enfrentamento do fenômeno suicídio.

A pesquisa está organizada em 04 capítulos. O primeiro capítulo intitulado **Percorso metodológico: a perspectiva teórica da pesquisa avaliativa** traz a discussão sobre o processo metodológico da pesquisa avaliativa. No segundo capítulo, **O “fenômeno suicídio” nas discussões das pautas da política pública de saúde no Brasil**, é desenvolvida a análise do arcabouço teórico sobre o fenômeno suicídio a partir da perspectiva sócio-histórica, análise contemporânea da problemática e sua interface com a política pública de saúde no Brasil, através da discussão da trajetória da política de saúde e saúde mental no Brasil e as ações de atenção e prevenção aos suicídios consolidados no Brasil, como a constituição da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio em 2019.

O terceiro capítulo, **A assistência hospitalar às tentativas de suicídio: leitura crítica dos dados obtidos na perspectiva da avaliação em profundidade**, constitui a análise dos dados da pesquisa de campo, contemplando as percepções dos sujeitos da pesquisa, finalizando com as minhas observações enquanto pesquisadora e proposições resolutivas das dificuldades e entraves observados. Por fim, o último capítulo abrange as **considerações finais** sobre o processo avaliativo, visando trazer contribuições representativas para o enfrentamento do problema.

2 PERCURSO METODOLÓGICO: A PERSPECTIVA TEÓRICO METODOLÓGICA DA PESQUISA AVALIATIVA

A proposta avaliativa da política pública apresentada na presente dissertação foi elaborada a partir do projeto de ingresso no Curso de Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará (UFC). Apresenta uma abordagem metodológica qualitativa, fundamentada nos pressupostos da avaliação em profundidade, por meio das dimensões analíticas: análise de conteúdo, de contexto e da trajetória institucional, bem como, do espectro temporal e territorial (Rodrigues, 2008; 2011).

O estudo avaliativo contempla também a fase da pesquisa bibliográfica e documental, sobretudo, com especial relevo à pesquisa de campo, em que foram obtidos e avaliados os dados de fundamentação do referencial teórico.

Importante ressaltar que a pesquisa parte dos discursos, vivências e percepções dos sujeitos envolvidos, capazes de subsidiar a posterior análise, que comprovará ou não, o conteúdo manifestado através do processo exploratório, apresentados e discutidos nos tópicos a seguir.

2.1 Considerações sobre o campo da avaliação de políticas públicas: breves apontamentos na perspectiva contra hegemônica

Entende-se que a avaliação no âmbito das políticas públicas deve ser precedida pelo contexto histórico e socioeconômico da trajetória de construção das políticas públicas na sociedade. Silva e Silva (2013), de forma ampliada, conceitua que toda política pública envolve a articulação entre diferentes sujeitos e interesses, representada pela ação ou omissão do Estado, como forma de regular ou intervir na sociedade. Também traz a reflexão sobre a política pública enquanto resposta às pressões sociais dos diferentes atores sociais, como uma arena de diversidades e contradições.

Viana e Baptista (2012) analisam que ao tratar sobre política pública não se pode deixar de falar sobre o Estado e suas interfaces com as relações de interesses e poder intrínsecos na sociedade. Portanto, a política pública trata-se da representatividade e materialização do Estado, a qual envolve recursos, atores, arenas, ideias e negociações.

O processo de desenvolvimento das políticas públicas nos países cujo modelo econômico é o capitalismo repercute na forma como o Estado atua e intervém diante das demandas sociais. Sobre isso Viana e Baptista (2012) analisam:

[...] a depender da configuração política de um Estado, as instituições de governo serão mais ou menos sensíveis às demandas do seu eleitorado. Assim, são as características que regem o Estado que permitirão maior ou menor abertura e influência de indivíduos e grupos no processo decisório, determinando processos políticos mais ou menos democráticos (Viana e Baptista, 2012, p. 61).

O Estado, no âmbito da sociedade de classes, não desempenha suas ações de forma neutra, mas busca, sobretudo, atender aos interesses das classes hegemônicas e somente quando na necessidade da manutenção da coesão e ordem, atende, de forma limitada, os interesses das classes subalternas. Suas ações tendem à prevalência da ordem econômica. Conforme Paim (1987):

O Estado é mais que aparelho repressivo, ideológico, econômico ou burocrático. [...] Não se esgota nos seus ramos executivo, legislativo e judiciário, nem nos seus níveis federal, estadual e municipal. Expressa, na realidade, uma relação de forças sociais em constante luta pela consecução dos seus objetivos históricos (Paim, 1987, p. 46).

Fleury e Ouverney (2012) reforçam os efeitos do processo de industrialização, inerente ao modelo de produção capitalista, que desencadearam uma série de movimentos sociais no século XIX pelo reconhecimento político da pobreza e precariedade das condições materiais as quais atingia a classe trabalhadora. É nesse cenário que surge a questão social como demanda de resposta social e institucional do Estado.

Sobre o processo de luta de classes e do surgimento da questão social inerente à sociedade capitalista, Iamamoto (2001) faz a seguinte reflexão:

Foram as lutas sociais que romperam o domínio privado nas relações entre capital e trabalho, extrapolando a questão social para a esfera pública, exigindo a interferência do Estado para o reconhecimento e a legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos. Esse reconhecimento dá origem a uma ampla esfera de direitos sociais públicos atinentes ao trabalho – consubstanciados em serviços e políticas sociais [...] (Iamamoto, 2001, p. 17).

Emerge a necessidade da garantia de sistemas protetivos para regulamentação das condições de trabalho e minimização das consequências da miséria e pobreza que passa a atingir a classe trabalhadora com o processo de industrialização no cenário capitalista. O Estado, portanto, assume um sistema de proteção social que garanta mecanismos de coesão social e ao mesmo tempo fortaleça a reprodução das relações sociais e de trabalho necessários à expansão da produção capitalista (Fleury e Ouverney, 2012).

Portanto, o desenvolvimento das políticas públicas no cenário capitalista é inerente à dicotomia entre a acumulação do capital e à pauperização da classe trabalhadora, que no âmbito da correlação de forças, tende a atender de forma focalizada as demandas de subsistência da classe trabalhadora sem deixar de contribuir com o processo de acumulação capitalista.

Sobre a relação do Estado capitalista e o desenvolvimento das políticas públicas, Netto (2009), faz a seguinte reflexão:

É a política social do Estado burguês no capitalismo monopolista [...], configurando a sua intervenção contínua, sistemática, estratégica sobre as sequelas da ‘questão social’, que oferece o mais canônico paradigma dessa indissociabilidade de funções econômicas e políticas que é própria do sistema estatal da sociedade burguesa madura e consolidada. Através da política social, o Estado burguês no capitalismo monopolista procura administrar as expressões da ‘questão social’ na sociedade capitalista de forma a atender às demandas da ordem monopólica conformando, pela adesão que recebe de categorias e setores cujas demandas incorpora, sistemas de consenso variáveis, mas operantes (Netto, 2009, p. 30).

O filósofo Marx analisa como o modo capitalista se gera e reproduz em um contexto de exploração da classe da trabalhadora, ao destacar que:

[...] em vez de uma ferramenta manual, agora o capital põe o trabalhador para operar uma máquina que maneja por si mesma suas próprias ferramentas. [...] a maquinaria desde o início amplia, juntamente com o material humano de exploração, ou seja, com o campo de exploração propriamente dito do capital, também o grau de exploração (Marx, 2013, p. 567- 576).

Ainda nessa lógica exploratória, Netto (2009, p. 19) denuncia que, “[...] o capitalismo recoloca, em patamar mais alto, o sistema totalizante de contradições que confere à ordem burguesa os seus traços basilares de exploração, alienação e transitoriedade histórica [...].”

Marx (2013, p. 874) considera ainda que “[...] o pauperismo pertence aos *faux frais* [custos mortos] da produção capitalista, gastos cuja maior parte, no entanto, o capital sabe transferir de si mesmo para os ombros da classe trabalhadora e da pequena classe média”.

Diante deste contexto, as políticas sociais surgem como resultado e resposta da relação complexa entre o Estado e a sociedade, no âmbito do reconhecimento e reivindicações pela classe trabalhadora do processo contraditório e exploratório ao qual está submetida na relação desigual entre capital e trabalho. Sobre o processo regulador do Estado, Behring e Boschetti (2011) retratam que:

O Estado, então, reprimia duramente os trabalhadores, de um lado, e iniciava a regulamentação das relações de produção, por meio da legislação fabril, de outro. A luta em torno da jornada de trabalho e as repostas das classes e do Estado são, portanto, as primeiras expressões contundentes da questão social, já repleta naquele momento de ricas e múltiplas determinações. Há o movimento dos sujeitos políticos- as classes sociais [...] (Behring e Boschetti, 2011, p. 55).

Neste cenário, o desenvolvimento das políticas sociais acontece de forma gradual e em contextos diferentes entre os países. Fatores como organização da classe trabalhadora, desenvolvimento das forças produtivas e a forma do Estado em gerenciar suas respostas foram

determinantes. O final do século XIX se apresenta como o período em que o Estado capitalista assume de forma obrigatória a implementação de ações sociais sistematizadas e planejadas (Behring e Boschetti, 2011).

Inicialmente observa-se a implementação das políticas públicas pela lógica do seguro social, mas especificamente na Alemanha, a partir dos anos 1883, chamado de modelo bismarckiano, tendo como base o sistema de seguros destinados ao acesso a benefícios apenas aos trabalhadores contribuintes e seus dependentes (Behring e Boschetti, 2011).

A lógica do seguro social acaba por deixar parcela da população fora do sistema de proteção social, gerando repercussões degradantes à sociedade. Mas, como parte dos processos de crises e cílicos inerentes ao próprio capital, há o seu esgotamento, de acordo com a análise a seguir:

Essas tímidas iniciativas revelam que, ao menos até o início do século XX, as ideias liberais prevalecerão, derrotando na maior parte das vezes os humanistas, democratas, reformadores e socialistas. [...], mas isso não durou muito tempo, porque as fortes contradições daí decorrentes não tardaram a se colocar no cenário, com implicações para a política social (Behring e Boschetti, 2011, p. 67).

No período de 1929-1932, observa-se a crise do modelo de produção capitalista hegemônico, conhecido também como a Grande Depressão. Behring e Boschetti (2011) enfatizam que o enfraquecimento das bases liberais foi determinante para o processo de crise do capital, decorrente ao crescimento do movimento e luta dos trabalhadores operários e monopolização do capital, que passou a demandar grandes investimentos das empresas com empréstimos bancários, numa verdadeira fusão entre o capital bancário e o industrial.

A crise ocorrida, sobretudo, nos Estados Unidos, teve repercussão mundial e desencadeou um significativo processo de mudanças no modelo de produção do sistema capitalista para sua manutenção e reprodução das relações sociais, como analisam as mesmas autoras:

A primeira grande crise do capital, com a depressão de 1929-1932, seguida dos efeitos da Segunda Guerra Mundial, consolidou a convicção sobre a necessidade de regulação estatal para seu enfrentamento. Está só foi possível pela conjugação de alguns fatores como: a) estabelecimento de políticas keynesianas com vistas a gerar pleno emprego e crescimento econômico num mercado capitalista liberal; b) instituição de serviços e políticas sociais com vistas a criar demanda e ampliar o mercado de consumo [...] (Behring e Boschetti, 2011, p. 91-92).

Ocorre, portanto, o marco da estruturação das políticas sociais após a Segunda Guerra Mundial, em 1945, por meio de uma nova perspectiva de gestão do Estado diante do enfrentamento da crise capitalista. Shimizu e Pereira (2018) citam que o surgimento dos sistemas de proteção social também foram pressionados pelo fortalecimento da revolução

socialista da União Soviética e organização da classe trabalhadora e o que se passou a ser observado no cenário Europeu foi o desenvolvimento de um sistema de segurança social em que o Estado assume o dever de prover os mínimos sociais, contrário às concepções de acesso a direitos sociais por meio de seguros sociais.

Para Gomes (2006), o *Welfare State* pode ser definido como um novo modelo de gestão por parte do Estado através da promoção de serviços e benefícios de acesso universal tendo como finalidade a promoção da coesão entre o mercado e o atendimento às demandas sociais de modo que a sociedade possa ter melhores condições de vida para enfrentar a estrutura capitalista desenvolvida e excluente.

No entanto, ao trazer a discussão sobre a trajetória das políticas públicas no cenário brasileiro, identificam-se as suas particularidades. Conforme análise da Bacelar (2003), entre os períodos de 1920-1980, o Estado brasileiro era caracterizado pelos seus aspectos desenvolvimentista, conservador, centralizador e autoritário. O Estado se apresentava como o promotor do desenvolvimento e pela busca da consolidação da industrialização e de acumulação privada na esfera produtiva.

Diante disso, conforme Bacelar (2003), o Estado brasileiro não apresentou características de um Estado de bem-estar social, visto que assumia muito mais um papel centralizador voltado para questões econômicas, com pouca ênfase no bem-estar, deixando de assumir o papel transformador das relações da sociedade.

O Brasil passou por um longo período autoritário com o Governo Vargas e ditatorial com os governos militares no pós-64. A perspectiva autoritária e conservadora refletia na forma que as políticas públicas eram desenvolvidas. As políticas sociais se apresentavam predominantemente de forma compensatória e eram reduzidas a políticas econômicas com foco industrial e quando pensadas desconsideravam a heterogeneidade e particularidades do território brasileiro. Tradicionalmente, por meio do viés centralizador, eram construídas sem a participação da sociedade (Bacelar, 2003).

A formação socioeconômica e política do Brasil é marcada pelo forte processo exploratório colonial e pelo regime escravista, que resultaram posteriormente num capitalismo tardio, periférico e estruturalmente excluente com consequências que afetam, sobretudo, a classe trabalhadora em relação ao agravamento da pobreza, desigualdade no acesso aos direitos básicos e na precarização de políticas públicas universalistas e de cidadania. Considerando as características da trajetória das políticas públicas no Brasil, Faleiros (2004) afirma que:

Nos países pobres periféricos não existe o *Welfare State* nem um pleno *keynesianismo* em política. Devido à profunda desigualdade de classes, as políticas sociais não são de acesso universal [...] não prevalece o direito de acesso universal do cidadão aos serviços, mas um sistema clientelístico de *favores e vantagens* [...] (Faleiros, 2004, p. 28 – 31, grifo próprio).

A análise de Faleiros (2004) destaca que o Estado brasileiro não vivenciou um Estado de bem-estar social, de ampliação das políticas públicas sociais universais e melhoria na qualidade de vida da classe trabalhadora. Pelo contrário, sua trajetória histórica marcada pelo colonialismo, escravidão, clientelismo¹ e pelo capitalismo tardio provocaram, para a esmagadora maioria de trabalhadores (as), graves situações de pobreza, privação de direitos básicos e, consequentemente, ausência de políticas públicas.

Dessa forma, Silva e Silva (2013) ao destacar todo o movimento e ciclo que perpassa a constituição de uma política pública para ganhar visibilidade na agenda governamental, traz a reflexão sobre a importância da pressão social para legitimação e reconhecimento das demandas colocadas pela sociedade. Silva e Silva (2013) ressalta ainda que:

[...] uma política pública, desde a sua formulação, envolve mobilização e alocação de recursos, divisão de trabalho (tempo); uso de controles (poder); interação entre sujeitos; interesses diversos, adaptações; riscos e incertezas sobre processos e resultados; noção de sucesso e fracasso, destacando-se a relevância dos sujeitos sociais desse processo e suas rationalidades (Silva e Silva, 2013, p. 97).

Enquanto um processo contraditório e não linear, ainda sinaliza sobre os principais atores que envolvem o desenvolvimento das políticas públicas: da identificação do problema, formulação, implementação e avaliação da política, a saber (Silva e Silva, 2013, p. 98):

- a) Grupos de pressão, movimentos sociais e outras organizações da sociedade;
- b) Partidos políticos ou políticos individualmente: propõem e aprovam políticas;
- c) Administradores e burocratas: responsáveis pela administração dos programas sociais;
- d) Técnicos, planejadores e avaliadores: responsáveis pela formulação e execução dos programas;
- e) Judiciário: responsável por garantir os direitos dos cidadãos;
- f) Mídia: relevante papel no que se refere a visibilidade dos problemas sociais.

¹ A noção de clientelismo “[...] indica um tipo de relação entre atores políticos que envolve concessão de benefícios públicos, na forma de empregos, vantagens fiscais, isenções, em troca de apoio político, sobretudo na forma de voto” (Carvalho, 1997, p. 134).

A avaliação das políticas públicas no Brasil passa a ganhar destaque somente a partir dos anos 1980, em um cenário de redemocratização do Estado brasileiro e intensificação dos movimentos sociais por políticas de cidadania, universalistas e enquanto um direito social. Fatores como as críticas aos gastos elevados do dinheiro público, questionamentos sobre o desenvolvimento dos programas sociais, bem como, sobre a necessidade de atender às exigências das organizações internacionais financiadoras como condição para o repasse de recursos e racionalização dos gastos públicos também ganharam destaque quanto à avaliação das políticas públicas no Brasil (Silva e Silva, 2013).

Em uma análise crítica à trajetória da avaliação de políticas públicas no Brasil, Silva e Silva (2005, p. 108) afirma que “[...] não se constitui numa tradição sistemática [...] é motivada, primordialmente, pelo caráter fiscalizatório e policialesco, formal e burocrático”.

Com viés neoliberal, a avaliação de políticas públicas entrou na agenda governamental brasileira, sobretudo, para atender às demandas impostas pelas agências financiadoras internacionais, como o Banco Internacional para Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD) e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), que como condição para o financiamento, direcionam e controlam a aplicação dos recursos e todo o ciclo de formulação, implementação e avaliação das políticas públicas (Rodrigues, 2008).

O mesmo autor amplia a discussão ao relevar que a forma hegemônica implementada na avaliação das políticas públicas atende meramente a um caráter instrumental e que não possibilita uma análise de resultados abrangentes e aspectos críticos quanto à sua formulação e desenvolvimento.

Cruz (2019) faz a crítica à avaliação permeada pela lógica positivista por ser pragmática e desconsiderar elementos não previstos, reduzidos a obstáculos que precisam ser superados, sem propiciar espaços críticos sobre a própria política cujo avaliador é orientado pela neutralidade. Conforme acrescenta Gussi (2019) que:

[...] um modelo de avaliação de cunho técnico-formal, entendido como um modelo único e universal de avaliação, que traz em si uma proposição epistemológica funcional e positivista, bem como os contextos sociopolíticos e culturais nacionais, regionais e locais onde essas políticas se realizam, e as contradições neles inerentes (Gussi, 2019, p. 172).

Seibel e Gelinski (2012) ressaltam que a pressão por parte dos movimentos sociais pelo processo de democratização do Estado ocorre pela contestação, sobretudo, das formas generalistas e clientelistas das ações do poder público, exigindo assim novas perspectivas avaliativas. Nesse campo há divergentes vertentes sobre o processo avaliativo no âmbito das políticas públicas, as quais citam:

Para os primeiros, o motor da avaliação é a necessidade urgente de obter eficiência e ampliar a área de influência do governo com programas sociais e, ao mesmo tempo, dar retorno às autoridades no planejamento e na implantação de novas políticas. Para os outros, a avaliação é parte não apenas da aferição da eficiência dos gastos públicos, mas de todo um processo de conscientização da sociedade civil (Seibel e Gelinski, 2012, p. 125-126).

Ainda segundo Seibel e Gelinski (2012, p. 129), “[...] fica claro que a avaliação com foco nos custos privilegia a ação dos implementadores, mas perde riqueza ao negligenciar os atores e as redes que permitiram a implantação da política pública”.

Contrária às concepções avaliativas de caráter positivista, que se constituíram hegemônicas por anos, inicia-se, portanto, em meados dos anos 1980, novas perspectivas avaliativas de políticas públicas de caráter social, sobretudo, no contexto acadêmico.

Frey (2000) defende que a avaliação de políticas públicas deve considerar todas as interações sociais e institucionais na análise de determinada política pública, a qual ele denomina de “*policy network*” e considerar todos os conflitos e consensos que envolve as arenas de disputas nos processos decisórios, denominados como “*policy arena*”.

Dessa forma, será discutido no próximo tópico a perspectiva avaliativa priorizada nessa pesquisa, de cunho não-generalista e contra-hegemônico, a partir da fundamentação e eixos analíticos definidos pela avaliação em profundidade (Rodrigues, 2008).

2.2 Definição da perspectiva avaliativa priorizada na pesquisa

Segundo Silva e Silva (2013), a avaliação de políticas e programas sociais possibilita a obtenção de informações sobre as decisões, favorece a produção sobre resultados e impactos, bem como, pode apresentar-se como um instrumento de controle social por parte da sociedade.

No âmbito dos pressupostos analisados por Rodrigues (2008), a pesquisa avaliativa com base na avaliação em profundidade diverge da avaliação convencional, a qual limita a avaliação ao caráter de medir a eficiência, eficácia e efetividade da política analisada, para destacar o entendimento da avaliação enquanto um processo de “compreensão”.

Trata-se de um tipo de avaliação que busca imergir na realidade investigada e, como destaca Rodrigues (2008, p.11), a “[...] proposta de uma avaliação em profundidade implica, ainda, considerá-la como extensa, detalhada, densa, ampla e multidimensional, o que, por si só, coloca a multi e a interdisciplinaridade como condição primeira da tarefa de pesquisa”.

Em consonância, Gussi e Oliveira (2016) definem a avaliação em profundidade enquanto um processo de natureza sociopolítica e cultural que abrange as múltiplas dimensões sociais, culturais, políticas, econômicas, territoriais e envolve os diversos atores sociais ao considerar as especificidades da trajetória local e institucional da política pública avaliada. Dessa forma, Oliveira (2019) destaca que:

[...] o avaliador deve tentar compreender como os diferentes atores envolvidos concebem as políticas e entendem os seus resultados e impactos a partir de referenciais próprios de sua cultura. Nessa postura, a avaliação tende a ser multifacetada, pois contempla os vários destinatários das políticas e os significados que dão a elas, sem que se atribua a esses significados uma hierarquia de valores que tende a julgar sob o prisma de um único agente envolvido na política (Gussi e Oliveira, 2016, p. 95).

Rodrigues (2016) se utiliza dos estudos de Lejano, através do modelo experimental, para fundamentação da avaliação em profundidade, a qual propõe considerar “[...] as múltiplas dimensões da experiência e do entendimento, atentando para a complexidade dos fenômenos – seu caráter processual, contextual, dinâmico e flexível, só apreensível pelo entendimento de sua realização na prática”, Rodrigues (2016, p. 105, *apud* Lejano, 2012, p. 58).

A avaliação de políticas públicas precisa ir além da análise da política propriamente dita, através dos seus parâmetros e conteúdo legal; necessita também possibilitar avaliar contextos, processos, particularidades e resultados localizados (Rodrigues, 2008).

Nesse sentido, a perspectiva avaliativa proposta ultrapassa o modelo linear com base em análise de hipóteses e de verificação restritiva sobre suas metas e resultados ao privilegiar as percepções e discursos dos diversos atores envolvidos, possibilitando analisar aspectos gerais como questões socioeconômicas e culturais em confluência à trajetória institucional e local da política avaliada (Rodrigues, 2008).

Conforme supracitado, o processo avaliativo desse estudo, que terá como fundamentação a avaliação em profundidade, será materializado e operacionalizado pelos aportes teóricos e metodológicos com base no seguinte quadro descritivo, a qual a construção deste estudo perpassa por todos os eixos analíticos, conforme o Quadro 1:

Quadro 1- Eixos da avaliação em profundidade e o desenvolvimento da pesquisa avaliativa

Eixos analíticos da avaliação em profundidade	Desenvolvimento da pesquisa avaliativa objeto deste estudo
Análise de conteúdo da formulação da política: Formulação: objetivos, critérios, dinâmica de implantação, acompanhamento e avaliação;	Levantamento do arcabouço teórico e legal da política de saúde e saúde mental no Brasil, bem como, da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do

<p>Bases conceituais: paradigmas orientadores e as concepções e valores que os informam, bem como os conceitos e noções centrais que sustentam essas políticas;</p> <p>Coerência interna: não-contradição entre as bases conceituais que informam o programa, a formulação de sua implementação e os itens priorizados para seu acompanhamento, monitoramento e avaliação (Rodrigues, 2008, p.11)</p>	<p>Suicídio, através de documentos e legislações (leis, portarias, boletins epidemiológicos, dados estatísticos) que possibilitem analisar o processo de formulação e fundamentação da política avaliada, confluindo com aspectos sócio-históricos, políticos e econômicos.</p>
<p>Análise de contexto da formulação da política: Levantamento de dados sobre o momento político e as condições socioeconômicas em que foi formulada a política em estudo, com atenção para a articulação entre as instâncias local, regional, nacional internacional e transnacional; Apreensão do modelo político, econômico e social que sustentou a política à época de sua formulação (Rodrigues, 2008, p.11).</p>	<p>Trajetória da política de saúde e sua interface com a saúde mental e Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio no Brasil contextualizando com o cenário sócio-histórico, político, econômico e cultural brasileiro, marcos históricos responsáveis pelo desenho e materialização da política, bem como, sobre o processo de institucionalização, através de autores clássicos da área.</p>
<p>Trajetória institucional de programas e políticas: Busca-se perceber o grau de coerência/dispersão do programa ao longo do seu trânsito pelas vias institucionais; Para apreensão da trajetória institucional é fundamental a realização de entrevistas com diferentes agentes e representantes de instituições envolvidas na formulação e implementação de uma mesma política. Importante que se atente para os aspectos culturais inerentes a esses espaços institucionais e organizacionais (Rodrigues, 2008, p.12).</p>	<p>Discussão sobre a trajetória de formulação e implementação da política pública avaliada a partir da compreensão dos diversos atores envolvidos. Para tanto, será realizada a pesquisa de campo e realização de entrevistas semiestruturadas com a equipe multiprofissional responsável pela implementação das intervenções diretas e ações, ou seja, com os executores da política.</p>
<p>Espectro territorial/ temporalidade: Apreender a configuração temporal e territorial do percurso da política estudada de forma a confrontar as propostas/objetivos gerais da política com as</p>	<p>Análise da política de forma institucionalizada no âmbito territorial e local, em um sentido mais restrito e micro, considerando suas especificidades e particularidades, a qual terá como cenário</p>

especificidades locais e sua historicidade (Rodrigues, 2008, p.12).	uma unidade hospitalar de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) municipal, localizada em um município da Região Metropolitana de Fortaleza/ Ceará.
---	--

Fonte: Quadro elaborado pela pesquisadora com base em Rodrigues (2008, p. 132).

Quantos aos elementos analíticos da proposta avaliativa, a noção de trajetória defendida por Gussi, The e Pereira (2019) é de que:

[...] a política/programa não tem um sentido único e estão circunscritas a ressignificações, segundo seus distintos posicionamentos nos vários espaços institucionais (ou fora deles) que percorre, ou seja, de acordo com os seus deslocamentos na instituição ou na comunidade destinatária desta política ou programa (Gussi, Thé e Pereira, 2019, p. 4).

Nesse contexto que se fundamentará o desenvolvimento da proposta avaliativa deste estudo, que terá como abordagem metodológica a pesquisa qualitativa e que abordará a política pública compreendendo o cenário sócio-histórico, político e cultural qual foi formulada e implementada, além de dar ênfase às especificidades e trajetória institucional e local em que é materializada e vivenciada, envolvendo os diversos atores responsáveis por sua implementação como protagonistas do processo avaliativo.

2.3 Definição da abordagem metodológica da pesquisa, estratégias e técnicas de coletas de dados

Para Gil (2008), a pesquisa é definida como um processo intencional, racional e estruturado na busca de respostas, cujo objetivo é dar respostas a um problema existente. Entende-se, portanto, que pesquisar é investigar, é a possibilidade de avançar, de qualificar algo existente ou, ainda, de descobrir e produzir algo novo numa constante relação entre sujeito e objeto, provocando o surgimento e/ou o aperfeiçoamento de métodos de pesquisa.

Esta pesquisa avaliativa é fundamentada na proposta metodológica de natureza qualitativa, com alguns aportes quantitativos, em concordância com os objetivos do estudo que busca, através das percepções dos sujeitos, a compreensão e significados atribuídos à realidade, que neste estudo propõe avaliar os atendimentos às tentativas de suicídio no Hospital Municipal Doutor Aberlado Gadelha da Rocha (HMAGR), a partir das percepções dos profissionais de saúde.

Conforme Minayo (2007), a pesquisa qualitativa, no âmbito das ciências sociais, possibilita compreender questões que vão além daquilo que possa ser quantificado, através das significações, motivações, valores, percepções que estão envolvidas nos processos das relações e interações com a realidade. Conforme Minayo (2007, p. 22) “[...] a abordagem qualitativa se aprofunda no mundo dos significados. Esse nível de realidade não é visível, precisa ser exposta e interpretada, em primeira instância, pelos próprios pesquisados”.

Ainda seguindo as ideias da autora acima sobre a análise qualitativa, traz-se a discussão sobre seus princípios basilares, nos quais destaca: a experiência, vivência, ação e apresenta o verbo compreender como o principal no âmbito da experiência qualitativa. Neste contexto, o ato de compreender envolve levar em consideração as singularidades dos sujeitos que vivenciam suas subjetividades a partir de suas historicidades e trajetórias de vida inseridos nos diversos grupos da sociedade.

Além disso, explicam os autores Denzin e Lincoln (2006) que:

A palavra *qualitativa* implica uma ênfase sobre as qualidades das entidades e sobre os processos e os significados que não são examinados ou medidos experimentalmente (se é que são medidos de alguma forma) em termos de quantidade, volume, intensidade ou frequência. Os pesquisadores qualitativos ressaltam a natureza socialmente construída da realidade, a íntima relação entre o pesquisador e o que é estudado, e as limitações situacionais que influenciam a investigação. Esses pesquisadores enfatizam a natureza repleta de valores da investigação. Buscam soluções para as questões que realçam o modo como a experiência social é criada e adquire significado (Denzin e Lincoln, 2006, p. 22).

Conforme Goldenberg (2004), os dados qualitativos objetivam compreender de forma profunda certos fenômenos sociais com base no aspecto subjetivo da ação social. Contrapõem-se aos dados quantitativos, que são incapazes de dar conta da complexidade e singularidade dos fenômenos que não podem ser identificados através de questionários padronizados. Enquanto os métodos quantitativos produzem dados fechados e com intuito comparativo, os métodos qualitativos enfatizam as particularidades e significados atribuídos pelo grupo pesquisado sobre um fenômeno.

Para coleta dos elementos deste estudo, foram realizadas as pesquisas bibliográficas e documentais para obtenção de dados, índices, registros e desenvolvimento do referencial teórico que fundamentou esta pesquisa. Em consonância com Gil (2008):

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A única diferença entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa (Gil, 2008, p. 51).

O mesmo autor ainda faz referência à importância da pesquisa documental para a investigação das mudanças sociais e culturais, bem como, dos valores e costumes que estão em processo de reformulações ao longo da história da sociedade e de suas instituições.

Para o desenvolvimento da pesquisa documental, utilizei leis, decretos, portarias, documentos institucionais, protocolos e registros quanto à política estudada. O levantamento bibliográfico que materializa e fundamenta o arcabouço teórico e metodológico deste estudo, possui como fonte de pesquisa as dissertações, teses, artigos, anais de congressos e obras de autores estudiosos clássicos e contemporâneos que discutem os temas centrais do objeto da pesquisa, discutidos nos demais capítulos.

Para Minayo (2014), a pesquisa bibliográfica deve ser ampla sobre o objeto de estudo, permitindo analisar a diversidade de pontos de vista. Orienta a realizar inicialmente a compreensão da biografia consultada e em seguida a abordagem crítica sobre ela. Acrescenta que:

Na pesquisa bibliográfica se deve destacar as teses, as categorias centrais, os conceitos e as noções [...]. O exercício hermenêutico e crítico para compreensão do pensamento dos vários autores consultados é fundamental para o esclarecimento da posição a ser adotada pelo investigador que se prepara para realizar a abordagem empírica. No entanto, após o estudo dos múltiplos textos, o investigador deve construir seu próprio marco teórico (Minayo, 2014, p. 185).

A pesquisa de campo é o processo determinante do estudo, visto que é no campo que ocorre a dinamicidade das relações sociais e que possibilita a observação e vivência das experiências. Minayo (2012, p.623-624) orienta sobre “[...] ir ao campo munido de teoria e hipóteses, mas aberto para questioná-las” e acrescenta que “[...] na observação como na interlocução com os atores o investigador é um ator ativo, que indaga, que interpreta, e que desenvolve um olhar crítico”.

Portanto, no processo de imersão ao local da pesquisa, com o objetivo de avaliar e analisar a realidade a partir das experiências vividas, utilizei a entrevista semiestruturada, por meio de um roteiro previamente elaborado, e o questionário sobre o perfil profissional, como técnicas investigativas para coleta de dados.

Para Minayo (2014), a entrevista se constitui como forma privilegiada de interação social, portanto, não é distanciada das repercuções e dinamicidade das relações sociais. As autoras Minayo e Costa (2018) definem a entrevista como uma técnica que faz uso da palavra e sua análise se constitui através da reflexão a seguir:

[...] precisa incorporar o contexto de sua produção e, sempre que possível, ser acompanhada e complementada por informações provenientes da observação do

cenário em estudo [...] elementos de relações, atitudes, práticas, cumplicidades, omissões e outros elementos da vida social que marcam o cotidiano. [...] por obedecer a um guia que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador na interlocução [...] a abordagem dos entrevistados é assegurada, sobretudo, [...] para que tenham suas hipóteses ou pressupostos contemplados numa espécie de conversa com finalidade (Minayo e Costa, 2018, p. 142- 143).

A opção pela técnica da entrevista semiestruturada ocorreu, pois, segundo Minayo (2014, p. 267), “[...] facilita a abordagem e assegura, sobretudo aos investigadores menos experientes, que suas hipóteses ou seus pressupostos serão cobertos na conversa [...]”.

De acordo com Triviños (1987), a utilização da entrevista semiestruturada para o pesquisador qualitativo, que considera a participação do sujeito como um dos elementos de seu fazer científico, é um dos principais instrumentos de técnicas e métodos, por ressaltar as implicações da pessoa que fornece as informações. O autor ainda define a entrevista semiestruturada, a saber:

[...] aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (Triviños, 1987, p. 146).

Quanto à elaboração das perguntas que fundamentam a entrevista semiestruturada, para Triviños (1987) são resultados da junção da teoria de fundamentação da pesquisa utilizada pelo investigador, de todas as informações que foram obtidas sobre o fenômeno social que interessa e ainda quanto às escolhas dos entrevistados.

Essa etapa da pesquisa, teve como atores os profissionais de nível superior que compõem a equipe multiprofissional de saúde e que atuam de forma direta com o objeto do estudo proposto: assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e médicos, totalizando a realização de 08 aplicações de questionários e 08 entrevistas semiestruturadas.

O roteiro para a entrevista semiestruturada foi pensado e elaborado em consonância com objetivos propostos nesta pesquisa avaliativa destinado à análise dos processos de trabalho executados no âmbito institucional, a partir das experiências e vivências dos sujeitos envolvidos, incluindo questionamentos sobre: percepções sobre o comportamento suicida; perfil dos sujeitos atendidos; métodos/protocolos/ações preventivas desenvolvidas; condições de trabalho; percepções sobre o trabalho multiprofissional; articulação com a rede de atenção psicossocial; atendimento aos familiares; aspectos facilitadores e dificuldades enfrentadas.

Diante da proposta de analisar e traçar o perfil dos profissionais participantes, foram aplicados questionários com perguntas abertas e fechadas no momento das entrevistas. Com os

questionários obtive informações sobre a idade, sexo, estado civil, religião, profissão, titulação acadêmica, tipo de vínculo com a instituição, tempo de experiência profissional e acesso à capacitação profissional sobre o fenômeno suicídio.

A utilização do questionário ganha destaque nas pesquisas qualitativas pelo seu viés de complementaridade em relação às demais técnicas qualitativas, conforme destaca Minayo (2014, p. 268): “[...] nas abordagens qualitativas, o foco é posto na compreensão da intensidade vivencial dos fatos e das relações humanas [...]”.

O desenvolvimento das entrevistas e aplicações dos questionários ocorreram entre os meses de outubro de 2024 e novembro de 2024, após autorização institucional para realização da pesquisa através da submissão do Projeto de Pesquisa ao setor de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Caucaia/CE, com expedição da declaração de autorização para a realização da pesquisa de campo e acesso aos documentos internos e dados institucionais pertinentes ao objeto de estudo.

Importante ressaltar que a pesquisa de campo não finda com a realização das entrevistas e questionários, visto que é um processo que demanda constante aproximação com o campo para obtenção de dados, documentos e demais informações relevantes para o processo avaliativo.

No próximo tópico apresento o local da pesquisa, ou seja, o cenário no qual a política pública avaliada é implementada e vivenciada pelos diversos atores envolvidos.

2.4 O local da pesquisa

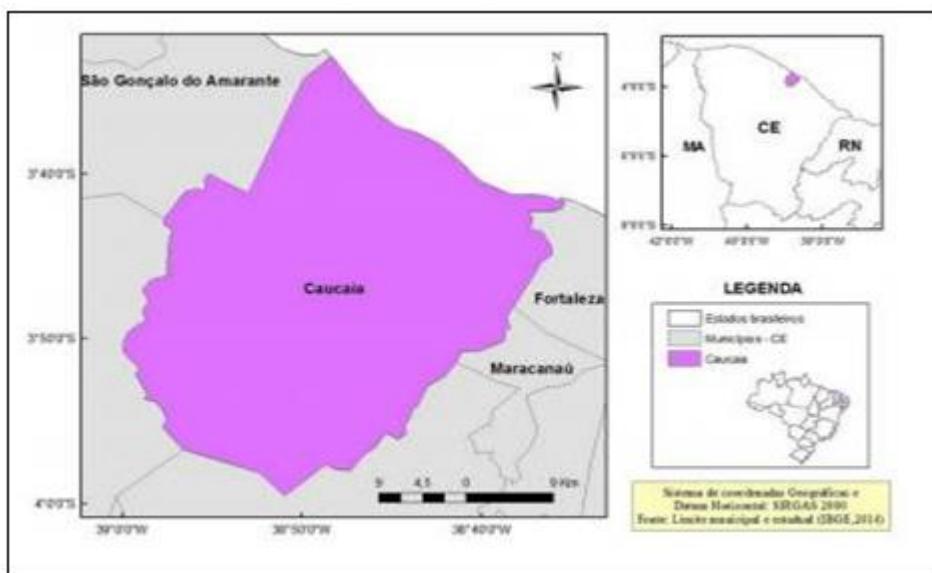
Importante destacar que a utilização do termo local para este estudo adota como base a ideia defendida por Costa (1996), que apresenta o processo de ressignificação do poder local nas últimas décadas, em que passa a ser visto como protagonista de espaços democráticos e do exercício da cidadania, por meio do surgimento de novos atores que vão entrar na arena de disputas e correlações de forças com o intuito de flexionar a agenda política da resistência ao regime autoritário.

Portanto, esta pesquisa apresenta como local o Hospital Municipal Doutor Abelardo Gadelha da Rocha (H MAGR), situado no município de Caucaia/Ceará, no qual atuo como assistente social desde o ano de 2017, como servidora efetiva, e cuja estrutura e importância será mais bem delimitada no decorrer do estudo.

Conforme dados do IBGE (2024), o município de Caucaia integra a Região Metropolitana de Fortaleza do Estado do Ceará com área territorial que equivale a cerca de

1.223,200 km² e possui um contingente populacional estimado de 375.730 de habitantes, conforme dados do IBGE (2024).

Figura 1- Limite geográfico do município de Caucaia/CE.



Fonte: Caucaia/CE. Site oficial da Prefeitura. A Geografia.

Caucaia é uma denominação de origem indígena que quer dizer “mato queimado”, “vinho queimado” ou “queimado”. O município foi fundado em 17 de outubro de 1959, quando inicialmente de Aldeia de Caucaia foi denominada de Vila Nova Real de Soure e, após a independência do Brasil, teve sua última denominação como Caucaia (Caucaia/CE. Dados do município).

Atualmente o município se apresenta como um dos principais polos turísticos do Ceará, com destaque para a Praia do Cumbuco, que é cenário da prática dos esportes de vela e kitesurf (Caucaia/CE. Dados do município).

A unidade hospitalar escolhida está localizada na Rua Paulo Gomes da Silva s/n- Parque Soledade, no município de Caucaia. Inaugurada em 1985, pertence à rede municipal pública de saúde de média complexidade e é conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Possui caráter de polo, sendo referência de atendimento, por meio de pontuação programada, para os seguintes municípios: Apuiarés, General Sampaio, Itapajé, Paracuru, Paraipaba, Pentecoste, São Gonçalo do Amarante, São Luiz do Curu e Tejuçuoca (Documento interno Carta de Serviço- HMAGR-2024).

Figura 2- Hospital Municipal Doutor Abelardo Gadelha da Rocha- HMAGR



Fonte: Jangada online, 2020.

Quanto aos serviços ofertados, abrange atendimento de urgência e emergência adulto na clínica médica, cirurgia geral, traumatologia e pediátrica. No setor de urgência e emergência, os leitos são distribuídos conforme Quadro 2 a seguir:

Quadro 2 - Distribuição dos leitos de observação e eixo vermelho no setor de urgência e emergência adulto e pediátrica - HMAGR

Setores	Quantitativo de leitos
Sala vermelha adulto	03
Sala vermelha pediátrica	02
Observação adulto	10
Observação pediátrica	03

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base no documento Carta de Serviço- HMAGR (fevereiro/2024).

As unidades de internação dispõem de 109 leitos ativos distribuídos conforme as especialidades supracitadas e ainda 10 leitos de terapia intensiva, conforme o Quadro 3:

Quadro 3- Distribuição dos leitos de enfermaria e UTI nas unidades de internação- HMAGR

Unidades	Quantitativo de leitos
Enfermaria de clínica médica	26

Enfermaria de cirurgia geral	25
Enfermaria traumatólogica	33
Enfermaria pediátrica	15
Unidade de terapia intensiva (UTI)	10

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base no documento Carta de Serviço- HMAGR (fevereiro/2024).

No ano de 2024 foram realizados 91.441 atendimentos emergenciais no setor de urgência e emergência adulto e 34.958 atendimentos emergenciais no setor de urgência e emergência pediátrico. Quanto às internações no ano de 2024, chegaram a 5.109 entre as especialidades: clínica médica, traumatólogia, cirurgia geral, pediatria e UTI (Documento interno: Indicadores de Produção – ano 2024).

Conforme mencionado, a escolha por este local para o desenvolvimento da pesquisa ocorreu, sobretudo, pela minha aproximação enquanto servidora pública integrante da equipe multiprofissional que presta atendimento direto à população usuária, defensora da política pública de saúde universal e integral como direito social e dever do Estado e pela minha inquietação pelo processo investigativo enquanto pesquisadora discente do MAPP/UFC.

De forma breve foi apresentado o cenário da pesquisa e ao longo do processo avaliativo serão desenvolvidas análises quanto à trajetória institucional e do espectro territorial, as quais possibilitarão confrontar a base geral da política estudada com as especificidades local e institucional, a partir da aproximação e imersão no local da pesquisa e com os sujeitos envolvidos, conforme preconizado pelos preceitos da avaliação em profundidade (Rodrigues, 2008).

2.5 Os sujeitos envolvidos: critérios para seleção da amostra

Minayo (2007) destaca que o universo de significações representa parte da realidade social através das representatividades e intencionalidades expressas nos discursos através do processo de pensar e interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

Portanto, os sujeitos da presente pesquisa avaliativa foram pensados com o intuito da efetivação dos objetivos propostos, os quais para amostra deste estudo foram selecionados os profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional, envolvidos no atendimento direto às diversas demandas do cotidiano institucional, sobretudo, quanto ao atendimento às demandas que envolvem o comportamento suicida, o qual essa pesquisa possui como objeto.

Para tanto, utilizei como critérios de escolha os profissionais de saúde de nível superior, sem distinção de vínculo empregatício, mas preferencialmente com vínculo efetivo, com recorte de 02 profissionais por categoria representativa, apresentando como amostra dos sujeitos da pesquisa o total de 08 profissionais entrevistados.

Outro critério observado se trata do setor de atuação desses profissionais na instituição pesquisada, com destaque para os que atuam nos setores de urgência e emergência adulto e pediátrica, por ser o local inicial de acolhimento, considerado como a principal “porta de entrada” dos atendimentos, conforme Quadro 4 a seguir:

Quadro 4- Amostra dos sujeitos da pesquisa

Categoria profissional	Quantitativo de profissionais	Setor de atuação
Assistente social	02	Urgência e emergência adulto/ pediátrica e enfermarias
Psicólogo (a)	02	Urgência e emergência adulto/ pediátrica e enfermarias
Enfermeiro (a)	01	Urgência e emergência adulto
Enfermeiro (a)	01	Urgência e emergência pediátrica
Médico (a)	01	Urgência e emergência pediátrica
Médico (a)	01	Urgência e emergência adulto

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Quanto à participação dos sujeitos na pesquisa, ressalta-se que foi precedida da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual os garante que a participação não trará complicações legais, nem de qualquer outra natureza, visto a finalidade exclusivamente acadêmica/científica, bem como, assegurando sigilo de suas identidades (Doc. em anexo – apêndice).

Quanto aos critérios de exclusão, para esta pesquisa avaliativa foram excluídos os profissionais com menos de seis meses de exercício profissional na instituição, em razão da pouca vivência no local da pesquisa, e profissionais de nível médio, como técnicos de enfermagem, que mesmo estando na linha de frente do cuidado, não será possível abranger as percepções dessa categoria profissional neste estudo.

Importante salientar que por tratar-se de um atendimento emergencial em que o processo, do acolhimento inicial à alta hospitalar, em geral, ocorre com brevidade, através das articulações e dos encaminhamentos para outros serviços da rede de atenção psicossocial ou

para unidades hospitalares especializadas, destaca-se como entrave o desenvolvimento da avaliação proposta incluindo também as percepções dos sujeitos atendidos e/ou seus familiares, o que justifica a avaliação ocorrer de forma mais restrita nesse sentido, não alcançando todos os sujeitos envolvidos no processo de atendimento.

2.6 Método de análise dos dados

A metodologia para análise dos dados obtidos foi realizada a partir da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011), definida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2011, p.42).

Ainda conforme Bardin (2011, p. 43-44), “[...] a análise de conteúdo trabalha a palavra, quer dizer, a prática da língua realizada por emissores identificáveis [...] procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça”.

Desta forma, através da manipulação das mensagens qualitativamente obtidas permeada pela análise e expressão dos seus conteúdos é possível compreender a realidade para além de concepções impostas (Bardin, 2011).

Minayo (2014, p. 308) retrata que a análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos, “[...] visa ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica ante a comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou resultados de observação”.

Diante disso, Bardin (2011), destaca que para o desenvolvimento da análise de dados, a partir da análise de conteúdo, propõe as seguintes fases elencadas:

- a) pré-análise, que se constitui na organização e preparação do material e documentos obtidos com base nos objetivos propostos;
- b) exploração do material, que se trata da parte de codificar e categorizar o material colhido na pesquisa;
- c) tratamento dos dados, inferência e interpretação, que se configura na fase da materialização dos conteúdos e resultados a partir dos dados colhidos por meio de categorias de análise dialogando com o arcabouço teórico defendido e embasado no estudo.

Na fase de **pré-análise**, foi desenvolvida a preparação dos dados coletados na pesquisa através da transcrição das entrevistas, bem como, da organização dos dados quantitativos obtidos na pesquisa documental. Posteriormente foi realizada uma leitura flutuante, assim definida por Bardin (2011), que permitiu uma primeira aproximação ao conteúdo e análise geral do material, bem como, identificação dos temas recorrentes, deixando-me invadir por impressões e orientações.

Quanto à **exploração do material**, consistiu na codificação dos dados e na categorização das unidades de análise, as quais permitiram a construção de categorias significativas e relacionadas aos objetivos propostos na pesquisa destacadas no capítulo 4.

Na etapa final, correspondente ao **tratamento dos resultados e interpretação**, os dados foram analisados com base no referencial teórico previamente adotado, estabelecendo-se relações entre as categorias identificadas. Esse momento permitiu não apenas descrever os conteúdos encontrados, mas também interpretá-los criticamente, evidenciando as implicações, percepções e significações presentes no discurso dos sujeitos.

Em síntese, a utilização da análise de conteúdo de Bardin (2011) permitiu uma compreensão sistematizada das informações obtidas, respeitando a natureza qualitativa dos dados, permitindo realizar interlocuções com os dados quantitativos obtidos, contribuindo para a produção de conhecimento crítico e fundamentado no contexto do problema de investigação.

2.7 Procedimentos éticos

Para o desenvolvimento da pesquisa avaliativa, o projeto de pesquisa, o roteiro da entrevista semiestruturada e questionários aplicados foram submetidos à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e/ou Conselho Nacional de Saúde (CONEP), através da inscrição na “Plataforma Brasil”, responsável pela avaliação ética de pesquisas que envolvem seres humanos, no entanto, até a presente data de defesa desta dissertação ainda sem a emissão do parecer (Folha de rosto. Em anexo - Apêndice).

Para o processo de inscrição foi solicitada a autorização institucional, por meio do Setor de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Caucaia, para realização da pesquisa de campo e acesso aos documentos, registros e dados referentes ao objeto da pesquisa, tendo parecer favorável para o desenvolvimento da pesquisa no Hospital Municipal Doutor Abelardo Gadelha da Rocha (Documento em anexo – Apêndice).

Destarte, no próximo capítulo será analisado o comportamento suicida, enquanto um fenômeno social e, sobretudo, como uma questão de saúde pública que demanda intervenções e ações de promoção e prevenção por parte do poder público e da sociedade civil.

3 O “FENÔMENO SUICÍDIO” NAS DISCUSSÕES DAS PAUTAS DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo será discutido o comportamento suicida enquanto um fenômeno complexo e multifatorial, que não pode ser determinado e explicado a partir de um único olhar. Desta forma, sem desconsiderar as questões e concepções individuais e psíquicas que envolvem o fenômeno, este estudo partirá de uma perspectiva que analisa as dimensões sociais, as estruturas sociais e as relações de poder, bem como, enquanto uma demanda de saúde pública que exige investimentos e intervenções preventivas do poder público e da sociedade civil.

3.1 O suicídio enquanto um fenômeno sócio-histórico

O fenômeno suicídio historicamente é tratado a partir de uma perspectiva individual e moral. Para este estudo se busca deslocar o foco para uma questão coletiva e com influências sociais. Émile Durkheim, apesar de ser um sociólogo positivista, iniciou a discussão sobre o fenômeno suicídio no âmbito das Ciências Sociais. Desta forma, em sua obra clássica “O suicídio”, de 1897, analisa as relações entre indivíduo e sociedade, enfatizando o suicídio como um fato social e o define como “[...] todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado” (Durkheim, 2019, p.14).

Durkheim (2019) analisa que na interação do indivíduo com a sociedade o grau de coesão social em que as diversas culturas e agrupamentos sociais passam a ser determinantes para os índices de suicídio em cada período histórico, ou seja, quanto mais coesos fossem os processos de sociabilidade, os índices de suicídio tenderiam a diminuir. Conforme análise de Vares (2017) sobre o interesse de Durkheim em investigar o fenômeno suicídio na perspectiva sociológica, tal abordagem partiu da hipótese de que:

[...] a sociedade determina a triste decisão da pessoa de dar fim a sua existência. Com efeito, o olhar sociológico de Durkheim se direciona não para a ação isolada deste ou daquele indivíduo, mas para a média de suicídios no interior de uma sociedade determinada (Vares, 2017, p. 15).

Botega (2015) analisa que a Revolução Industrial foi determinante para as profundas mudanças sociais, ocorridas a partir do século XIX. Retrata que Durkheim quando levanta a reflexão sobre a coesão social, remete sobre os novos papéis exercidos pelas instituições sociais:

Família, Estado e a Igreja, as quais deixaram de exercer o papel de integração social após a Revolução Social.

Portanto, Durkheim (2019) analisa os elementos e influências coletivas que envolvem o fenômeno suicídio. Ao defini-lo enquanto um fenômeno social considera suas motivações sociais, como discorre a seguir:

De fato, se, em vez de enxergá-los apenas como acontecimentos particulares, isolados uns dos outros e cada um exigindo um exame à parte, considerarmos o conjunto dos suicídios cometidos numa determinada sociedade durante uma determinada unidade de tempo, constataremos que o total assim obtido não é uma simples soma de unidades independentes, uma coleção, mas que constitui por si mesmo um fato novo e *sui generis*, que tem sua unidade e sua individualidade, por conseguinte sua natureza própria, e que, além do mais, essa natureza é eminentemente social (Durkheim, 2019, p. 17).

Minayo (1998, p. 425) argumenta que a “[...] hipótese de Durkheim é que, se em lugar de olharmos para o suicídio como algo isolado, o virmos como um fato social, nele teremos inúmeras informações sociais e culturais, devendo, portanto, ser tratado de forma coletiva [...]”.

Segundo Minayo (1998, p. 423) o suicídio é um fenômeno universal presente desde as sociedades antigas e que acompanha a própria história da humanidade, visto que “[...] não há sociedade conhecida, sem o suicídio, assim como não há sociedade sem lei e sem crime”.

Conforme Durkheim (2019, p. 19-24), sobre a prevalência dos suicídios nas sociedades, “cada sociedade se predispõe a fornecer um contingente determinado de mortes voluntárias”, ou seja, “cada sociedade tem, portanto, em cada momento de sua história, uma disposição definida para o suicídio”.

Em seu estudo, o mesmo autor ainda examina as causas sociais que envolvem o suicídio e classifica os diversos tipos de suicídio como: suicídio egoísta, suicídio altruísta, suicídio anômico e suicídio fatalista, os quais seriam resultados das deficiências das relações e processos de socialização.

Durkheim tipificou o fenômeno suicídio “[...] baseado no grau de desequilíbrio de duas forças sociais: *integração social e regulação moral*” (Durkheim, *apud* Teixeira, 2002, p. 151). O pressuposto central da análise de Durkheim é de que “[...] a taxa de suicídio varia em função de algumas circunstâncias sociais [...] de que o grau de integração e regulação de uma sociedade determina tipos de suicídio” (Durkheim, *apud* Vares, 2017, p. 23).

Desta forma, observa-se que Durkheim categoriza as influências de certas características sociais, como idade, sexo, religião, estado civil, local de vivência para explicar as determinações sociais que influenciam o ato suicida.

Como problema moral, o suicídio egoísta seria resultado da fragilidade da integração social de uma dada sociedade, ou seja, do não pertencimento às instituições ou grupos sociais importantes para vida social (família, amigos, comunidade, etc.). Tipo de suicídio que pode ser observado nas sociedades modernas em que há o imperativo do individualismo e distanciamento social. Nas palavras de Durkheim (2019, p. 258-259), “[...] o eu individual se afirma excessivamente diante do eu social e às expensas deste último, poderemos dar o nome de egoísta ao tipo particular de suicídio que resulta de uma individualização descomedida”.

Durkheim analisa questões como religião, família, comunidade e acontecimentos políticos para justificar a prevalência do suicídio, ao comparar os índices de suicídio entre católicos e protestantes, entre solteiros e casados e até mesmo em períodos de grandes acontecimentos históricos como guerras e revoluções (Durkheim, *apud* Vares, 2017).

Conforme Durkheim (2019):

O egoísmo não é apenas um fator auxiliar dele; é sua causa geradora. Se nesse caso, o vínculo que liga o homem à vida se solta, é porque o próprio vínculo que o liga à sociedade se afrouxou. Quanto aos incidentes da vida privada, que parecem inspirar imediatamente o suicídio e que passam por ser suas condições determinantes, na realidade são apenas causas ocasionais. Se o indivíduo cede ao menor choque das circunstâncias, é porque o estado em que a sociedade se encontra faz dele uma vítima sob medida para o suicídio (Durkheim, 2019, p. 266-267).

Quanto ao suicídio altruísta seria resultante dos excessos trazidos pelo sentido de coletividade. Esse tipo está presente geralmente nas sociedades mais tradicionais, em que há sobreposições hierárquicas e moralistas. Ao contrário do suicídio egoísta, a consciência coletiva e moral estabelecida seriam fatores que justificavam o ato suicida, portanto, se “[...] uma individualização excessiva leva ao suicídio, uma individualização insuficiente produz os mesmos efeitos” (Durkheim, 2019, p. 269).

Fundamentando o seu estudo, Durkheim (2019) retrata que nas sociedades mais primitivas as viúvas cometiam suicídio decorrente da morte dos maridos, os soldados do exército, por questão de honra e obediência e até mesmo os clientes ou servos cometiam o suicídio com a morte dos seus chefes ou superiores, ao afirmar que: “[...] se o homem se mata, não é porque se arroga o direito, mas, o que é bem diferente, *porque tem dever*. Quando falta a essa obrigação, é punido pela desonra e também, na maioria das vezes, por castigos religiosos” (Durkheim, 2019, p. 272).

Nesse contexto, Vares (2017) analisa que ao atender os imperativos sociais impostos, o suicida nega sua individualidade por um preceito coletivo, o qual considera um

bem maior. Ainda sobre suicídio altruísta, Silva (2017, p. 104) fundamenta que “a lealdade e a abnegação, [...] - de sua ordem, suas regras, sua moral e suas hierarquias - influenciam o suicídio tanto quanto o desligamento de relações com o coletivo”.

O suicídio anônimo, denominado por Durkheim, seria resultado da fraca regulação exercida pela sociedade. Durkheim reflete que as taxas de suicídio aumentam quando na existência de crises, sobretudo, quando afetam a questão econômica (Durkheim, 2019).

Comum nas sociedades modernas, Vares (2017) ressalta que o suicídio anônimo tem influência em momentos de grandes mudanças na sociedade, em períodos de recessão, decorrente das crises sociais, e até em momentos de prosperidade.

Na concepção de Durkheim (2019) a sociedade representa um importante papel na regulação social e que diante de intensas alterações pode haver diferentes formas de lidar com as novas situações, portanto, seria necessário restaurar a coesão social e o bom funcionamento da sociedade. O que importa é que o indivíduo se sinta pertencente ao todo, e viva em harmonia nesse contexto, visto que:

[...] o homem tem de característico é que o freio ao qual está submetido não é físico, mas moral, ou seja, social. (...) quando a sociedade é perturbada, seja por uma crise dolorosa ou por transformações favoráveis, mas por demais repentinhas, ela fica provisoriamente incapaz de exercer essa ação; e daí provêm as bruscas ascensões da curva de suicídios (Durkheim, 2019, p. 320).

Por fim, a análise que Durkheim apresenta em sua obra reforça que o fenômeno suicídio é consequência das relações sociais, com causas externas ao indivíduo. Defende que os imperativos sociais e morais são determinantes para os índices de suicídio, mas não nega a sociabilidade e modelo produtivo e econômico vigente.

Karl Marx (2006), em sua obra intitulada “Sobre o suicídio”, publicada em 1846, desenvolve sua análise, considerações e tradução do capítulo “*Du suicide et des ses causes*” referente aos escritos de Jacques Peuchet, arquivista da polícia francesa, que remete uma crítica à sociedade francesa.

Marx (2006, p. 21) tem a intenção de apontar “[...] as contradições e os contrassensos da vida moderna, não apenas nas relações entre classes específicas, mas também em todos os círculos e configurações da hodierna convivência”. Neste sentido, explica que o suicídio seria um dos males da sociedade burguesa moderna, a partir de sua estrutura e forma que se materializa na realidade. Contrário às concepções positivistas, fundamenta que os índices de suicídio possuem relação com o modo de produção capitalista, cuja sociabilidade deposita nos indivíduos a responsabilidade por seus insucessos, conforme questiona a seguir:

Que tipo de sociedade é esta, em que se encontra a mais profunda solidão no seio de tantos milhões; em que se pode ser tomado por um desejo implacável de matar a si mesmo, sem que ninguém possa prevê-lo? Tal sociedade não é uma sociedade; ela é, como diz Rousseau, uma selva, habitada por feras selvagens (Marx, 2006, p. 28).

E continua dizendo que “[...] o suicídio elimina a pior parte da dificuldade, o cidadão ocupa-se com o resto. Somente com uma reforma de nosso sistema geral de agricultura e indústria pode-se esperar por fontes de recursos e por uma verdadeira riqueza” (Marx, 2006, p. 50). Portanto, de forma crítica, questiona os imperativos contraditórios de controle do modo produtivo, de como as demandas sociais são atendidas, das relações sociais desiguais que são impostas e de como a sociedade capitalista banaliza o ser social a favor do capital.

Marx (2006, p. 23-24) reforça sua análise ao afirmar que “[...] o número anual dos suicídios, aquele que entre nós é tido como uma média normal e periódica, deve ser considerado um sintoma da organização deficiente de nossa sociedade”, ou melhor, “[...] sintoma de uma sociedade doente, que necessita de uma transformação radical”.

Nesse contexto, Marx (2006, p.29), afirma que “o suicídio não é mais do que um entre os mil e um sintomas da luta social geral”, fruto das contradições inerentes da sociedade capitalista que repercute na vida social e privada dos indivíduos, ao fazer a seguinte reflexão:

Antes de tudo, é um absurdo considerar antinatural um comportamento que se consuma com tanta frequência; o suicídio não é, de modo algum, antinatural, pois diariamente somos suas testemunhas. O que é contra a natureza não acontece. Ao contrário, está na natureza de nossa sociedade gerar muitos suicídios [...] (Marx, 2006, p. 25).

Marx, em sua obra, analisa a sociedade francesa da época, no processo de consolidação e maturação do capitalismo, e sua influência nas condições de vida, sobretudo, da classe trabalhadora inserida no sistema produtivo. Reflete como essa classe é tratada e como o fetichismo do capital busca mascarar e esconder os malefícios do sistema econômico imposto.

Na crítica à sociedade capitalista ao levar em consideração as decorrências do sistema econômico de produção vigente, que resulta na miséria, nas altas taxas de desemprego, na exploração da classe trabalhadora e agravamento das injustiças e desigualdades sociais, Marx (2006, p. 17) destaca que “se conduz para uma crítica da natureza desumana do seu modo de existência, evidenciando a presença de mecanismos opressivos para além do aspecto econômico”.

Desta forma, o suicídio se apresentaria como um fato intrínseco à sociedade moderna e é evidenciado como os seus preceitos éticos e morais atingem as diversas classes sociais, “[...] incluindo todos os seus profundos e múltiplos aspectos opressivos. A natureza

desumana da sociedade capitalista fere os indivíduos das mais diversas origens sociais" (Marx, 2006, p. 17-18).

Em sua obra, Marx, apresenta histórias de vida que são reflexos da sociedade moderna e de como repercutem na vida social e privada dos indivíduos, através do impulsionamento de valores morais construídos socialmente.

O primeiro caso conta a história de uma mulher jovem que cometeu o suicídio em 1816, por afogamento no rio Sena, após passar uma noite anterior ao casamento com o noivo e ser recebida pelos pais de forma indiferente e com insultos. Marx retrata como o abuso de autoridade e o patriarcado repercutiam na vida, sobretudo, das mulheres.

Sobre esse caso, Marx (2006) diz:

As pessoas mais covardes, as mais incapazes de se contrapor, tornam-se intolerantes assim que podem lançar mão de sua autoridade absoluta de pessoas mais velhas. O mau uso dessa autoridade é igualmente uma compensação grosseira para o servilismo e a subordinação aos quais essas pessoas estão submetidas, de bom ou de mau grado, na sociedade burguesa (Marx, 2006, p. 32).

O segundo caso retrata a história de uma mulher que era mantida em cárcere privado pelo seu marido, como sua propriedade. Diante da situação e desespero comete o suicídio. Marx (2006, p.41) chega à conclusão que "o ciumento necessita de um escravo; o ciumento pode amar, mas o amor é para ele apenas um sentimento extravagante; o ciumento é antes de tudo um proprietário privado".

O terceiro caso também retrata a história de uma mulher de 18 anos que, grávida, tenta realizar um aborto, mas comete o suicídio diante dos valores morais sobre sua honra, pois viveria sob julgamentos e estigmas que recaiam sob a mulher na época. O quarto caso seria de um homem que após perder o trabalho cometeu o suicídio, decorrente ao sentimento de inutilidade enquanto provedor da família. Neste sentido, Marx (2006) ressalta que:

Entre as causas do suicídio, contei muito frequentemente a exoneração de funcionários, a recusa de trabalho, a súbita queda de salários, em consequência de que as famílias não obtinham os meios necessários para viver, tanto mais que a maioria delas ganha apenas para comer (Marx, 2006, p. 48).

Observa-se que na análise dos quatro casos, Marx além de ressaltar como os valores sociais e éticos da sociedade moderna repercutem na vida privada, seja através do machismo, da opressão e patriarcado, expressa de modo geral sua crítica à estrutura social, de como a sociedade capitalista está constantemente produzindo contradições que influenciam nas altas taxas de suicídio, pois são capazes de desencadear nos indivíduos sentimentos de renúncia sobre

suas próprias vidas. Portanto, o suicídio seria um dos males dessa sociedade opressora, como afirma a seguir Marx (2006):

Como se explica que apesar de tantos anátemas, o homem se mate? É que o sangue não corre do mesmo modo nas veias de gente desesperada e nas veias dos seres frios, que se dão o lazer de proferir todo esse palavrório estéril. O Homem parece um mistério para o Homem; sabe-se apenas censurá-lo, mas não se o conhece. Quando se veem a forma leviana com que as instituições, sob cujo domínio a Europa vive, dispõem do sangue e da vida dos povos, a forma como distribuem a justiça civilizada com um rico material de prisões, de castigos e de instrumentos de suplício para a sanção de seus desígnios incertos; quando se vê a quantidade incrível de classes que, por todos os lados, são abandonadas na miséria, e os párias sociais, que são golpeados com um desprezo brutal e preventivo, talvez para dispensar-se do incômodo de ter que arrancá-los de sua sujeira; quando se vê tudo isso, então não se entende com que direito se poderia exigir do indivíduo que ele preserve em si mesmo uma existência que é espezinhada por nossos hábitos mais corriqueiros, nossos preconceitos, nossas leis e nossos costumes em geral (Marx, 2006, p.26-27).

Revela que no processo de sociabilidade, a qual perpassa pelo modo de produção capitalista, há a prevalência da dominação, individualismo, opressão e exploração e que o suicídio, portanto, seria reflexo dessas relações sociais. Desta forma, Marx, em seus estudos, defende a transformação radical da sociedade capitalista para a superação dos seus malefícios. Assegura ainda que:

Cada indivíduo está isolado dos demais, é um entre milhões, numa espécie de solidão em massa. As pessoas agem entre si como estranhas, numa relação de hostilidade mútua: nessa sociedade de luta e competição impiedosas, de guerra de todos contra todos, somente resta ao indivíduo ser vítima ou carrasco. Eis, portanto, o contexto social que explica o desespero e o suicídio. A classificação das causas do suicídio é uma classificação dos males da sociedade burguesa moderna, que não podem ser suprimidos [...] sem uma transformação radical da estrutura social e econômica. (Marx, 2006. p. 16)

Por fim, observa-se que tanto Marx quanto Durkheim analisam o suicídio como um fenômeno social, no entanto, com particularidades. Segundo Rodrigues (2009, p. 703), “[...] Durkheim partiu do exterior para atingir o interior. Marx, por sua vez, parte da análise da vida privada para realizar uma crítica social contundente”.

Durkheim analisa o suicídio a partir da compreensão da sociedade, apesar de não o compreender enquanto fruto das contradições desta, bem como, não defender a superação da sociedade capitalista. Apresenta a coesão social e a manutenção da ordem social como ideia central no controle das taxas de suicídio, visto que considera o suicídio enquanto reflexo de uma anomalia social, ou melhor, desordem social.

Marx realiza a crítica radical ao modo de produção capitalista, defendendo a necessidade de superação e transformação dessa sociedade e dos valores morais constituídos e

impostos e da sociabilidade que responsabiliza os indivíduos pelos seus fracassos e contribuem para o ato suicida, sendo considerado um fenômeno intrínseco à natureza da sociedade.

No próximo tópico será discutido como o comportamento suicida se apresenta na sociedade contemporânea. De forma crítica, pretende-se trazer reflexões sobre como o sistema capitalista possui relação com o sofrimento psíquico da sociedade, na qual o suicídio se apresenta enquanto expressão da questão social.

3.2 O comportamento suicida na sociedade contemporânea: o que o cenário nos revela?

O comportamento suicida na sociedade contemporânea revela as múltiplas faces de uma problemática que requer ações coletivas da sociedade civil e do poder público através das políticas públicas, mas que ainda é carregado de tabus e preconceitos.

Para Bahia *et al.* (2017) o suicídio pode ser definido como uma autoviolência com intencionalidade de causar a própria morte. Conforme Krug *et al.* (2002, p.183), o fenômeno suicídio trata-se de um ato em que o indivíduo passa a “[...] pensar em acabar com a vida até o desenvolvimento de um plano para cometer o suicídio e conseguir os meios de realizá-lo, ou seja, tentando se matar até finalmente realizar o ato”.

Segundo estudos da Organização Mundial de Saúde (2001, p.36), o “suicídio resulta de um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal”.

Os estudos contemporâneos, bem como, documentos epidemiológicos do Ministério da Saúde, (MS, 2024), reiteram a complexidade do comportamento suicida por envolver interações de diversos determinantes, conforme análise a seguir:

O suicídio emerge de uma complexa interação de determinantes, tanto individuais quanto coletivos que abrangem aspectos biológicos, psíquicos, sociais, culturais e econômicos. A literatura destaca vários determinantes para o suicídio relacionados à saúde mental e a perspectivas socioculturais (Brasil, 2024, p. 01).

Sobre as denominações, materializam-se sob as formas de *ideação suicida*, que seria a presença ativa de pensamentos e planejamento de efetivar o suicídio; pela *tentativa de suicídio*, na qual se configura com um ato de autolesão com a intenção de causar a própria morte, mas em que não ocorre a consumação do suicídio; além do *suicídio consumado*, conhecido como um ato de matar a si mesmo (Conselho Regional de Psicologia do DF, 2020).

Conforme Minayo (2005), o suicídio é um fenômeno complexo e universal. Sua historicidade passa por análises de senso comum que o considera como um desvio de

comportamento, como uma questão religiosa (falta de fé) e afrontamento aos princípios religiosos, enquanto a maioria das teorias contemporâneas o comprehende como consequência de questões psíquicas e, para algumas correntes filosóficas, como um ato de suprema liberdade.

Conforme o MS (2024), na última década, o Brasil enfrentou um crescimento preocupante nos índices de suicídio, com taxas que variam entre as diferentes regiões e grupos demográficos. Em 2021 houve mais de 15,5 mil suicídios, equivalente a uma morte a cada 34 minutos, colocando o suicídio como a 27^a causa de morte no Brasil.

A nível global, relata o MS (2024) que o suicídio se apresenta como a quarta causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos e, no Brasil, como a segunda principal causa de morte de adolescentes de 15 a 19 anos e como a quarta principal entre jovens de 20 a 29 anos.

Dados do MS (2024), ainda destacam a estimativa de que para cada morte por suicídio há vinte tentativas e que em média de cinco a seis familiares e/ou pessoas próximas vivenciam consequências emocionais, sociais e econômicas.

Ainda conforme análise MS (2024), estima-se que cerca de 90% das pessoas que cometeram suicídio apresentavam algum transtorno mental diagnosticável, sendo os mais prevalentes os transtornos afetivos e por abuso de substâncias.

O cenário atual e a análise dos dados epidemiológicos trazem à tona a reflexão sobre como os valores e a estrutura da sociedade contemporânea influenciam e intensificam os índices de suicídio. Bahia *et al.* (2017, p. 2842) destaca que “o *suicídio fatal* se encontra entre as dez principais causas de óbito no mundo atingindo principalmente jovens e jovens adultos, o que tem impacto social, econômico, familiar, comunitário e nas sociedades”.

Diante disso, o autor Júnior (2020) destaca que os últimos estudos evidenciam que além dos fatores de risco, como a presença de transtorno mentais, depressão, uso de álcool e outras drogas, há evidências da relação direta com o contexto socioeconômico, o qual perpassa pelo aumento da desigualdade social, precarização das relações de trabalho e privação de acesso à renda, bem como, a falta de investimentos do Estado em políticas de saúde mental.

Apesar de alguns estudos trazerem a discussão sobre a influência dos fatores sociais, Machado (2014) ressalta que ainda há a prevalência da discussão como uma problemática individual e psiquiátrica. Portanto, pensar em intervenções limitadas a esses últimos fatores podem trazer mudanças pouco evidentes aos índices de comportamentos suicidas analisados no contexto atual. Faz-se necessária a implementação de políticas públicas que considerem a multicausalidade desse fenômeno e reconheçam os determinantes sociais associados.

O fenômeno suicídio enquanto uma expressão da questão social, que se encontra intrinsecamente relacionada à sociedade capitalista, apresenta-se como reflexo das contradições produzidas por essa sociedade, através da divisão social de classes e do modo de produção exploratório e gerador das desigualdades sociais, em que há de um lado a concentração de riqueza para uma parcela mínima da população em detrimento do aumento da pobreza de grande parte da população. Sobre a gênese da questão social, Iamamoto (2001) analisa que:

[...] a ‘questão social’ expressa a *banalização do humano*, resultante de indiferença frente à esfera das necessidades das grandes maioria e dos direitos a elas atinentes [...] é inerente à sociedade de classes e seus antagonismos, envolvendo uma arena de lutas políticas e culturais contra as desigualdades socialmente produzidas, com o selo das particularidades nacionais. A gênese da ‘questão social’ encontra-se no caráter coletivo da produção e da apropriação privada do trabalho, de seus frutos e das condições necessárias à sua realização. E, portanto, indissociável da emergência do trabalhador livre, que depende da venda de sua força de trabalho para a satisfação de suas necessidades vitais. Trabalho e acumulação são duas dimensões do mesmo processo (Iamamoto, 2001, p. 37-38).

Enraizada na contradição entre o capital e o trabalho, entre a classe trabalhadora e burguesia, a questão social não se refere somente às desigualdades sociais produzidas pelo modo de produção capitalista, mas também pela resistência e busca do reconhecimento político pela classe trabalhadora quanto às suas demandas sociais e de subsistência, para além de ações de caridade e de repressão.

A respeito disso, Iamamoto (2001, p.17) diz que a questão social também “[...] tem a ver com a emergência da classe operária e seu ingresso no cenário político, por meio das lutas desencadeadas em prol dos direitos atinentes ao trabalho, exigindo o seu reconhecimento como classe pelo bloco do poder, e, em especial pelo Estado”.

As múltiplas expressões da questão social presentes na sociedade capitalista se materializam e são percebidas na realidade cotidiana através da retração de acesso aos direitos sociais, da precarização do trabalho, do desemprego estrutural, da privação de acesso à renda e de acesso aos bens e serviços públicos, da banalização da vida e das relações sociais, no processo de culpabilização dos indivíduos pela situação a qual vivenciam, dentre outros fatores, que agravam o nível de sofrimento de grande parte da população. Para Machado e Santos (2012):

[...] a pobreza aumenta o risco de suicídio pela exposição a fatores “suicidogênicos” como desemprego, estresse causado por problemas financeiros, instabilidade familiar, doença física, alcoolismo, violência e problemas mentais. A privação contextual pode impactar no comportamento individual, reforçando sentimentos de desesperança pela constatação de que os indivíduos do seu entorno compartilham as mesmas dificuldades. Comunidades com altos níveis de privação também tendem a apresentar

alto nível de fragmentação social, que também é fator de risco para o suicídio (Machado e Santos, 2012, p.52).

Portanto, as relações sociais e econômicas produzidas pela sociedade capitalista repercutem no processo de socialização e na vida cotidiana e psíquica da população. O desemprego, a pobreza e as relações flexíveis e instáveis do trabalho, em que há uma forte substituição do trabalho humano pelo tecnológico (máquina), bem como, da intensificação da exploração e precarização das relações, são percebidos como fatores de risco ao suicídio.

Dantas *et al.* (2023) reiteram essa discussão ao trazerem como os valores produzidos pela sociabilidade atingem os indivíduos até mesmo em suas subjetividades, a saber:

[...] é consenso na área da suicidologia que o comportamento suicida advém do sofrimento humano, em várias expressões. Assim, reitera-se que esse sofrimento possui cunho histórico concreto e não surge unicamente como experiência particular ou de modo espontâneo na psiquê dos sujeitos, decorre, antes de tudo, das relações intersubjetivas com o outro e a realidade social, que são permeadas por questões de poder e dominação em sociedades patriarcais, racistas, sexistas e cismáticas (Dantas *et al.*, 2023, p. 1474).

O ser social é reduzido à coisa, é descartável, inserido em um contexto competitivo e constantemente é colocada em risco a sua subsistência e da sua família através da instabilidade e flexibilidade impostas nas relações de trabalho na contemporaneidade. Sobre a relação entre as relações de trabalho e suicídio, Antunes e Praun (2015) trazem a seguinte análise:

O suicídio é a expressão radicalizada da deterioração das condições de trabalho sob a vigência da gestão flexível. Ele é todo o sofrimento que o cerca encontram espaço para se desenvolver na medida em que o trabalhador se vê diante de uma organização do trabalho voltada para o controle acentuado de sua atividade, sob condições de trabalho em que as margens para a autonomia e o improviso, mesmo que bastante já limitadas na fase anterior do capitalismo, tenham sido gradativamente eliminadas. Uma organização do trabalho que oscila o tempo todo entre o discurso de valorização e o controle físico e mental extremados (Antunes e Praun, 2015, p.415).

O trabalho, no âmbito da sociedade capitalista, é tomado como manobra para sua manutenção e reprodução. O trabalhador passa a vender sua força de trabalho em troca de um salário para garantia de sua subsistência. Ele não se reconhece naquilo que produz, o sentido do trabalho lhe é estranho e há imposições para que tenha acesso à própria produção.

O trabalhador, portanto, não possui controle dos processos produtivos, ou seja, é alheio àquilo que ele mesmo produz. Sobre o processo de desumanização e mercantilização das relações de trabalho, Marx (2004) revela que:

A efetivação do trabalho tanto aparece como desefetivação que o trabalhador é desefetivado até morrer de fome. A objetivação tanto aparece como perda do objeto que o trabalhador é despejado dos objetos mais necessários não somente à vida, mas também dos objetos do trabalho. Sim, o trabalho mesmo se torna um objeto, do qual

o trabalhador só pode se apossar com os maiores esforços e com as mais extraordinárias interrupções. A apropriação do objeto tanto aparece como estranhamento que, quanto mais objetos o trabalhador produz, tanto menos pode possuir e tanto mais fica sob o domínio do seu produto, do capital (Marx, 2004, 80-81).

Diante disso, nessa lógica, o trabalhador é reduzido à mercadoria para o capital e explorado em todas as dimensões da sua vida. O sistema capitalista se reproduz na medida que acumula riquezas, sendo o ser humano o meio para consumação de sua finalidade, na qual não consideram suas necessidades vitais, anseios e sentimentos importantes ao pleno desenvolvimento do ser social.

Como consequência do trabalho alienado, Antunes (2008) considera que:

[...] se por um lado, podemos considerar o trabalho como um momento fundante da vida humana, ponto de partida no processo de humanização, por outro lado, a sociedade capitalista o transformou em trabalho assalariado, alienado, fetichizado. O que era uma finalidade central do ser social converte-se em meio de subsistência. A força de trabalho torna-se uma mercadoria, ainda que especial, cuja finalidade é criar novas mercadorias e valorizar o capital. Converte-se em meio e não primeira necessidade de realização humana (Antunes, 2008, p. 03).

Ainda sobre as mudanças que o modo de produção capitalista injetou na sociedade, faz-se necessário refletir, sobretudo, nas alterações dos valores produzidos socialmente que determinam o modo de agir e pensar dos indivíduos. A vida social dos indivíduos é determinada pelas relações materiais impostas pelo sistema, que limitam a consciência de classe e a busca pela emancipação. Seguindo a reflexão de Marx (2008):

[...] na produção social da própria existência, os homens entram em relações determinadas, necessárias, independentes de sua vontade; essas relações de produção correspondem a um grau determinado de desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. A totalidade dessas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência. O modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; ao contrário, é o seu ser social que determina sua consciência (Marx, 2008, p. 47).

Observa-se a intrínseca relação entre trabalho e adoecimento mental, condicionadas às constantes alterações nas relações contemporâneas de trabalho através do processo de retração dos direitos trabalhistas conquistas, das novas formas de contratação que causam instabilidade e insegurança, como também agravam o processo de exploração e precarização, forçando-as a desenvolver estratégias de sobrevivência individuais, questões estas que não se limitam aos processos de trabalho, mas que avançam para as relações interpessoais, familiares e na participação social dos indivíduos. Sobre essa questão, Dejours (2015) considera que:

[...] a organização do trabalho exerce, sobre o homem, uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições, emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos, e uma organização de trabalho que os ignora. Esse sofrimento, de natureza mental, começa quando o homem, no trabalho, já não pode fazer nenhuma modificação na sua tarefa no sentido de torná-la mais conforme às suas necessidades fisiológicas e a seus desejos psicológicos- isso é, quando a relação homem-trabalho é bloqueada (Dejours, 2015, p. 173).

Ainda para explicar as influências das relações sociais impostas com o comportamento suicida na sociedade contemporânea, da relação estreita entre fatores socioeconômicos com o bem-estar psíquico e social dos indivíduos, que perpassa pela vivência de frustrações, ciclos de violência e violação de direitos, sentimentos de privação e estresse, Alves (2008) analisa que:

[...] o estresse é a doença universal da sociedade toyotizada. É uma síndrome que atinge corpo e mente e que expressa o caráter totalitário e totalizante das novas implicações objetivas (e subjetivas) da produção do capital. O estresse é sintoma epidemiológico do sócio-metabolismo da barbárie e das novas condições da produção do valor. É decorrente do espírito do toyotismo que exige, no contexto de um novo patamar de racionalização do trabalho, a “captura” da subjetividade do trabalho, capaz de operar os novos dispositivos técnico-organizacionais da produção de mercadorias (Alves, 2008, p. 172-173).

O trabalho sob a lógica do capital e diante das diversas transformações e intensificação em massa dos processos exploratórios, se manifesta como potencializador do adoecimento mental e físico do trabalhador, conforme analisa Silva (2013) ao destacar que:

O resultado dessa flexibilização da jornada de trabalho, nos aspectos quantitativo e qualitativo, tem sido o aumento do número de acidentes do trabalho e principalmente de doenças ocupacionais, as quais têm conduzido, inclusive, a mortes e até suicídios relacionados ao estresse laboral (Silva, 2013, p.137).

Para Berenchtein Netto (2003, p. 138), “[...] tanto o significado, quanto o sentido do suicídio estão complexamente relacionados com a totalidade da vida de determinada sociedade em um dado momento histórico”. Ainda segundo Berenchtein Netto (2003), o fenômeno suicídio é construído socialmente a partir das significações que se revelam na sociedade e, ao analisar a sociedade capitalista, retrata que:

[...] o seu sentido é mediado pelos significados dominantes, sendo o mais importante deles a ideia de *indivíduo*, que possui um corpo que é entendido como propriedade privada, como indicado por Marx, e com isso, cada indivíduo ser o único e exclusivo responsável pelo seu corpo, ou seja, pela sua vida. Isso leva as pessoas a um individualismo excessivo materializando a falsa ideia de livre arbítrio, que aliena o homem (Berenchtein Neto, 2003, p. 139).

Recentemente, conforme Júnior (2020), a sociedade mundial vivenciou a maior crise sanitária, econômica, social e política do século XXI, decorrente ao período pandêmico

do coronavírus ou COVID-19, em que ficaram evidentes as contradições, desigualdades e fragilidades da sociedade capitalista. Além das milhares de mortes causadas, a pandemia revelou e intensificou os problemas existentes na sociedade.

Como reflexo do cenário pandêmico e seus efeitos na sociedade contemporânea, Júnior (2020) retrata que:

[...] a questão da desigualdade social ressurge com força ao debate público. Os cenários socioeconômicos que se desenham para o futuro, preveem o aumento do desemprego, da pobreza e da fome, em diferentes regiões do planeta. Além do mais, o imensurável sofrimento causado pelas milhares de mortes da pandemia e as incertezas com o futuro, trazem novas e desafiadoras demandas para as políticas de saúde mental (Júnior, 2020, p. 18).

O estudo realizado pela Fiocruz analisou os reflexos e consequências da pandemia COVID-19 nos índices de suicídio no Brasil. Como resultado desse estudo, foi publicado o artigo *Excess suicides in Brazil: inequalities according age groups and regions during the Covid-19 pandemic* (Excesso de suicídios no Brasil: desigualdades segundo faixas etárias e regiões durante a pandemia de Covid-19) no periódico International Journal of Social Psychiatry, em 2022.

Conforme Orellana *et al.* (2024), os dados registraram que entre março de 2020 e fevereiro de 2022, foram notificados 29.295 suicídios no Brasil. Foi observado o aumento das taxas nas regiões Norte e Nordeste, consideradas socioeconomicamente mais vulneráveis e um aumento substancial de suicídio entre mulheres de 30 a 50 anos do Norte e Nordeste.

Ainda segundo Orellana *et al.* (2024), houve aumento nas taxas de suicídios de 26% em homens da região Norte na faixa etária de 60 anos ou mais, bem como, em mulheres da região Norte na faixa etária de 30 a 59 anos em dois períodos bimestrais consecutivos. Excesso de suicídios de 40% também foi observado em mulheres na faixa etária de 60 anos ou mais da região Nordeste.

Pelo que nos relata Moreira e Guimarães (2024), também foi observado que, em 2022, os adolescentes passaram a apresentar uma probabilidade 21% maior de suicídio. Mudanças sociais e a pandemia de COVID-19 também influenciaram essas tendências.

Ressalta-se que a maioria dos estudos se limitam a analisar os períodos entre os anos 2020 e 2021. Neste sentido, faz-se necessário analisar a evolução das taxas por períodos mais longos, visto que segundo o MS (2024, p.14) o “[...] suicídio pode não surgir como uma consequência imediata de um contexto adverso, mas como o desfecho de um processo mais longo [...]”.

Sobre os fatores que podem ter agravado os índices de suicídio no contexto pandêmico, o MS (2024) ainda analisa que:

Discute-se que, em um primeiro momento, as restrições impostas para o controle da disseminação da covid-19 podem ter estreitado a convivência familiar, contribuindo para um ambiente de suporte, bem como para a maior vigilância familiar sobre pessoas depressivas e com ideias suicidas. Paralelamente, essas restrições, somadas ao medo de adoecer, podem ter afetado a busca por atenção em saúde mental, reduzindo o acesso aos serviços de atenção psicossocial. Redução de acesso à atenção psicossocial, incertezas produzidas pelo avanço da pandemia, redução de atividades sociais, insegurança econômica, perda de emprego e renda, adoecimento, perda de familiares e intensificação de conflitos familiares são situações e contextos que contribuem para o adoecimento psíquico, especialmente entre indivíduos mais vulneráveis, como aqueles portadores de transtornos mentais preexistentes e os enlutados (Brasil, 2024, p. 14-15).

Uma análise geral sobre os efeitos da pandemia COVID-19, realizada pela Fiocruz (2022), revela que além das milhares de mortes diretas, tal contexto trouxe repercussões nos excessos de mortes indiretas, como o suicídio. O que evidencia a necessidade de analisar o suicídio para além de um problema de saúde individual e abre espaço para a discussão sobre a relação direta com as desigualdades econômicas e de precarização dos serviços sociais e de saúde pública.

O cenário contemporâneo também traz à tona a forte relação entre jogos de apostas, com destaque para os virtuais, e o impacto na saúde mental. Os jogos se apresentam como produto da sociedade capitalista e estão em intensa discussão atual sobre sua repercussão social, na qual se apresenta como dinâmica complexa entre consumo, endividamento e saúde mental, evidenciando aspectos do capitalismo contemporâneo.

O uso excessivo e de forma compulsiva desses jogos pode levar ao isolamento social, danos financeiros, estresse, ansiedade, impactos emocionais, inclusive, ao risco de pensamentos suicidas. Os jogos, através do intenso marketing nas redes sociais, tornam seus usuários vulneráveis às promessas de ganhar dinheiro de forma online e rápida, na comodidade dos seus lares, impactando, sobretudo, os mais vulneráveis economicamente.

Pesquisa da XP Investimentos (2024) registrou que os jogos de apostas faturaram mais de R\$100 bilhões no ano de 2023, representando aproximadamente 1% do PIB brasileiro. E que 20% do orçamento de famílias em situação de vulnerabilidade social é destinado às apostas.

A OMS reconhece o uso abusivo de jogos de apostas, virtuais e de azar (também conhecido como ludopatia ou jogo patológico) como um problema de saúde classificado como “transtorno do jogo” (CID-11 6C50). De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), o transtorno do jogo (TG) é um distúrbio comportamental caracterizado por um padrão

persistente e problemático de jogo, que leva a prejuízos significativos na vida social, ocupacional ou financeira da pessoa. Segundo Khatib (2024), estima-se que cerca de 2 milhões de brasileiros enfrentem problemas relacionados à ludopatia.

Sobre a repercussão do jogo patológico na saúde mental e social, Oliveira *et al.* (2008) destacam que:

Jogo patológico vem sendo considerado uma dependência comportamental semelhante à dependência química. [...] Danos financeiros, legais, médicos e psicológicos relacionados ao jogo patológico estão documentados na literatura. Sabe-se que jogadores patológicos cometem atos ilegais para sustentar a atividade, apresentam índices mais elevados de divórcio, sofrem de distúrbios cardiovasculares, alergia, problemas respiratórios, transtornos do sistema nervoso, perturbações de sono, problemas de coluna, problemas orais ou dentais, obesidade, cansaço crônico, gripes e resfriados, enxaquecas, dores gástricas e outros sintomas físicos. A associação abuso de álcool e outras drogas com jogo patológico é bastante relatado. Comorbidade com transtorno de humor também é frequente entre jogadores patológicos, havendo inclusive estudos que procuram identificar fatores genéticos. Depressão associada a jogo patológico é corriqueira, sendo alto o risco de suicídio (Oliveira *et al.*, 2008, p. 544-545).

Em 2024, através da Portaria nº 1.207, de 29 de julho de 2024, os jogos de apostas online (bets) foram regulamentados no Brasil. Observa-se que as redes sociais viraram cenário de divulgação em massa dos jogos de apostas (bets), atingindo de forma rápida milhares de usuários das redes.

Um estudo do Banco Itaú, publicado em 13 de agosto de 2024, registrou que nos últimos 12 meses os brasileiros tiveram um prejuízo que soma cerca de 24 bilhões de reais com as plataformas de apostas online, (Banco Itaú, 2024). O Brasil ainda apresenta poucos dados epidemiológicos que caracterizem os índices associados aos casos de tentativas de suicídio e suicídio consumado com o transtorno do jogo. Desta forma, a escassez de estudos sobre a problemática dificulta a implementação de políticas públicas de enfrentamento sobre as especificidades da realidade brasileira.

No mais, os dados epidemiológicos gerais citados neste tópico refletem a realidade concreta e a urgência de medidas preventivas ao suicídio de forma ampla e biopsicossocial. Nos próximos tópicos será discutido o fenômeno suicídio e sua interface com a política pública de saúde e as medidas de proteção e prevenção assumidas e consolidadas no Brasil.

3.3 O comportamento suicida e sua interface com a política pública de saúde no Brasil

A saúde no Brasil teve um processo histórico que perpassa pelo próprio processo de formação sócio-histórica do Brasil enquanto Estado. Mas, quais caminhos foram percorridos para a saúde se tornar uma política pública enquanto um direito social e universal?

É preciso resgatar que, segundo Baptista (2007), as primeiras ações destinadas à saúde pública ocorreram no período colonial com a chegada da Família Real ao Brasil, em 1808, cuja intenção seria de manter parte da população produtiva saudável, visto que precisariam de mão de obra para os seus interesses econômicos. Antes da chegada da Família Real, diante do processo de diversidade racial presente no Brasil desde a colonização, em que se observava a presença de portugueses, imigrantes europeus, e sobretudo, índios e negros escravos se utilizavam dos conhecimentos terapêuticos e culturais nos tratamentos das doenças.

Assim, conforme Baptista (2007), as primeiras ações de saúde pública no Brasil Colônia foram: saneamento das cidades, sobretudo, as portuárias e o controle e observação das doenças e doentes, conforme destaca a seguir:

A preocupação maior era a saúde da cidade e do produto; a assistência ao trabalhador era uma consequência dessa política. Nesse sentido, algumas campanhas voltadas para os trabalhadores começaram a ser implementadas, mas ainda eram pouco resolutivas, como a quarentena- afastamento por quarenta dias do doente do ambiente que habita e circula-, principal estratégia utilizada para evitar a propagação de doenças entre os trabalhadores, sem uma preocupação mais efetiva com o tratamento do doente (Baptista, 2007, p. 32).

No período apoós a Proclamação da República, em 1889, e após a abolição da escravatura no Brasil, em 1888, por meio do modelo campanhista e sanitarista, cujo ator de destaque seria o médico Oswaldo Cruz, buscou-se intervir nas epidemias urbanas e, somente posteriormente, nas localidades rurais. Modelo este autoritário e repressivo (Luz, 1991).

Baptista (2007) retrata que a intensificação de medidas voltadas para saúde só ocorreu pela necessidade da manutenção de mão de obra indispensáveis no processo de produção, como retrata:

[...] a lavoura do café e toda a base para armazenamento e exportação do produto, dependentes do trabalho assalariado, necessitava cada vez mais de mão de obra, e as epidemias que se alastravam entre os trabalhadores, devido às péssimas condições de saneamento, prejudicavam o crescimento da economia (Baptista, 2007, p. 35).

Nesse contexto, as medidas de controle à saúde foram intensificadas visto que as epidemias prejudicavam o desenvolvimento da economia. O viés sanitarista transformou-se em um problema de polícia, desencadeando diversas revoltas populares. Uma política higienista que culpabilizava os mais pobres pelos surtos e epidemias de doenças enquanto um problema individual e de maus hábitos.

No Brasil, segundo Bravo (2008), a intervenção estatal ocorre somente a partir dos anos 1930, em que surge como reivindicação da classe operária trabalhadora. Anterior a esse período, apesar do surgimento de iniciativas no campo da saúde pública, as ações eram voltadas para a vigilância do exercício profissional através de campanhas limitadas.

Conforme Baptista (2007), a partir dos anos 1920, as ações de saúde pública passam a ser expandidas a nível federal. Em 1923, com a Lei Eloy Chaves, foram implementadas medidas de acesso à saúde para os trabalhadores, através da criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Dentre os benefícios estavam a assistência médica e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio-funeral.

Sobre as ações de saúde desse período no Brasil, Bravo (2008) analisa que:

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966 (Bravo, 2008, p. 04).

Portanto, em relação ao sistema público de saúde, a partir de Paiva e Teixeira, (2014), o Brasil vivia em um contexto de duplicidade entre a oferta de serviços através da medicina previdenciária e a saúde pública. A medicina previdenciária atendia a saúde individual dos trabalhadores formais, aqueles trabalhadores urbanos inseridos nos Institutos de Pensões. Quanto à saúde pública, sob uma perspectiva preventiva, buscava garantir acesso, sobretudo, à zona rural e aos setores mais pobres da população.

No entanto, mesmo em um cenário de avanços no acesso à assistência à saúde, observa-se, nesse período, que grande parte da população brasileira, sobretudo, crianças, idosos, indivíduos fora do mercado de trabalho, trabalhadores da área rural ou inseridos em outras categorias não seguradas continuavam dependendo de ações filantrópicas para acesso à saúde.

No período da Ditadura Militar, conforme Baptista (2007), ocorre a unificação dos Institutos de Assistência e Proteção Social (IAPS), em 1966, com a constituição de um Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). No entanto, a unificação acabou por centralizar o poder no Estado, prejudicando os interesses dos trabalhadores beneficiários:

[...] a unificação levou à centralização do poder dos Iaps no Estado e ao afastamento dos trabalhadores das decisões a serem tomadas. Com isso, fortaleceu-se a tecnocracia e reforçaram-se as relações clientelistas do Estado, como a troca de favores, a barganha de interesses e o jogo de benefícios para os aliados do poder (Baptista, 2007, p. 41).

E ainda de forma crítica, Baptista (2007) destaca a realidade da saúde pública vivenciada no período ditatorial:

[...]o investimento na área de saúde pública foi precário, doenças antes erradicadas voltaram, doenças controladas apareceram em surtos epidêmicos, o saneamento e as políticas de habitação populares foram desprezados, aumentou a pobreza e, principalmente, a desigualdade social (Baptista, 2007, p. 82).

No contexto da Ditadura Militar, houve rompimento de qualquer ação concreta de mudança pela construção de um sistema de saúde para todos, diante de maiores investimentos ao setor privado, como denunciam Paiva e Teixeira (2014):

[...] as políticas de saúde dos governos militares buscaram incentivar a expansão do setor privado. Com esse objetivo, ampliaram a compra de serviços pela previdência e facultaram incentivos fiscais às empresas, para a contratação de companhias privadas ou cooperativas de médicos que prestassem serviços de saúde aos seus funcionários [...]. Os definidores dessas políticas objetivavam também a privatização de parte dos serviços médicos estatais, então considerados inadequados por não serem lucrativos (Paiva e Teixeira, 2014, p.17-18).

Bacelar (2003) destaca que entre os anos 1920 e 1980, o Estado brasileiro apresentava como características os aspectos conservador, autoritário e centralizador e que não houve no cenário brasileiro a experiência de um Estado de bem-estar social, mas sobretudo, a prevalência de um Estado desenvolvimentista com o foco no desenvolvimento econômico e industrial, o que não possibilitou mudanças na estrutura social. Qualquer medida de intervenção de cunho social era implementada de forma subalterna ao contexto econômico.

Na contramão dessa realidade, a partir do surgimento de novos atores sociais que foram protagonistas e impulsionaram os diversos movimentos sociais a favor do movimento de redemocratização do Brasil e defesa do regime democrático, inicia-se um processo de implementação das políticas públicas sociais e de cidadania, materializadas com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

É nesse contexto que o protagonismo da sociedade civil organizada se apresentou como ator fundamental para a criação de um sistema de seguridade social brasileiro, que se constitui como um conjunto de políticas públicas de proteção social, abrangendo saúde, assistência social e previdência social. Sobre o movimento de redemocratização do Brasil, Costa (1996) destaca que:

[...] são estes novos atores que vão flexionar a agenda política da resistência ao regime autoritário, deslocando para o nível das estruturas de poder local o debate sobre o tema da democracia. É a partir de suas demandas que os espaços e as estruturas de poder local passam a ser vistos como arenas de disputas entre atores distintos, espaços de virtualidades transformativas, quebrando a imagem homogênea do poder local que

terminava favorecendo as elites locais ao identificá-las com a história e a vida das localidades (Costa, 1996, p. 115).

Novos movimentos impulsionaram e deram visibilidade às demandas que instituíram o tripé: democracia, descentralização e participação popular. Tais fatores impulsionaram uma ressignificação da imagem do local, que antes era visto como um espaço de negatividade e de controle, de relações de favores e coronelistas para uma perspectiva de possibilidades e de transformação local através da participação e do controle social, (Costa, 1996).

Carvalho (2013) retrata que entre os atores que impulsionaram os processos democráticos e de implementação da política de saúde no Brasil destacam-se: os movimentos sociais, através dos movimentos populares, das associações de bairros e vilas e a Igreja Católica; as universidades, sobretudo através do curso de medicina; e o processo formativo que buscava a aproximação com a realidade local e partidos partidários progressistas, como o MDB, que iniciaram a partir dos anos 1970 a travar resistência ao regime ditatorial e que, portanto, todos tinham em comum a defesa à saúde.

Como resultado das discussões, o movimento conhecido como Reforma Sanitária, ganha destaque a busca pela reestruturação da saúde no Brasil e consolidação de uma política pública de saúde, enquanto um direito social e de acesso universal. Sobre o movimento de Reforma Sanitária, Trabuco e Santos (2015) resgatam que:

[...] era constituído apenas por um conjunto de intelectuais e técnicos, porém no decorrer de sua trajetória foi recebendo reforço de integrantes de lutas específicas que estavam deflagradas na sociedade civil no mesmo período, dentre elas os sindicatos, partidos e associações. Nesse sentido, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi caracterizada como um movimento pela democratização da saúde, que deixou de ser interesse apenas de técnicos e assumiu uma dimensão política, e tornou-se uma luta em favor das classes. (Trabuco e Santos, 2015 p. 03).

Tendo como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e o movimento de Reforma Sanitária e materializada na Constituição Federal de 1988, por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a política de saúde passa a ser legitimada enquanto direito universal, de acesso integral aos níveis de complexidade e, sobretudo, garantida como dever e responsabilidade do Estado. Sobre esse processo, Bravo (2008), retrata que:

A politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias. A 8ª Conferência foi o acontecimento mais importante nesta direção (Bravo, 2008, p. 11).

Contrária à concepção biomédica, na qual enfatiza a relação saúde e doença, a política pública de saúde instituída em 1988, de forma ampliada, passa a abranger os determinantes e condicionantes que interferem na incidência da saúde da população em geral. Aspectos esses que resultam das condições de acesso à alimentação, moradia, renda, educação, emprego, lazer, meio ambiente, saneamento básico, transporte e acesso aos bens e serviços públicos essenciais, conforme art. 3º da Lei Orgânica de Saúde (1990). Dessa forma, a saúde passa a ser percebida através de fatores sociais, econômicos, culturais, psicológicos e étnicos/raciais e se relaciona com as diversas políticas públicas que assegurem proteção social, acesso aos direitos e à renda.

Nesse contexto, o conceito sobre *saúde* definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), parte da perspectiva contrária à ausência de doença, para o conceito ampliado definido enquanto um estado de pleno bem-estar físico, mental e social.

A participação e controle social no âmbito das políticas públicas ganham destaque, seja através dos arcabouços teóricos e jurídicos que passam a nortear as suas formulações ou através dos discursos daqueles que fazem a gestão e implementação da política pública. Mas que participação é essa? Eis um questionamento relevante que se coloca, sobretudo, quando se trata do SUS.

Carvalho (1998) analisa que o Brasil apresenta em seu contexto histórico, socioeconômico e político a predominância do caráter privatista, autoritário e centralizador. No entanto, a partir dos anos 70, com a intensificação dos movimentos de resistência às imposições do Estado e sua forma de gestão, atores sociais que eram excluídos foram construindo seus lugares no processo participativo, na busca do direito a ter direitos. Portanto, a gestão participativa não significa apenas participar, mas, sobretudo, conforme Carvalho (1998):

[...] explicitar diferenças e conflitos, disputar na sociedade os critérios de validade e legitimidade dos interesses em disputa, definir e assumir o que se considera como direitos, os parâmetros sobre o que é justo e injusto, certo e errado, permitido e proibido, o razoável e o não razoável, significa superar posturas privativas e corporativas e construir uma visão plural de bem público (Carvalho, 1998, p. 14).

É nesta dimensão que, através da Lei nº 8.080/90, instituída como Lei Orgânica da Saúde, ocorre a regulamentação do SUS, que traz em seus princípios e diretrizes além da descentralização e regionalização da rede de atenção à saúde, a participação da comunidade nos processos decisórios e de controle, espaços materializados através da constituição de fóruns, conselhos, conferências, dentre outros espaços coletivos de participação e decisão.

A saúde de uma população e os níveis de acesso e qualidade se expressam através da relação Estado e sociedade. Portanto, a construção de uma política de saúde perpassa por essa relação e pelas respostas e responsabilidades assumidas pelo Estado.

No entanto, a política de saúde proposta pela Constituição Federal de 1988 é colocada em risco na sociedade contemporânea neoliberal. O processo de redirecionamento do papel do Estado assumido a partir dos anos 1990, com a adesão ao modelo neoliberal, tem ameaçado o princípio da universalização do SUS, pela sobreposição das políticas privatistas, bem como, como analisa Bravo (2008, p. 13), “[...] tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação”.

A política de saúde no Brasil, portanto, perpassa pela forte presença da lógica privatista e de retração dos investimentos com as políticas sociais públicas como característica do modelo econômico neoliberal, que ameaça os princípios e diretrizes garantidos em lei. É no âmbito dessa correlação de forças que o SUS ainda se configura como uma política pública universal e de dever do Estado, apesar da intensa retração e precarização nos investimentos.

Botega (2015) resgata que somente a partir dos anos 1990 o fenômeno suicídio passou a ser considerado um problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio da divulgação de dados e estudos sobre os índices crescentes de suicídio, incentivou e recomendou que os países passassem a desenvolver estratégias de intervenção e prevenção ao suicídio. Ainda segundo Botega (2015):

Respondendo aos números crescentes de suicídio ocorridos na década de 1990 e ao incentivo da Organização Mundial da Saúde, 28 países idealizaram e implantaram planos nacionais de prevenção ao suicídio. Outros, de forma mais tímida, entre os quais o Brasil, publicaram diretrizes gerais que não chegaram a se configurar em um plano nacional com ações estratégicas voltadas para a prevenção (Botega, 2015, p. 27).

Apesar de entrar na pauta das discussões de forma recente, o fenômeno suicídio se apresenta e já é consolidado como uma importante questão de saúde pública na contemporaneidade. A política pública de saúde se tornou a protagonista na proteção e prevenção ao comportamento suicida no Brasil, que será mais bem discutido nos tópicos a seguir.

3.3.1 A saúde mental no Brasil: entre o enclausuramento e a desinstitucionalização

A trajetória da saúde mental no Brasil perpassa por diversas concepções e, sobretudo, pela dicotomia entre recolher e acolher. Louco, assim era intitulado o indivíduo que vivenciava processos de sofrimento, adoecimento ou transtorno mental. A ideia da loucura atravessava questões que envolviam além do estigma e preconceitos, práticas violentas, higienistas e voltadas para reclusão, as quais excluíam tais sujeitos totalmente da vida em sociedade e de qualquer forma de cuidado. Conforme Amarante e Torre (2001):

[...] ocorre a retirada da loucura da cidade e do horizonte da convivência social. A loucura é excluída da possibilidade de participação no pacto social, nas relações sociais, selando uma espécie de morte social para os sujeitos considerados alienados ou doentes mentais. Ou seja, é o asilo como nova instituição para os loucos, espécie de laboratório privilegiado de experimentação e verdadeira “estufa” de observação do novo objeto de conhecimento (a “alienação mental”), que permite o nascimento e desenvolvimento de uma ciência da loucura, inicialmente chamada de medicina mental e, mais tarde, de clínica psiquiátrica. (Amarante e Torre, 2001, p. 1092).

Como retrata Scaramussa *et al.* (2009), o modelo manicomial inicia no Brasil com a chegada da Família Real, no início do século XIX. É implementada uma política higienista voltada para atender aos interesses das relações comerciais e econômicas, nas quais se exigia um maior controle social. Os loucos passaram a ser retirados e isolados em locais próprios, sendo inaugurado o primeiro hospício, Pedro II, no Rio de Janeiro em 1852.

Scaramussa *et al.* (2009) destaca que dos anos 1930 aos anos 1970, a psiquiatria se voltava a buscar a “cura” das doenças mentais. O asilamento se tornava cada vez mais frequente e as medidas de tratamento caracterizavam-se por práticas violentas com o uso de eletrochoques e lobotomia e, mais precisamente na década de 50, inicia-se o uso das medicações antipsicóticas.

Sobre as ações voltadas para saúde mental no Brasil até os anos 70, Scaramussa *et al.* (2009) faz a seguinte reflexão:

[...] percebemos que a Política de Saúde Mental em vigor no Brasil, até a década de 1970, era essencialmente privatizante, hospitalocêntrica e reprodutrora de estereótipos a respeito do paciente psiquiátrico e de seu tratamento. Tal situação, em especial o encarceramento, levava a consequências como: perda de vínculos afetivos, afastamento da participação da vida social e afrouxamento dos laços familiares (Scaramussa *et al.* 2009, p. 01).

Diante deste cenário, na década de 1970, após várias denúncias de maus-tratos que aconteciam nos hospitais psiquiátricos, surge o Movimento da Luta Antimanicomial, com bandeiras de lutas que perpassam pela desinstitucionalização, a desospitalização e a superação das práticas desumanas realizadas nos diversos hospitais psiquiátricos.

Tais instituições violavam a autonomia, o direito à liberdade e à identidade desses sujeitos. O movimento criticava o modelo de cuidado hospitalocêntrico e trazia a proposta de um novo modelo de cuidado. Se apresentou como o mais importante movimento social pelo ideário da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a qual pode ser definida a seguir:

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (Brasil, 2005, p.06).

O Movimento da Luta Antimanicomial não só perpassa pela superação do modelo manicomial no Brasil, mas na busca por uma nova perspectiva de atenção à saúde mental e garantia de direitos dos usuários e familiares. Precede o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que inicia diversas denúncias contra o governo militar na condução de práticas de tortura e violência. Conforme Lüchmann e Rodrigues (2007):

No espaço de seis anos, compreendidos entre 1987 e 1993, várias articulações foram realizadas, diversos núcleos do movimento foram se constituindo e, no ano de 1993, consolidando o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), foi realizado o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial em Salvador/BA (neste encontro, é elaborada a carta sobre os direitos dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental), cujo eixo principal das discussões girava em torno da organização do movimento (Lüchmann e Rodrigues, 2007, p.403).

Conforme Hirtes (2009), podem ser citadas como marco teórico e político que intensificaram as discussões sobre o processo de reestruturação e desinstitucionalização do cuidado em saúde mental no Brasil: a 8^a Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a 1^a Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), com o lema, **“Por uma sociedade sem manicômio”**, e 2^a Conferência Nacional de Saúde Mental, no ano de 1992, culminando na 3^a Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001.

Segundo Amarante e Nunes (2018), em 1987 é inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, identificado como CAPS Luiz Cerqueira e outras medidas começam a ser desenvolvidas para implementação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, com destaque para experiência na cidade de Santos, com a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPSs), que funcionavam 24 horas.

Ainda na década de 80, é apresentado no Congresso Nacional o projeto de lei do deputado Paulo Delgado, que propõe, no campo normativo, a regulamentação dos direitos da

pessoa com transtornos mentais e o fechamento dos leitos em manicômios (Brasil, 2005). Sobre o período histórico e protagonismo da década de 80 nos novos rumos da saúde mental no Brasil, Tenório (2002) relatara que:

Além do amadurecimento da crítica ao modelo privatista/asilar segregador, a década de 1980 assistiu ainda a três processos também importantes para a consolidação das características atuais do movimento da reforma: a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental (Tenório, 2002, p. 34).

No entanto, segundo Brasil (2005), somente na década de 90, após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e da consolidação dos princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que o poder público, assume, oficialmente, a condução da atenção em saúde mental, com o estabelecimento de alterações e a implementação de leis e portarias que intensificam as discussões sobre a substituição dos leitos psiquiátricos por outras modalidades de assistência de base comunitária.

Após o compromisso firmado pelo Brasil com a assinatura da Declaração de Caracas, em 1990, tem-se um marco da reforma da atenção à saúde mental nas Américas e, posteriormente, a realização da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, com o tema de reafirmação da Reforma Psiquiátrica, da Atenção Psicossocial e da Luta Antimanicomial, materializa-se a Reforma Psiquiátrica no Brasil em consonância com os princípios do SUS preconizados na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 2005).

Em 2001, fruto da luta antimanicomial que impulsionou a Reforma Psiquiátrica no Brasil, ocorre a aprovação e promulgação da Lei Federal Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, considerada uma relevante conquista da Reforma Sanitária, a qual dispõe sobre *a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental* ao apresentar uma nova concepção de cuidado comunitário e em rede de atenção, conforme preconizado no art. 3º:

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (Brasil, 2021).

Surge então um novo modelo de atenção à saúde mental, contrário às concepções excludentes e estigmatizadas, com o protagonismo dos CAPSs, que possibilitam a oferta do atendimento e acolhimento multiprofissional e desenvolvem serviços comunitários de base territorial, contrários à perspectiva manicomial. Conforme Ribeiro (2004):

[...] os CAPSs se estruturam como serviços de atendimento diário. Parte-se de um entendimento de que a especificidade clínica de sua clientela, pela sua doença e condições de vida, necessita muito mais do que uma consulta ambulatorial mensal ou semanal. Organizam-se de forma a que o usuário, caso necessite, possa frequentar o serviço diariamente, e é oferecida uma gama de atividades terapêuticas diversificadas e o acolhimento por uma equipe interdisciplinar. Procura-se oferecer ao usuário a maior heterogeneidade possível, seja nas pessoas com quem possa vincular-se seja nas atividades em que possa se engajar (Ribeiro, 2004, p. 95).

A implantação dos CAPSs é sem dúvida um grande avanço para a política de saúde mental no país. Os indivíduos que antes eram trancados em hospitais psiquiátricos e vistos apenas como doentes, atualmente, são reconhecidos pela sociedade enquanto sujeitos de direitos.

Nesse contexto, a política de saúde mental constituída no Brasil passa a ter como objetivo a consolidação de um modelo de cuidado que permita a livre circulação dos sujeitos entre os serviços de saúde. É portanto, que em 2011, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 3.088, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) composta pelas UBSs, CAPSs, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os centros de convivência, as unidades de acolhimento (UAs) e as portas hospitalares de urgência e emergência/pronto socorro.

Atualmente a RAPS é estruturada por equipamentos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo pontos de acesso e cuidado às pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental, assim como aos sujeitos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas. Com o objetivo de articular ações e serviços dos diversos níveis de complexidade no atendimento em saúde mental e ampliar o acesso à atenção psicossocial para a população em geral, a RAPS possibilita o cuidado integral e longitudinal dos sujeitos.

São de suma relevância os avanços trazidos pela trajetória vivenciada no Brasil da consolidação da política de saúde mental para as pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental. Segundo a reflexão de Tenório (2002, p. 57) “[...] a reforma psiquiátrica tem efeitos positivos também do ponto de vista da cidadania brasileira [...] ela aponta para a construção de uma sociedade mais inclusiva e para a recuperação do sentido público de nossas ações”.

No entanto, na contramão do preconizado pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil e diante do processo de contrarreforma do Estado, em que há uma forte retração nos investimentos nas políticas públicas, observam-se diversos mecanismos que precarizam os avanços conquistados. Os investimentos com a implementação de novos serviços de base comunitária não estão sendo priorizados e preconizados na agenda pública, como observado por Cruz, Gonçalves e Delgado (2020):

Desde 2016, o incremento anual de CAPS vem decaido de forma expressiva. O país ainda não havia atingido a cobertura necessária nesse tipo de serviço comunitário, cuja efetividade depende de: cobertura suficiente de CAPS + cobertura de ESF acima de 90% + articulação intersetorial competente e adensada + rede de suporte para situações de crise. Os dados de 2015 apontam para uma cobertura média de CAPS (segundo os parâmetros adotados pelo MS) em torno de 70% das necessidades (Cruz, Gonçalves e Delgado, 2020, p. 14).

Ainda neste cenário, em 2019, foi lançada uma nota técnica nº11/2019, publicada pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, que propõe uma “*Nova Política Nacional de Saúde Mental*”. A nota apresenta diversos retrocessos, sobretudo, quando indica a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas como componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Tal medida resgata a centralidade do cuidado hospitalocêntrico, incentivando assim o retorno à lógica manicomial, como analisado a seguir:

O texto questiona frontalmente a efetividade do modelo em vigor até 2017 e a direção de uma política pautada no cuidado comunitário, afirma a necessidade de aumento do número de leitos psiquiátricos e repudia a ideia de fechar hospitais. Também afirma ser democrática ao se apoiar em discussões realizadas com mais de 70 entidades “conhecedoras da realidade da saúde mental no país” – o que é facilmente contestável, pois não cita quais seriam estas entidades e nem com qual critério foram escolhidas para participar da construção das mudanças, sendo que as instâncias oficiais do controle social, como o CNS e o CNDH, além dos conselhos profissionais (de psicologia, enfermagem, serviço social etc.), entidades como a Abrasco e a Abrasme e pesquisadores do campo foram completamente alijados de participar das discussões e tiveram seus posicionamentos (amplamente divulgados e/ou registrados em meios oficiais) ignorados (Cruz, Gonçalves e Delgado, 2020, p. 11).

Desta forma, entre avanços, rupturas, desmontes e retrocessos no processo de desinstitucionalização e ampliação dos investimentos à saúde mental do Brasil, que no próximo tópico serão discutidas as medidas e ações desenvolvidas para a prevenção do suicídio que estão consolidadas pela política de saúde no Brasil.

3.3.2 A política de prevenção do suicídio no Brasil: como estamos?

Segundo os autores Abreu, Miranda e Murta (2016), quando o assunto é prevenção há o entendimento de que fatores como proteção, rede de apoio, socialização positiva, pertencimento, intervenção em aspectos que envolvam a justiça social na minimização dos efeitos das violações de direitos, nos ciclos de violências e sobre os vínculos afetivos fragilizados, podem repercutir na redução dos casos que afetam a saúde mental.

Portanto, a prevenção apresenta como foco promover ações antecipadas que buscam reduzir as barreiras e os riscos para o desenvolvimento saudável do indivíduo em suas diversas fases do ciclo da vida.

As ações preventivas ao suicídio no Brasil são recentes. Mesmo nos últimos anos, que têm sido efetivadas algumas medidas protetivas, a problemática ainda é considerada um tabu para muitas pessoas e se observa uma lacuna na forma como o Estado assume o compromisso de intervir nesse fenômeno. Segundo Pavoski *et al.* (2018):

As práticas de prevenção universal têm sido amplamente defendidas, em especial no âmbito da Saúde Mental, visto a inter-relação entre a prevenção e a promoção de saúde: são necessárias intervenções para que se possam prevenir futuros transtornos, reduzindo fatores de risco, mas que também promovam habilidades, aumentem os fatores de proteção e construam recursos no repertório do sujeito (Pavoski *et al.*, 2018, p. 150).

Embora o Brasil não apresente taxas elevadas de suicídio em um contexto global, é preocupante a tendência crescente de mortalidade por essa causa no país. Um estudo do MS, (2024), sobre as tendências de mortalidade por doenças e agravos não transmissíveis de 2000 a 2018 revelou um crescimento médio anual de 1,4% nas taxas de suicídio.

Somente em 2005 o Brasil iniciou as discussões sobre medidas preventivas mais efetivas ao lançar um plano nacional de prevenção ao suicídio. Para esse fim, foi montado um grupo de trabalho composto por representantes do governo, universidades e entidades da sociedade civil.

Desse modo, formam elaboradas as *Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio*, publicadas em agosto de 2006, com o objetivo de direcionar e promover estratégias de intervenção e prevenção em nível nacional, a saber:

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

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

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

IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;

V - fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;

VI - contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;

VII - promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações; e
 VIII - promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (Brasil, 2006).

Em 2006, é lançado pelo MS o manual de prevenção ao suicídio destinado aos profissionais das equipes de saúde mental como parte das estratégias de prevenção iniciadas na época, objetivando qualificar as equipes de saúde ao trazer discussões sobre as condições associadas ao fenômeno, fatores de riscos, manejo e encaminhamentos de prevenção.

De acordo com o MS (2022), a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em 2011, também se constitui uma das medidas de ampliação do atendimento e prevenção ao suicídio no âmbito do SUS, sendo ofertado o cuidado em saúde mental por todos os componentes da rede, de forma articulada desde a Atenção Básica: equipe de Saúde da família (ESF), Unidade Básicas de Saúde (UBS), Centro de Convivência, Consultório na Rua, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) até a atenção hospitalar e serviços de urgência e emergência (UPA 24 h, SAMU 192), sob a coordenação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Em 2014, a Portaria nº 1271, que define a *Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional*, torna as lesões autoprovocadas, incluídas as situações de suicídio e tentativas de suicídio, como agravos de notificação compulsória imediata. Medida que impulsiona o acionamento imediato da rede de atenção e proteção para a adoção de medidas adequadas a cada caso.

Desta forma, o SUS passa a implementar um Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), possibilitando mensurar e analisar os índices e dados sobre a problemática, podendo subsidiar a gestão pública na qualificação e melhoria dos serviços prestados e no planejamento de políticas públicas e ações mais efetivas e articuladas com a sociedade civil.

Apesar disso, Bahia *et al.* (2017, p. 2843) destacam que “[...] suicídios, tentativas e autoagressões são subnotificados, mesmo em países com bons sistemas de informação. Segundo a OMS, existem evidências de que apenas 25% entram em contato com hospitais”. Fato que repercute na análise sobre a realidade dos casos concretos, pois conforme Marcolan (2018):

Isto reflete nos dados oficiais fornecidos à OMS, que apontam baixa taxa de suicídios na população brasileira, 5,8 por 100 mil habitantes, apesar de nossa oitava posição

mundial em termos de mortes. Essa baixa taxa é enganosa e de fácil comprovação pelos profissionais que atendem indivíduos com comportamento suicida e sobreviventes (Marcolan, 2018, p. 2480).

A promoção em saúde, através de movimentos e campanhas realizadas pelo poder público, assume relevância na prevenção ao suicídio. Como exemplo, a campanha Setembro Amarelo, criada em 2015, pelo Centro de Valorização da Vida (CVV), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) em parceria com o Ministério da Saúde, em alusão ao Dia Mundial da Prevenção do Suicídio, datado em 10 de setembro, se consolidou como um importante veículo de informação e prevenção, na qual busca discutir a importância da prevenção ao suicídio, divulgar a rede de atendimento e desmitificar tabus que envolvem o fenômeno suicídio.

A partir de 2017, inicia-se por parte do Governo Federal a retornada das discussões sobre a implementação de um Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio. Para Fogaça (2019), ao considerar o ciclo das políticas públicas, nesse período, “[...] houve efetivamente a entrada da problemática do suicídio na agenda política do então Governo Federal, havendo um movimento junto aos órgãos responsáveis para a criação de uma política pública” (p. 202- 203). Sobre essas ações, Lopes *et al.* (2022) retrata:

A principal diferença entre as propostas é o incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde, direcionados para prevenção do suicídio, não previstos. Com isso, os estados com maior incidência de casos receberiam recursos federais para executar ações de prevenção ao suicídio em seus territórios (Lopes *et al.*, 2022, p. 8).

Conforme o MS (2022), formam priorizados 05 estados com maiores taxas de suicídio no Brasil: Rio Grande do Sul, Roraima, Piauí, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina, e Amazonas, que apesar de ocupar o 10º lugar nos índices, aponta alta incidência de suicídio entre os povos indígenas.

Em 2019, através da Lei nº 13.819, é instituída a *Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (PNPAS)*, cujos objetivos destacam-se o de prevenção do comportamento suicida, garantia de acesso à atenção psicossocial, abordagem adequada e suporte psicossocial aos familiares e pessoas próximas, articulações intersetoriais entre as diversas políticas públicas nos processos preventivos, capacitação continuada aos profissionais de saúde, conforme observado no art. 3º:

- I – promover a saúde mental;
- II – prevenir a violência autoprovocada;
- III – controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental;
- IV – garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida,

automutilações e tentativa de suicídio;
 V – abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial;
 VI – informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;
 VII – promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras;
 VIII – promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados, envolvendo a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e os estabelecimentos de saúde e de medicina legal, para subsidiar a formulação de políticas e tomadas de decisão;
 IX – promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas (Brasil, 2019).

Segundo a PNPAS (2019), também fica instituído um serviço telefônico gratuito e sigiloso para acolhimento de pessoas em sofrimento psíquico, com ampla divulgação e qualificação dos atendentes. Ainda prevê parcerias com plataformas digitais e mídias sociais para divulgação dos serviços de apoio e prevenção, além de buscar aprimorar a notificação e coleta de dados sobre automutilação, tentativas e suicídios, a fim de subsidiar a formulação de políticas públicas.

A nível local, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa) apresenta no Boletim Epidemiológico sobre Mortalidade por Suicídio no Ceará, referente ao período de 2009 a 2023, diversas recomendações preventivas, orientando para o desenvolvimento de estratégias de prevenção que considerem as especificidades regionais socioeconômicas e culturais (Sesa, 2024).

Propõe a criação de parcerias entre secretarias de saúde, educação e assistência social para desenvolver materiais educativos e implementação de programas contínuos de educação em saúde mental nas escolas, comunidades e locais de trabalho, com foco especial em adolescentes e jovens adultos (Sesa, 2024).

A implementação de políticas de prevenção ao suicídio que considerem as diferenças de gênero e regulamentações mais rigorosas para a venda e o uso de pesticidas, sendo um dos meios mais utilizados nas tentativas de suicídio (Sesa, 2024).

Nesse contexto, conforme Dantas (2019), para garantia do que é preconizado pela PNPAS, faz-se necessária a articulação intersetorial e alinhamento contínuo entre as diversas políticas públicas, como saúde, educação e assistência social nos processos de valorização da vida em sua totalidade, que possa resultar em intervenções sobre as desigualdades sociais e a favor da justiça social.

A PNPAS, sobretudo, é um marco legal para os processos preventivos ao comportamento suicida no Brasil, ao propor ações permanentes e de responsabilização do poder

público em parceria com a sociedade civil. No entanto, ainda é uma política pública recente e enfrenta muitos desafios e baixos investimentos.

Silva e Lemos (2023) pontuam alguns fatores que justificam a fragilidade de sua efetivação através de reflexões sobre o papel do Estado no cenário socioeconômico e político atual, como: baixos investimentos, ausência de base de dados e processos de monitoramento consolidados, necessidade de maior controle social no acompanhamento das ações realizadas, fragilidade da rede de apoio, visto que os serviços especializados em saúde mental no território brasileiro ainda são insuficientes e escassez de profissionais capacitados, conforme destacados a seguir:

[...] constata-se que para a implementação de ações o governo necessita realizar investimentos financeiros para estruturação de equipamentos de base territorial que garantam a seguridade de direitos sociais, para a contratação de servidores e qualificação desses. Também são necessários movimentos de fortalecimento da participação democrática no processo de controle e avaliação da política. Outro ponto emblemático para ações de prevenção ao suicídio é o modo de integração e controle do regime neoliberal, no qual o estado tem atuação mínima na função fundamental de produção de bem-estar social, o que corrompe as políticas sociais, fragiliza a oferta de serviços públicos e aumenta as situações de desigualdade e de vulnerabilidade social que fortalecem os fatores de risco para o suicídio (Silva e Lemos, 2023, p. 179).

De forma geral, para que as ações de prevenção ao suicídio repercutam na diminuição das taxas em todo o país, é imprescindível uma reorientação política, semelhante à promovida durante a Reforma Psiquiátrica. Tal mudança exige o comprometimento do Estado com o financiamento de políticas sociais, com o objetivo de reduzir as desigualdades, promover a justiça social e ampliar o acesso da população aos serviços públicos e recursos em seus territórios.

Apesar da existência de uma política pública sólida no papel, os serviços de saúde mental enfrentam sérias dificuldades no seu funcionamento cotidiano, que serão analisados de forma local e territorial, conforme proposto no processo avaliativo desta pesquisa de campo e análise dos dados organizados no capítulo a seguir.

4 A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO: LEITURA CRÍTICA DOS DADOS OBTIDOS NA PERSPECTIVA DA AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE

O conceito de *saúde* constituído com a implementação da Política de Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir dos anos 1988 amplia o seu entendimento para além de aportes biológicos, com foco na doença, e passa a demandar uma rede de serviços em níveis de complexidade que abrangem e contemplam as múltiplas determinações que envolve o cuidado em saúde.

Para tanto, a política de saúde passa a ser organizada em níveis de atenção que agrupam serviços conforme o grau de complexidade necessário para acolher e atender as demandas da população usuária, em conformidade com a Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em atenção primária ou básica, atenção secundária e terciária de média e alta complexidade.

Neste contexto, segundo Guedes e Castro (2009), de forma sucinta, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) integram a atenção primária; enquanto a atenção secundária é voltada aos atendimentos especializados ambulatoriais e em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), bem como, na assistência hospitalar de média complexidade; e a atenção terciária de alta complexidade agregam hospitais de grande porte.

Conforme análise de Guedes e Castro (2009) ao pensar o atendimento hospitalar como de média e alta complexidade remete a ideia de um serviço complexo que pode apresentar limitações para vinculação entre o profissional e o usuário, ou seja, da concretização de práticas humanizadoras.

Historicamente o hospital se constitui enquanto um espaço para tratamento e cura. O conjunto de aparato tecnológico e político legal dominante o limita às práticas curativistas e de reabilitação, o distanciando da efetivação da promoção em saúde (Silva, *et al.*, 2011).

Conforme analisa Cecílio e Merhy (2003, p. 5), “[...] as urgências/emergências seguem funcionando de forma tradicional, na base da queixa conduta, resultando em uma clínica reducionista e ineficaz, que, em princípio, aponta para tudo, menos para a integralidade”.

Contudo, contrária a essas percepções, Silva *et al.* (2005) defende que o Hospital pode se materializar como um importante espaço na construção do cuidado, na prevenção e promoção da saúde, ao analisar que:

[...] os hospitais podem vir a ser importantes instituições na garantia da equidade, integralidade da assistência e na defesa da vida desde que as práticas desenvolvidas estejam comprometidas com algo maior, ligadas não apenas à questão biológica-curativista (de suma relevância), mas, também, com o universo da prevenção e promoção da saúde (Silva *et al.*, 2005, p. 103).

Nessa perspectiva, conforme Silva *et al.* (2005), faz-se necessário que o hospital ultrapasse a centralidade do modelo biomédico para um modelo de assistência usuário-centrado, o qual favoreça espaços coletivos de problematização, escuta e que garanta o protagonismo dos usuários enquanto sujeitos de direitos. Como acrescenta Guedes e Castro (2009):

Independente da natureza da atenção hospitalar (se psiquiátrico, de ensino ou geral), o fato é que modelos de assistência centrados no paciente e na sua rede de relações, são terrenos férteis para um atendimento integral, universal, equitativo resguardando a pessoa humana em suas singularidades [...] Optar pelo modelo de assistência usuário-centrado é cultivar nas instituições de saúde, espaços coletivos de problematização, delineamento de diretrizes, exercício referência e contrarreferência, escuta atenta do usuário, dentre outros (Guedes e Castro, 2009, p. 7).

O desenvolvimento de práticas inovadoras no contexto hospitalar, que ultrapassassem modelos tradicionais as quais não dão conta das necessidades totalizantes dos usuários em seus aspectos biopsicossociais e culturais, envolve um processo de correlação de forças entre os atores envolvidos e embates às rotinas rígidas que vão de encontro ao modelo preconizado pela Reforma Sanitária e consolidado na Constituição Federal de 1988 e demais legislações que regulamentam a política de saúde no Brasil (Guedes e Castro, 2009).

Quando se trata da assistência hospitalar às tentativas de suicídio é preciso levantar discussões sobre como o acolhimento multiprofissional é materializado no cotidiano institucional e sua repercussão direta aos sujeitos atendidos.

Defende-se que o hospital possa ser um espaço que além de tratar e recuperar os danos e agravos ocorridos decorrentes aos meios utilizados nas tentativas de suicídio, assuma um papel importante de acolhimento, humanização, responsabilização, vínculo e cuidado que confluem com práticas preventivas e de articulação com a rede de atenção, conforme analisa Silva *et al.* (2011):

Acredita-se que hoje seja possível uma mudança de paradigma, no que diz respeito à promoção da saúde em ambientes hospitalares, onde a clínica e a técnica predominaram e ainda predominam até hoje. As necessidades atuais dos indivíduos suscitam que novo olhar, nova postura, outra cultura seja cultivada no interior dos hospitais, tendo como objeto a saúde ao invés da doença (Silva *et al.*, 2011, p. 597).

Como descrevem Cecílio e Merhy (2003), o cuidado na atenção hospitalar é caracterizado pela multidisciplinaridade, ou melhor, pela troca e articulação de saberes de diversas categorias profissionais. O cuidado se constitui, portanto, pela somatória e

complementaridade de cuidadores que circulam e materializam a vida do hospital e é construído pela complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes que se complementam, mas também estão em disputa como um processo dialético, compondo o que se entende como cuidado em saúde.

Como apontado, a partir do arcabouço teórico-metodológico, é possível fortalecer na assistência hospitalar as práticas que ultrapassem o modelo curativista e biomédico², ao reconhecer como um espaço possível de humanização, de promoção e educação em saúde e sobretudo, de criação de vínculos entre os profissionais e sujeitos.

Ao analisar e explorar os dados e materiais obtidos na pesquisa de campo desenvolvida no HMAGR foi possível elencar as seguintes categorias de análise que confluem com os objetivos propostos, bem como, com os pressupostos da PNPAS, com base na análise de conteúdo qualitativa de Bardin (2011), e que serão discutidas e interpretadas como resultados deste estudo avaliativo, conforme o Quadro 5:

Quadro 5 - Categorias de análise

Categorias	Elementos de análise
Características relacionadas aos sujeitos atendidos e a epidemiologia do comportamento suicida.	Sexo, faixa etária, condições físicas e psicológicas, meios utilizados, fatores de risco.
Assistência hospitalar às tentativas de suicídio: do acolhimento à alta hospitalar.	Compreensão quanto ao comportamento suicida por parte da equipe multiprofissional; métodos/protocolos utilizados; notificação compulsória; desenvolvimento de ações preventivas; fatores de risco analisados para alta hospitalar; encaminhamentos realizados; aspectos limitantes e possibilidades da rede de atenção psicossocial e intersetorial para a continuidade do cuidado em saúde.
A família como instituição protetiva e preventiva ao suicídio?	Atendimento à família no contexto hospitalar frente à crise suicida; Família como elemento de cuidado e vigilância?
É possível desenvolver medidas preventivas no âmbito hospitalar?	Capacitação profissional continuada; estrutura hospitalar; fluxograma de atendimento interno e articulação com a rede de atenção psicossocial.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

² Segundo Paim (2012, p. 484) o modelo curativista e biomédico é centrado na prática médica individual, hospitalocêntrica e biologicista, que valoriza a cura das doenças em detrimento da prevenção e da promoção da saúde. “O modelo médico hegemônico, centrado no atendimento de doentes, apresenta sérios limites para uma atenção que valorize a integralidade, a efetividade, a equidade e as necessidades prioritárias em saúde, ainda que possa proporcionar uma assistência de qualidade em determinadas situações”.

É importante ressaltar que a coleta dos dados qualitativos da pesquisa, através das entrevistas e questionários com os profissionais de saúde que compõem a equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, foi realizada entre os meses de outubro e novembro de 2024, precedidas da assinatura do TCLE, totalizando 8 entrevistas, gravadas e posteriormente transcritas.

Desta forma, como resultado da análise dos questionários sobre o perfil identitário e profissional dos entrevistados é possível refletir sobre a diversidade de saberes e trajetórias daqueles que fazem e materializam os serviços de saúde pública. Ressalta-se que os profissionais entrevistados tiveram suas identidades resguardadas em sigilo e, portanto, serão identificados com nomes fictícios, conforme Quadro 6 a seguir:

Quadro 6 - Perfil identitário e profissional dos entrevistados

Entrevistado	Cargo	Idade	Ano de ingresso na Instituição	Tipo de vínculo	Escolaridade	Informações adicionais
Maria	Médica	26	2023	Cooperativa	Graduada	Não participou de curso/capacitação sobre comportamento suicida.
Laura	Médica	36	2023	Cooperativa	Graduada	Participou de curso de capacitação/curso na formação acadêmica – ano de 2019.
Sophia	Psicóloga	28	2022	Cooperativa	Especialista	Participou de curso/capacitação sobre comportamento suicida pelo PRAVIDA UFC e outros cursos entre os anos de 2016 a 2023.
Erika	Psicóloga	29	2019	Contrato temporário	Graduada	Participou de curso/capacitação sobre Formação em Suicidologia e outros cursos de entre os anos de 2023 e 2024.
Luana	Enfermeira	30	2023	Contrato temporário	Especialista	Participou de curso de capacitação/curso

						na formação acadêmica - ano de 2019.
Rosa	Enfermeira	39	2009	Efetivo por meio de concurso público	Especialista	Não participou de curso/capacitação sobre comportamento suicida.
Marcela	Assistente social	50	2012	Efetivo por meio de concurso público	Especialista	Não participou de curso/capacitação sobre comportamento suicida.
Lara	Assistente social	35	2017	Efetivo por meio de concurso público	Especialista	Não participou de curso/capacitação sobre comportamento suicida.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

As entrevistas foram realizadas no HMAGR durante os plantões e disponibilidades dos profissionais, destacando um desafio no processo da pesquisa de campo, visto que esses profissionais, em sua maioria, atuam nos setores de urgência e emergência, com atendimentos constantes e emergenciais. Portanto, algumas entrevistas foram interrompidas e retomadas posteriormente, o que pode ter trazido perda no discurso ou quebra no raciocínio desenvolvido.

Outra dificuldade enfrentada se trata dos espaços disponíveis na estrutura institucional para a realização das entrevistas que resguardem o sigilo e conforto dos entrevistados. Portanto, algumas entrevistas foram realizadas na sala de reunião, na sala de atendimento do profissional e até mesmo no repouso dos profissionais.

Quanto aos dados quantitativos, foram obtidos através do setor de epidemiologia do hospital, que consolida as notificações compulsórias de violência autoprovocada do Sistema de Informação e Agravos de Notificação (SINAN), o qual se caracteriza como um instrumento de comunicação obrigatória à autoridade de saúde, como orienta o Ministério da Saúde, (MS, 2024).

Esse documento deve ser preenchido por médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, mas que na dinâmica institucional são realizadas, em sua maioria, pelo setor de serviço social e pelo próprio setor de epidemiologia, quando nas situações que envolvem as tentativas de suicídio.

Outras fontes de dados foram obtidas por meio da coordenação de enfermagem, que disponibilizou índices sobre quantitativos de atendimentos emergencial e internações por

especialidade referente ao ano de 2024 e do setor de serviço social, através de registros qualitativos sobre os atendimentos realizados por meio dos instrumentais internos “Livro de ocorrências” e “Livro de óbitos e violências” - no qual foi identificada, inclusive, a ocorrência de óbito com causa hipotética de “suicídio” no ano de 2024.

Diante disso, os tópicos a seguir materializam de forma reflexiva e crítica os resultados identificados na pesquisa de campo a partir das categorias de análise, confluindo as reflexões e percepções dos sujeitos entrevistados com o referencial teórico, bem como, sobre as contradições, tensões e lacunas identificadas no serviço contrárias aos objetivos preconizados na formulação da política avaliada.

4.1 Características relacionadas aos sujeitos atendidos e a epidemiologia do comportamento suicida

Os índices registrados a nível nacional mostram que no ano de 2021 foram notificados no Sistema de Informações e Agravos de Notificação (SINAN) 114.159 casos de tentativas de suicídio, dos quais 70,3% ocorreram no sexo feminino (MS, 2024).

A nível local, especificamente na trajetória institucional avaliada, os índices mensurados a partir das notificações pelo SINAN revelam 140 notificações de tentativas de suicídio no ano de 2024, as quais apresentam as seguintes características relacionadas aos sujeitos atendidos, consolidadas nas Tabelas 1 e 2 a seguir:

Tabela 1- Notificações compulsórias/SINAN por tentativas de suicídio - HMAGR 2024 Sexo/Gênero – Faixa etária

Sexo/Gênero	Faixa etária				Total Sexo/Gênero
	05 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 59 anos	60 anos +	
Feminino	05	23	68	05	101
Masculino	02	08	28	01	39
Total por faixa etária	07	31	96	06	140

Fonte: Elaborada pela pesquisadora.

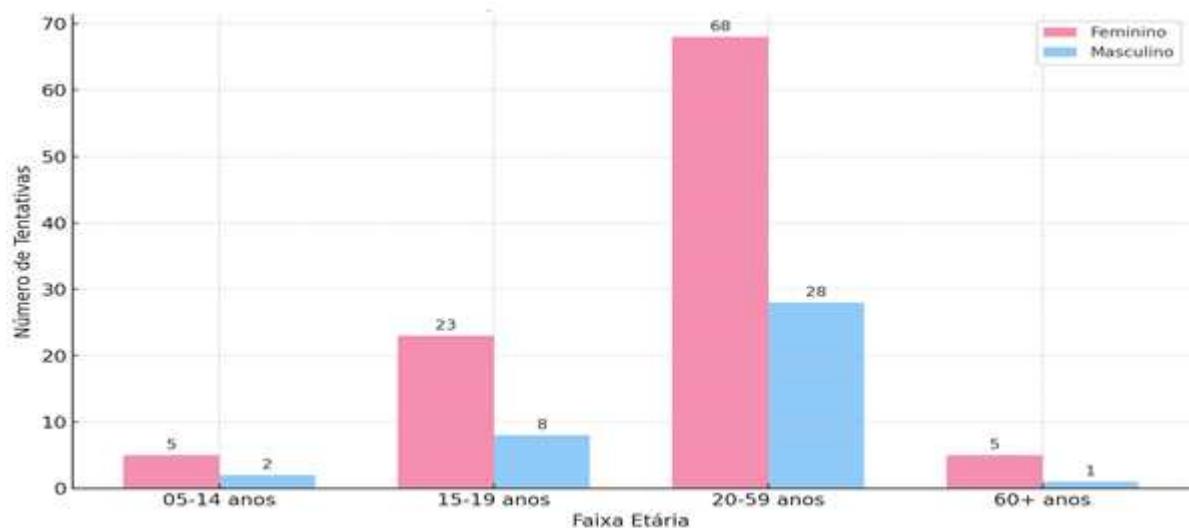
Tabela 2- Meios utilizados/SINAN por tentativas de suicídio- HMAGR 2024 Sexo/Gênero – Meios utilizados

Sexo/Gênero	Meios utilizados				
	Intoxicação medicação	Intoxicação envenenamento	Objeto perfurocortante	Enforcamento	Outros
Feminino	85	03	12	00	01
Masculino	16	09	09	03	02

Fonte: Elaborada pela pesquisadora.

Diante das Tabelas 1 e 2 representativas, é possível observar que do total das notificações realizadas, 101 notificações foram do sexo feminino, enquanto 39, do sexo masculino. O predomínio do atendimento feminino na unidade hospitalar estudada confluí com os estudos e dados a nível nacional sobre a predominância do sexo feminino nos índices de tentativa de suicídio, com taxas maiores na faixa etária de 20 a 49 anos de idade e entre as adolescentes nas idades entre 15 a 19 anos (MS, 2024), sendo representado no Gráfico 1 a seguir, destacando as taxas de suicídio no HMAGR, do ano de 2024, por faixa etária e gênero:

Gráfico 1- Tentativas de suicídio por faixa etária e gênero no HMAGR (2024)



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da pesquisa.

Sobre as diferenças de gênero na dinâmica dos comportamentos suicidas o MS (2024) discute que:

Em todos os países, mulheres apresentam maiores prevalências de ideação, planejamento e tentativas de suicídio, bem como maiores prevalências de transtorno de humor e ansiedade, com destaque para depressão, ao passo que homens apresentam um risco de duas a quatro vezes maior de morrer por suicídio (MS, 2024, p. 12).

Para Afonso e Seabra (2021) diante das desigualdades historicamente inerentes às relações e estruturas sociais construídas entre homens e mulheres, o comportamento suicida feminino deve ser analisado diante das relações de poder e desigualdades de gênero.

Marx (2006), ao analisar o fenômeno suicídio apresenta casos em que o sofrimento feminino é consumado pela interação desigual e patriarcal das estruturas sociais inerentes à sociedade capitalista, em que sob a dominação masculina, de imposições de controle e cerceamento da liberdade, as levam ao suicídio diante da impossibilidade de decisão sobre seus corpos e de negação de seus diretos sexuais e reprodutivos.

Sobre a associação entre a questão de gênero, relações de poder na sociedade e suicídio, Vieira *et al.* (2021), retratam que:

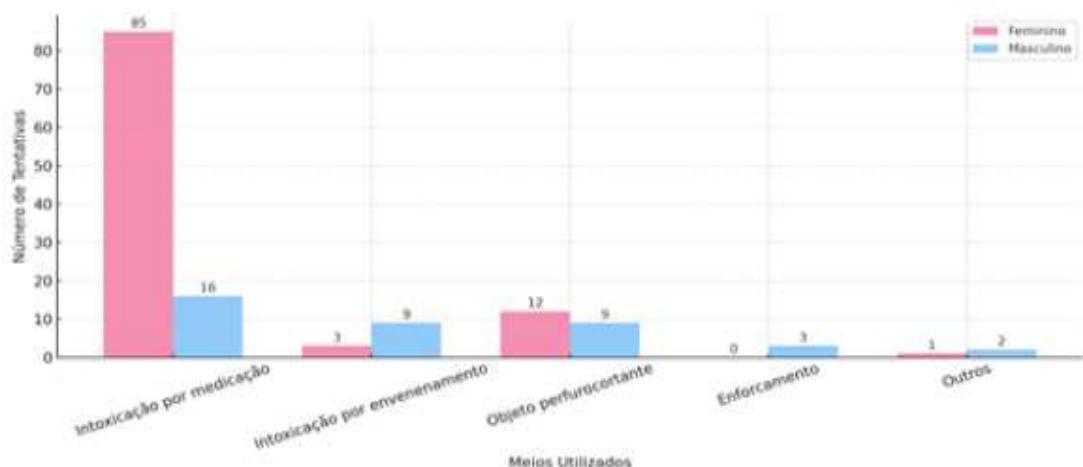
A diferença entre os gêneros nas sociedades patriarcais corresponde a uma hierarquização na qual o masculino tem lugar superior ao feminino. Isto se expressa por meio de manifestações já bem observadas, como: os fenômenos da violência de gênero e violência doméstica, que têm as mulheres como principais vítimas; a menor representatividade política das mulheres; as exaustivas jornadas de trabalho dentro e fora de casa; a divisão sexual do trabalho que reserva às mulheres as tarefas mais monótonas e sujas; as diferenças salariais entre homens e mulheres, entre outros (Vieira *et al.*, 2021, p. 539).

No estudo de Flávia Marquetti e Fernanda Marquetti (2017), ao analisem as características do suicídio feminino de forma comparativa entre a Antiguidade Clássica e a atualidade, as autoras identificam muita singularidade entre as épocas, visto que ainda ao longo do tempo permanecem as relações desiguais e de poder entre os gêneros.

Entre as explicações para a prevalência das tentativas entre as mulheres, segundo o MS (2024), há estudos que retratam o uso de meios mais letais e violentos, como enforcamento e arma de fogo, utilizados pelos homens, que acabam por causar o suicídio consumado. Os dados registram que cerca de 60% dos homens morrem na primeira tentativa. Enquanto as mulheres possuem mais histórias de tentativas prévias, com predomínio de autointoxicações, que se caracterizam como meios de baixa letalidade.

Dados que confluem com a realidade identificada no contexto hospitalar pesquisado, em que é possível observar além da prevalência do sexo feminino nas taxas de tentativas de suicídio, identifica-se quanto aos meios utilizados a predominância da autointoxicação por medicação, seguida da autoagressão por objeto perfurocortante e do envenenamento, conforme gráfico a seguir:

Gráfico 2 - Tentativas de suicídio por meios utilizados e por gênero HMAGR (2024)



Fonte: Elaborado a partir dos dados da pesquisa.

Sobre este cenário, de forma crítica, Bahia *et al.* (2017) reiteram que:

Sabe-se que as mulheres tendem mais às tentativas de suicídio, enquanto os homens têm mais êxito para acabar com a própria vida. A tendência de maior frequência de problemas de saúde mental entre as mulheres coloca-as em posição de maior risco ao comportamento suicida. Além disso, a sobreposição feminina ao suicídio dialoga mais com a preferência de gênero na escolha do método suicida do que com a intenção de morte em si [...] os homens tendem a optar por métodos mais letais para se matar, como objeto perfurocortante, enquanto as mulheres utilizam mais as várias formas de envenenamento. A verificação da dificuldade masculina em identificar o episódio suicida como intencional, levanta a hipótese de não reconhecimento da fragilidade emocional, típica do machismo (Bahia *et al.*, 2017, p. 2847-2848).

A tendência ao adoecimento mental provocado pelo papel desigual e de sobrecarga imposto às mulheres na sociedade, bem como, aos métodos de lesão menos letais utilizadas nas tentativas de suicídio é observada e percebida no cotidiano institucional dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional do hospital avaliado, os quais identificam a prevalência do atendimento feminino nas tentativas de suicídio, conforme os relatos a seguir:

Bem, aqui na nossa unidade hospitalar a gente recebe mais perfil de mulheres, donas de casa, muitas vezes até provedoras da família, muito relacionadas também a problemas com a família, ou problemas relacionados ao relacionamento com o cônjuge, principalmente muita dependência emocional, a gente consegue perceber isso, né, basicamente é isso (Marcela).

O que mais prevalece são mulheres jovens, por volta dos 20, 35 anos de idade. E geralmente, a tentativa é com medicação. Assim, a gente pega outros também, automutilação. Mas geralmente, é, tomei 30 comprimidos de tal coisa e queria me matar. A maioria das vezes é isso (Maria).

Pego muitas mulheres, principalmente a maioria mulher, que relatam muito desemprego, não saber o que fazer, falta de recursos, dívidas financeiras, filhos pra criar. Eu acho que a maioria das pacientes que eu pego são isso. Existe, claro, a recorrência de pessoas que já têm algum transtorno e que não cuidam, abandonam o tratamento (Sophia).

Com relação aos meus atendimentos aqui no hospital, eu observo que a maioria dos pacientes que chegam por tentativa são mulheres. Mulheres ali, jovens, adultas, na média ali de 35 a 45, 50 anos, né? De tentativa. Mas quando a gente fala realmente de suicídio, né? Suicídio consumado e o ato do suicídio, a gente percebe que é a prevalência de homens. E aí quando a gente faz esse primeiro atendimento, né? Com os pacientes de tentativa, que a gente vai conhecer um pouquinho da vida, da história, né? Do que levou isso a acontecer. Muitas vezes são problemas familiares, muitas vezes são mães que não conseguem dar o cuidado que pra elas é o cuidado correto, o cuidado esperado para os filhos. Muitas vezes são pessoas que estão desempregadas, que não conseguem, né? Ou que estavam no mercado de trabalho, ficaram desempregadas e não conseguem a inserção novamente. Ou muitas vezes, pessoas que não conseguem de jeito nenhum um trabalho fixo, né? Um trabalho ali que lhe dê uma segurança com relação a financeiro, né? A ter ali seus direitos trabalhistas, né? E também a gente percebe com relação a relacionamentos. A rompimentos de relacionamentos, né? Separação ou um termo de um relacionamento ou uma traição. A gente percebe muito isso aqui no hospital (Erika).

As percepções dos profissionais entrevistados, bem como, dos registros e dados coletados retrata a realidade cotidiana das demandas que chegam aos serviços de saúde e reforçam a compreensão sobre o fenômeno suicídio muito além de aspectos meramente biológicos, mas também sociais, em que é possível observar como os papéis de gênero estabelecidos nas relações sociais e culturais se configuraram como um fator marcante de risco ao suicídio.

Conforme Dantas *et al.* (2023, p. 1472) “[...] as desigualdades de gênero vulneram as mulheres [...] o suicídio de mulheres possui uma relação íntima com as vulnerações de gênero sofridas e impostas na sociedade”.

Em alguns dos registros referentes aos atendimentos por tentativa de suicídio realizados pelo setor de serviço social, o que chama atenção são os casos recorrentes e histórico de tentativas prévias, que muitas vezes iniciam na adolescência e que permanecem na vida adulta. No ano de 2024, foram registrados 29 casos de tentativas de suicídio atendidos pelo setor, sendo que 21 foram do sexo feminino. Enquanto que 08 atendimentos do sexo masculino e 01 acolhimento de óbito com suspeita de suicídio consumado por enforcamento do sexo masculino.

No registro do atendimento realizado em 02 de novembro de 2024, há o caso de uma mulher de 23 anos, admitida no serviço de saúde por tentativa de suicídio decorrente enforcamento, levada até a unidade hospitalar pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). No atendimento realizado à mãe da supracitada, observa-se no registro o relato que as tentativas iniciaram quando ela ainda tinha 12 anos e que acredita terem sido desencadeadas diante dos conflitos familiares entre os próprios pais, após separação conjugal. Conta ainda que a referida iniciou o uso de medicações psicotrópicas aos 16 anos e mantinha acompanhamento de saúde mental de forma particular, mas que por questões socioeconômicas, precisou suspender o acompanhamento particular.

Em relação ao acesso ao CAPS do município, vinculado ao SUS, ainda aguardava em uma fila de espera. Ainda no registro, observa-se o uso de meios mais letais e agressivos nas últimas tentativas, segundo o relato da mãe de que, quando iniciou, no geral, fazia uso abusivo de medicações, mas vinha realizando com frequências lesões autoprovocadas pelo corpo, e por último, a tentativa por enforcamento.

Outra característica observada se trata do acelerado aumento das taxas de suicídio entre os adolescentes. Os dados do MS (2024) retratam o suicídio como a segunda causa principal de morte entre os adolescentes de 15 a 19 anos, sendo ainda o sexo feminino entre os adolescentes o que apresenta mais risco, diante dos percentuais de 11,5% entre 5 a 14 anos e

23,2% entre 15 e 19 anos quando comparado aos percentuais dos adolescentes do sexo masculino, respectivamente de 4,1 % e 17,5%.

Na unidade hospitalar pesquisada, no ano de 2024, foram identificadas 24 notificações de atendimentos por tentativa de suicídio entre os adolescentes, das quais 18 foram adolescentes do sexo feminino. Dados também percebidos nos relatos a partir das vivências cotidianas retratadas pelos profissionais entrevistados, a seguir:

[...] a gente percebe também é a grande demanda no público adolescente, que aí eu acho que vem muita questão do *bullying*, né, da questão de saber lidar com as frustrações, eu acho que o público adolescente hoje, né, vem enfrentando isso, aí aumenta a questão da automutilação [...] (Lara).

[...] eu percebo uma maior incidência né entre adolescentes, ali por volta dos 14 e 17 anos, do sexo feminino, geralmente adolescentes mais introspectivos com problemas mais no âmbito familiar, com características mais depressivas o qual ele não recebeu ali né um acompanhamento e até com relatos de episódios de automutilação anteriores (Laura).

Conforme análise de Abasse *et al.* (2009), a fase da adolescência perpassa por mudanças significativas desencadeadas pela transição da infância para vida adulta e ampliação das relações sociais, antes concentradas ao âmbito familiar. Alterações no corpo e a descoberta da sexualidade podem gerar conflitos internos e externos que repercutem na vida psíquica.

Macaya e Abreu (2021) trazem uma ampla reflexão sobre a Geração Z ou iGen, conceituada como daqueles que nasceram entre os anos 1995 e 2012 e caracterizada pelo desenvolvimento e modernização das tecnologias e acesso precoce à internet, a qual trouxe uma série de oportunidades e avanços, mas, ao mesmo tempo, ampliou os riscos e problemáticas advindas do acesso desenfreado aos conteúdos da internet, com destaque pelas ocorrências de *cyberbullying*, acesso a materiais e informações danosas, prejudiciais e ilícitas, como venda de substâncias ilegais, pedofilia e diversos tipos de violência, tortura, assassinatos e suicídios ao vivo. Ainda seguindo o pensamento dos autores sobre a Geração Z e as repercuções advindas da exposição digital precoce retratam que:

Para esses sujeitos, fazem-se valer não só as benesses, mas também os problemas concretos inerentes à exposição digital precoce, como menor tangibilidade das relações sociais, ritmo de amadurecimento para a adulterez mais lento e menor religiosidade. Mais do que isso, a geração iGen é marcada, também, por uma maior incidência de transtornos mentais. A OMS estima que tenha aumentado o número de pessoas que sofrem de depressão em 18,4%: no mundo, 322 milhões de pessoas de todas as idades convivem com o transtorno (Macaya e Abreu, 2021, p.533).

Braga e Dell'Aglio (2013) ao analisarem os fatores de risco e características epidemiológicas de adolescentes que tentam suicídio, apontam como principais fatores os eventos estressores ao longo da vida, vivência de diversos tipos de violência, uso de drogas

lícitas e/ou ilícitas, conflitos familiares, histórico de suicídio na família, questões sociais relacionadas à pobreza e à influência da mídia, questões geográficas e depressão, através da presença de sintomas como tristeza, falta de motivação e interesse por tarefas cotidianas da vida.

O comportamento suicida entre os adolescentes é particularmente preocupante e traz impactos e repercussões que perpassam a família e a comunidade. Conforme Braga e Dell'Aglio (2013) embora seja de suma importância a identificação dos fatores de risco para o suicídio, é preciso discutir e refletir sobre os fatores protetivos e preventivos, nos quais envolve o fortalecimento da rede de apoio aos adolescentes, com destaque para a importância da família, dos grupos de pares, da escola, que possam promover relações sociais que gerem bem-estar e que assumam um papel de relevância nesse ciclo da vida de transição e particularidades.

Em consonância com a definição de suicídio descrita por Moreira e Guimarães (2024, p.17) a qual citam que “[...] o suicídio é um marcador de adversidade social, resultante de rupturas nos contratos sociais, situações de conflito familiar e desconexões comunitárias que geram falta de esperança para o futuro”, conclui-se que diante dos dados analisados e materializados neste estudo quanto à questão de gênero e faixa etária que caracterizam o perfil epidemiológico do comportamento suicida, as mulheres e os adolescentes, sobretudo do sexo feminino, apresentam-se como o público de maior risco e vulnerabilidade às tentativas de suicídio a nível local e nacional.

Portanto, faz-se necessário pensar em políticas públicas e ações preventivas nos serviços de saúde que levem em consideração nos seus processos de formulação e implementação as singularidades e particularidades de grupos sociais que demandam maior proteção, a partir de uma linha de cuidado específica, ou melhor, com um olhar atento à totalidade e singularidades das demandas produzidas e impostas no seio das relações sociais construídas socialmente e culturalmente e que estão em constante discussão na contemporaneidade.

No tópico a seguir, será analisado o atendimento no local da pesquisa quanto ao acolhimento inicial à alta hospitalar compreendendo suas especificidades, possibilidades, bem como, entraves e dificuldades enfrentadas cotidianamente pelos profissionais entrevistados.

4.2 Assistência hospitalar às tentativas de suicídio: do acolhimento à alta hospitalar

Os serviços de saúde de urgência e emergência, no geral, se configuram como uns primeiros locais de acolhimento às tentativas de suicídio. Bahia *et al.* (2017) destacam o

potencial e relevância do atendimento às tentativas de suicídio nas urgências e emergências, conforme fatores elencados a seguir:

(1) constituem-se como porta de entrada para o cuidado em saúde e a opção de grande parte da população em busca por atendimento; (2) são oportunos na abordagem epidemiológica do fenômeno; (3) atendem a episódios de tentativas de suicídio, que são o mais forte preditor de suicídio consumado em crianças, adolescentes, adultos e idosos; e (4) são, muitas vezes, responsáveis pelo tratamento imediato ou para encaminhamento dos casos para outras instâncias do sistema de saúde (Bahia *et al.*, 2017, p. 2848).

A atuação e condução do manejo multiprofissional frente aos sujeitos que tentam o suicídio pode resultar em mudanças significativas em suas trajetórias. Gutierrez (2014, p. 264), ressalta sobre a relevância da integralidade do cuidado em saúde ao destacar “[...] deve ser vista em rede, fazendo que a equipe do serviço de saúde, por meio da articulação de suas práticas, consiga escutar e atender, da melhor forma possível, as necessidades advindas do processo de saúde/doença trazidas pelo paciente”.

Portanto, a qualificação do acolhimento prestado deve partir da compreensão ampliada sobre a problemática. O significado que os profissionais atribuem ao comportamento suicida é reflexo do compromisso ético assumido e da forma como irão intervir e acolher, conforme analisado a seguir:

4.2.1 Percepções sobre o comportamento suicida

Na realidade do serviço de saúde avaliado, observa-se nas falas dos profissionais a compreensão crítica sobre a temática, ao ressaltarem em seus relatos os múltiplos fatores que envolve o fenômeno suicídio, de superação e negação sobre estigmas, tabus e preconceitos e afirmarem a relevância da problemática enquanto uma demanda de saúde pública que requer políticas públicas e práticas preventivas, conforme destacadas:

[...] o comportamento suicida abrange, na verdade, um complexo, digamos assim, emaranhado de fatores, sejam eles de ordem social, econômica, cultural, ambiental e mental mesmo, né, os quais juntos, eles culminam com as características, né, com esses atos suicidas, né? Então, não tem um fator em si específico, mas é o somatório deles, né, somado ali com as vivências emocionais, tendo ou não gatilhos ali que foram desencadeantes, né? (Laura).

[...] antigamente era visto como algo mais individual, né, eu acho que hoje é uma como uma dimensão maior, é um problema de saúde pública, né, não é só algo individual, mas eu acho que é um problema ainda muito afetado pelos preconceitos que se existe sobre a temática, é muito afetado pelos mitos, né, que giram em torno da temática, o mito de que é frescura, de que é falta de Deus, de que é uma besteira, então eu acho que isso atrapalha muito tanto o desenvolvimento da política, como você identificar e tratar aquela pessoa que tem a questão da ideação suicida ou

comportamento suicida. E aí a gente tem que quebrar essa ideia de que é frescura, de que é falta de Deus, e entender como um transtorno mental, como um problema de saúde, e que muitas vezes está associado a transtornos mentais, ou os abusivos de álcool e outras drogas (Lara).

[...] não é besteira, não é brincadeira, não é as pessoas querendo chamar a atenção. Já teve pacientes que foram abusados e não falavam, já teve pacientes que foram, que tentaram tirar a vida por sentir muita dor [...] (Luana).

Dessa forma, com base nos depoimentos obtidos é possível classificar e codificar a compreensão e percepção profissional sobre o comportamento suicídio a partir das seguintes expressões: “Extremo de desespero”, “Emaranhado de fatores”, “Grande espectro”, “Única solução”, “Sofrimento”, “Não é brincadeira”, “Transtorno mental e fatores externos”, “Problema de saúde pública”, “Falha na rede”, “Falha na rede de apoio familiar”, conforme destacados no Quadro 7 a seguir:

Quadro 7 - Compreensão e percepção profissional sobre o comportamento suicida

Profissional	Depoimento/percepção
Maria	Demonstra uma falha na rede, tanto na rede de apoio familiar, quanto na rede profissional. Pra mim, acho que é o ato extremo de desespero.
Laura	O comportamento suicida abrange, na verdade, um complexo, digamos assim, emaranhado de fatores.
Sophia	A gente vê um grande espectro, né, porque o comportamento suicida não é só o fato da pessoa tentar se matar, né?
Erika	Tem vários motivos que levam o indivíduo a cometer o suicídio, né? Às vezes o indivíduo só viu a morte ali como a única solução pra sanar aquele sofrimento pelo qual ele tá passando, né?
Luana	Não é besteira, não é brincadeira, não é as pessoas querendo chamar a atenção.
Rosa	É uma atitude em que a pessoa deseja pôr um fim à própria vida
Marcela	O comportamento suicida está ligado a dois pilares que eu consigo perceber. Quem tem transtorno mental e alguns fatores externos.
Lara	Eu acho que hoje é uma como uma dimensão maior, é um problema de saúde pública.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Conforme Botega (2015), os profissionais de saúde precisam agregar diversos atributos para o atendimento acolhedor e de maneira eficaz aos indivíduos em crise suicida, tais como empatia, espontaneidade, calma confiante, limites, características as quais possibilitam ao profissional expressar confiança, segurança e responsabilidade quanto às intervenções propostas dentro do espaço e limite de atuação.

A compreensão ampla e crítica do suicídio por profissionais de saúde é essencial para uma abordagem eficaz e sensível a esse fenômeno complexo. Embora os profissionais de saúde pesquisados apresentem boa percepção e conhecimento sobre o comportamento suicida,

é preciso avaliar as diversas dimensões que envolvem a abordagem adequada ao comportamento suicida, que serão discutidas no decorrer deste estudo.

4.2.2 Métodos e protocolos de atendimento hospitalar às tentativas de suicídio

Questiona-se qual o suporte através da organização de métodos e protocolos, bem como, de investimentos institucional é ofertado à equipe multiprofissional nos processos de trabalho destinados ao acolhimento e desenvolvimento de estratégias de manejo na prevenção ao suicídio no serviço de saúde hospitalar?

Os relatos a seguir expressam como a unidade de saúde hospitalar avaliada se organiza através de fluxos, protocolos e procedimentos destinados a garantir a qualificação do atendimento prestado, do acolhimento inicial à alta hospitalar:

Aqui no nosso serviço do Aberlado, em si, a gente não tem um protocolo específico no momento (Laura).

Não, infelizmente nós não temos aqui na unidade hospitalar, mas apesar de nós termos já uma equipe de serviço social montada, uma equipe de psicologia com dois profissionais, ainda não se tem um fluxo, né? Vai depender muito de cada profissional (Marcela).

Infelizmente, eu não vejo fluxo. Na grande maioria das vezes é o que a gente mais fala que é um desafio muito grande que muitas vezes os pacientes nem chegam pra gente. Eu não sei como é pro serviço social, que eu acho que também acontece isso. Mas muitas vezes esses pacientes não chegam. Chegam na emergência, o médico atende, manda pra medicação e vai embora. Não se tem um fluxo amarrado (Sophia).

Um fluxo onde a psicologia está inserida, não. Porque se a gente for parar para fazer um levantamento quantitativo de pacientes, né? Que dão entrada na emergência, ou da ação suicida, ou da atividade de suicídio, que os médicos, que a equipe ali de saúde, daqueles primeiros socorros acionam a gente, são pouquíssimos. Muitas vezes o paciente entra, vai embora, e a gente acaba não vendo. A gente acaba não conhecendo o paciente (Erika).

Não existe um fluxo. O que acontece é que a gente possui uma equipe da psicologia, do serviço social que acabam dando esse suporte pra gente, mas não existe um protocolo, uma diretriz que diga: “Recebi um paciente com tentativa de suicídio, é isso aqui que a gente vai fazer”. Não! (Maria).

Na realidade, a gente tem essa dificuldade especificamente aqui, né, de estabelecimento de fluxos. Então, normalmente é um paciente que chega, atendimento na emergência, classificado, depois vai para atendimento médico e dependendo muito de quem estiver atendendo, é encaminhado para o serviço social e para psicologia, né, para ter esses dois tipos de atendimento, mas aí vai mudar muito de profissional para profissional (Lara).

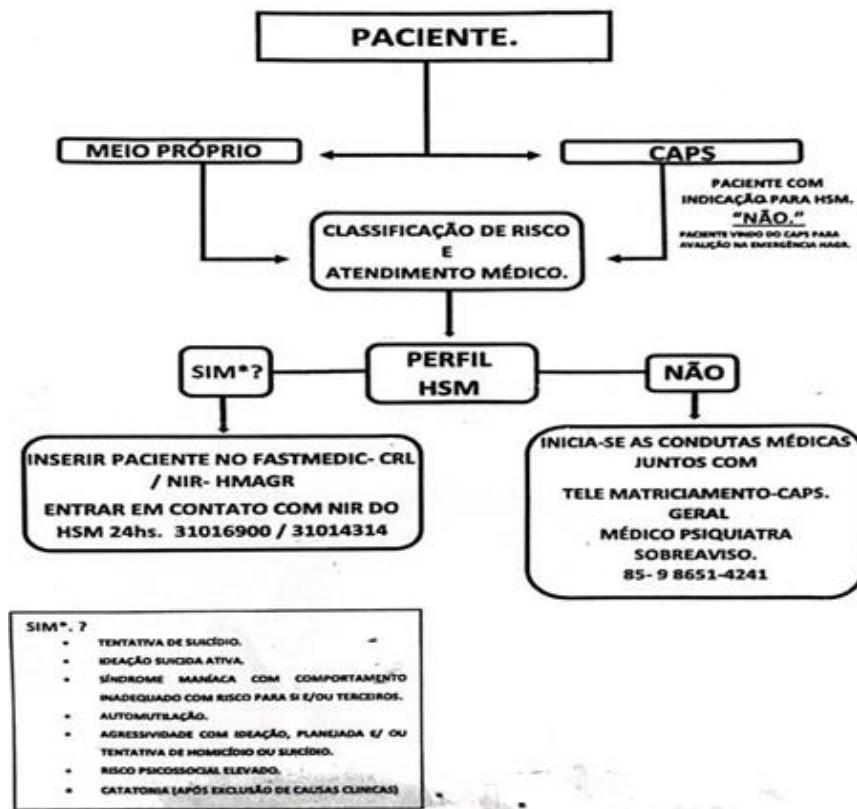
Os depoimentos dos profissionais pesquisados demonstram a ausência da sistematização do atendimento às tentativas de suicídio no hospital avaliado, ou seja, não há na instituição o alinhamento continuado de protocolos e fluxos, sendo absorvida pela rotina

cotidiana do serviço e ações individualizadas das categorias que compõem a equipe multiprofissional.

Observa-se nos depoimentos que mesmo com uma equipe multiprofissional consolidada com categorias profissionais composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, ainda não há a interlocução dos saberes nos processos de trabalho, ocasionando a centralidade do atendimento biomédico.

Durante a pesquisa de campo, foi possível verificar um fluxograma elaborado em 2022 enquanto a unidade hospitalar era gerida pela Organização Social, Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde (INTS), ainda disponível na intranet do HMAGR, conforme o fluxograma 1.

Fluxograma 1- Paciente emergência psiquiátrica - HMAGR



Fonte: Intranet - Documento interno - HMAGR 2025.

É possível observar no fluxograma que o acolhimento se concentra ao profissional da enfermagem, através da classificação de risco, e ao atendimento médico, responsável pela estabilização clínica. Dentre os encaminhamentos observados no fluxograma nota-se a solicitação de transferência para unidade hospitalar de referência em saúde mental em situações específicas elencadas, dentre as quais estão as situações de tentativa de suicídio e ideação

suicida ativa, bem como, a realização de articulação com o CAPS do município para manejo da conduta e solicitação de avaliação psiquiátrica.

Situação que conflui com os depoimentos dos profissionais, nos quais é possível verificar diferentes perspectivas de processos de trabalho, em que não há em todos os atendimentos o compartilhamento e parceria entre as diversas categorias e saberes profissionais disponíveis na instituição.

Identifica-se que os setores de psicologia e serviço social nem sempre são acionados pelos profissionais que iniciam o acolhimento, estes no geral, enfermeiros e médicos, o que pode trazer prejuízos para o cuidado integral no qual os sujeitos possam ser acolhidos em sua totalidade, para além dos sintomas clínicos e agravos físicos provenientes dos meios utilizados nas tentativas de suicídio.

Sobre a importância do alinhamento e concretização do trabalho multidisciplinar nos serviços de saúde, o MS (2004) destaca que:

[...] envolve um conhecimento orientado por um sentido comum e que atravessa as várias práticas profissionais, é um potente meio de modificação dessas práticas centradas nas doenças e em procedimentos e tarefas que não abordam o ser humano de modo integral, no sentido de vê-lo como um todo e não somente dividido em partes. Práticas fragmentadas geram alienação e desmotivação do profissional de saúde, pois, quando o seu trabalho fica restrito a uma pequena parcela do processo terapêutico, o profissional não consegue ter uma dimensão do resultado global do estado de saúde do seu paciente (Brasil, 2004, p. 5-6).

Diante disso, destaca-se a baixa operacionalização do cuidado em saúde mental no contexto hospitalar, o que muitas vezes acaba sendo visto de forma superficial e imediatista. Máximo e Bosi (2006) avaliam que na dinâmica dos serviços de emergência, aspectos como tempo e produtividade levam os profissionais a realizarem os atendimentos de forma superficial, sem o aprofundamento sobre as questões que levaram ao adoecimento mental e ainda sem vinculação entre profissional-usuário como uma espécie de “solução de descarte”.

Situação vivenciada e percebida entre os profissionais pesquisados, em que, diante da sobrecarga de outros atendimentos emergenciais que chegam à unidade hospitalar, colocam como entrave para o desenvolvimento do acolhimento às tentativas de suicídio de forma mais “minuciosa” e detalhada”, devido à complexidade que a problemática exige, conforme relatos a seguir:

Entre as dificuldades que a gente percebe aqui nesse processo de acolhimento é durante aqui, por exemplo, no atendimento de emergência, no pronto atendimento, quando você está diante de outros atendimentos também realizados naquele momento que também requerem a sua atenção, é difícil também fazer aquela escuta mais minuciosa, detalhada que é necessária pra essa questão tão complexa que esse assunto requer (Laura).

E infelizmente a gente convive com isso diariamente. A gente não tem tempo de sensibilizar, porque enquanto entra um aqui, outro está saindo e a gente tem que dar assistência. Para esse que está entrando. Aí é um ponto negativo da emergência. A gente não tem tempo de ser tão presente, de sentir tanto as lamentações familiares (Maria).

[...] o próprio local ali no pronto atendimento às vezes não favorece ali aquela escuta mais minuciosa, com tempo, com um local que fosse pra fazermos isso com mais calma, mais prudência né? (Laura).

Logo, o acolhimento realizado às tentativas de suicídio na emergência do serviço de saúde acaba não atendendo em sua totalidade as necessidades de saúde mental dos sujeitos, por demandarem maior disponibilidade por parte dos profissionais e, sobretudo, pela sobrecarga de atendimentos nos setores de urgência e emergência.

Portanto, diante dos relatos dos profissionais pesquisados, pode-se elencar as principais ações desenvolvidas no âmbito hospitalar ao acolhimento às tentativas de suicídio. É importante ressaltar que a primeira coluna representa os procedimentos realizados e a segunda coluna, a ocorrência relatada pelos profissionais.

Observa-se que o atendimento é concentrado em questões clínicas de manejo aos agravos ocasionados com a tentativa através da avaliação dos sinais vitais e medicação e, posteriormente, a alta hospitalar com encaminhamento ao CAPS.

Tabela 3- Procedimentos relatados durante o acolhimento às tentativas de suicídio no HMAGR

Ações desenvolvidas	Ocorrências relatadas
Triagem	8
Avaliação dos sinais clínicos	8
Medicação	8
Acolhimento e escuta	4
Atendimento à família ou acompanhante	4
Acionamento do setor de serviço social e psicologia	2
Solicitação de avaliação psiquiátrica	4
Encaminhamento ao CAPS	7
Transferência hospitalar	3
Notificação SINAN	1

Fonte: Elaborada pela pesquisadora.

Apesar da complexidade que envolve a tentativa de suicídio e os diversos riscos para o suicídio, percebe-se que a maioria dos pacientes recebe alta após melhora do quadro clínico e prescrição medicamentosa, sem avaliação psicossocial ou articulação prévia com a rede de atenção para garantia da continuidade do cuidado. Sobre essa situação identificada, Guedes e Castro (2009) trazem a seguinte reflexão:

A abordagem ao paciente que é voltada apenas para a doença, diagnóstico e tratamento não vê outros determinantes do processo saúde-doença como o modo de vida, o contexto socioeconômico em que vive o paciente, o significado subjetivo e social do agravio que o acomete, e seu ânimo em recuperar e de ser sujeito do seu processo de cura. Este tipo de prática contribui para a fragmentação, fetichização dos meios diagnósticos terapêuticos, aumento de custos, queda da eficiência das ações e falta de humanização das práticas profissionais com abordagem do sujeito doente como um objeto inerte e refém da equipe de saúde (Guedes e Castro, 2009, p. 12).

A fragilidade do alinhamento das condutas para consolidação de práticas para além das curativistas no ambiente hospitalar pode trazer prejuízos não somente ao cuidado imediato aos sujeitos, mas concorrer também para a baixa adesão e continuidade do cuidado pela rede de atenção psicossocial, consequentemente, para o risco reincidente de novas tentativas, como ressalta Bahia *et al.* (2017):

Existe um potencial importante do serviço de urgência e emergência em detectar e cuidar de casos em estágios ainda primários do fenômeno e de impedir um dano ainda mais grave para a vítima. No entanto, quando os profissionais só dão atenção pontual aos casos, tratando sintomaticamente as lesões sem preocupação de entender as circunstâncias do evento, os atendimentos trazem pouca informação na identificação das vítimas, prejudicam o correto registro e não promovem uma possível prevenção de novos episódios (Bahia *et al.*, 2017, p. 2848).

Portanto, faz-se necessário que a unidade hospitalar, diante da problemática que chega como demanda recorrente na urgência e emergência e que envolve múltiplos fatores, envolva os diversos atores sociais, como gestores, profissionais e usuários para discussões e implementação de fluxos que alinhem os diversos saberes, contextos, demandas, assim como, a rede de atenção em saúde e intersetorial no enfrentamento e prevenção ao comportamento suicida.

4.2.3 Notificação compulsória e as subnotificações

Uma problemática identificada no processo da pesquisa e precisa de atenção nos processos de trabalho relatados: trata-se da pouca importância dada à notificação compulsória como instrumento relevante na implementação de políticas públicas de enfrentamento e prevenção, bem como, acionamento dos serviços de saúde mental.

A notificação compulsória das autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios possibilita a materialização da problemática através dos índices, dados e taxas identificados e ainda se apresenta como um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, na definição de prioridades de intervenção, além de permitir o monitoramento e resultados das ações.

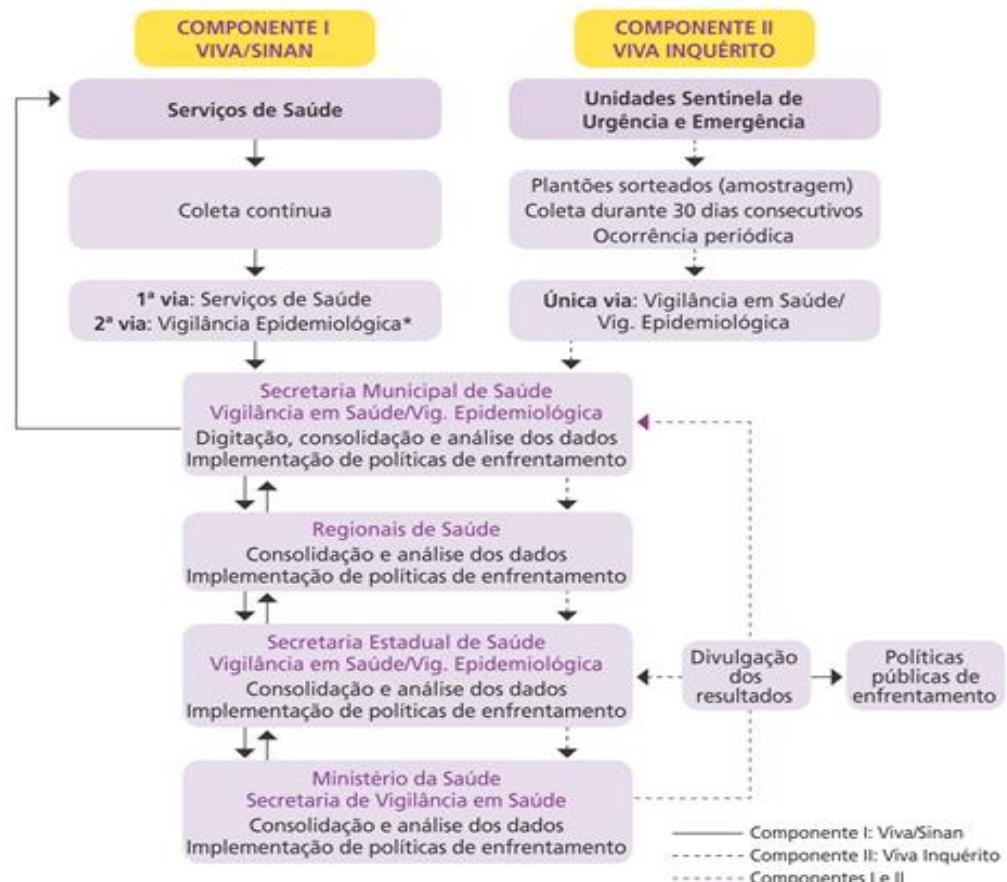
É importante destacar que as notificações compulsórias coletadas nos serviços de saúde seguem para as vigilâncias epidemiológicas e respectivamente para as Secretarias municipal, estadual e a nível federal, para o Ministério da Saúde (MS).

No MS passa por processos de consolidação e análise dos dados e a partir dos resultados obtidos, através dos boletins epidemiológicos, para que, caso necessário, diante das expressividades dos índices e suas repercussões na sociedade, sejam inseridos nas discussões da agenda política a fim de que sejam pensadas, formuladas e implementadas as políticas públicas de enfrentamento.

Portanto, as notificações sobre suicídio são ferramentas fundamentais para a prevenção e intervenção em saúde mental. Quando bem estruturadas, essas comunicações ajudam a identificar comportamentos de risco, promover apoio adequado e sensibilizar a sociedade para um problema frequentemente invisibilizado.

A Figura 3 a seguir estabelece o fluxo do **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes**, supracitado:

Figura 3 - Componentes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes



Fonte: Ministério da Saúde/ Portal SINAN/ Violência interpessoal / autoprovocada / Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva).

Observa-se no cotidiano dos atendimentos na instituição avaliada a fragilidade dos profissionais na efetivação, de forma sistemática, da notificação compulsória de comunicação da violência autoprovocada. Ocorre que, durante a pesquisa, foi observada a ocorrência expressiva de subnotificações dos casos.

As notificações compulsórias, em sua maioria, são realizadas pelo setor de epidemiologia do hospital, a partir dos registros das fichas de atendimento hospitalar, após alta hospitalar do paciente, ocasionando inconsistências e informações incompletas que impedem a finalização e validade da notificação, e por apresentarem registros que não confirmam ou são insuficientes sobre a ocorrência do comportamento suicida que contemplam a totalidade da situação que justifique a notificação.

Outro setor que realiza as notificações é o setor de serviço social, em geral nos plantões noturnos e aos finais de semana, diante da ausência de profissionais no setor de epidemiologia. Nesses casos, é realizado o atendimento direto aos sujeitos pelos assistentes sociais plantonistas, quando acionados. Situação que também não contempla a totalidade dos atendimentos que chegam no hospital.

A escassez de dados que possam materializar a ocorrência do comportamento suicida no cotidiano institucional pode trazer prejuízos para maiores investimentos públicos destinados ao enfrentamento da problemática. Portanto, é preciso que no âmbito institucional a notificação seja realizada conforme preconizada pela Portaria GM/MS Nº 1.271/2014, a qual em seu art. 3º ressalta que: “A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente”.

A referida portaria inclui os casos de tentativa de suicídio como agravo de notificação imediata no âmbito municipal para seguimento posterior, em até 24 horas, com o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), conforme art. 4º:

A notificação compulsória imediata deve ser realizada pelo profissional de saúde ou responsável pelo serviço assistencial que prestar o primeiro atendimento ao paciente, em até 24 (vinte e quatro) horas desse atendimento, pelo meio mais rápido disponível. Parágrafo único. A autoridade de saúde que receber a notificação compulsória imediata deverá informá-la, em até 24 (vinte e quatro) horas desse recebimento, às demais esferas de gestão do SUS, o conhecimento de qualquer uma das doenças ou agravos constantes no anexo (Brasil, 2014, art. 4º).

No hospital avaliado, os depoimentos dos profissionais, a seguir, registram a fragilidade no cumprimento da Portaria GM/MS Nº 1.271/2014. Fato que resulta nas

expressivas subnotificações dos casos de tentativa de suicídio a nível local, com impactos também para os dados gerais a nível nacional.

O que se percebe é que o primeiro atendimento acontece com o profissional médico, né? Onde realiza todas as medidas de urgência e emergência. A questão da notificação que era para ser feita pelo primeiro profissional ou articulada com esse profissional, mas fica muito a desejar. Se ele não comunicar, ou esse outro profissional não é notificado, a notificação, na realidade, não acontece (Marcela).

A notificação é um problema, pois muitas vezes o setor de epidemiologia não é comunicado sobre a entrada dos pacientes e eles aparecem ao nosso setor perguntando sobre a notificação, com a ficha do paciente, mas também não foi realizada, pois também não fomos acionados (Lara).

Vidal e Gontijo (2013) trazem o seguinte alerta sobre a situação:

Considera-se que, para cada tentativa documentada, existem outras quatro que não estão registradas. É provável que muitas dessas tentativas não cheguem ao atendimento hospitalar por serem de pequena gravidade. Mesmo quando os pacientes chegam às unidades de assistência, os registros elaborados nos serviços de emergência costumam assinalar apenas a lesão ou trauma decorrente das tentativas que exigiram cuidados médicos (Vidal e Gontijo, 2013, p. 109).

As subnotificações dos casos de suicídio e tentativas, segundo, Bahia *et al.* (2017), em geral, estão presentes na maioria dos países, portanto, trata-se de uma realidade global. Conforme a OMS, cerca de apenas 25% dos casos de tentativas de suicídio buscam ou são encaminhados para atendimento nos serviços hospitalares e estes em sua maioria quando se configuram como casos mais graves, que buscam o atendimento emergencial em decorrência das lesões ou agravos que causam. A estimativa é de que de cada três tentativas de suicídio, apenas uma recebe atenção nos serviços de saúde.

Corá *et al.* (2018) descrevem que a inclusão da tentativa de suicídio na lista de agravos de notificação imediata pelo município é de suma relevância, tendo em vista a necessidade de medidas rápidas exigidas pela complexidade que envolve o comportamento suicida, como o encaminhamento e vinculação do paciente aos serviços de atenção psicossocial, de modo a prevenir que um caso de tentativa de suicídio se concretize.

No mais, faz-se necessária a implementação de medidas que busquem qualificar a notificação compulsória como um instrumento de cuidado e garantia de direitos nos processos de atendimento realizados no âmbito hospitalar, visto que se trata de fragilidade que desqualifica os índices apresentados pela instituição de saúde e pelo próprio município ao qual está vinculada, pois apresentam falhas na materialização da ocorrência do comportamento suicida em sua totalidade a nível local. Situação que pode trazer prejuízos no repasse de investimentos e formulações de políticas públicas de promoção e prevenção.

4.2.4 Alta hospitalar: avaliação dos riscos, encaminhamentos e articulações realizadas

A alta hospitalar após o acolhimento às tentativas de suicídio envolve critérios e avaliação de riscos que possam vulnerabilizar os sujeitos a novas tentativas. Bertolone *et al.* (2010) destaca a importância da avaliação dos riscos de novas tentativas nos serviços de urgência e emergência para formalização da alta hospitalar e realização de encaminhamentos e articulações condizentes às demandas dos sujeitos atendidos. Como enfatiza Gutierrez (2014):

[...] o momento de alta do paciente que tentou suicídio deve ser pensado como um momento privilegiado para se produzir a continuidade do tratamento em outros serviços, visando à construção ativa da linha de cuidado necessário àquele indivíduo específico, não apenas como uma forma burocrática, que cumpre um papel de contrarreferência. O período da internação pode, inclusive, ser aproveitado para apoiar o paciente na direção de conquistar maior autonomia e na reconstrução e ressignificação do seu modo de viver (Bertolone *et al.*, 2010, p. 264).

O Quadro 8 a seguir elenca alguns fatores de risco para automutilação e suicídio com considerações sobre fatores individuais, sociais e ambientais:

Quadro 8- Fatores de riscos para automutilação e suicídio

Fatores de risco individuais	Fatores de risco sociais	Fatores de risco ambientais
<ul style="list-style-type: none"> ➤ História prévia de tentativa de suicídio ➤ Desesperança ➤ Abuso de álcool e drogas ➤ Histórico de transtorno mentais ➤ Déficit cognitivo ➤ Comportamentos impulsivos ➤ Não adesão ao tratamento 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ História familiar de suicídio ➤ Desemprego ➤ <i>Bullying</i> ➤ História de abuso sexual e/ou emocional ➤ Situação atual ou prévia de violência ➤ Baixo nível socioeconômico 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acesso aos meios letais ➤ Mídias ➤ Dificuldades de acesso ao tratamento de saúde mental

Fonte: Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio: orientações para educadores e profissionais da saúde (2020).

Para Gutierrez (2014), a avaliação de risco demanda que a equipe técnica tenha capacidade técnica e utilize instrumentos adequados que sejam capazes de avaliar as vulnerabilidades e fragilidades dos sujeitos enquanto estiverem no ambiente hospitalar. Condições físicas, psíquicas, sociais e de recursos de saúde presentes no território são questões que precisam ser investigadas.

No processo avaliativo desenvolvido no hospital pesquisado, os profissionais divergem em seus discursos sobre a avaliação de riscos para alta hospitalar, uma etapa

indispensável nos processos de acolhimento aos sujeitos que tentam o suicídio, como forma de garantir a alta hospitalar segura e preventiva, conforme Quadro 9:

Quadro 9– Percepções dos profissionais sobre a avaliação de risco para alta hospitalar

Percepções em que os profissionais consideram haver avaliações dos risco para alta hospitalar	Percepções em que os profissionais observam dificuldades e entraves nas avaliações dos risco para alta hospitalar
<p>“Fatores de risco observados que vão desde o próprio ambiente físico às facilidades que esses meios oferecem até a falta de apoio da rede familiar, que muitas vezes não conseguem atender, né, seja de forma econômica na questão dos medicamentos que são prescritos ou até mesmo suporte emocional, pois a própria família não tem pra oferecer, né?” (Laura)</p>	<p>“Infelizmente, a saúde mental, eu acho que isso acontece na maioria dos grandes hospitais, ela não é pensada de uma forma que aquele paciente esteja precisando. Eles ficam logo preocupados em transferir, porque aqui a gente não tem como cuidar, não tem como dar continuidade a esse cuidado, ou dar alta pra poder repassar logo pra família, e a família, no caso, dar continuidade no atendimento ambulatorial” (Marcela).</p>
<p>“A primeira coisa que a gente avalia é se o paciente está com ideação ativa ou não. Porque se estiver com ideação ativa, a gente não dá alta. Já interna e aí faz todo o controle para pedir para transferência” (Maria).</p>	<p>“Os médicos conversam, perguntam, mas é aquela coisa mais de querer resolver a questão [...] já ocorreu várias vezes os pacientes irem e voltarem pra mesma unidade de saúde, não continuar o tratamento, ou lá na Messejana eles não receberem, e eles ficam sem atendimento, sem medicação, e voltam por tentativa” (Luana).</p>
<p>“Dependendo do caso do paciente, a gente consegue ter uma comunicação com a equipe médica, né? Pra trazer a importância, se necessário, desse paciente ficar internado aqui e tentar uma regulação de um leito Hospital mental, onde ele vai ter ali um cuidado especializado naquilo. Se for paciente de crise, se for paciente que já tem tentativas anteriores, né? E a gente também observa muito a família” (Erika).</p>	<p>“ [...] é um grande furo aí no fluxo, porque deveria ser pensado em qual condição esse paciente pode receber alta e em qual condição ele não pode receber alta, né? Alguns pacientes ficam internados, tem alguns pacientes que ficam em observação 24 horas, tem outros que recebem alta logo, tem outros que ficam internados dias aguardando transferência, então, é muito relativo, é muito da conduta do médico e muitas vezes a gente não consegue ter acesso a esse paciente porque ele já recebeu alta antes da gente ser informado [...] então deveria ser, no meu ponto de vista, uma alta mais qualificada, mais discutida entre a equipe multiprofissional, né, uma alta mais responsável, digamos assim, né, para sair com a certeza de que tem um familiar de referência, de que tem o atendimento aguardando, né, de que vai ser acolhido, vai ter algum tipo de atendimento que evite que ele faça de novo, que ele tente de novo ou que ele consiga cometer o suicídio” (Lara).</p>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir dos relatos dos profissionais participantes da pesquisa.

Observa-se nos depoimentos dos profissionais que o foco do atendimento emergencial, no geral, acaba sendo destinado à melhora clínica e física dos sujeitos, com

encaminhamento aos serviços de saúde mental do município, e em casos específicos, a internação hospitalar é indicada para tomada de medidas mais especializadas sobre o caso, sendo que se observa nos depoimentos que a decisão sobre a permanência ou não no hospital acaba sendo, sobretudo, médica.

Faz-se necessário, portanto, pensar em processos que incluam a equipe multiprofissional nas decisões, de forma que a alta hospitalar desses sujeitos seja discutida no âmbito coletivo, favorecendo a complementaridade dos diversos saberes.

Mas afinal, como os profissionais conseguem suporte da rede de atenção psicossocial do município para o fornecimento da alta segura, visto que diante da complexidade do comportamento suicida é indispensável a continuidade do cuidado pela rede?

A atenção primária, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a atenção secundária especializada, através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) configuram-se como principais equipamentos de referência da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) após alta hospitalar.

No entanto, no processo avaliativo, a fragilidade da Rede de Atenção Psicossocial municipal, com a oferta insuficiente de serviços de saúde mental, apresenta-se como um dos maiores entraves nos processos de trabalho de atendimento às tentativas de suicídio, conforme relatos a seguir:

A gente só tem um local pra poder encaminhar [...] já que o CAPS está superlotado, então eles encaminham alguns pacientes para os postos de saúde com transtornos leves, e eles ficam com os pacientes onde tem um transtorno mais severo, ou pacientes que cometeram suicídio pra esse primeiro atendimento. Isso acontece, só que nós estamos com um problema sério, que nós estamos, nesse momento, sem psiquiatra, principalmente durante esse período do ano, que nós ficamos sabendo esse último ano de gestão (Marcela).

Só que a gente já entra em outra fragilidade do município, que muitas vezes o paciente não consegue acompanhamento no CAPS, né? O acompanhamento tanto psiquiátrico quanto psicológico. Porque aqui o paciente vai ter o atendimento, o acolhimento emergencial, mas depois ele não consegue, não vai ter (Erika).

[...] sinceramente, é pobre, é uma rede muito falha. Então, eu teria que ter o hospital diretamente conectado com o CAPS, diretamente conectado com a atenção básica, não tem (Maria).

Atualmente a rede aqui, porque a gente tem somente os CAPS, né, um CAPS geral, um CAPS AD e um infantil e a gente sabe que a condição da demanda do tamanho do município para a quantidade não dá conta, né, a gente passou um período também sem psiquiatra nos CAPSs, então muitas demandas que a gente encaminhou, até teve atendimento que eu pessoalmente falei com a equipe de lá e era para esperar dois meses, né, eles não tinham como dar uma prioridade, dar uma urgência, porque não tinha agenda, né, [...] a gente sabe que a equipe do CAPS também está defasada, enfim, e tem as suas dificuldades estruturais como a gente tem aqui (Lara).

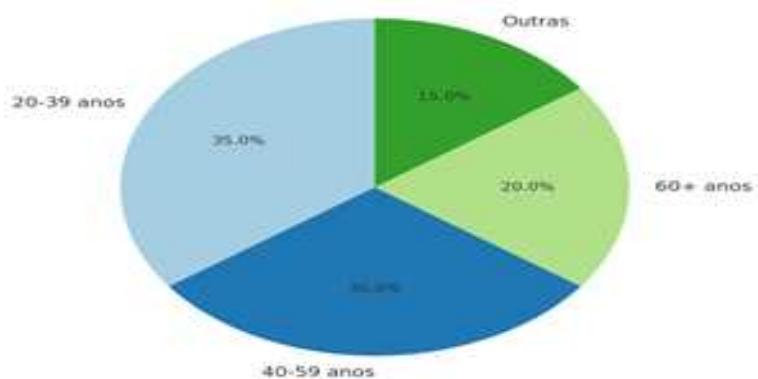
Os profissionais citam o CAPS como principal componente da rede psicossocial na prestação de serviços de acolhimento às pessoas em sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais para continuidade do cuidado após atendimento emergencial às tentativas de suicídio. Entretanto, ressaltam em suas falas a realidade territorial e local, na qual o município de Caucaia conta com apenas 01 CAPS Geral, 01 CAPS para atendimento às situações que envolvem uso prejudicial de álcool e outras drogas e 01 CAPS infantil, este último destinado ao atendimento de crianças e adolescentes.

É questionável que um município que apresenta cerca de 375.730 de habitantes, conforme dados do IBGE (2024), e uma área territorial extensa, bem como, números expressivos de casos que envolvem o comportamento suicida ainda não apresente maiores investimentos para melhoria e ampliação da rede de atenção psicossocial, sobretudo, com a implantação de novos CAPSs.

O município de Caucaia, conforme análise dos dados da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa, 2024), entre 2009 e 2023, registrou 559 óbitos por suicídio, ficando na 3^a posição estadual. Fortaleza lidera com 2.295 casos, seguido de Sobral com 761 óbitos por suicídio registrados, sugerindo influências de fatores socioeconômicos e de saúde.

A nível estadual, conforme a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa, 2024), o perfil epidemiológico retrata um aumento nos índices de suicídio nos últimos anos. Entre 2009 e 2023, o Estado do Ceará registrou 9.290 óbitos por suicídio, representando 7,5% do total de óbitos e com uma taxa média anual de 7,0 por 100.000 habitantes. As faixas etárias de 20 a 39 anos e de 40 a 59 anos, expressaram um aumento significativo, bem como, foi observado um crescimento especialmente na faixa etária dos 60 anos ou mais, a partir do Gráfico 3:

Gráfico 3- Distribuição estimada dos óbitos por suicídio no Ceará (2009-2023)



Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (2024).

Portanto, ganham destaque as percepções sobre a estrutura dos componentes da RAPS a nível territorial, das quais é de suma relevância a tomada de medidas que resolvam as questões que envolvem a insuficiência de CAPSs para atendimento às demandas de saúde mental da população e a precarização quanto à equipe mínima de profissionais nos referidos equipamentos, conforme Quadro 10 a seguir:

Quadro 10 - Problemáticas identificadas na rede de atenção psicossocial a partir dos relatos dos profissionais pesquisados

Profissional	Relato
Marcela	“o CAPS está superlotado”
Erika	“muitas vezes o paciente não consegue acompanhamento no CAPS”,
Maria	“é uma rede muito falha”
Sophia	“a gente passou um período também sem psiquiatra nos CAPSs”
Lara	“a equipe do CAPS também está defasada”

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir dos relatos dos profissionais participantes da pesquisa.

Nesse contexto, é possível observar no processo avaliativo os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde que atendem e lidam de forma direta e cotidiana com um fenômeno tão complexo, o comportamento suicida. Retratam como entraves e aspectos dificultadores, a fragilidade dos serviços de atenção psicossocial diante dos escassos investimentos da gestão municipal e demais entes federativos para a política pública de enfrentamento. As seguintes impressões e relatos são percepções e vivências dos que atuam na ponta dessa política: “descaso na saúde mental”; “é uma rede que não funciona”; “a gestão municipal não tem um olhar sensível para a saúde mental”.

[...] por omissão da gestão, por falta de interesse, exatamente eu não sei o que que acontece, né? Em nosso país, infelizmente existe esse descaso, né? Eu gosto de falar bem, esse descaso na saúde mental [...] é como se ela não fosse inclusiva, ela não consegue ter essa inclusão, a saúde mental é vista à parte (Marcela).

Tudo isso é um problema, na verdade, eu vejo isso, né? Claro que a falta de profissional, muitas vezes é só uma por setor, a falta de conhecimento lá da ponta né? Dos médicos que não passam o caso, da enfermagem que não acolhe direito, que julga, enfim. Esses são os maiores desafios que eu vejo que infelizmente muitas vezes não funciona (Sophia).

[...] a gente vê também que a gestão municipal, ela não tem um olhar sensível pra essas pessoas. Ela não tem um olhar sensível pra saúde mental. Quando a gente acaba atendendo esse paciente aqui na emergência, que estão há 3, 4 meses na fila de um psiquiatra, na fila de um psicólogo. Ou então, quando são pacientes que fazem acompanhamento no CAPS com psiquiatra, com psicólogo, mas que, no momento, não tem psicólogo. Ou que, no momento, não tem psiquiatra, porque eles estão com salários atrasados, eles estão com atividades pausadas. Então, assim, é uma dificuldade que não é só do hospital. É uma dificuldade do município (Erika).

Conforme destaca Amarante (2007) sobre a importância da consolidação de serviços destinados à saúde mental:

[...] é necessário que existam serviços de atenção psicossocial que possibilitem o acolhimento das pessoas em crise, e que todas as pessoas envolvidas possam ser ouvidas, expressando suas dificuldades, temores e expectativas. É importante que sejam estabelecidos vínculos afetivos e profissionais com estas pessoas, que elas se sintam realmente ouvidas e cuidadas, que sintam que os profissionais que as estão escutando estão efetivamente voltados para seus problemas, dispostos e compromissados a ajudá-las (Amarante, 2007, p.82).

Diante dos resultados identificados, é necessário destinar maiores investimentos públicos para ampliação dos serviços de saúde mental a nível territorial e das equipes de saúde que são fundamentais para o funcionamento e atendimento qualificado das demandas.

4.3 A família como instituição protetiva e preventiva ao suicídio?

Famílias inseridas no contexto da crise suicida precisam de auxílio para que possam se reconstruir como um sistema de apoio e proteção. No hospital avaliado, mesmo diante dos entraves identificados nas práticas adotadas na atenção à saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional no acolhimento aos sujeitos que tentaram o suicídio, foi observada a importância dada pela equipe quanto à identificação e atendimento à família e/ou pessoas próximas, considerando a rede familiar como “cuidado” e “apoio” importantes para prevenção de novas tentativas, conforme os depoimentos destacados:

A gente sabe que a importância familiar, ela é fundamental, né? É o início de tudo, né? É onde a gente busca um aparato. No momento em que chega esse paciente, que ele se encontra só, a primeira coisa que a gente pergunta, quem é a sua família, pra a gente poder tá chamando e tá colocando a situação, né? Principalmente porque a partir do momento que esse paciente sai daqui de alta, né? Ele precisa ser observado, ele precisa tá sendo bem cuidado nessa rede familiar ou rede de amigos ou rede de quem possa tá amparando nesse momento essa pessoa (Marcela).

A rede familiar é extremamente importante nesse processo pois eles serão os nossos digamos assim “os nossos braços acolhedores fora do hospital”. Então todo o tratamento ele se baseia no apoio que eles concederão (Laura).

Assim, a família, ela é parte, digamos assim, principal no cuidado daquele indivíduo. E muitas vezes o indivíduo, sozinho, ele não vai conseguir, né? Mas muitas vezes a gente percebe que eles não chegam com família, né? Às vezes é um vizinho, às vezes é um amigo, né? Às vezes até sozinho mesmo. Em caso de crise, até sozinhos mesmo eles chegam. Por isso que é importante a gente ver se existe essa rede de cuidado, porque muitas vezes não existe. E aí é mais uma questão pra gente conversar, sentar com a equipe. Conversar com a equipe (Erika).

Segundo Mioto (2004), a discussão sobre a família no âmbito das políticas públicas apresenta perspectivas distintas. De um lado observa-se a centralidade da família como reforço

do seu papel de assumir a principal responsabilidade pelo bem estar de seus membros. Por outro lado, entende-se que sua capacidade de cuidado e proteção está relacionada e condicionada às garantias preconizadas pelas políticas públicas. Portanto, a família na sociedade contemporânea, mais do que uma instituição de cuidado e proteção, deve ser cuidada e protegida como responsabilização do poder público.

Mioto (2012) ainda realiza a seguinte reflexão na qual questiona o modelo de família protetivo, visto que, diante das novas configurações de família, nem sempre podem ser vistas como uma “solução” para proteção social:

Mesmo existindo um consenso sobre a importância das políticas sociais para sustentar a vida familiar, não existe consenso nem sobre o que é família e nem sobre o que se entende por sustentar a família. Isso dá fórum para uma velha pergunta, o *quantum* sempre presente nos debates e nos embates, relativamente à parcela de responsabilidade que caberia à família e o *quantum* relativamente à parcela de responsabilidade estatal. Por isso mesmo é importante assinalar que as famílias não são homogêneas, nem em recursos, nem em fases dos ciclos de vida, nem em modelos culturais e organizativos e são influenciadas e interagem com o conjunto da legislação e das políticas sociais (Mioto, 2012, p. 127).

Conforme Pereira (1995), as transformações ocorridas na contemporaneidade, de ordem econômica, no âmbito do trabalho, dos valores e costumes, assim como, o fortalecimento da lógica individualista, refletiram em mudanças significativas na organização das famílias.

Pode-se observar a redução do número de membros no seio familiar, o surgimento de novas configurações familiares (como monoparentais, ampliadas, dentre outros), bem como, o agravamento do desempregado, do empobrecimento e precarização dos serviços públicos.

Diante desse contexto, o conceito de família não pode ser restrito ou padronizado, visto que as diversas transformações sociais, econômicas, políticas e culturais contemporâneas, além de múltiplas configurações familiares, podem levar ao esgotamento da perspectiva da família enquanto segurança de proteção social.

Conforme Vidal e Gontijo (2013, p. 112), “a família tem papel importante na decisão sobre a busca de cuidado e a sua postura é determinante para o bem-estar do paciente. Do ponto de vista assistencial, o cuidado de forma atenta à família é tão importante quanto aquele oferecido ao próprio indivíduo”.

No âmbito dos serviços de saúde a família é chamada a assumir o papel de protagonista no acompanhamento e cuidado aos sujeitos, conforme relato da profissional:

E a gente também observa muito a família. A gente não atende só o paciente, a gente atende a família (enfatiza as palavras família). Como é esse paciente em casa? Como é a rede de apoio desse paciente? Como é a rede de cuidado? Essa família, ela tá disposta, se o paciente voltar pra casa, ela tá disposta a ter uma vigilância naquele paciente e aí tudo isso é um trabalho de psicoeducação, de trazer pra aquela família

que aquele paciente, ele tá em risco. Ele tá em risco, evidentemente, do suicídio (Erika).

No entanto, embora a família seja frequentemente vista como uma rede de apoio e cuidado essencial, vigilância e proteção, durante a pesquisa foram observados nos discursos dos profissionais percepções contrárias, entre as quais que a família também pode desempenhar um papel negativo no desenvolvimento do sofrimento psíquico.

Ambientes familiares marcados por violência verbal ou física, negligência, ausência de afeto, vínculos rompidos ou fragilizados, pela presença de julgamentos, excesso de controle, rejeição ou desvalorização constante podem tornar-se um espaço gerador de dor emocional profunda, contribuindo significativamente para quadros de adoecimento mental, dentre outros fatores observados no contexto institucional, conforme relatos a seguir:

Porque, normalmente, como sempre tem uma relação familiar, como uma das causas, a relação familiar sempre está envolvida em uma das causas, né, pode ser o conflito, a situação de violência, a situação financeira, então essa questão do suporte familiar, da família, tanto da gente trabalhar o fortalecimento do vínculo dessa família com esse paciente, a responsabilização da família, né, porque querendo ou não é um paciente que vai precisar, principalmente, logo após a tentativa, ele vai precisar daquele monitoramento, então é totalmente diferente um paciente que não tem família, né, então é muito importante esse familiar perto, esse familiar nessa vigilância, né, pra evitar e até pra conseguir que vá fazer o tratamento (Lara).

Quando chega aqui, a gente tenta identificar qualquer pessoa que possa ser suporte para essa pessoa. Até porque é exigido que... Por exemplo, se tiver internado, fique com alguém, né? E isso muitas vezes é um problema. Porque o que eu mais vejo aqui são pessoas que não têm suporte familiar, que não têm nenhuma rede de apoio, que não têm amigos ou então... Que o problema está exatamente na família. Então, a maior causadora de sofrimento da pessoa é a própria família, que deveria ser a rede de apoio (Sophia).

[...] a gente percebe que muitas vezes também as pessoas que chegam com tentativa de suicídio não têm também tanto vínculo fortalecido com a família, então às vezes fica até mais difícil a gente conseguir contactar um familiar. Quando tem família é mais fácil até para resolver a questão do fluxo, para manter o paciente em observação, para garantir que esse paciente vai para o CAPS, né, que aí a gente tenta esse fortalecimento com a família para garantir que ele faça o acompanhamento no CAPS depois (Lara).

Até um livro que eu li sobre psicologia, da doutora Ana Beatriz Barbosa, que ela diz que a família é, às vezes, um abrigo na tempestade e, às vezes, a própria tempestade. Então, tem familiares que dizem, não, eu vou levar ele pro médico, eu vou isso, eu vou aquilo. Sendo que é o primeiro a julgar, o primeiro a brigar. E é isso, a pessoa não consegue evoluir no tratamento. E aí, a gente, enquanto profissional de saúde, confia naquela família, porque esse paciente precisa seguir, né? É um atendimento que ele precisa dar continuidade. E será que essa família é realmente, né, que vai dar proteção? Porque os parâmetros da tentativa de suicídio colocam muito a família como... Ter rede de apoio seria, ali, a família, o fator principal pra vigilância, né? Que é, tipo, ajudar aquela pessoa a não ter acesso àquela medicação, a não tentar o enforcamento. Ter aquela família ali ao lado. Mas se a própria família, muitas vezes, é a que ignora, né, aquele sentimento (Luana).

Sobre o suporte social precário, ausente ou inadequado enquanto processo da avaliação dos riscos ao suicídio e direcionamento do atendimento hospitalar após o episódio de uma tentativa de suicídio, Costa *et al.* (2021) alerta que:

[...] a deterioração das relações sociais e o isolamento indicam maior risco, e é fundamental a avaliação da presença e da qualidade do suporte social, que podem ser familiares, amigos ou outras pessoas próximas. Muitas vezes, é o que poderá diferenciar a indicação de internação ou tratamento ambulatorial. Não se trata simplesmente de verificar se há outras pessoas que moram junto do paciente, mas de avaliar a qualidade dessa relação, e se há condições efetivas de que a família se envolva, siga as recomendações de vigilância, acompanhe o paciente durante o período, e tenha realmente atitude de suporte sem julgamento (Costa *et al.*, 2021, p. 13).

Dessa forma, é possível observar que se apresenta como um desafio no cotidiano hospitalar para equipe multidisciplinar a identificação da rede de apoio enquanto suporte social que possa assumir o papel adjuvante na assistência e de retaguarda no cuidado. Fatores avaliados como importantes para o manejo das condutas e alta hospitalar segura e preventiva e que, portanto, demandam da equipe multiprofissional intervenções direcionadas a ampliar e fortalecer esse suporte, que pode não estar necessariamente no âmbito familiar.

4.4 Contribuições para as ações de prevenção ao suicídio no âmbito hospitalar: quais medidas são possíveis adotar?

É possível desenvolver medidas e ações preventivas ao suicídio no âmbito hospitalar? Primeiramente é preciso ressaltar que quando se fala em prevenção também se destacam as ações de promoção e proteção em saúde, vistos que estão interligadas, conforme previsto no art.º 5º da Lei 8.080/90, a qual destaca como objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS): “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”.

Para Gonçalves *et al.* (2015), observa-se nas emergências hospitalares a limitação das práticas de cuidados voltadas à estabilização clínica sem que haja um olhar de integralidade, o que pode levar a falhas no encaminhamento seguro para os demais serviços da rede de saúde mental, mas, sobretudo, à baixa oferta de um acolhimento humanizado ao sofrimento psíquico.

Como retratado neste estudo, a tendência da priorização sobre as demandas clínicas e físicas em detrimento das questões psíquicas e emocionais nos atendimentos às tentativas de suicídio no âmbito hospitalar, bem como, a fragilidade da equipe multiprofissional quanto à

habilidade para cuidados que envolvem a saúde mental são barreiras que podem dificultar as ações na prevenção ao suicídio no contexto hospitalar.

De acordo com Almeida e Merhy (2020), a perspectiva da educação permanente em saúde propicia espaços em que oportunizam momentos de reflexão e organização de estratégias particularizadas com a realidade do serviço. É importante que os profissionais de saúde reconheçam a importância de compreenderem o trabalho em saúde mental para além de práticas biomédicas, mas a partir de questões éticas, com relevância para a escuta, o acolhimento, o vínculo.

A oferta de capacitação profissional continuada acerca de temáticas que envolvem o comportamento suicida e a saúde mental é citada como um dos principais pontos para a qualificação técnica, qualidade do cuidado e desenvolvimento de ações preventivas entre os profissionais de saúde, como destaca Gutierrez (2014):

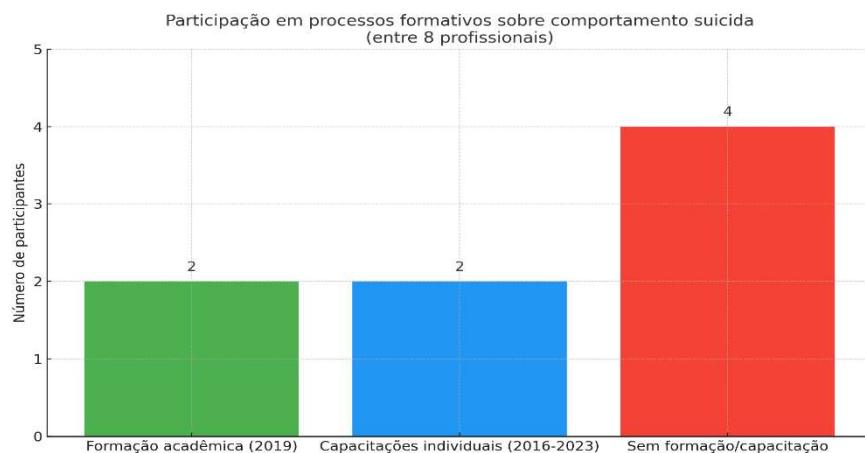
A educação permanente é uma estratégia para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), e recomenda-se que seja realizado um projeto de educação em serviço na área da saúde mental, utilizando-se como método de ensino/aprendizagem a problematização do processo de trabalho, visando a ruptura dos paradigmas das práticas profissionais de modo que teoria e prática não seja uma dicotomia. [...] as causas do suicídio bem como a eficácia do tratamento oferecido, as atividades assistenciais e preventivas podem ser exploradas para tornarem-se uma fonte de aprendizado (Gutierrez, 2014, p. 264).

É importante destacar que, nos questionários disponibilizados aos profissionais para a compreensão do perfil identitário e profissional (Quadro 6) foi identificado que dos 08 participantes apenas 02 passaram por processos formativos sobre o comportamento suicida durante suas formações acadêmicas no ano de 2019; 02 passaram por capacitações entre os anos de 2016 e 2023, por iniciativa e busca individual; e 04 não participaram de formações e capacitações sobre o assunto.

Assim como apontado por Brás *et al.* (2014), a ausência de acesso à capacitação continuada induz a compreensão e condutas equivocadas no acolhimento e na escuta, o que pode refletir em entraves no processo de adesão ao tratamento ou a resultados insatisfatórios no tratamento proposto.

Observa-se que há profissionais efetivos com mais de 05, 10 anos de prestação de serviços na unidade hospitalar sem terem tido acesso a nenhuma capacitação profissional continuada ofertada pela unidade de saúde ou gestão municipal. Dados representados no Gráfico 4 a seguir:

Gráfico 4- Participação em processos formativos sobre comportamento suicida



Fonte: Dados da pesquisa avaliativa.

Portanto, é preciso propiciar espaços coletivos que favoreçam aos profissionais o aparato técnico e teórico, bem como, suporte emocional para lidarem de forma cotidiana com demandas complexas. Faz-se necessário superar modelos de atenção mecanicistas e fragmentados, para que de fato o cuidado integral seja garantido, através de concepções ampliadas, compreendendo como os determinantes sociais e externos se apresentam como fatores relevantes no processo do sofrimento psíquico de grande parte dos sujeitos, medidas que, em se tratando do suicídio, podem salvar vidas.

O suporte técnico, teórico e emocional aos profissionais que atuam diretamente com o comportamento suicida vai além de possibilitar espaços de discussões coletivas através da educação permanente, mas também de favorecer melhores condições de trabalho no que tange à estrutura física adequada para os atendimentos, quantidade suficiente de profissionais, sistematização de fluxos e protocolos com atualizações permanentes e, sobretudo, apoio institucional para criação de políticas de saúde mental e promoção da cultura do cuidado no ambiente de trabalho. Os relatos dos profissionais deixam claro a importância de maiores investimentos nos fatores citados acima:

[...] a grande dificuldade que eu observo aqui nesse processo de acolhimento é a questão da estrutura física. Tanto a dificuldade de ter esse espaço pra ter esse acolhimento como essa deficiência também de profissional, né? Naquele momento pra gente poder dar aquela atenção prioritária ao paciente. Essa dificuldade de ambiência, de ambiente em si, de estrutura física, ela é de primordial importância porque você precisa acolher, você precisa ter um atendimento demorado, né? (Marcela).

[...] os próprios profissionais precisam de ajuda e não buscam. Por preconceito, por falta de tempo, por falta de prioridade à saúde mental, ela chega a ser esquecida até pelos próprios profissionais de saúde (Luana).

E até porque o sofrimento do outro, muitas vezes causa gatilhos na gente. Porque às vezes a gente também está passando por alguma questão que aquele paciente, aquela pessoa também está passando. Por exemplo, na época do COVID, todo mundo tinha um medo e eu acho que era universal [...] E hoje também acontece isso, não por conta da COVID, mas por outras coisas: pelo excesso de trabalho e muitas vezes são profissionais que já passam por algum tipo de acompanhamento psiquiátrico ou muitas vezes nem passam por acompanhamento psiquiátrico, mas fazem uso de medicação controlada. Então assim, são muitos sofrimentos envolvidos, não só de paciente e acompanhante familiar daquele paciente, mas daquele profissional também. As vezes profissional que trabalha na Pediatria que atendeu um adolescente por tentativa de suicídio e na família já teve uma tentativa ou já teve casos de suicídio de adolescentes, então tudo isso repercute na vida dele e afeta na atuação profissional dele (Erika).

[...] hoje a questão do adoecimento do trabalhador, principalmente do trabalhador da saúde, é algo assim, superpreocupante, porque quase todos os trabalhadores da saúde hoje tomam algum tipo de medicação, né, algum tipo de medicação psiquiátrica, por desenvolverem algum transtorno, principalmente depois da pandemia, né, eu tomo medicação, comecei a tomar, e eu acho que um dos grandes fatores de adoecimento é a questão do trabalho [...] aí vem as condições estruturais, condições salariais, né, a gente não tem condição digna de trabalho, de um atendimento adequado, então tudo isso desgaste hoje os profissionais, principalmente os da saúde, que é os que eu também tenho mais convívio, né, e eu vejo que estão adoecendo bastante, né, então aumenta o número de pessoas com a licença psiquiátrica [...] então eu acho importante a prevenção também no ambiente de trabalho em si, pra também atingirem os profissionais, as ações não serem somente pros pacientes (Lara).

Uma das possibilidades de educação permanente no cotidiano de trabalho são as rodas de conversa, que se apresentam como espaços coletivos que possibilitam a discussão do fazer profissional e oportunizam a análise sobre condutas e trocas de saberes, conforme Cescon *et al.* (2018, p. 196): “[...] a motivação, a compreensão e a implicação com o próprio trabalho. O compartilhamento de fragilidades, medos, dificuldades, mas também de experiências, de conhecimentos e soluções criativas [...]”.

Durante a pesquisa, o que chamou minha atenção foi o quanto se fazem urgentes medidas de suporte emocional também aos profissionais de saúde, sobretudo, aos que lidam diretamente com atendimentos relacionados ao comportamento suicida. Os depoimentos retratam a existência de sofrimento emocional desencadeado pelas demandas cotidianas atendidas e pelas condições de trabalho à qual estão submetidos. Diante do exposto, faz-se necessária a implementação de uma política interna de cuidado psicossocial aos profissionais, com ampla oferta e divulgação dos serviços pela instituição.

Almeida e Merhy (2020) retratam sobre a problemática do cuidado em saúde mental destinados profissionais de saúde:

Ao acompanhar o cotidiano de trabalhadores da saúde mental, conviver e escutar aquilo que eles expressavam acerca de seus desafios, percebemos a existência de dificuldades extrínsecas e intrínsecas neste campo de trabalho. Dentre elas, nos chamou atenção ver que situações de cansaço, tristeza e esgotamento se repetiam entre muitos trabalhadores [...] O cuidado em saúde mental em sua perspectiva

antimanicomial envolve sobretudo a invenção de possibilidades de existência na diferença, a ruptura com práticas de exclusão e interdição; a busca pela singularização da vida individual e coletiva. Esses atributos servem para quem? Incluem também os trabalhadores? (Almeida e Merhy, 2020, p. 69-70).

O desenvolvimento de espaços coletivos inovadores e criativos que propiciem aos profissionais o compartilhamento das fragilidades enfrentadas e vivências nas práticas cotidianas, bem como, um “olhar” mais cuidadoso e atento ao profissional são percebidos como medidas que precisam ser pensadas na unidade de saúde, como possibilidade de qualificar os serviços ofertados e garantir o bem-estar físico e psíquico do trabalhador. Como analisam Cescon *et al.* (2018, p. 196): “Ao se sentirem escutados, apoiados e participantes nas decisões coletivas, os profissionais puderam assumir posições mais ousadas, que antes lhes causavam angústia e ativavam processos defensivos”.

Sobre as ações coletivas desenvolvidas na unidade hospitalar pesquisada, os profissionais citam apenas realizações de palestras educativas sobre a temática suicídio no mês de setembro em alusão ao Setembro Amarelo, dedicado à campanha de prevenção ao suicídio. Destacam em seus depoimentos o quantitativo de profissionais insuficiente no setor de psicologia como um dos entraves para o desenvolvimento de ações continuadas de saúde mental e de suporte institucional, diante das diversas outras competências e atribuições assumidas pela equipe de saúde, como a seguir:

A única coisa que acontece aqui é o mês de setembro amarelo, que acontecem palestras, né? Mas as palestras, elas estão muito difundidas apenas entre os profissionais. Mas acontece às vezes com os pacientes. Que isso era pra ser de uma forma contínua, né? Esse tipo de trabalho, né? Roda de conversa, outras atividades que eram pra ser exercida tanto pela psicologia como pelo serviço social, mas a própria unidade, ela não fornece esse, vamos dizer, esse aparato, né? Ou dar condições pro profissional trabalhar (Marcela).

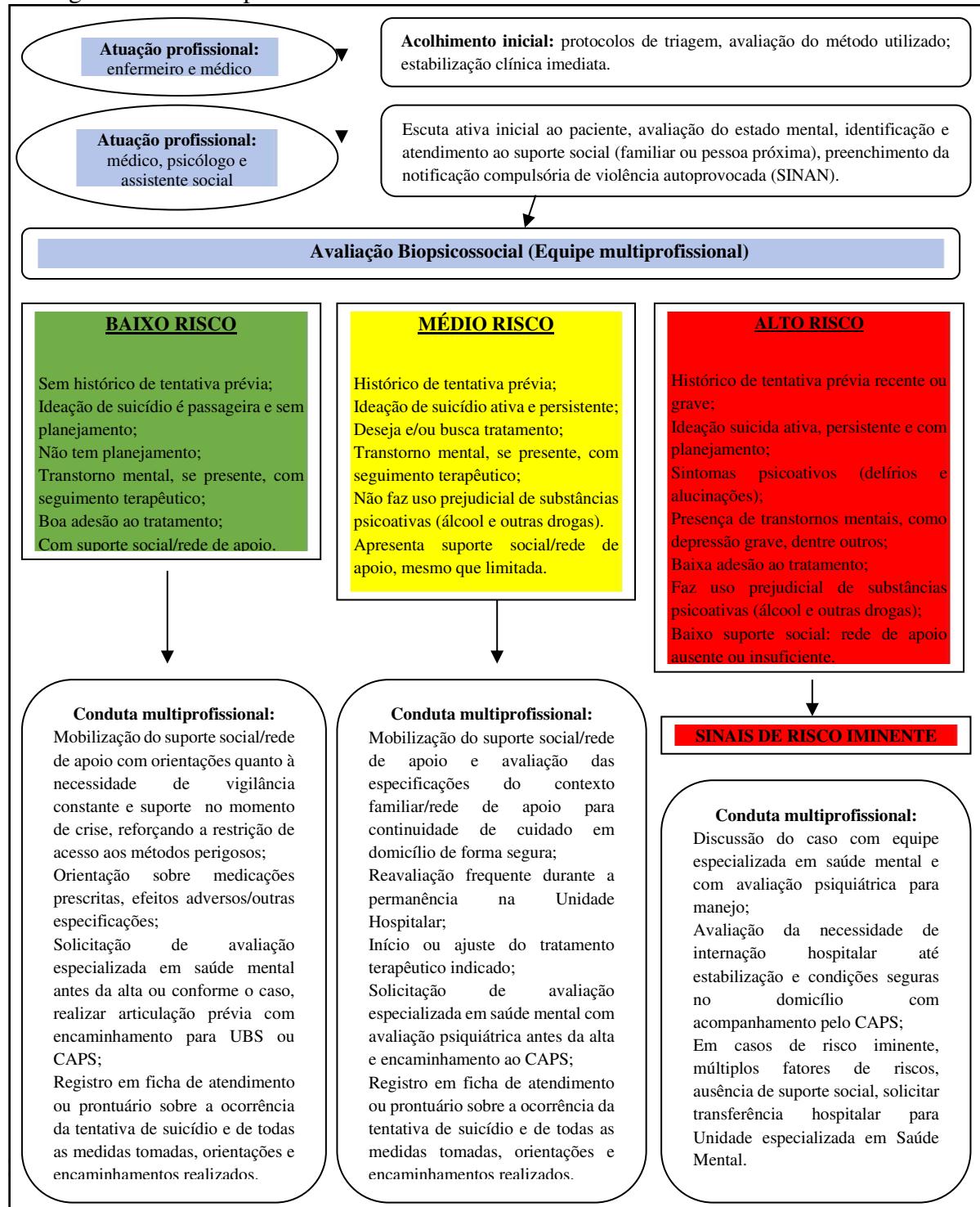
Somos só duas psicólogas, o dimensionamento é totalmente errado. E nós somos para os pacientes, né? Assim, então nós estamos uma por dia com os pacientes internados e aí atendemos também a emergência. Em relação às ações e tudo mais, a gente faz, mas a gente só faz uma vez no ano, duas vezes no ano, infelizmente, né? De praxe, Setembro Amarelo e muitas vezes a gente também faz o janeiro branco, né? Não temos como fazer mais ações porque são inúmeras outras atribuições [...] (Sophia).

Ação de prevenção só vejo nas palestras no mês de Setembro Amarelo, que é discutido o assunto, mas fora esse período, não trabalhamos prevenção [...] (Lara).

Neste contexto, ainda tratando sobre as medidas que podem ser adotadas, ganha destaque a importância da implementação de fluxos e protocolos internos que alinhem os processos de trabalho e manejo dos atendimentos às tentativas de suicídio desde o acolhimento inicial à alta hospitalar, dando ênfase à avaliação de risco e articulação com a rede de atenção psicossocial do território e demais políticas públicas setoriais.

Dessa forma, sugere-se através deste estudo avaliativo enquanto pesquisadora, mas também como profissional de saúde atuante nesta unidade hospitalar, de forma propositiva, a elaboração de um protocolo específico de atendimento às tentativas de suicídio no âmbito hospitalar, com o intuito de integrar a equipe multiprofissional e de garantir o atendimento seguro e preventivo.

Fluxograma 2 - Fluxo para o atendimento às tentativas de suicídio no HMAGR/Caucaia-CE.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base em Botega (2015) e MS (2024).

O fluxograma institucional se constitui como uma ferramenta essencial para garantir o cuidado efetivo, humanizado e seguro ao elencar fatores de relevância para as condutas e manejos que precisam ser analisados, refletivos e articulados durante o atendimento hospitalar às tentativas de suicídio pela equipe multiprofissional e que contribuem para a organização do atendimento, rapidez nas intervenções, segurança da equipe e dos sujeitos atendidos e fortalecimento da articulação com a rede de atenção psicossocial

Assim, o fluxograma sugerido foi elaborado como uma demanda dos resultados obtidos com a pesquisa avaliativa e com base nos documentos e normativas legais sobre o assunto, alinhado às diretrizes do Ministério da Saúde e aos princípios do SUS, mas que necessita ser discutido e analisado pelos diversos saberes e olhares, de forma coletiva.

Avalia-se, portanto, através do aporte teórico fundamentado e discutido de forma relacional com os resultados obtidos neste estudo e materializados no fluxograma produzido, a importância da implementação na unidade hospitalar pesquisada de ações integradas entre os profissionais de saúde, sobretudo, quanto às avaliações de risco ao suicídio e qualificação nos registros e notificações sobre as ocorrências atendidas para fins epidemiológicos e de maiores investimentos em políticas públicas de enfrentamento.

Destaca-se, que a proposta não se reduz às condutas clínicas de estabilização do quadro de saúde, ao pontuar a importância da análise dos determinantes e condicionantes sociais que se relacionam com o risco ao comportamento suicida, com destaque aos aspectos como suporte social, transtornos mentais prévios, uso de substâncias psicoativas, vivências de conflitos e violências, adesão ao tratamento, acesso aos serviços de saúde, dentre outras questões de caráter biopsicossocial que precisam ser avaliadas durante os atendimentos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo chamam atenção para a discussão sobre o fenômeno suicídio para além de questões individuais e psíquicas, ao refletir determinações socioeconômicas e influências externas na incidência do comportamento suicida. Considera as relações sociais produzidas pela sociedade capitalista determinantes para o adoecimento mental da população, através da intensificação das desigualdades sociais, do desemprego, da pobreza, das violações de acesso aos direitos sociais, das relações precarizadas de trabalho, dentre outras expressões da questão social.

A nível nacional, o Brasil apresentou um aumento significativo nos indicadores do comportamento suicida nos últimos anos, realidade verificada através da discussão teórica e dados trazidos nesta pesquisa. Apesar disso, a demora na implementação de medidas concretas por parte do poder público brasileiro na promoção e prevenção ao suicídio evidencia uma lacuna histórica nas políticas de saúde mental. A instituição tardia da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (PNPAS), apenas em 2019, revela não só a omissão com que o tema foi tratado durante décadas, mas também os desafios estruturais e culturais que envolvem o reconhecimento da saúde mental como prioridade.

Embora a criação da PNPAS represente um avanço importante, é fundamental que sua aplicação seja efetiva, contínua e acompanhada de investimentos para a concretização dos objetivos a que se propõe. Em resumo, a política visa a uma estratégia nacional integrativa que busca favorecer e garantir a promoção em saúde mental, prevenção ativa, atenção psicossocial, apoio e suporte às famílias, sensibilização da sociedade civil, articulação intersetorial, vigilância epidemiológica e capacitação profissional.

O atendimento hospitalar adequado é um dos pilares fundamentais para a efetivação da PNPAS, pois representa o primeiro ponto de acolhimento, na qual deve ocorrer em ambiente preparado não apenas para tratar lesões físicas, mas, sobretudo, para oferecer escuta qualificada, avaliação multiprofissional e biopsicossocial e encaminhamentos adequados à rede de atenção psicossocial.

No entanto, a rotina hospitalar com foco predominante no modelo curativista e biomédico, frequentemente desqualifica a complexidade dos episódios de tentativas de suicídio, tratando-os como eventos isolados e desconsiderando os aspectos subjetivos e sociais das experiências que permeiam o fenômeno suicídio. Esse modelo reducionista, centrado em diagnósticos e intervenções medicamentosas, dificulta a criação de vínculos terapêuticos e o planejamento de cuidados integrais e contínuos, contrariando os objetivos da política nacional,

que preveem a atuação intersetorial, a promoção de saúde mental e a humanização do cuidado. Portanto, é preciso desenvolver medidas de superação desse modelo de atendimento.

O perfil epidemiológico do comportamento suicida a nível local, especificamente na realidade da institucional hospitalar avaliada, destaca a incidência do comportamento suicida entre mulheres e adolescentes, a qual representa uma grave questão de saúde pública marcada por fatores sociais, psicológicos e culturais complexos e confluem com os dados a nível nacional discutidos na pesquisa. Entre adolescentes, o aumento de casos está frequentemente relacionado a *bullying*, uso excessivo de redes sociais, abuso sexual, conflitos familiares e transtornos mentais não diagnosticados. No caso das mulheres, questões como violência doméstica, desigualdade de gênero, sobrecarga emocional e histórica invisibilidade de suas dores psíquicas agravam o risco.

Os dados discutidos revelam a necessidade do fortalecimento das ações de prevenção do suicídio e promoção da saúde mental no Brasil, bem como, da importância de investimentos para expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a fim de garantir o acesso democrático aos serviços de saúde mental no país e consolidação dos objetivos preconizados pela PNPAS, que no âmbito institucional avaliado é possível identificar lacunas que precisam ser revistas e aprimoradas.

Durante a pesquisa foi identificado que, apesar de atendidas cotidianamente no serviço de saúde, muitas das ocorrências de tentativas de suicídio não são registradas formalmente, através da coleta adequada das informações e preenchimento da notificação compulsória de violência interpessoal/autoprovocada. A baixa qualidade das informações e registros provenientes de prontuários e fichas de atendimento hospitalar também geram dificuldade em determinar a ocorrência do comportamento suicida. Tais dados são importantes para análise e consideração da realidade concreta pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), na qual se observa que a subnotificação das tentativas de suicídio se constitui como um dos principais obstáculos para a formulação de políticas públicas de prevenção e enfrentamento.

A falta de dados confiáveis compromete o dimensionamento real do fenômeno, gerando entraves para a alocação adequada de recursos e investimentos para a saúde mental. Também dificulta o planejamento de ações educativas, campanhas de prevenção e a ampliação dos componentes da RAPS. Portanto, é essencial capacitar as equipes de saúde para o correto registro e fortalecer os sistemas de vigilância em saúde para o monitoramento do fenômeno no cotidiano a nível local e nacional.

A presente pesquisa ainda evidenciou que o atendimento às tentativas de suicídio

no ambiente hospitalar requer a articulação de práticas humanizadas, protocolos bem definidos e atuação integrada da equipe multiprofissional. Observou-se que a unidade hospitalar avaliada enfrenta obstáculos estruturais e organizacionais que comprometem o cumprimento pleno dos objetivos da política, entre os quais se destaca que existem fragilidades significativas durante todo o processo de acolhimento, na avaliação dos riscos, na oferta de capacitação continuada aos profissionais e no encaminhamento adequado dos pacientes para a rede de atenção psicossocial.

É preciso investir em processos formativos continuados para as equipes multidisciplinares, o que é importante para uma abordagem técnica e humanizada, mas também se fazem necessários investimentos para a ampliação quantitativa dos profissionais de saúde por plantão, visto que a insuficiência de profissionais, com destaque para a situação dos psicólogos e assistentes sociais nos plantões hospitalares, agrava ainda mais a desarticulação entre o atendimento de urgência e o acompanhamento contínuo.

A capacitação continuada permite aos profissionais das diversas áreas, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros, além do acesso a um instrumento indispensável para a qualificação do atendimento, que atuem de forma integrada, compreendendo o suicídio como um fenômeno multifatorial, preparados para identificação dos fatores de riscos e comprometidos com a prevenção do suicídio.

O estudo avaliativo ainda identificou que a unidade hospitalar pesquisada não dispõe de fluxos e protocolos específicos atualizados de atendimento às tentativas de suicídio. A ausência ou a fragilidade de fluxos institucionais padronizados compromete a continuidade do cuidado e pode aumentar a reincidência de comportamentos suicidas. Diante de um evento que exige respostas rápidas, éticas e integradas, a padronização de condutas favorece que a equipe multiprofissional atue com clareza, evitando improvisações, abordagens inadequadas ou encaminhamentos imprecisos.

Investir na ampliação da RAPS, sobretudo, com a implantação de novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município, e em programas voltados à saúde mental dos profissionais de saúde também se trata de uma medida estratégica, ética e necessária. O CAPS é fundamental para garantir o cuidado contínuo e humanizado às pessoas em sofrimento psíquico, especialmente em casos de crise, como tentativas de suicídio. A ampliação da rede permite maior capilaridade, acesso facilitado aos serviços e integração efetiva entre atenção básica, especializada e hospitalar, promovendo resolutividade e prevenção.

Outro fator relevante e avaliado neste estudo diz respeito ao atendimento às famílias ou pessoas próximas como uma estratégia de cuidado ampliado, visto que o suporte social

fortalecido e envolvido no plano terapêutico pode favorecer o entendimento das causas subjacentes ao sofrimento mental dos sujeitos e contribuir para a criação de um ambiente mais seguro e preventivo após a alta hospitalar.

Torna-se, portanto, um desafio no âmbito hospitalar, para a equipe multiprofissional, a escuta e análise da dinâmica familiar, para o reconhecimento dos fatores protetivos ou agravantes do adoecimento mental advindos do próprio contexto familiar, a fim de que as intervenções sejam direcionadas às especificadas apresentadas. Os profissionais de saúde, através de seus relatos, trazem a importância da família no processo de cuidado, vigilância e definições das condutas, mas também percebem e reconhecem, em situações específicas, a família como possível causadora ou agravante do sofrimento mental. Nesse contexto, a avaliação de riscos ao suicídio se constrói como conduta indispensável nos processos de atendimentos e intervenções que serão tomadas pela equipe, influenciando até mesmo na definição da alta hospitalar.

Paralelamente, os profissionais de saúde, frequentemente expostos a situações de estresse extremo, luto, sobrecarga e esgotamento emocional, precisam de suporte estruturado e permanente. Investir em programas de cuidado mental para esses profissionais reduz o absenteísmo, melhora o clima organizacional, eleva a qualidade do atendimento prestado e previne o adoecimento psíquico, incluindo depressão e *burnout*. Portanto, essas ações não são apenas investimentos em infraestrutura e assistência, mas sim em dignidade, sustentabilidade do sistema de saúde e promoção de uma cultura de cuidado em todas as suas dimensões.

Ressalta-se a importância de futuras pesquisas com a ampliação dos sujeitos, compreendendo também os depoimentos dos usuários e familiares que vivenciaram a problemática do comportamento suicida, visto que este estudo se limitou a um número reduzido de entrevistados e teve como foco os profissionais de saúde.

No mais, é urgente o fortalecimento das discussões e estudos sobre a diversidade dos aspectos socioeconômicos e culturais que permeiam o fenômeno suicídio, além dos investimentos nas políticas públicas de saúde e de cidadania que promovam acolhimento, promoção e prevenção para o seu enfrentamento. Enfrentar esse fenômeno exige uma abordagem integrada, sensível às particularidades de gênero e faixa etária, por profissionais capacitados, para a proteção social e valorização da vida. É preciso quebrar tabus e estigmas, trazer as discussões coletivas para sociedade civil e impulsionar os investimentos e debates na agenda pública das políticas públicas preventivas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Simone Alves; MERHY, Emerson Elias. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: Composição por uma ética antimanicomial em ato. *In: Revista Psicologia Política*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 47, p. 65-75, 2020. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1519-549X2020000100006. Acesso em: 11 mai. 2025.
- ABASSE, Maria Leonor Ferreira *et al.* Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. *In: Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 64, n. 2, p. 35-45, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Hpb78xC8wq5kdVvmW4PrR4k/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- ABREU, Samia; MIRANDA, Ana Aparecida Vilela; MURTA, Sheila Giardini. Programas preventivos brasileiros: quem faz e como é feita a prevenção em saúde mental? *Revista Psico-USF*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 163-177, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/GD3xGrF9cxvGy9wgvrWnHFr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2025.
- AMARANTE, Paulo e NUNES, Mônica O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2.067-2.074, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2024.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *In: Revista Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v.6, n. 1, p. 73-85, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pSWQzXMxtHGb7HLm6hwPMwp/?lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2024.
- ANTUNES, Ricardo. Século XXI: Nova era da precarização estrutural do trabalho. *In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO*, 2008, São Paulo. **Anais** [...]. São Paulo: Fundacentro, 2008. p. 1-5. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/Arquivos/sis/EventoPortal/AnexoPalestraEvento/Mesa%201%20-%20Ricardo%20Antunes%20texto.pdf>. Acesso em: 10 out. 2024.
- ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *In: Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 5, n. 123, p. 407-427, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/cbc3JDzDvxTqK6SDTQzJJLP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2024.
- ALVES, Giovanni Antônio Pinto. **Trabalho e subjetividade**: o metabolismo social da reestruturação produtiva do capital. Livre-docência. Universidade Estadual Paulista, UNESP,

Marília, 2008. Disponível: <https://incubadorasocialpucrs.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/12/trabalho-e-subjetividade.pdf>. Acesso em: 10 out. 2024.

AFONSO, Mariana Luciano; SEABRA, Danilo Silveira. Estruturas sociais e suicídio. In: DAMIANO R. F.; SOUSA, Luciano A. C.; IDAD, Tavares H. (org.). **Compreendendo o suicídio**. 1. ed. Santana de Parnaíba: Editora Monole; 2021. p. 435-449.

BACELAR, Tânia. As Políticas Públicas no Brasil: heranças, tendências e desafios. In: SANTOS JUNIOR, Orlando Alves dos. (org.). **Políticas Públicas e Gestão Local**: programa interdisciplinar de capacitação de conselheiros municipais. Rio de Janeiro: FASE, 2003, p. 1-10. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4401959/mod_resource/content/1/Bacelar%20Tania%20politicas%20publicas.pdf. Acesso em: 20 jan. 2024.

BAHIA, Camila Alves; AVANCI, Joviana Quintes; PINTO, Liana Wernersbach; MINAYO, Maria Cecilia de Souza. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. In: **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2841-2850, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/63k5xJZTD5DZ4JKvLcgXbbD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 fev. 2024.

BANCO ITAÚ. **Apostas on-line**: estimativas de tamanho e impacto no consumo. Macrovisão. São Paulo: Itaú, 2024. Disponível em: <https://macroattachment.cloud.itau.com.br/attachments/a77e92d9-319f-45ca-b657-6c721241804b/13082024MACROVISAOPostason-line.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2025.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed. São Paulo, SP: Edições Lisboa, 2011.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (org.). **Políticas de saúde**: a organização e a operacionalização do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. p. 192-207.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.271, de 06 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, DF: MS, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 13 mar. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 29 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1990/prt3324_54_05_2014.html. Acesso em: 13 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortabilidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 52, n. 33, p.1, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_3_3_final.pdf/view. Acesso em: 06 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, v.55, n. 4, p. 1, 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> Acesso em: 06 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). **Lesões Autoprovocadas Voluntariamente, por Local de Internação – Brasil, 2014-2023.** Brasília, DF:Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <http://portalsih.saude.gov.br/sistema-de-informacoes-hospitalares-do-sus>. Acesso em: 15 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF: Ministério da Saúde,2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019.** Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília, DF:Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13819.htm. Acesso em: 10 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n.º 10216, de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica n. 11/2019.** Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **BRASIL. Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal SINAN- Violência interpessoal / autoprovocada / **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em: 15 jan. 2025.

BRAGA, Luiza de Lima; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. In: **Contextos Clínicos**, Rio Grande do Sul, v. 6, n. 1, p. 43-52, 2013.

BRÁS, Marta, Cruz, J.P.; SARAIVA, C.B. Estratégias gerais de prevenção dos atos suicidas dos conceitos à prática clínica. In: SARAIVA, C.B.; PEIXOTO; SAMPAIO, D. **Suicídio e comportamentos autolesivos**. Lisboa, v. 3, n. 1, p. 476-483, 2014.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete; MIOTO, A. P.; et al. (org.). **Serviço Social e Saúde**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008, cap. 16.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social**: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BERTOLOTE, José Manoel; SANTOS, Carolina de Mello; BOTEGA, José. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. In: **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. 3, p. 45-58, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/tF7BMYYsc7sT53qQd5hWrPt/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 27 set. 2022.

BERENCHTEIN NETTO, Nilson. **Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético**. 2003. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Faculdade de Ciências da Saúde, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2003.

BOTEGA, Neury Jose. **Crise suicida**: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.

CAUCAIA (CE). Prefeitura. **Dados do município**. In: site oficial. Disponível em: <https://www.caucaia.ce.gov.br/omunicipio.php>. Acesso em: 15 de out. de 2024.

CAUCAIA (CE). Prefeitura. Hospital Municipal Doutor Abelardo Gadelha da Rocha. **Carta de Serviço**, 2024.

CAUCAIA (CE). Prefeitura. Hospital Municipal Doutor Abelardo Gadelha da Rocha. **Dados epidemiológicos obtidos através das Notificações de Violência Interpessoal e Autoprovocada do HMAGR**. Dados internos, 2024.

CAUCAIA (CE). Prefeitura. Hospital Municipal Doutor Abelardo Gadelha da Rocha. **Livro de ocorrências, de óbitos e violências**. Setor de Serviço Social do HMAGR. Documento interno, 2024.

CARVALHO, Maria do Carmo Albuquerque. Participação Social no Brasil hoje. In: **Pólis Papers**, São Paulo, n. 2, 1998. Disponível em: https://polis.org.br/wp-content/uploads/2025/03/Particiapaca_popular_nas_politicas_publicas.pdf. Acesso em: 15 mar. 2025.

CARVALHO, Gilson. Saúde Pública. *In: Revista Estudos Avançados*, v. 78, n. 27, p. 23-34, 2013.

CARVALHO, José Murilo. Mandonismo, coronelismo, clientelismo: uma discussão conceitual. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 34- 49, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/bTjFzwWgV9cxV8YWnYtMvrz/?lang=pt> . Acesso em: 10 mar. 2025.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Boletim epidemiológico. **Mortalidade por suicídio no Estado do Ceará, 2009-2023**. Fortaleza: Sesa, 2023. 2 p.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. *In: Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Campinas, v.1, n.1, p. 197-210, 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-386108>. Acesso em: 10 mar. 2025.

CESCON, Lucian França, CAPOSSOLO, Ângela Aparecida; LIMA, Laura Câmara. Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial. *In: Revista Saúde e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 27 n.1, p. 185-200, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/y6fzbBtjMGPqkCScnGGgNsg/abstract/?lang=pt>

COSTA, João Bosco Araújo da. A ressignificação do local: o imaginário político brasileiro pós-80. *In: Revista São Paulo perspectiva*, São Paulo, v.10, n. 3, p.113-118, jul./set. 1996.

COSTA, Fernanda Benquerer *et al.* **Manual de orientações para o atendimento à pessoa em risco de suicídio**. 2. ed. Distrito Federal: Brasília, 2021. 243 p.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL. **Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação**. 5. ed. rev. Brasília: CRP, 2020. 286 p.

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata Wanda; DELGADO, Pedro G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *In: Revista Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, p.122-138, 2020.

CRUZ, Danielle Maia. Enfoques contra-hegemônicos e pesquisa qualitativa: desafios da avaliação em profundidade em políticas públicas. **Revista Aval**, Fortaleza, v. 1, n. 15, p. 160-173, jan./jun. 2019.

CORÁ, Barbara Cristiane Martines, *et al.* **Avaliação do risco de suicídio e sua prevenção**. Guia prático para rede assistencial básica serviços. Indaiatuba: Edições Asa, 2018. 192 p.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. *In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (org).* **Planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2006.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo de sociologia.** São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2019.

DANTAS, Eder Samuel Oliveira. Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos? *In: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n.3, p. 73-82, 2019.

DANTAS, Eder Samuel Oliveira *et al.* Suicídio de mulheres no Brasil: necessária discussão sobre perspectiva de gênero. *In: Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 28, n. 5, p. 1469-1477, 2023.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O que é política social.** São Paulo: Brasiliense, 5^a ed., 2004.

FIOCRUZ. Fiocruz avalia excesso de suicídios no Brasil na primeira onda de Covid-19. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, maio 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-avaliaexcesso-de-suicidios-no-brasil-na-primeira-onda-de-covid-19>. Acesso em: 27 set. 2022.

FOGAÇA, Vanessa Dias *et al.* Tentativas de suicídio por adolescentes atendidos em um departamento de urgência e emergência: estudo transversal. *In: Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 76, n. 5, p.74-86, 2023.

FLEURY, Sonia; OUVERNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. *In: GIOVANELLA, Lígia et al. (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil.* 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 25-57.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *In: Revista Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, v.4, n.21, p. 211-259, 2000. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89/158>. Acesso em: 18 abr. 2024.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo, SP: Editora Atlas, 2008.

GOMES, Fábio Guedes. Conflito Social e Welfare State: Estado e Desenvolvimento Social no Brasil. **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 201-234, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/dvHMHgG5NDdvZH6wy54fDDq/#>. Acesso em: 05 mai. 2024.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar:** como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 8. ed., Rio de Janeiro: Record, 2004.

GUSSI, Alcides Fernando. Outras epistemologias e metodologias: a experiência do Mestrado de Avaliação de Políticas Públicas. **Revista Aval**, Fortaleza, v. 2, n. 16, p. 168-183, jul./dez. 2019.

GUSSI, Alcides Fernando. Apontamentos teórico-metodológicos para a avaliação de Programas 281 de microcrédito. **Revista Aval**, Fortaleza: UFC, v. 5, n. 1, p. 84-92, 2008.

GUSSI, Alcides Fernando; OLIVEIRA, B.R. Políticas Públicas e outra perspectiva de avaliação: uma abordagem antropológica. **Revista Desenvolvimento em Debate**, Fortaleza, v. 4, n. 1, p. 83-101, 2016.

GUSSI, Alcides Fernando; THÉ, Raul da Fonseca Silva; PEREIRA, Janainna Edwiges de Oliveira. Experiências metodológicas de avaliação: usos da noção de trajetória em políticas públicas. *In*.: **Revista Sinais**. Fortaleza, v. 23, n. 1, p. 1-14, 2019.

GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. *In*: **Revista Psicologia/USP**, São Paulo, v. 25, n 3, 262-269, 2014.

GUEDES, Heloísa Helena da Silva; CASTRO, Marina Monteiro de Castro. Atenção hospitalar: um espaço produtor de cuidado integral em saúde. *In*: **Revista Serviço Social**, São Paulo, v.5, n. 12, p. 4-26, 2009.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *In*: **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 14, n. 1, p.297-305, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A questão social no capitalismo. *In*: **Revista Temporalis – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**, Brasília: ABEPSS, v. 2, n. 3, p. 122-193, jan./jun. 2001.

IBGE. Diretoria de Geodesia e Cartografia. **Censo demográfico 2024**. Fortaleza: IBGE, 2024. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/caucaia/panorama> Acesso em: 11 jun. 2025.

JUNIOR, Carlos Stavizki. Os riscos sobre o aumento dos casos de suicídio no contexto de Pandemia: perspectivas para a prevenção no Estado do Rio Grande do Sul- Brasil. *In*: **Ágora St. Cruz Sul**, v. 22, n.2, p. 04-21, jul/dez., 2020.

KHATIB, Ahmed Sammer El. Diversão ou armadilha? Um estudo exploratório das Apostas Esportivas (Bets) entre Universitários Brasileiros sob a lente da Teoria do Comportamento Planejado (TCP). *In*: Scielo Preprints, São Paulo, v.22, n. 1, p.1-18, 2024. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/10133/version/10705>. Acesso em: 11 jun. 2025.

KRUG, Etienne G. *et al*. **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra:CH, Organização Mundial da Saúde, 2002. 150 p. Disponível em:<https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>. Acesso em: 9 set. 2024.

LOPES, Mauro Marques et al. As medidas governamentais de prevenção ao suicídio no Brasil têm sido efetivas? *In*: **Research Society and Development**, São Paulo, v.11, n.11, p. 33-57, 2022.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. *In*: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 399-407, 2007.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democráticas” - anos 80. *In*: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1. n 1, p. 23-45, 1991.

MACAYA, Daniela A.M; ABREU, Cristiano Nabuco de. O suicídio e as mídias digitais: a geração iGen. In: DAMIANO R. F.; SOUSA, Luciano A. C.; IDAD, Tavares H. (org.). **Compreendendo o suicídio**. 1. ed. Santana de Parnaíba: Editora Monole; 2021. p. 15-22.

MACHADO, Borges Daiane; SANTOS, Darci Neves dos. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. In: **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v. 2, n. 3, p. 45-54, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/jSFVzxZCLjTrDMqzwVSpKG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 fev. 2024.

MACHADO, Daiane Borges. **Impacto da desigualdade de renda e de outros determinantes sociais na mortalidade por suicídio no Brasil**. 2014. Dissertação (Mestrado em Sociologia) Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/16329/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20DAIANE%20BORGES.%202014.pdf> Acesso em: 25/09/2024.

MARCOLAN, João Fernando. Pela política pública de atenção ao comportamento suicida. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v.4, n.2, p. 10-39, 2018.

MARQUETTI, Flávia Regina; MARQUETTI, Fernanda Cristina. Suicídio e feminilidades. In: **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 1, n. 49, p. 1-21, 2017.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da Economia Política**. Livro 1. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, Karl. **Introdução à Contribuição para a Crítica da Economia Política**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MARX, Karl. **Sobre o suicídio**. 6. ed. São Paulo: Boitempo, 2006.

MARX, Karl. **Manuscritos Econômico-Filosóficos**. Tradução de Jesus Ronieri. 5. ed. São Paulo: Boitempo, 2004.

MÁXIMO, Heloisa dos Reis Malheiro; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Saúde Mental em um Hospital Público: o Olhar de Profissionais Médicos do Município do Rio de Janeiro. In: **PHYSUS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n.16, p. 293-316, 2006.

MELEIRO, Alexandrina Maria Augusto da Silva. **As múltiplas faces do suicídio**. In: DAMIANO R. F.; SOUSA, Luciano A. C.; IDAD, Tavares H. (org.). **Compreendendo o suicídio**. 1. ed. Santana de Parnaíba: Editora Monole; 2021. p. 2-7.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COSTA, Antônio Pedro. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. In: **Revista Lusófona de Educação**, Belo Horizonte, v. 40, n. 3, p. 139-146, 2018. Disponível em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>. Acesso em: 10 mar. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *In: Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 621-626, 2012. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMFf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2024

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. *In: MINAYO, M. C. S. (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.* 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 9-29.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Suicídio: violência auto-infligida. *In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros.* Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0199.pdf>. Acesso em: Acesso em: 16 jun. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 421-428, abr./jun. 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006. Diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção do suicídio. Brasília: MS, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 06 out. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. **Prevenção de suicídio:** manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: MS, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ações do Ministério da Saúde 2022. Brasília: MS, 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: 10 nov. 2024.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. A Centralidade da Família na Política de Assistência Social: contribuições para o debate. **Revista de Políticas Públicas**, São Paulo, v. 8, n. 1, p.53-74, 2004.

MIOTO, R. C. T. Processos de responsabilização das famílias no contexto dos serviços públicos: notas introdutórias. *In: SARMENTO, Hélder Boska de Moraes (org.). Serviço Social: questões contemporâneas.* Florianópolis: UFSC, 2012. v. 1, n. 1, p. 125-138.

MOREIRA, Marcelo Rasga; GUIMARÃES, Raphael Mendonça. **Adolescência e suicídio:** um problema de saúde pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2024.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social.** 7. ed. São Paulo, SP: Cortez, 2009.

OLIVEIRA, Maria Paula Magalhães Tavares; SILVEIRA, Dartiu Xavier da; SILVA, Maria Teresa Araújo. Jogo patológico e suas consequências para a saúde pública. *In: Revista Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p. 22-53, 2008.

OMS. **Manual de Classificação Internacional de Doenças** – 11. rev. Genebra: Suíça, 2019. 430 p.

OMS. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: saúde mental – nova concepção, nova esperança. Genebra, CH: OMS, 2001. 150 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0205.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2024.

ORELLANA, J. D. Y. *et al.* Excesso de mortes durante a pandemia de COVID-19: subnotificação desigualdades regionais no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 25-35, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/TjDnrpmQBftqgNhtXYPL4Kx/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 22 mai. 2024.

QUESADA, Andrea Amaro, *et al.* **Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio**: orientações para educadores e profissionais da saúde. Fortaleza, CE: Fundação Demórito Rocha, 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. Direito à saúde, cidadania e estado. *In: 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE*, 2., 1987, Brasília. **Anais** [...]. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.45-59. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf . Acesso em: 20 jan. 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelo de atenção à saúde no Brasil. *In: GIOVANELLA, Lígia; et al. (org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n .1, p.15-35, 2014.

PAVOSKI, Giulia Tatiana Tkaczyk *et al.* Prevenção universal e promoção de saúde em grupo de crianças a partir do Método Friends. *In: Revista Psico*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 2, p. 148-158, 2018.

PRAUN, Lucieneida Dovão. **Não sois máquina?** Reestruturação produtiva e adoecimento mental na general Motors do Brasil. 2014. Tese (Doutorado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

PEREIRA, P. A. Desafios Contemporâneos para a Sociedade e a Família. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 4 n. 48, p. 45-58, 1995.

RODRIGUES, Lea Carvalho. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. **Revista Avaliação de Políticas Públicas**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 7-15, jan./jun., 2008. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/22510/1/2008_art_lcrodriques.pdf . Acesso em: 09 set. 2022.

RODRIGUES, Lea Carvalho. Método experiencial e avaliação em profundidade: novas perspectivas em políticas públicas. **Revista Desenvolvimento em Debate**, São Paulo, v.4, n.1, p.103-115, 2016.

RODRIGUES, Marta M. Assumpção. Suicídio e sociedade: um estudo comparativo de Durkheim e Marx. *In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 698-713, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/WkqfBT8ZRMCMvC7HHjmBnpP/>. Acesso em: 10 set. 2024.

RIBEIRO, Sérgio Luiz. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. *In: Psicologia, Ciência e Profissão*, Campinas, v. 24, n.3, p. 92-99, 2004.

SEIBEL, Erni José; GELINSKI, Carmen Rosario Ortiz G. Concepção do Estado e Escolha da Metodologia de Avaliação de Políticas Públicas. *In: Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis: EDUFSC, v. 13, n. 102, p. 119-134, 2012.

SILVA, Fernanda Pereira da; LEMOS, Moisés Fernandes. **Reflexões quanto ao papel do estado na política nacional de prevenção da automutilação e do suicídio no Brasil**. *In: Latin American Journal of Development*, Curitiba, v.5, n.1, p.168-183, 2023.

SILVA, Heloisa Helena *et al.* Projeto DST/AIDS — na mira da prevenção. *In: Interagir: Pensando a Extensão*, Rio de Janeiro, n. 7, p. 103-108, jan./jul. 2005. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/interagir/article/download/21390/15508>. Acesso em: 30 set. 2024.

SILVA, Ícaro Gomes. O enigma do suicídio: um problema moral em Marx, Durkheim e Freud. *In: Revista Controvérsia*, São Leopoldo, v. 13, n. 2, p. 95-109, 2017. Disponível em: <https://revistas.unisinos.br/index.php/controversia/article/view/13553>. Acesso em: 30 set. 2024.

SILVA, José Antônio Ribeiro de Oliveira. A flexibilização da jornada de trabalho e seus reflexos na saúde do trabalhador. *In: Revista do Tribunal do Trabalho*, 15^a Região, v. 2 n. 42, p. 37-45, 2013. Disponível em: <https://juslaboris.tst.jus.br/handle/20.500.12178/103778>.. Acesso em: 30 set. 2024.

SILVA, Maria Adelane Monteiro da *et al.* Promoção da saúde em ambientes hospitalares. *In: Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 3, p. 596- 599, 2011.

SILVA, Maria Ozanira da. Avaliação de políticas e programas sociais: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. *In: SILVA, Maria Ozanira da Silva. (Coord.). Pesquisa Avaliativa: aspectos teóricos-metodológicos*. 2. ed. São Paulo: Veras Editora, 2013.

SCARAMUSSA, Roberta. *et al.* Saúde mental e produção de subjetividade: o discurso de profissionais do sus sobre a loucura. *In: XV ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO*, 4., 2009, Maceió. **Anais** [...]. Maceió: ABRASPO, 2009.p. 53-60. Disponível em: https://abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/297.%20sa%DAd%20mental%20e%20produ%C7%C3o%20de%20subjetividade.pdf. Acesso em: 26 de out. de 2024.

SHIMIZU, Helena; PEREIRA, Maria Edsaura. Políticas públicas de saúde no Brasil: breve histórico. In: SHIMIZU, Helena; PEREIRA, Márcio Florentino; CARDOSO, Antônio José Costa (org.). **Política, planejamento e gestão participativa em saúde**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2018.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Três fórmulas para compreender “O suicídio” de Durkheim. In: **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 11, p.143-52, 2002.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/z8LFQrWWtjRBNhdc8fbrQdJ/>. Acesso em: 30 set. 2024.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. In: **História, Ciências Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TRABUCO, Karem Emannuelly de Oliveira; SANTOS, Diajne da Silva. Da Reforma Sanitária a Reforma Psiquiátrica: os movimentos sociais e a conquista de direitos. In: **VII JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS**, 4., 2015, São Luís. **Anais** [...]. São Luís: UFMA, 2015. p. 419-423.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VARES, Sidnei Ferreira de. O problema do suicídio em Émile Durkheim. In: **Revista do Instituto de Ciência Humanas**, Campinas, v. 13, n. 18, p. 34-45, 2017.

VAREJO XP: como o mercado de apostas impacta o consumo. **XP Investimentos**, São Paulo, ano 89, n. 22.482, 20 fev. 2024. Disponível em: <https://conteudos.xpi.com.br/acoes/relatorios/varejo-xp-como-o-mercado-de-apostas-impacta-o-consumo>. Acesso em: 30 set. 2024.

VIANA, Ana Luiza d’Ávila; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Freitas. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 59-87.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal e GONTIJO, Eliane Dias. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. In: **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 21, p. 108-114, 2013.

VIEIRA, Lívia Ciamarello *et. al.* Especificidades do suicídio na mulher. In: DAMIANO R. F.; SOUSA, Luciano A. C.; IDAD, Tavares H. (org.). **Compreendendo o suicídio**. 1. ed. Santana de Parnaíba: Editora Monole; 2021. p. 538-549.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR ÀS TENTATIVAS DE SUICÍDIO

NO MUNICÍPIO DE CAUCAIA/CE: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA AS POLÍTICAS

PÚBLICAS PREVENTIVAS

Nome do Pesquisador: Jéssica Lima de Sousa

Nome da Orientadora: Profa. A Dra. Lidiane Moura Lopes

A(O) Sra. (Sr.) está sendo convidado(a) a participar dessa pesquisa que tem como finalidade avaliar a assistência hospitalar às tentativas de suicídio no Município de Caucaia/CE, a partir das percepções dos profissionais de saúde; traçar o perfil dos sujeitos atendidos, métodos utilizados e fatores de riscos; analisar a estrutura institucional da atenção prestada às pessoas atendidas por tentativas de suicídio quanto ao acolhimento até a alta; dos procedimentos realizados e dificuldades observadas, bem como, quanto às ações de prevenção ao suicídio desenvolvidas.

Ao participar deste estudo a(o) sra. (sr.) permitirá que o pesquisador aplique questionário escrito, assim como, se necessário, registre em áudio a narrativa por você explicitada, a partir do conjunto de respostas às perguntas previstas no roteiro de entrevista semiestruturado o qual lhe foi fornecido previamente. Se houver conteúdo gravado em áudio, poderá o pesquisador transcrevê-lo.

A participação nesta pesquisa não trará complicações legais, nem de qualquer outra natureza, uma vez que as falas transcritas serão utilizadas exclusivamente com a finalidade acadêmica/científica e a qualquer momento poderá recusar a continuar participando da pesquisa, sem que lhe traga qualquer prejuízo. Outrossim, as identidades dos(as) coparticipantes serão mantidas em sigilo e nomes fictícios serão utilizados para representar os personagens analisados.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua saúde ou dignidade.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o pesquisador e a orientadora terão conhecimento dos dados.

Esperamos que este estudo traga informações importantes para impulsionar o fazer profissional da equipe multiprofissional de saúde, bem como, fomentar e subsidiar a gestão

institucional e municipal no enfretamento ao suicídio, através da análise dos dados avaliativos, quanto à definição de prioridades e a elaboração de estratégias e políticas direcionadas à problemática.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Nome do(a) Participante da Pesquisa/ RG:

Assinatura do(a) Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura da Orientadora

Pesquisadora: Jéssica Lima de Sousa- contato: (85) 99678-5703 Universidade Federal do Ceará – UFC

Programa de Pós-Graduação de Avaliação em Políticas Públicas (Profissional)- MAPP

APÊNDICE B- ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. O que você pensa/compreende sobre o comportamento suicida?
2. O que você acha que leva uma pessoa a cometer suicídio?
3. Que características – físicas, psicológicas e sociais- você observa nestes pacientes? Qual perfil (mulheres, homens, adolescentes) e meios adotados mais observados nos atendimentos às tentativas de suicídio?
4. Quais são os procedimentos adotados quando o paciente chega no acolhimento do serviço com comportamento suicida? Há algum protocolo/fluxo de atendimento para este público?
5. Como a alta hospitalar desses pacientes é pensada? Quais fatores de risco são observados?
6. São realizados encaminhamentos após o atendimento deste paciente? Quais? Quem são os principais parceiros da rede para atendimento aos pacientes com comportamento suicida ofertados no Município?
7. São realizadas ações de prevenção ao suicídio na Instituição? Quais e como funcionam?
8. Como você analisa a importância da rede familiar e/ou pessoas próximas na prevenção ao suicídio?
9. Quais as dificuldades que você observa nesse processo de acolhimento?
10. Que aspectos facilitam o atendimento a este paciente?

APÊNDICE C- QUESTIONÁRIO - PERFIL PROFISSIONAL

1. Idade: _____ 2. Sexo: Feminino () Masculino ()
3. Estado civil: () casado () união estável () solteiro () separado () divorciado () viúvo
4. Possui religião: () Sim () Não
- 4.1 Se sim, qual?
 () Católica () Evangélica () Espírita () Islâmica () Candomblé () outra religião: qual?
-

4.2 Frequência que participa:

- () 1x na semana () 2x ao mês () 1x ao mês () 2 a 3x ao ano () 1x ao ano () quase nunca
 () não frequenta

5. Formação superior em: () Serviço Social () Enfermagem () Psicologia () Medicina

6. Escolaridade (maior título)

- () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós-Doutorado

- 6.1 Ano de obtenção: _____ 7. Ano de conclusão da graduação: _____

8. Tempo de serviço na atenção hospitalar de urgência e emergência:

9. Tipo de vínculo profissional:

- () concurso público () processo seletivo () temporário () outros _____

10. Você consegue pensar em um percentual mensal cujos pacientes relatam algum comportamento suicida (pensamentos de morte, planos de tirar a própria vida, tentativas de suicídio)?
-

11. Recebeu alguma capacitação para lidar com o comportamento suicida?

- Não () Sim ()

12. Caso a resposta anterior seja sim, quem ofertou:

13. Quando foi realizada (ano)?

14. Qual foi a duração da capacitação (em horas)?

15. Após a capacitação, o que mudou na sua prática profissional?

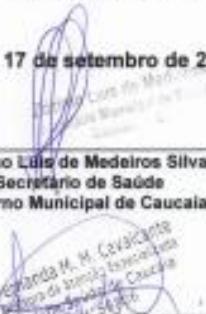
ANEXO A - FOLHA DE ROSTO/PLATAFORMA BRASIL



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Avaliação dos atendimentos às tentativas de suicídio no contexto hospitalar do Município de Caucaia/CE.			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 8			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR			
5. Nome: JESSICA LIMA DE SOUSA			
6. CPF: 045.235.933-37	7. Endereço (Rua, n.º): DOUTOR OSWALDO RIZZATO 1208 PAJUCARA CASA B MARACANAÚ CEARÁ 61932080		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 85996785703	10. Outro Telefone:	11. Email: jessicalimadesousa25@gmail.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>23</u> , <u>09</u> , <u>2024</u>		<u>Jessica Lima de Sousa</u> Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ	13. CNPJ:	14. Unidade/Órgão: Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas (MAPP)	
15. Telefone: (85) 3366-7435	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela Instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta Instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>CARLOS AMÉRICO LEITE MOREIRA</u>		CPF: <u>32376294304</u>	
Cargo/Função: <u>COORDENADOR</u>		 Assinatura	
Data: <u>23</u> / <u>09</u> / <u>2024</u>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

**ANEXO B- TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL À REALIZAÇÃO DE
PROJETO DE PESQUISA**

 <p>PREFEITURA DE CAUCAIA</p> <p>Secretaria Municipal da Saúde</p>
<p>AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL À REALIZAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA</p> <p>Declaramos, para fins de comprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará-CEP/UFC/PROPESQ, que o Hospital Municipal Doutor Abelardo Gadelha da Rocha- HMAGR, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Caucaia/CE, contém toda infraestrutura necessária em suas instalações para realização da pesquisa intitulada "Avaliação dos atendimentos às tentativas de suicídio no contexto hospitalar do Município de Caucaia/CE", a ser realizada pela pesquisadora Jéssica Lima de Sousa.</p> <p>Declaro ainda estar ciente da autonomia de cada indivíduo em aceitar ou recusar a participar da pesquisa, independente da anuência que apresento.</p> <p>Esta autorização está condicionada à aprovação da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa, como forma de resguardar o cumprimento das resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde/CNS.</p> <p style="text-align: center;">Caucaia, 17 de setembro de 2024.</p> <hr/> <p>Zózimo Lello de Medeiros Silva Secretário de Saúde Governo Municipal de Caucaia</p> <p></p> <hr/> <p>Fernanda Miyara Moreira Cavalcante Coordenadora da Atenção Especializada em Saúde Secretaria de Saúde de Caucaia</p> <p></p> <hr/> <p>Anita Caroline Oliveira Sousa Diretora Executiva do HMAGR- matrícula nº 86803</p> <p></p> <hr/> <p>Guanacy Nonato Dias Coordenador do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde Secretaria de Saúde de Caucaia</p> <p></p> <hr/> <p style="text-align: right;">Rua Coronel Correia, 2088 - Centro Caucaia - CE 61600-004 (85) 33428023 / 3342 8024</p>

ANEXO C- SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)- FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais		1 Tipo de Notificação 2 - Individual 2 Agravo/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA Código (CID10) Y09 3 Data da notificação 4 UF 5 Município de notificação Código (IBGE) 6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros 7 Nome da Unidade Notificadora Código Unidade 8 Unidade de Saúde Código (CNES) 9 Data da ocorrência da violência 10 Nome do paciente 11 Data de nascimento 12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano 13 Sexo M - Masculino F - Feminino <input type="checkbox"/> 14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional Ignorada <input type="checkbox"/> 5-Não se aplica <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado 15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorada 16 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Esíno médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Esíno médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica 17 Número do Cartão SUS 18 Nome da mãe 19 UF 20 Município de Residência Código (IBGE) 21 Distrito 22 Bairro 23 Logradouro (rua, avenida,...) Código 24 Número 25 Complemento (apto., casa, ...) 26 Geo campo 1 27 Geo campo 2 28 Ponto de Referência 29 CEP 30 (DDD) Telefone 31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado 32 País (se residente fora do Brasil) 	
Dados Complementares			
Dados da Pessoa Atendida		33 Nome Social 34 Ocupação 35 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado 36 Orientação Sexual 37 Identidade de gênero: 38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 3-Bissexual 3-Homem Transexual 1-Heterossexual 8-Não se aplica 39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 2-Homossexual (gay/lesbica) 9-Ignorado <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado 1-Travesti 8-Não se aplica 2-Mulher Transexual 9-Ignorado 40 UF 41 Município de ocorrência Código (IBGE) 42 Distrito 43 Bairro 44 Logradouro (rua, avenida,...) Código 45 Número 46 Complemento (apto., casa, ...) 47 Geo campo 3 48 Geo campo 4 49 Ponto de Referência 50 Zona 51 Hora da ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 00:00 - 23:59 horas 3 - Periurbana 9 - Ignorado 52 Local de ocorrência 53 Ocorreu outras vezes? 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro 99 - Ignorado <input type="checkbox"/> 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado 54 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	

Violência	<p>55 Essa violência foi motivada por:</p> <p>01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																						
	<p>56 Tipo de violência</p> <p>1- Sim 2- Não 9- Ignorado</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Física</td> <td><input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Psicológica/Moral</td> <td><input type="checkbox"/> Financeira/Econômica</td> <td><input type="checkbox"/> Intervenção legal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tortura</td> <td><input type="checkbox"/> Negligência/Abandono</td> <td><input type="checkbox"/> Outros</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sexual</td> <td><input type="checkbox"/> Trabalho infantil</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos	<input type="checkbox"/> Psicológica/Moral	<input type="checkbox"/> Financeira/Econômica	<input type="checkbox"/> Intervenção legal	<input type="checkbox"/> Tortura	<input type="checkbox"/> Negligência/Abandono	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/> Trabalho infantil		<p>57 Meio de agressão</p> <p>1- Sim 2- Não 9- Ignorado</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Força corporal/espancamento</td> <td><input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante</td> <td><input type="checkbox"/> Arma de fogo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enforcamento</td> <td><input type="checkbox"/> Substância/Outr. quente</td> <td><input type="checkbox"/> Ameaça</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Obj. contundente</td> <td><input type="checkbox"/> Envenenamento, intoxicação</td> <td><input type="checkbox"/> Outro _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Força corporal/espancamento	<input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante	<input type="checkbox"/> Arma de fogo	<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/> Substância/Outr. quente	<input type="checkbox"/> Ameaça	<input type="checkbox"/> Obj. contundente	<input type="checkbox"/> Envenenamento, intoxicação	<input type="checkbox"/> Outro _____		
<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos																							
<input type="checkbox"/> Psicológica/Moral	<input type="checkbox"/> Financeira/Econômica	<input type="checkbox"/> Intervenção legal																						
<input type="checkbox"/> Tortura	<input type="checkbox"/> Negligência/Abandono	<input type="checkbox"/> Outros																						
<input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/> Trabalho infantil																							
<input type="checkbox"/> Força corporal/espancamento	<input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante	<input type="checkbox"/> Arma de fogo																						
<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/> Substância/Outr. quente	<input type="checkbox"/> Ameaça																						
<input type="checkbox"/> Obj. contundente	<input type="checkbox"/> Envenenamento, intoxicação	<input type="checkbox"/> Outro _____																						
Violência Sexual	<p>58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo?</p> <p>1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Assédio sexual</td> <td><input type="checkbox"/> Estupro</td> <td><input type="checkbox"/> Pornografia infantil</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Exploração sexual</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Outros _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Assédio sexual	<input type="checkbox"/> Estupro	<input type="checkbox"/> Pornografia infantil			<input type="checkbox"/> Exploração sexual			<input type="checkbox"/> Outros _____														
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual	<input type="checkbox"/> Estupro	<input type="checkbox"/> Pornografia infantil																					
		<input type="checkbox"/> Exploração sexual																						
		<input type="checkbox"/> Outros _____																						
<p>59 Procedimento realizado</p> <p>1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Profilaxia DST</td> <td><input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B</td> <td><input type="checkbox"/> Coleta de sêmen</td> <td><input type="checkbox"/> Contracepção de emergência</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Profilaxia HIV</td> <td><input type="checkbox"/> Coleta de sangue</td> <td><input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal</td> <td><input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST	<input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B	<input type="checkbox"/> Coleta de sêmen	<input type="checkbox"/> Contracepção de emergência	<input type="checkbox"/> Profilaxia HIV	<input type="checkbox"/> Coleta de sangue	<input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal	<input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei																
<input type="checkbox"/> Profilaxia DST	<input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B	<input type="checkbox"/> Coleta de sêmen	<input type="checkbox"/> Contracepção de emergência																					
<input type="checkbox"/> Profilaxia HIV	<input type="checkbox"/> Coleta de sangue	<input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal	<input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei																					
Dados do provável autor da violência	<p>60 Número de envolvidos</p> <p>1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/></p>	<p>61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida</p> <p>1-Sim 2-Não 9-Ignorado</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pai</td> <td><input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge</td> <td><input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos</td> <td><input type="checkbox"/> Policial/agente da lei</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mãe</td> <td><input type="checkbox"/> Namorado(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Desconhecido(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Própria pessoa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Padastro</td> <td><input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Cuidador(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Outros _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Madrasta</td> <td><input type="checkbox"/> Filho(a)</td> <td><input type="checkbox"/> Patrão/chefe</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cônjugue</td> <td><input type="checkbox"/> Irmão(â)</td> <td><input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge	<input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos	<input type="checkbox"/> Policial/agente da lei	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Desconhecido(a)	<input type="checkbox"/> Própria pessoa	<input type="checkbox"/> Padastro	<input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Cuidador(a)	<input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Madrasta	<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Patrão/chefe		<input type="checkbox"/> Cônjugue	<input type="checkbox"/> Irmão(â)	<input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional		<p>62 Sexo do provável autor da violência</p> <p>1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/></p>	<p>63 Suspeita de uso de álcool</p> <p>1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/></p>
	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge	<input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos	<input type="checkbox"/> Policial/agente da lei																				
<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Desconhecido(a)	<input type="checkbox"/> Própria pessoa																					
<input type="checkbox"/> Padastro	<input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a)	<input type="checkbox"/> Cuidador(a)	<input type="checkbox"/> Outros _____																					
<input type="checkbox"/> Madrasta	<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Patrão/chefe																						
<input type="checkbox"/> Cônjugue	<input type="checkbox"/> Irmão(â)	<input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional																						
	<p>64 Ciclo de vida do provável autor da violência:</p> <p>1-Criança (0 a 9 anos) <input type="checkbox"/> 2-Adolescente (10 a 19 anos) <input type="checkbox"/> 3-Jovem (20 a 24 anos) <input type="checkbox"/> 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) <input type="checkbox"/> 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/></p>																							
Encaminhamento	<p>65 Encaminhamento:</p> <p>1-Sim 2-Não 9-Ignorado</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras)</td> <td><input type="checkbox"/> Conselho do Idoso</td> <td><input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREA, outras)</td> <td><input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso</td> <td><input type="checkbox"/> Outras delegacias</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras)</td> <td><input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos</td> <td><input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)</td> <td><input type="checkbox"/> Ministério Público</td> <td><input type="checkbox"/> Defensoria Pública</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Conselho Tutelar</td> <td><input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras)	<input type="checkbox"/> Conselho do Idoso	<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher	<input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREA, outras)	<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso	<input type="checkbox"/> Outras delegacias	<input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras)	<input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos	<input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude	<input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)	<input type="checkbox"/> Ministério Público	<input type="checkbox"/> Defensoria Pública	<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar	<input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente									
	<input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras)	<input type="checkbox"/> Conselho do Idoso	<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher																					
<input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREA, outras)	<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso	<input type="checkbox"/> Outras delegacias																						
<input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras)	<input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos	<input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude																						
<input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)	<input type="checkbox"/> Ministério Público	<input type="checkbox"/> Defensoria Pública																						
<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar	<input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente																							
<p>66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/></p> <p>1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/></p>	<p>67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/></p> <p>1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/></p>	<p>68 Circunstância da lesão</p> <p>CID 10 - Cap XX <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>																						
Dados Finais	<p>69 Data de encerramento</p> <p>_____</p>																							
Informações complementares e observações																								
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone																					
<p>Observações Adicionais:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																								
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180		Disque Direitos Humanos 100																				
Notificador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES																					
	Nome		Função	Assinatura																				
	Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan																					
				SVS 15.06.2015																				